АВИЦЕННА

научный медицинский журнал

Публикации для студентов, молодых ученых и научно-преподавательского состава на www.avicenna-idp.ru

ISSN 2500-378X **Издательский дом "Плутон"** **www.idpluton.ru**

Выпуск №25

КЕМЕРОВО 2018

26 ноября 2018 г.
ББК Ч 214(2Рос-4Ке)73я431
ISSN 2500-378X
УДК 378.001
Кемерово
Журнал выпускается ежемесячно. Научный журнал публикует статьи по медицинской тематике. Подробнее на www.avicenna-idp.ru
За точность приведенных сведений и содержание данных, не подлежащих открытой публикации, несут ответственность авторы.

Редкол.:

Никитин Павел Игоревич - главный редактор, ответственный за выпуск журнала.

Шмакова Ольга Валерьевна - кандидат медицинский наук, ответственный за первичную модерацию, редактирование и рецензирование статей.

Хоботкова Татьяна Сергеевна - кандидат медицинский наук, ответственный за финальную модерацию и рецензирование статей.

Никитина Инна Ивановна – врач-эндокринолог, специалист ОМС, ответственный за первичную модерацию, редактирование и рецензирование статей.

Меметов Сервир Сеитягьяевич - доктор медицинских наук, профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФПКи ППС ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» .

Абдуллаева Асият Мухтаровна - кандидат биологических наук, доцент ФГБОУ ВО МГУПП.

Тахирова Рохатой - кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской педиатрии Ташкентского педиатрического медицинского института.

Ешиев Абдыракман Молдалиевич - доктор медицинских наук, профессор Ошской межобластной объединенной клинической больницы.

Федотова Елена Владимировнадоцент - кандидат медицинский наук, профессор РАЕ, врач-хирург ГБОУ ВПО "Северный государственный медицинский университет".

Тихомирова Галия Имамутдиновна - доктор медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии ФБГОУ ВО "Ижевская государственная медицинская академия".

Иванов Александр Леонидович – кандидат психологических наук, доцент кафедры психотерапии и сексологии РМАНПО.

Дурягина Лариса Хамидуловна - доктор медицинских наук, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии, заслуженный врач республики Крым, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

Дегтярева Людмила Анатольевна - кандидат медицинских наук, доцент медицинской академии им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

Сулейменова Роза Калдыбековна - кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой "Гигиена" АО "Медицинский Университет Астана"

Бовтюк Николай Ярославович - кандидат медицинских наук, доцент кафедра общей хирургии ОУ "Белорусский государственный медицинский университет"

Якубова Азада Батировна - кандидат медицинских наук, Ургенческий филиал Ташкентской Медицинской Академии

А.О. Сергеева (ответственный администратор)[и др.];

Научный медицинский журнал **«Авиценна»**, входящий в состав **«Издательского дома «Плутон»**, создан с целью популяризации медицинских наук. Мы рады приветствовать студентов, аспирантов, преподавателей и научных сотрудников. Надеемся подарить Вам множество полезной информации, вдохновить на новые научные исследования.

Издательский дом «Плутон» www.idpluton.ru e-mail:admin@idpluton.ru
Подписано в печать 26.11.2018 г. Формат 14,8×21 1/4. | Усл. печ. л. 3.2. | Тираж 300.

Все статьи проходят рецензирование (экспертную оценку).
Точка зрения редакции не всегда совпадает с точкой зрения авторов публикуемых статей.
Авторы статей несут полную ответственность за содержание статей и за сам факт их публикации.
Редакция не несет ответственности перед авторами и/или третьими лицами и организациями за возможный ущерб, вызванный публикацией статьи.
При использовании и заимствовании материалов ссылка обязательна

Оглавление

1. ОСОБЕННОСТИ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ ОРГАНА 5
Черватюк М.И., Амичба М.М.
2. УЛУЧШЕНИЕ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМУ ОСМОТРУ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ 7
Мамедрагимова М.Д., Гомыдова И.И., Савельев В.Н.
3. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ РОЖДАЕМОСТИ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ И ХАТЛОНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН В ПЕРИОД 2016-2017Г. 9
Долиева Н.С., Гурезова Д.Н., Попова Н.М.
4. МОТИВЫ И НАМЕРЕНИЯ СТУДЕНТОВ ИЖЕВСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ОБУЧЕНИЯ 12
Кельдибеков М.Ю., Яценко А.А., Попова О.П.
5. ВКЛАД ПИРОГОВА В РАЗВИТИЕ ПРАКТИЧЕСКОЙ И НАУЧНОЙ МЕДИЦИНЫ 16
Амичба М.М., Черватюк М.И.
6. ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКИХ КАЧЕСТВ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ 19
Ганиева Р.Р., Сабитова Н.Г.
7. СТРАДАЕТ ЛИ НАСЕЛЕНИЕ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ОЖИРЕНИЕМ? 23
Гарипова Г.И., Плаксина М.Н., Бебякина Н.С.
8. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ ОБЗОР НЕКОТОРЫХ МЕТОДОВ АПИТЕРАПИИ 27
Селютина И.В., Дударев С.В.
9. КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ.....32
Худайкулова В..Д., Разиков А.А., Рахимова М.Э.
10. ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АТОРВАСТАТИНА С ЭКСТРАКТОМ РАСТОРОПШИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ИБС 35
Рахматуллаева Н.Т., Разиков А.А., Пирматова Н.В.
11. ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТ…….38
Бакиева Ш.Х., Шерназаров О.Н., Шадманов Ш.А.
12. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КИНЕЗИОЛОГИЧЕКОГО ТЕЙПИРОВАНИЯ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОМ СКОЛИОЗЕ У СТУДЕНТОВ «ИЖЕВСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ» И «ИЖЕВСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЕЛЬСКОХОЗЯЙСТВЕННОЙ АКАДЕМИИ». 41
Казымова Ш.А., Бурдукова Д.Д., Пименова К.В., Толмачёв Д.А., Фатыхов И.Р.
13. ОСОБЕННОСТИ ОБМЕНА ЖЕЛЕЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА В УСЛОВИЯХ НЕБЛАГОПОЛУЧНОЙ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗОНЫ ЮЖНОГО ПРИАРАЛЬЯ 45
Мадаминова З.Ю.
14. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОВ У ДЕТЕЙ В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ 48
Джуманиязова Г.М.
15. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АМПЛИПУЛЬСТЕРАПИИ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА 51
Рахманова И.И., Машарипов М.Б., Шарипова Ш.О.
16. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ 55
Машорипова Р.Т., Алиева П.Р.
17. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОБЭНЗИМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ С ЛИМФАТИЧЕСКИМ ДИАТЕЗОМ 58
Рахмонова Л.К., Искандарова И.Р.
18. КОРРИГИРУЮЩАЯ АКТИВНОСТЬ ФЕБУКСОСТАТА И ГЕПА-МЕРЦА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С БЕССИМПТОМНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ И С ОКС 62
Ташкенбаева Э.Н., Насырова З.А., Ганиев Р.С., Ортиков С.С.
19. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГРЫЖАМИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ ЗА 2015- 2017 ГГ. 68
Туктарова З.С., Башурова А.А., Стяжкина С.Н.

20. МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ МЛАДЕНЧЕСКОЙ И МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ ХАТЛОНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН И УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ЗА 2016-2017 ГОД.....71
Долиева Н.С., Гурезова Д.Н., Саидхонов М.Д., Попова Н.М.
21. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДИАФРАГМАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ ЗА 2015- 2017 ГГ. 75
Башурова А.А., Туктарова З.С., Стяжкина С.Н.
22. КЛИНИКО - АУДИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТИМПАНОСКЛЕРОЗА.....77
Эргашев У.М., Джумашев А.Н., Мавлонов Ш.Ш.
23. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА У ЖЕНЩИН С БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИЕЙ МИОКАРДА В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ.....81
Зубайдуллаева М.Т., Рахматова Ш.М.
24. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ. 85
Шайхова Х.Э., Эргашев У.М., Шадмонов Ш.А., Максудов С.М.
25. ТИМПАНОСКЛЕРОЗ. 91
Эргашев У.М., Джумашев А.Н., Мавлонов Ш.Ш.

Черватюк Мария Игоревна
Студентка V курса медицинского института НИУ ‘’БелГУ’’, ул. Победы, 85, г. Белгород, Россия.
Амичба Марта Мурмановна
Студентка V курса медицинского института НИУ ‘’БелГУ’’, ул. Победы, 85, г. Белгород, Россия

Chervatyuk Maria Igorevna
student of the V course medical Institute, national reseach UNIVERSITY ‘’BelSU’’ st. Pobedi, 85, Belgorod, 308015, Russia. E-mail: sweet.girl95@mail.ru
Amichba Marta Murmanovna
student of the V course medical Institute, national reseach UNIVERSITY ‘’BelSU’’ st. Pobedi, 85, Belgorod, 308015, Russia

УДК 632.938

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ ОРГАНА

FEATURES OF IMMUNOSUPPRESSIVE THERAPY IN PATIENTS WITH ORGAN TRANSPLANTATION

Аннотация: в данной статье рассматриваются методы и подходы современной медицины к стартовой иммуносупрсессивной терапии. Оценивается роль базисной (поддерживающей) терапии у пациентов после пересадки орага, наличие побочных эффектов от иммуносупрессивной терапии.

Annotation: this article discusses the methods and approaches of modern medicine to starting immunosuppressive therapy. The role of basic (supportive) therapy in patients after ogg transplantation, the presence of side effects from immunosuppressive therapy is evaluated.

Ключевые слова: трансплантация, орган, иммуносупрессия, антитела.

Key words: transplantation, organ, immunosuppression, antibodies.

Технология пересадки органов прошла огромный путь от первых смелых экспериментов на животных до целой отрасли клинической медицины. В настоящее время такая операция перестала быть редкостью и как один из видов оказываемой в нашей стране высокотехнологичной медицинской помощи выполняется регулярно[1,54]. Самое сложное после такой операции — это борьба за выживаемость трансплантанта и за его активное включение в функционирование организма. Очень важно после проведения операции проводить мониторинг жизненно важных показателей, профилактику инфекционных заболеваний и развитие реакции иммосупрессии.

Существует довольно много протоколов стартовой иммуносупрессии, различающихся как по включению конкретных препаратов, так и по их дозам и целевым концентрациям в крови. Несмотря на то, что почти все современные базовые препараты применяются уже довольно давно, продолжают предлагаться и апробироваться все новые протоколы иммуносупрессии. В клинической практике выбор того или иного протокола зависит от многих факторов и рассматривается индивидуально в каждом конкретном случае[1,54].

Четырехкомпонентная стартовая терапия включает в себя в качестве дополнительного компонента индукцию моно - или поликлональными антителами к рецепторам Т-лимфоцитов человека. Подобные протоколы используются, как правило, у пациентов повышенного риска развития острого отторжения, а также при высоком риске отсроченной функции трансплантата. При этом ингибиторы кальциневрина (обычно в существенно пониженной дозе) могут назначаться параллельно с курсом препаратов антител или отсрочено (через 7—14 дней, как правило, после начала восстановления функции трансплантата).

В последнем случае преследуется цель снижения токсичности ингибиторов кальциневрина и сокращения периода восстановления функции. Однако превышение указанных сроков назначения ингибиторов кальциневрина может привести к развитию острого отторжения в связи со снижением иммуносупрессивного эффекта препаратов антител, обусловленным выработкой антител к чужеродным белкам (лошадиному, кроличьему, мышиному и т. д.).

Индукция иммуносупрессии может быть осуществлена с помощью гуманизированных моноклональных антител. В клинической практике получили распространение препараты моноклональных антител к рецепторам интерлейкина-2. В настоящее время эта группа представлена препаратом базиликсимаб (Симулект). Способ применения: первая доза — 20 мг вводится: первая за

2—6 часов до трансплантации, вторая – на 4-й день после операции. Препарат характеризуется хорошей переносимостью. Побочные эффекты развиваются крайне редко. Препарат применяют с целью снижения риска острого отторжения при трансплантации от живых и трупных доноров, в том числе, при высокой степени несовместимости по HLA-антигенам [3,398]. При этом стартовые дозы препаратов основной иммуносупрессии как правило не меняют.

Однако базиликсимаб неэффективен при лечении острого отторжения, а также нецелесообразно использовать в качестве профилактики у пациентов с высоким титром предсуществующих антител [2,38]. В этих случаях более целесообразно применение моноклональных антител к CD3 рецепторам лимфоцитов (ОКТ3 или Jor-T3) — муромонаб или поликлональных антител (ATG, ATGAM, Thymoglobulin). ОКТ3: в/в струйно медленно 5 мг/сутки в течение 17—14 дней; или ATG: 3—5 мг на кг массы тела 7—10 дней; или ATGAM: 15—20 мг/кг 7— 10 дней. - Ингибиторы кальциневрина (циклоспорин или такролимус): Циклоспорин (Неорал) 6—8 мг/кг/сутки с последующей коррекцией дозы для достижения С2: 1200—1400 нг/мл и С0: 200—220 нг/мл; или Такролимус (Програф) 0,15—0,3 мг/кг/ сутки с последующей коррекцией дозы для достижения С0: 10—15 нг/мл; - микофенолат натрия EC-MPS (1,44 г/сутки); или - микофенолат мофетила MMF (2 г/сутки); - кортикостероиды: интраоперационно метилпреднизолон 500— 1000 мг в/в, за 30 минут до включения органа в кровоток: 1-е сутки — 500 мг в/в; 2-е сутки — 250 мг в/в; 3-и сутки — метилпреднизолон 0,5 мг/кг перорально с постепенным снижением дозы до 8—12 мг к концу 4—6-й недели и 4 мг – через 6 месяцев. Дополнительно при использовании четырехкомпонентной стартовой иммуносупрессии с целью профилактики цитомегаловирусной инфекции назначают ганцикловир (Cymevene) 125—250 мг каждые 12 часов в течение 3 недель [5,438].

Традиционная трехкомпонентная терапия не включает индукцию препаратами антилимфоцитарных антител: основным компонентом иммуносупрессии остаются ингибиторы кальциневрина: циклоспорин или такролимус: Циклоспорин (Неорал) 6—8 мг/кг/сутки с последующей коррекцией дозы для достижения С2: 1200—1400 нг/мл и С0: 200—220 нг/мл; или Такролимус (Програф) 0,15—0,3 мг/кг/сутки с последующей коррекцией дозыдля достижения С0: 10—15 нг/мл; - микофенолат натрия EC-MPS (1,44 г/сутки); или - микофенолат мофетила MMF (2 г/сутки); - кортикостероиды: интраоперационно метилпреднизолон 500—1000 мг в/в за 30 минут до включения почки в кровоток; 1-е сутки — 500 мг в/в; 2-е сутки — 250 мг в/в; 3-и сутки — метилпреднизолон 0,5 мг/кг перорально с постепенным снижением дозы до 8– 12 мг к концу 4–6-й недели и 4мг – через 6 месяцев.

При традиционной трехкомпонентной иммуносупрессии цимевен (125–250 мг в/в каждые 12 часов) назначается только при наличии факторов риска (трансплантация органа от ЦМВ-положительного донора ЦМВ-положительному реципиенту, при сероконверсии реципиента, выявлении ДНК вируса, назначении антилимфоцитарных антител при лечении острого отторжения и т. д.).

Базовую (поддерживающую) иммуносупрессивную терапию пациенты принимают в течение всего периода жизни трансплантата [3,340]. При этом риск острого отторжения снижается с течением времени, однако постепенно возрастает риск снижения функции трансплантата за счет токсичности принимаемых препаратов, а в ряде случаев развития возвратного заболевания[5,450]. В ряде случаев, при развитии признаков токсичности, осуществляют конверсию схем терапии на другие препараты или переход с трехкомпонентной на двухкомпонентную иммуносупрессию.

Библиографический список:

1.Долгих М. С. Вирус герпеса-6 (HHV-6) у иммунодефецитных пациентов (часть 1). Вестник трасплантологии и искусственных органов 2001; №1: 51-55.

2. Журавель С.В.. Анестезия и интенсивная терапия при трансплантации печени. Медицинские науки 2001; №2: 37-44.

3. Столяревич Е. С., Ким И. Г., Артюхина Л. Ю., Куренкова Л. Г., Федорова Н. Д., Томилина Н. А. Подходы к коррекции иммуносупрессивной терапии при хронической нефротоксичности ингибиторов кальцинейрина. Медицинский вестник 2012; №42: 398-403.

4. Хубутия М.Ш., Сюткин В. Е., Кузнецова Н. К.,. Журавель С. В., Новрузбеков М. С. Обострение геморрагического васкулита с развитием геморрагического панкреонекроза у больных в ранние сроки после повторной трансплантации почки (случай из жизни). Авиценна 2010; №76: 39-43.

5. Vasguez E. M. Sirolimus: a new agent for prevention of renal allograft rejection // Am. J. Health Syst Pharm 2000 Mar 1; 57 (5): 437-480.

Мамедрагимова Мехин Джахангир кызы
Mamedragimova Mekhin Jahangir kyzy
Студентка ФГБОУ ВО «ИГМА» 4 курс, лечебный факультет
E-mail: mehin.memmedrehimova@mail.ru

Гомыдова Инна Ильясовна
Gomidova Inna Ilyasovna
Студентка ФГБОУ ВО «ИГМА» 4 курс, лечебный факультет

Савельев Владимир Никифорович
Savelyev Vladimir Nikiforovic
Научный руководитель
д.м.н., профессор, член научного совета ассоциации здравоохранения Урала

УДК 614.2

УЛУЧШЕНИЕ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМУ ОСМОТРУ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

IMPROVEMENT OF PREVENTIVE AND CLINICAL EXAMINATION OF THE POPULATION OF THE UDMURT REPUBLIC

Аннотация: Статья посвящена детальному анализу архивных материалов деятельности Министерства здравоохранения Удмуртской Республики за 1985 год.

Abstract: The article is devoted to a detailed research of archival materials of the activities of the Ministry of Health of the Udmurt Republic in 1985.

Ключевые слова: профилактический осмотр, диспансеризация, доступность.

Keywords: routine inspection , medical examination, availability.

Профила́ктика — в медицине, комплекс мероприятий, направленных на предупреждение возникновения заболеваний и травм, устранение факторов риска их развития.

Цель исследования: улучшить превентологические мероприятия по оздоровлению населения.

Материалы и методы исследования: Исследование архивных материалов деятельности Министерства здравоохранения Удмуртской Республики за 1984-1985 год

Результаты исследования: Успешно был выполнен государственный план за 1984 год, существенным образом повысился материальный и культурный уровень жизни населения Удмуртской республики. Медицинские работники приняли участие в соревновании, внесли определенный вклад в выполнение решений съезда КПСС по улучшению охраны здоровья всего населения. Деятельность здравоохранения направлена на совершенствование работы первичных звеньев. Продолжилось разукрупнение педиатрических и терапевтических участков. Медико-санитарные части работали по цехово-территориальному принципу обслуживания, что обеспечило преемственность в обслуживании рабочих в поликлинике и на дому, способствовало снижению заболеваемости.

Организация врачебных амбулаторий приблизило медицинскую помощь сельскому населению. Однако главные врачи формально отнеслись к их созданию, они открылись на базе существующих фельдшерско-акушерских пунктах, без учета готовности к работе , на многих из них на сегодняшний день не организован врачебный прием. Деятельность их не перестроено и не отличается от работы медпунктов. Диспансерный метод обслуживания не стал ведущим в их деятельности. Главным врачам центральных районных больниц следует обратить внимание на создание полноценных врачебных амбулаторий, которые должны брать на себя основную нагрузку в диспансеризации сельского населения. Продолжают иметь место недостатки в создании территориальных участков. Врачей на участковую службу было направлено достаточно, однако, укомплектованность участков еще низкая.

Не разукрупняются приписные участки в районах, в результате численность населения превышают норматив. Это не может не отразиться на качестве обслуживания населения, так как нарушается основное требование участковости.

Были сокращены часы работы в вечернее время.

Основным направлением в деятельности лечебных учреждений был переход ко всеобщей диспансеризации. Медицинские работники активно начали проводить эту работу.

В некоторых районах диспансеризация проводилась формально. Были не намечены планы по лечебно-оздоровительным мероприятиям, а это основная задача диспансеризации. Качество осмотров низкое. Особенно формальное отношение к диспансеризации стоматологов.

Малое количество населения было осмотрено на туберкулез, что явилось одной из причин роста заболеваемости населения.

Руководителям учреждений следует считать вопрос о диспансеризации населения основными в своей деятельности, наладить учет осмотренных и отказаться от формальных осмотров и перейти к проведению плановых лечебно-оздоровительных мероприятий. В отчетном году совершенствовалась профилактическая работа среди детей . Была открыта травматологическая поликлиника. Детская смертность выросла по сравнению с предыдущим годом. Одной из причин явилось снижение качества патронажного наблюдения детей 1 года жизни .

Причиной роста материнской и неонатальной детской смертности является низкое качество диспансерного наблюдения беременных. Беременность у многих протекает с тяжелыми осложнениями.

Руководителям лечебных учреждений следует обратить внимание на улучшение качества диспансерного наблюдения и оказания медицинской помощи беременным и детям.

Не стал ведущим метод диспансеризации в работе санитарно-эпидемической службы. Отсутствовал контроль за состоянием водоснабжения и канализации .

Высокая заболеваемость гриппом и острыми респираторными инфекциями стало одной из причин роста заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

Следует обратить внимание к инвалидам, обеспечить им чуткую, безотказную внеочередную и качественную медицинскую помощь.

Заключение. В результате исследований были выявлены показатели работы центральных районных больницах Удмуртской республики. Расширилась территориальность терапевтических и педиатрических участков. Организована укомплектованность врачами в центральных районных больниц и фельдшерско-акушерских пунктах. Улучшились меры профилактики и диспансеризация беременных и детей. Повысилось внимание к инвалидам.

Библиографический список:

1. Савельев В.Н. Материалы заседания коллегии Министерства здравоохранения УАССР и Президиума Удмуртского обкома профсоюза медицинских работников.-1984-1985. С.3-45.
2. Ю.П.Лисицын. Общественное здоровье и здравоохранение-2007. С.99-133.
3. В.А.Медик, В.А.Юрьев. Общественное здоровье и здравоохранение.-2009. С.177-219.

Долиева Наргиза Содиковна
Dolieva Nargiza Sodikovna
Студентка ФГБОУ ВО ИГМА 4 курс, лечебный факультет
E-mail: nargis.dolieva@mail.ru

Гурезова Дилноза Нуруллоевна
Gurezova Dilnoza Nurulloevna
Студентка ФГБОУ ВО ИГМА 4 курс, лечебный факультет

Попова Наталья Митрофановна
Popova Natalia Mitrofanovna
Научный руководитель
д.м.н., профессор

УДК 314.3

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ РОЖДАЕМОСТИ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ И ХАТЛОНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН В ПЕРИОД 2016-2017Г.

DEMOGRAPHIC FERTILITY RATES IN THE UDMURT REPUBLIC AND KHATLON OBLAST OF THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN FOR THE PERIOD 2016-2017.

Аннотация: Статья посвящена анализу статистических данных по рождаемости в Хатлонской области РТ и Удмуртской Республики .

Abstract: The article is devoted to a detailed research of statistical data on fertility in the Khatlon region of the Republic of Tajikistan and the Udmurt Republic.

Ключевые слова : рождаемость , статистика , характеристика

Keywords: fertility, statistics, characteristic

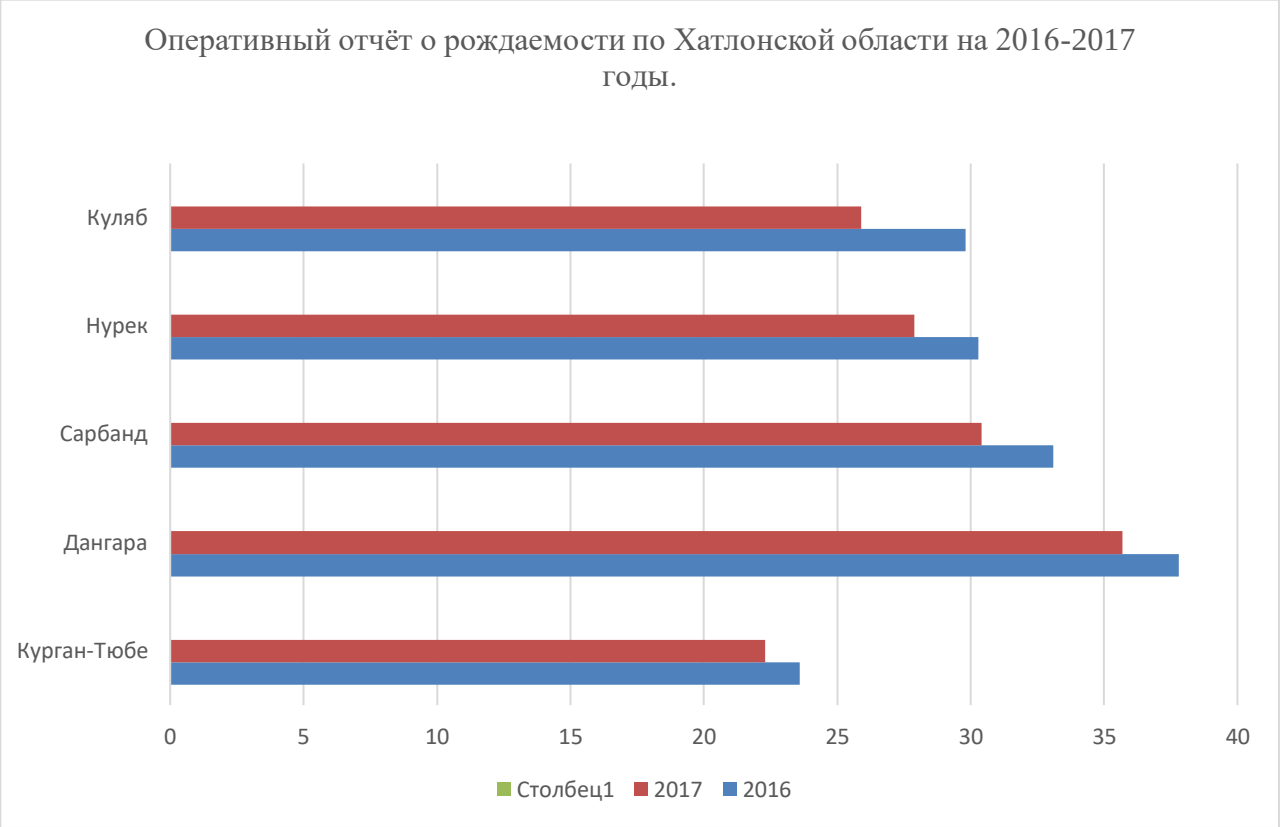
Рождаемость – это естественный процесс возобновления населения, характеризующийся статистический зарегистрированным числом деторождений в конкретной популяции за определённый период времени . За семь месяцев 2017 года в Удмуртской Республике родились 10 тыс. 472 ребенка. Это на 1 тыс. 842 младенца меньше, чем за аналогичный период прошлого года. В прошлом году в Республике Таджикистан на свет появились 227,3 тысячи детей. Из данных Агентства по статистике Республики Таджикистан можно увидеть, что, хотя цифры по областям различаются, тенденция в целом по стране за последние 17 лет остается довольно постоянной — от 26 до 28 рождений на 1 000 человек. Эти данные значительно превосходят среднюю рождаемость по миру — 19,2 (2017). Тем не менее, официальная статистика свидетельствует о снижении уровня рождаемости. Но эта статистика расходится с цифрами Всемирного банка. Данные Всемирного банка показывают от 28,9 до 30,9 рождений за 2000—2017 годы. Такое несоответствие, возможно, отражает разницу в предполагаемой миграции населения за этот же период.

Цель: дать характеристику рождаемости в Хатлонской области РТ и Удмуртии за 2016-2017 .

Материалы и методы: Статистические данные по рождаемости в Хатлонской области и Удмуртии за 2016-2017 год.

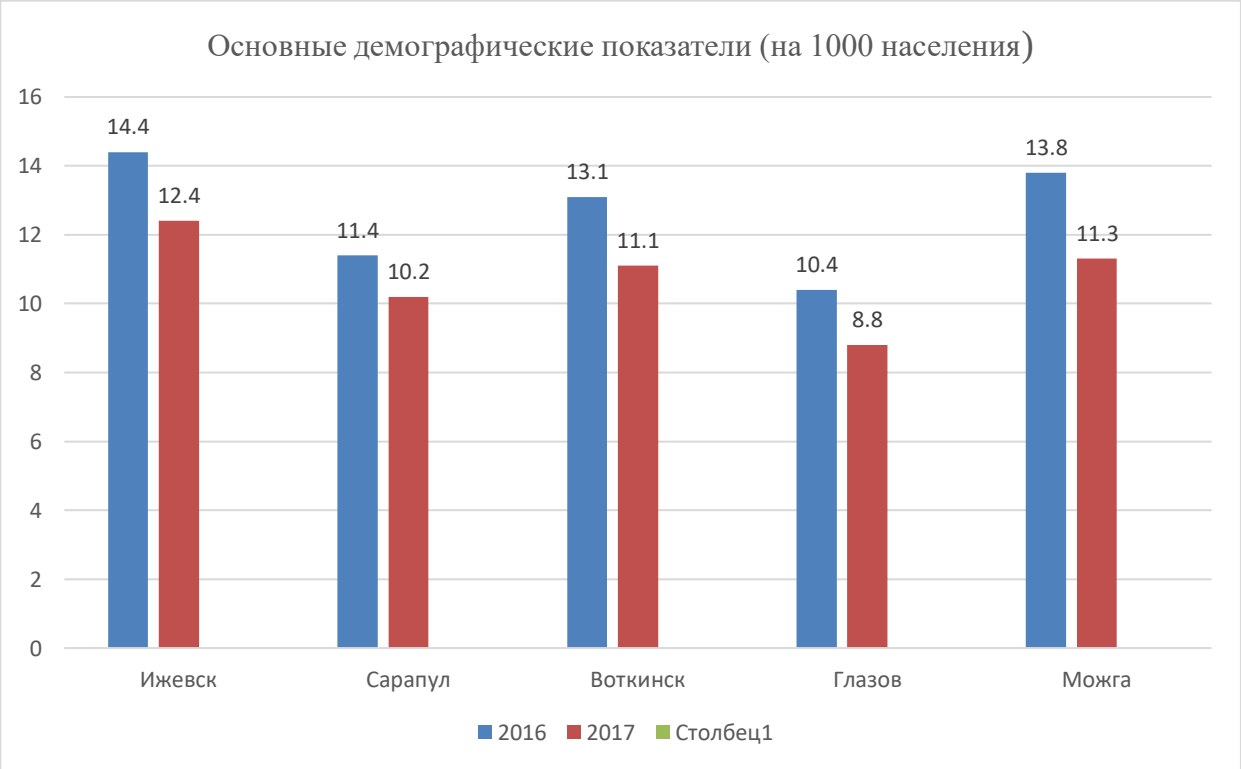
Результат :

Диаграмма 1.



На данной диаграмме (1) по показателям рождаемости можно отметить преобладание рождаемости в Дангаре . Второе место по рождаемости в Хатлонской области занимает Сарбанд. Третье место с незначительной разницей занимают Нурек и Куляб. Четвертое место занимает Курган-Тюбе ,что может быть связано с экономическими проблемами, распространением планирования семьи ,изменением жизненных ценностей личности и семьи.

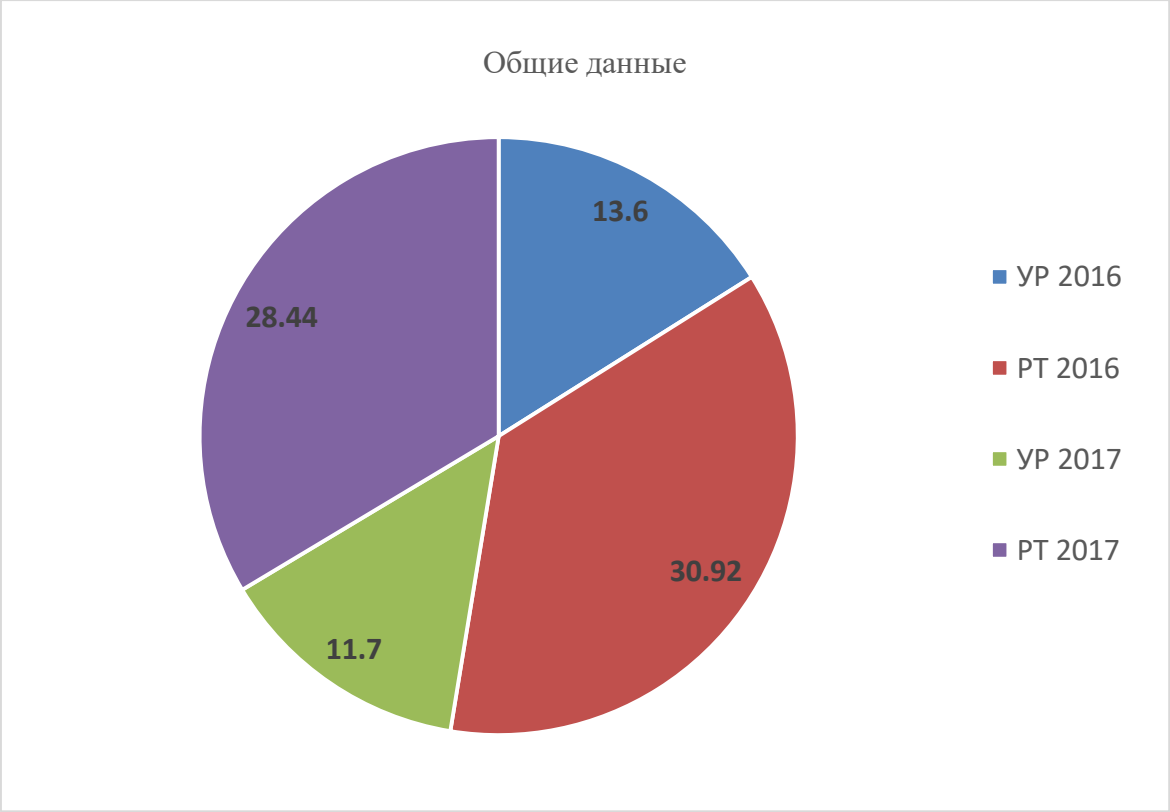
Диаграмма 2:



На данной диаграмме(2) по демографическим показателям (на 1000 населения) можно отметить преобладание рождаемости в Ижевске, что может быть связано с урбанизацией населения. Второе место с незначительной разницей занимает Можга. Третье место Воткинск , а далее Сарапул и

Глазов .

Диаграмма 3:



На данной таблице по показателям рождаемости преобладает Хатлонская область Республики Таджикистан над Удмуртской Республикой. Но в обоих государствах наблюдается тенденция к снижению рождаемости , что может быть связано со снижением женщин репродуктивного возраста, снижением качества жизни и экологического загрязнения окружающей среды.

Заключения : По данным исследования статистического анализа рождаемости в Хатлонской области РТ и Удмуртской Республики за 2016-2017 год можно сделать следующие выводы ; в Таджикистане и Удмуртии наблюдается значительное снижение рождаемости.

Библиографический список:

4. Ю.П.Лисицын. Общественное здоровье и здравоохранение-2007.
5. В.А.Медик, В.А.Юрьев. Общественное здоровье и здравоохранение.-2009.
6. Информационно-аналитический центр Министерства здравоохранения Удмуртской Республики.
7. Информационно-аналитический центр Министерства здравоохранения Республики Таджикистана.

Кельдибеков Максим Юрьевич
Keldibekov Maxim Yurievich
Студент 4 курса лечебного факультета ФГБОУ ВО
«Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ,
Email: maks.keldibekov@mail.ru

Яценко Анастасия Андреевна
Yatsenko Anastasia Andreevna
Студентка 4 курса лечебного факультета ФГБОУ ВО
«Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Попова Ольга Пантелеевна
Popova Olga Panteleevna
Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ

УДК 614.2

МОТИВЫ И НАМЕРЕНИЯ СТУДЕНТОВ ИЖЕВСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ОБУЧЕНИЯ

THE MOTIVES AND INTENTIONS OF THE STUDENTS OF THE IZHEVSK STATE MEDICAL ACADEMY IN DIFFERENT STAGES OF LEARNING

Аннотация: Статья посвящена исследованию мотивов и намерений студентов медицинского вуза. Рассматривается изменение отношения студентов к выбранной профессии в зависимости от курса обучения и факультета.

Abstract: The article is devoted to the study of the motives and intentions of medical students. We consider the change in the attitude of students to the chosen profession, depending on the course and faculty.

Ключевые слова: мотивация, профессия врача, студенты.

Keywords: motivation, medical profession, students.

Актуальность: В настоящее время отмечается рост значимости высшего образования и компетентности кадров. На передний план выходит вопрос об осознанном профессиональном самоопределении – сложном процессе на пути к осуществлению профессиональной деятельности. Критической точкой в этом процессе является выбор будущей профессии и, соответственно, высшего учебного заведения после окончания школы. [2,38; 4]

Особую роль в структуре высшего образования играет подготовка специалистов в системе здравоохранения. С учетом того, что здоровье человека является основным объектом профессиональной деятельности врача, требования к его мотивам, намерениям и профессионально-личностным качествам предъявляются достаточно высокие. Именно поэтому поступающие в медицинский вуз должны быть мотивированы на получение знаний, развитие профессиональных и личностных качеств, которые обеспечили бы компетентное вхождение в профессию. На практике же абитуриенты, желающие связать свою жизнь с медициной, опираются не только на мотивы овладения профессией врача, но и руководствуются такими факторами как: влияние родителей, желание быть полезным обществу, детская мечта, возможность заботиться о здоровье своих близких и многими другими. [3]

Известно, что устойчивость и динамика мотивов и намерений, успехи в учебной деятельности зависят от ряда социально-психологических факторов, в числе которых субъективные способности личности, условия обучения и взаимоотношения с преподавателями, способность к самостоятельной работе и к самообучению, возможность реализации интересов и потребностей. Особую важность в становлении мотивации имеют также организация учебного процесса, уровень преподавания, использование педагогических технологий обучения. [1, 35]

Целью данного исследования является оценка изменений мотивов и намерений студентов медицинского вуза, их отношения к профессии на разных этапах обучения.

Материалы и методы: Выборку исследования составил 351 студент Ижевской государственной медицинской академии (ИГМА), в числе которых 202 студента лечебного, 99 –

педиатрического и 50 – стоматологического факультетов. В зависимости от курса обучения респонденты были разделены на три группы: студенты младших (1-2 курсы лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов), средних (3-4 курсы лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов) и старших (5-6 курсы лечебного и педиатрического, 5 курс стоматологического факультетов) курсов. (табл.1).

Таблица 1. Распределение студентов по возрастным группам

Группа студентов	Факультеты			
	Лечебный	Педиатрический	Стоматологический	Всего
Младшие курсы	72	34	17	123
Средние курсы	75	33	17	125
Старшие курсы	55	32	16	103
Всего	202	99	50	351

Методом исследования было выбрано анонимное анкетирование, для проведения которого была составлена анкета, включавшая в себя закрытые и открытые вопросы в количестве 15 штук.

Результаты и обсуждение: По результатам исследования было установлено, что причины поступления у студентов всех факультетов примерно одинаковые (табл. 2). Более половины (53% опрошенных) заявили, что наиболее весомой причиной их поступления в медицинский вуз явилась детская мечта стать врачом. Второй по значимости причиной является получение профессиональных качеств и знаний (35%). Среди самых «непопулярных» причин поступления студенты отмечают материальную составляющую профессии врача (14%) и неопределённость в выборе будущей профессии (11%). К сожалению, уважение к профессии и престижность от общего числа причин, побудивших к поступлению в медицинский вуз, составили всего 3%.

Таблица 2. Причины поступления студентов в медицинский вуз зависимости от возрастной группы

Причины поступления в медицинский вуз	Группы студентов		
	Младшие курсы (%)	Средние курсы (%)	Старшие курсы (%)
Мечта детства	55	53	52
Влияние родителей	19	26	29
С целью получения высокооплачиваемой работы	15	11	15
С целью получения знаний и навыков	38	35	31
Не знал/а куда поступить	9	14	11
Уважение к профессии и престижность	4	2	4

Абитуриенты в меньшей степени мотивированы на получение знаний и развитие профессиональных качеств, в сравнении с личными, внутренними причинами, побудившими их поступить в медицинский вуз.

На вопрос о том, нравится ли студентам обучение в вузе, мнение студентов в группах разделилось (табл. 3). Достоверно ($t = 2,8$) среди студентов младших курсов получает только положительные эмоции от учебного процесса каждый второй (47% случаев), в то время как среди старших курсов – лишь каждый третий (29%).

Таблица 3. Отношение студентов к обучению в зависимости от длительности обучения в вузе

Нравится ли обучение в медицинском вузе?	Группы студентов		
	Младшие курсы (%)	Средние курсы (%)	Старшие курсы (%)
Да, очень нравится	47	40	29
Ожидал(а) большего, но в целом нравится	43	49	61
Не нравится	10	11	10

Значительное расхождение мнений наблюдается и в зависимости от факультета (табл. 4). Полученные нами результаты подтвердили достоверность разницы в показателях между отношением к учебе у

студентов стоматологического и педиатрического факультета (t = 2,5) – если среди студентов стоматологического факультета каждый третий удовлетворен учебой, то среди педиатров лишь каждый пятый студент. Мотивы данного расхождения мы планируем изучить в дальнейшем. Кроме того, студенты-педиатры больше остальных недовольны учебным процессом (12%).

Таблица 4. Отношение студентов к обучению в зависимости от факультета

Нравится ли обучение в медицинском вузе?	Факультеты		
	Лечебный (%)	Педиатрический (%)	Стоматологический (%)
Да, очень нравится	42	29	50
Ожидал/а лучшего, но в целом нравится	49	59	45
Не нравится	9	12	5

Согласно полученным данным (табл.5) отношение к выбранной профессии за время учебы в вузе у большей части респондентов младших курсов (41%) изменилось в положительную сторону. В то же время у студентов средних (46%) и старших курсов (50%) отмечается тенденция к изменению отношения к профессии в негативную сторону.

Таблица 5. Отношение студентов к профессии врача в зависимости от длительности обучения в вузе

Как изменилось отношение к профессии врача?	Группы студентов		
	Младшие курсы (%)	Средние курсы (%)	Старшие курсы (%)
В положительную сторону	41	29	28
В негативную сторону	18	46	50
Не изменилось	42	25	22

Полученные нами цифры свидетельствуют о том, что достоверно (t = 3,9) больше всего студентов, позиция которых к профессии ухудшилась, обучаются на лечебном факультете (43%), а меньше всего таковых – на стоматологическом факультете (18%). В то же время среди студентов-стоматологов отмечается больше всего тех, чье мнение по поводу профессии улучшилось (44%) (табл. 6).

Таблица 6. Изменение отношения студентов к профессии врача в зависимости от факультета

Изменилось ли отношение к профессии врача?	Факультеты		
	Лечебный (%)	Педиатрический (%)	Стоматологический (%)
В положительную сторону	29	34	44
В негативную сторону	43	35	18
Не изменилось	28	31	38

На вопрос о планах и желании работать по профессии все группы ответили приблизительно одинаково (табл.7). Планируют работать в отрасли в среднем 84% респондентов, из них наибольший процент составляют старшие курсы (88%), наименьший - средние курсы (80%). Заявляют о нежелании работать по специальности приблизительно 8% опрошенных, среди них больше всего студентов средних (9%) и младших (8%) курсов.

Таблица 7. Отношение студентов к будущей работе врачом в зависимости от возрастной группы

Планируете ли работать врачом?	Группы студентов		
	Младшие курсы (%)	Средние курсы (%)	Старшие курсы (%)
Да	84	80	88
Нет	8	9	6
Не знаю	8	11	6

При более детальном рассмотрении вопроса было выявлено, что респонденты, принадлежащие стоматологическому факультету, собираются работать врачами в 96% случаев, в то время как

студенты лечебного факультета – лишь в 67% (t = 6,7). Также среди будущих стоматологов наименьшее число тех, кто сомневается в дальнейшей врачебной карьере и вовсе не собирается работать. Среди студентов лечебного факультета, напротив, наибольшее число тех, кто не проявляет желание работать врачом (10%) или всё ещё задумывается о дальнейшей судьбе (23%) (табл. 8).

Таблица 8. Отношение студентов к будущей работе врачом в зависимости от факультета

Планируете ли работать врачом?	Факультеты		
	Лечебный (%)	Педиатрический (%)	Стоматологический (%)
Да	67	74	96
Нет	10	7	2
Не знаю	23	19	2

Выводы: Таким образом, анкетирование среди студентов Ижевской государственной медицинской академии показало, что студентам всех курсов одинаково нравится учёба в медицинском вузе, однако наибольшее удовлетворение от учебы в медицинском вузе и работы врачом в перспективе получают учащиеся на стоматологическом факультете. Больше всего мнение о выбранной профессии изменилось у средних и старших курсов, а также у студентов лечебного факультета. Возможно, это связано с модернизацией системы образования в медицинских вузах, уменьшением уважения к системе здравоохранения со стороны граждан. Несмотря на это, практически 84% опрошенных собираются работать по профессии, наибольший процент желания работать у стоматологов – 96%.

Решение данной проблемы заключается в разработке рекомендаций для психологической службы школы, педагогов и будущих студентов. Поскольку эффективность учебного процесса в вузе напрямую зависит от того, насколько высока мотивация, психологам и педагогам школ необходимо включать в план работы проведение курсов по профориентации, тренингов по развитию мотивации для учащихся, выбирающих после школы высшее образование. Предполагаемыми результатами таких тренингов должны стать осознание будущими студентами собственных целей и задач обучения в вузе, способность организовать самостоятельную работу над собой, формирование целостного образа будущей профессии.

Библиографический список:

1) Васильева Е.Ю. Динамика и характер учебной мотивации студентов медицинского вуза на разных этапах обучения/ Е.Ю. Васильева, М.И. Томилова// Экология человека. – 2007. - №6. – С.34-39.

2) Копысова Л.А. Развитие мотивации профессиональной деятельности обучающихся в медицинском вузе/ Л.А. Копысова// Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. - 2008. - №10(59). – С.38-43.

3) Рыченков М.В. Исследование факторов, оказывающих влияние на выбор вуза абитуриентами, на различных этапах процесса поступления/ М.В. Рыченков// Современные проблемы науки и образования. – 2013. - №6.

4) Чижкова М.Б. Мотивы выбора профессии и их взаимосвязь с профессионально-значимыми качествами медицинского работника у студентов-первокурсников медицинского вуза/ М.Б. Чижкова// Современные проблемы науки и образования. – 2015. - №2 (часть 1).

Амичба Марта Мурмановна
Студентка V курса медицинского института НИУ ‘’БелГУ’’, ул. Победы, 85, г. Белгород, Россия
Черватюк Мария Игоревна
Студентка V курса медицинского института НИУ ‘’БелГУ’’, ул. Победы, 85, г.Белгород, Россия.

Amichba Marta Murmanovna
student of the V course medical Institute, national reseach UNIVERSITY ‘’BelSU’’ st. Pobedi, 85, Belgorod, 308015, Russia
Chervatyuk Maria Igorevna
student of the V course medical Institute, national reseach UNIVERSITY ‘’BelSU’’ st. Pobedi, 85, Belgorod, 308015, Russia. E-mail: sweet.girl95@mail.ru

УДК 61

ВКЛАД ПИРОГОВА В РАЗВИТИЕ ПРАКТИЧЕСКОЙ И НАУЧНОЙ МЕДИЦИНЫ

PIROGOV'S CONTRIBUTION TO THE DEVELOPMENT OF PRACTICAL AND SCIENTIFIC MEDICINE

Аннотация. В данной статье рассмотрена практическая и научная деятельность великого ученого Н. И. Пирогова. Актуальность его работ об этиологических факторах и патогенезе заболеваний до сих пор огромна среди современных последователей. Рассмотрены хирургические подходы Пирогова при лечении заболеваний опорно-двигательного аппарата.

Annotation. This article discusses the practical and scientific activities of the great scientist N. I. Pirogov. The relevance of his work on the etiological factors and pathogenesis of diseases is still huge among modern followers. The surgical approaches of Pirogov in the treatment of diseases of the musculoskeletal system are considered.

Ключевые слова: Пирогов, история, научная деятельность, медицина, открытия.

Key words: Pirogov, history, scientific activity, medicine, discoveries.

Пирогов Николай Иванович (1810—1881) — великий отечественный врач и ученый, выдающийся педагог и общественный деятель; один из основоположников хирургической анатомии и анатомо-экспериментального направления в хирургии, военно-полевой хирургии, организации и тактики медицинского обеспечения войск; чл.-корр. Петербургской академии наук (1847), почетный член и почетный доктор многих отечественных и иностранных университетов и медицинских обществ. Родился 25 ноября 1810 г. в Москве.

Выходец из большой семьи мелкопоместного дворянина, Пирогов вряд ли получил бы образование, если бы не знакомый родителей: известный московский врач, профессор Московского университета Е. Мухин заметил способности мальчика и стал заниматься с ним [2,51]. Пирогов оправдал надежды: уже в 14 лет. Прибавив себе два года, поступил на медицинский факультет Московского университета(в 1824г).По окончании университета (1826 г.) отправился в Юрьевский (ныне Тартуский) университет [3,14]. Здесь он работает в хирургической клинике и пять лет спустя защищает докторскую диссертацию [1,203].

В 26 лет становится профессором хирургии. В 1833 г. Пирогов уехал в Германию, где совершенствовал свои навыки в Берлинской и Гёттингенской клиниках. Надо выделить большой вклад в научную, практическую и общественную деятельности Н. И. Пирогова, которая принесла ему мировую врачебную славу, неоспоримое лидерство в отечественной хирургии и выдвинула его в число крупнейших представителей европейской медицины середины 19 в. Научное наследие Н. И. Пирогова относится к различным областям медицины. В каждую из них он внес существенный вклад, до сих пор не утративший своего значения.

Несмотря на более чем вековую давность, труды Н. И. Пирогова продолжают поражать читателя оригинальностью и глубиной мысли. Классические труды Н. И. Пирогова «Хирургическая анатомия артериальных стволов и фасций» (1837), «Полный курс прикладной анатомии человеческого тела, с рисунками (анатомия описательно-физиологическая и хирургическая)» (1843—1848) и «Иллюстрированная топографическая анатомия распилов, проведенных в трех направлениях через замороженное человеческое тело» (1852—1859); каждый из них был удостоен Демидовской премии Петербургской академии наук [5,41]. Изучая материалы большого числа вскрытий (около

800), проведенных им во время вспышки холеры в Петербурге в 1848 г., Н. И. Пирогов установил, что при холере первично поражается желудочно-кишечный тракт, и высказал верную догадку о путях распространения этого заболевания, указав, что возбудитель болезни (по терминологии того времени миазма) поступает в организм с пищей и питьем. Результаты своих исследований Н. И. Пирогов изложил в монографии «Патологическая анатомия азиатской холеры», изданной в 1849 г. на франц. языке, а в 1850 г. на русском и удостоенной Демидовской премии Петербургской академии наук. К дерптскому периоду относится монография Н. И. Пирогова «О перерезке ахиллового сухожилия в качестве оперативно-ортопедического средства» (1840), в которой изложен эффективный метод лечения косолапости, свойства сгустка крови и определена его роль в процессах заживания ран [2,346].

Н. И. Пирогов первый среди отечественных ученых выступил с идеей пластических операций (пробная лекция в Петербургской академии наук в 1835 г. «О пластических операциях вообще и о ринопластике в особенности»), впервые в мире выдвинул идею костной пластики, опубликовав в 1854 г. работу «Костнопластическое удлинение костей голени при вылущении стопы». Его метод соединения опорной культи при ампутации голени за счет пяточной кости известен как операция Пирогова. Предложенный Н. И. Пироговым внебрюшинный доступ к НПА (1833) и нижней трети мочеточника получил широкое практическое применение и был назван его именем [2,346].

В 1840 г. Пирогов назначается на должность профессора Медико-хирургической академии в Петербурге. В 1843— 1848 гг. вышел в свет его «Полный курс прикладной анатомии человеческого тела».

Пирогов впервые испытал действие наркоза (эфира) при операциях раненых в военно-полевых условиях на Кавказе. Наркоз был предложен в 1846 г., а уже в следующем году Н. И. Пирогов провел широкую экспериментальную и клин, проверку обезболивающих свойств паров эфира [3,14]. Он изучил их действие в опытах на животных при различных способах введения, а также на добровольцах, в т. ч. и на себе. Одним из первых в России (14 февраля 1847 г.) он произвел под эфирным наркозом операцию (удаление молочной железы по поводу рака), продолжавшуюся всего 2,5 мин.; в том же месяце (впервые в мире) он выполнил операцию под прямокишечным эфирным наркозом, для осуществления которого был сконструирован специальный аппарат [5,40]. В июле-августе 1847 г. командированный на Кавказский театр военных действий, впервые применил эфирный наркоз в условиях действующих войск (при осаде укрепленного аула Салты). Результат был невиданный в истории войн: операции проходили без стонов и криков раненых. Изучал паталогоанатомию холеры [2,77]. Во время Крымской войны 1853— 1856 гг. он участвовал в организации военно-полевой медицинской службы, впервые в истории применил гипсовую повязку при лечении травматических переломов [1,33].

В 1854—1855 годы во время Крымской войны Н. И. Пирогов дважды выезжал на театр военных действий и непосредственно участвовал в организации мед. обеспечения боевых действий войск и в лечении раненых, был инициатором привлечения женщин («сестер милосердия») к уходу за ранеными на фронте [5,67]. Военная медицина обязана Н. И. Пирогову созданием научных основ отечественной военно-полевой хирургии и нового раздела военной медицины — организации и тактики мед. службы. Для ознакомления с работой перевязочных пунктов, лазаретов и госпиталей в условиях боевых действий он выезжал также в Германию (1870) и Болгарию (1877). Результаты своих наблюдений Н. И. Пирогов обобщил в работах. Практические выводы, изложенные Н. И. Пироговым, в виде «положений», составили основу организационных, тактических и методических принципов военной медицины [4,89].

Первое положение Н. И. Пирогова гласит: «Война есть травматическая эпидемия». Это определение войны с мед. точки зрения прочно вошло в военно-медицинскую литературу. Оно вытекает из того, что для боевых действий войск характерна массовость и крайняя неравномерность санитарных потерь, а отсюда и неравномерность поступления пострадавших в полевые мед. учреждения. Н. И. Пирогов не рассматривал боевое повреждение как простое механическое нарушение целостности тканей; он придавал большое значение в возникновении и течении боевых повреждений общему утомлению и нервному напряжению, недосыпанию и недоеданию, холоду, голоду и другим неизбежным неблагоприятным факторам боевой обстановки, способствующим развитию раневых осложнений и возникновению ряда заболеваний у солдат действующей армии.

Второе положение Н. И. Пирогова гласит: «Свойство ран, смертность и успех лечения зависят преимущественно от различных свойств оружия и в особенности огнестрельных снарядов». Взгляды

Н. И. Пирогова на хирургические вмешательства, на превентивные операции на перевязочных пунктах и в полевых лазаретах менялись на протяжении всей его деятельности. Вначале он был решительным сторонником предупредительных операций.

После тщательного анализа клинических исходов ранений, дававших особенно высокую смертность от осложнений ран гнилостными процессами, а также смертности среди больных, оперированных в больницах и в условиях частной практики, Н. И. Пирогов сделал вывод о нецелесообразности предупредительных операций на перевязочных пунктах и о бессилии хирурга в этих условиях в борьбе за снижение смертности и инвалидности среди раненых. Ознакомившись во время русско-турецкой войны с мед. обеспечением боевых действий войск и с постановкой хирургической работы на главных перевязочных пунктах и в военно-временных госпиталях (в частности, с результатами применения листеровского метода борьбы с инфекцией при операциях), Н. И. Пирогов изменил свое отношение к роли хирургических вмешательств в профилактике осложнений огнестрельных ран. В своем последнем труде «Военно-врачебное дело...» он говорил уже о двух путях развития хирургии (особенно военно-полевой): выжидательно-сберегательном и активно-профилактическом.

С открытием и внедрением в хирургическую практику антисептики и асептики хирургия стала развиваться по второму пути, о котором Н. И. Пирогов писал: «Для полевой хирургии открывается обширное поле самой энергической деятельности на перевязочном пункте — первичные операции в небывалых доселе размерах».

Большое значение не только для военно-полевой хирургии, но и для клин, медицины в целом имели труды Н. И. Пирогова по проблемам иммобилизации и шока. В 1847 г. на Кавказском театре военных действий он впервые в военно-полевой практике использовал неподвижную крахмальную повязку при сложных переломах конечностей. В период Крымской войны он также впервые (1854) наложил в полевых условиях гипсовую повязку. Н. И. Пирогову принадлежит подробная характеристика патогенеза, изложение методов профилактики и лечения шока; описанная им клин, картина шока является классической и продолжает фигурировать в руководствах и учебниках по хирургии. Он описал также сотрясение мозга, газовый отек тканей, выделил «раневую чахотку» как особую форму патологии, известную теперь под названием «раневое истощение» [4,234].

В 1856 г. Пирогов оставил службу в Медико-хирургической академии. Его назначили попечителем Одесского учебного округа, затем Киевского [2,65]. Просветительская деятельность учёного продолжалась вплоть до марта 1861 г.Последние годы жизни Пирогов провёл в своём имении Вишня близ Винницы [1,33].

Умер 5 декабря 1881 г. Незадолго до смерти он сделал ещё одно открытие — предложил новый способ бальзамирования умерших. Именно по этой методике было забальзамировано тело самого Пирогова, хранящееся в специальном склепе в церкви села Вишня [4,72]. Научная, практическая и общественная деятельность Н.И.Пирогова принесла ему мировую врачебную славу, неоспоримое лидерство в отечественной хирургии и выдвинула его в число крупнейших представителей европейской медицины середины 19 в. Научное наследие Н.И.Пирогова относится к различным областям медицины. В каждую из них он внес существенный вклад, до сих пор не утративший своего значения. Несмотря на более чем вековую давность, труды Н.И.Пирогова продолжают поражать оригинальностью и глубиной мысли.

Библиографический список:

1) Пирогов, Николай Иванович. Энциклопедический словарь Брокгауза и Ефрона : в 86 т(82т.и4доп.). — СПб., 1890—1907; №1: 46-54.

2) Пирогов, Николай Иванович. Военная энциклопедия: [в 18 т.] / под ред. В. Ф. Новицкого [и др.]. — СПб. ; [М.] : Тип. т-ва И. Д. Сытина, 1911—1915; 37-57.

3) Н. И. Пирогов: (К 100-летию со дня рождения). — СПб: тип. М.М. Стасюлевича, 1899. — 172 с.

4) Императорский Московский университет: 1755-1917 : энциклопедический словарь / Андреев А. Ю., Цыганков Д. А.. — М.: Российская политическая энциклопедия (РОССПЭН), 2010. — С. 558—560. — 894 с.

5) Юдин С. С. Образы прошлого и силуэты некоторых военно-полевых хирургов : [Н. И. Пирогов, В. А. Басов, Н. В. Склифосовский, Н. А. Вельяминов, Н. Н. Бурденко : вступительная лекция проф. С. С. Юдина в Госпитальной хирургической клинике Медицинского института Наркомздрава РСФСР 18 октября 1943 г]. — М.: Медгиз, 1944. — 48 с.

Ганиева Рушания Рамилевна
Гилязова Алия Рамилевна
студентки 4 курс, факультет «Лечебное дело»
Ижевская государственная медицинская академия Россия, г. Ижевск

Сабитова Наиля Гасимовна
к.п.н, научный руководитель:
доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения
Ижевская государственная медицинская академия Россия, г. Ижевск

УДК 316.628

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКИХ КАЧЕСТВ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

ASSESSMENT OF PHYSICAL QUALITIES OF STUDENTS OF IZHEVSK STATE MEDICAL ACADEMY

Аннотация: статья посвящена анализу физических качеств студентов лечебного, стоматологического и педиатрического факультетов Ижевской государственной медицинской академии. Оценена физическая активность студентов и определены возможные различия физических качеств студентов, обучающихся на различных факультетах медицинской академии. Предложены рекомендации по повышению физических возможностей студентов.

Abstract: the article concentrates on the analysis of physical qualities of students of medical, dental and pediatric faculties of Izhevsk State Medical Academy. The purpose of the article is to assess the physical activity of students and to find out possible differences between the faculties. Recommendations for improving the physical abilities of students are suggested.

Ключевые слова: физические качества, студенты, физическая культура, здоровье.

Key words: physical qualities, students, physical culture, health.

Возрастает интерес к изучению влияний различных факторов на здоровье человека, в том числе и средств физической культуры, так как в современном мире при социально-экономическом развитии происходит изменение условий жизнедеятельности людей [1,20;2,336;4,31].

В сохранении здоровья и формировании здорового образа жизни населения большое значение имеет научное объяснение использования средств физической культуры в процессе укрепления, и здесь большую роль играют медицинские работники[5]. Реформы последних лет как в обществе в целом, так и в сфере организации медицинской помощи населению предъявляют все более высокие требования к профессионализму работникам здравоохранения[3,8]. Студенты должны быть физически здоровыми для того, чтобы осуществлять свою профессиональную деятельность[6,25].

Целью нашей работы явилось оценить физическую активность студентов и выяснить возможные различия по факультетам медицинской академии.

Материалы и методы: для оценки физической активности студентов мы провели анализ контрольных нормативов 3 курса трех факультетов Ижевской Государственной медицинской академии (ИГМА) 2017-2018 гг. Мы сравнили выносливость студентов лечебного, стоматологического и педиатрического факультетов на основании выполнения норматива по бегу (сдачи 3 км на время). Быстроту реагирования оценивали по результатам такого физического параметра как бег на 100 метров, а ловкость – прыжок в длину. В исследовании приняли участие 90 студентов (по 30 человек с каждого факультета).

Мы анализировали результаты выносливости студентов лечебного, стоматологического и педиатрического факультетов.

Бег на длительные дистанции является отличным показателем степени общей выносливости студентов, т.к. он требует особой выдержки и достаточной степени подготовки.

Общая выносливость - это способность выполнять аэробную нагрузку (работу невысокой мощности) в течение длительного времени и противостоять утомлению.

Наилучшие результаты были у студентов стоматологического факультета, среднее значение которых – 10.24 мин, минимальный результат – 9.04 мин, максимальный – 12.23 мин.

Студенты лечебного факультета ушли с небольшим отрывом, их среднее значение 10.43 мин,

минимальное -9.10 мин, максимальное – 15.40мин.

Результаты студентов педиатрического факультета: среднее значение – 11.12 мин, минимальное – 10.05 мин, максимальное – 12.50.

Так более выносливыми оказались студенты лечебного факультета (I место) (рис.1) (p <0,05) – выявлена статистически значимая достоверность.

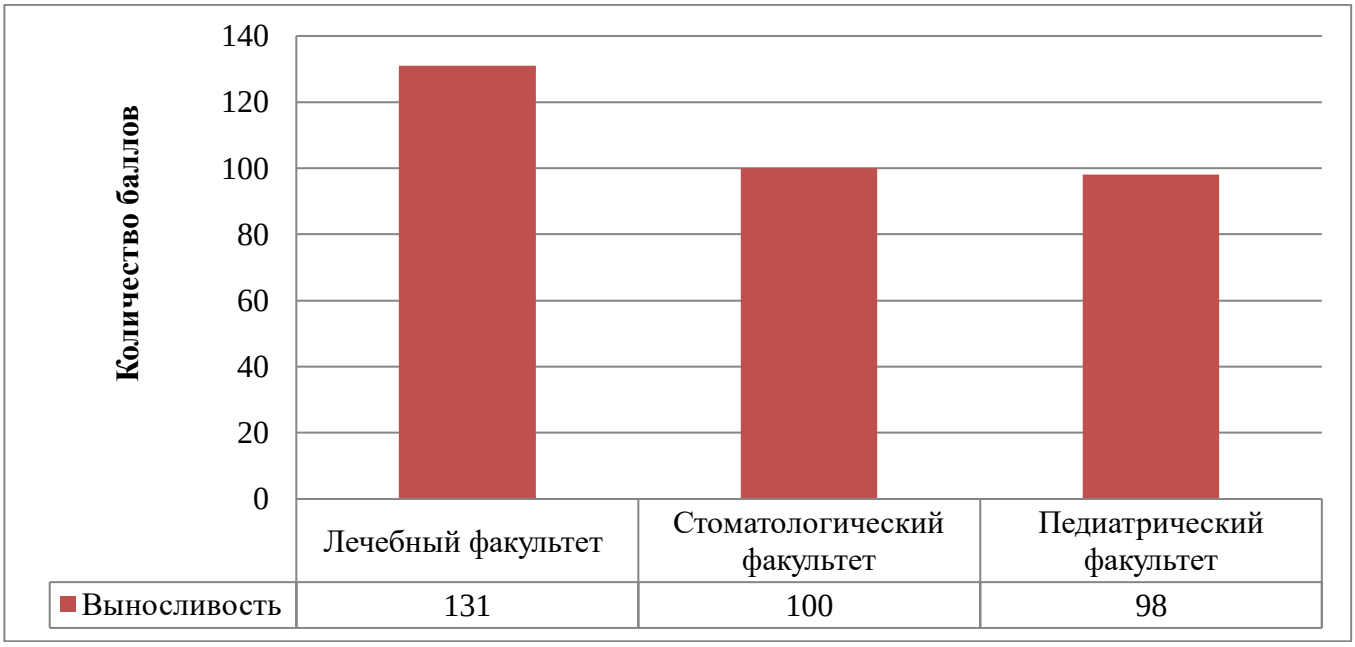


Рис.1. Характеристика выносливости студентов лечебного, стоматологического, педиатрического факультетов ИГМА

Сравнив результаты сдачи 100 м на время, мы оценили быстроту реагирования.

Бег на 100 метров относится к легкоатлетическим дисциплинам, при которых забеги проводятся на короткие дистанции. Такой бег требует высочайшей координации движений и умения развивать большие скорости за малые промежутки времени. Стометровый бег должен выполняться с соблюдением особой техники, а также требует длительной подготовки.

Именно поэтому данный норматив взят в качестве показателя быстроты реакции студентов медицинской академии.

Следует узнать среднее арифметической разных факультетов. Так, студенты стоматологического факультета показали наиболее лучший результат. Среднее значение получилось 16,24с. При этом минимальным оказалось значение – 15,16 с, а максимальным – 17,9 с.

Студенты стоматологического факультета лишь ненамного обогнали студентов лечебного факультета. Среднее арифметическое у студентов лечебного факультета – 16,9с. Но стоит сказать, что силы студентов лечебного факультета достаточно неоднородны, так минимальное значение соответствует 13,36, а максимальное 26,59.

Ниже показатели у студентов педиатрического факультета. Среднее значение 17,9 с минимальным значением – 16, 47 и максимальным – 20,06.

Таким образом, наилучшие результаты показали студенты стоматологического (I место) и лечебного факультетов (I место) (p <0,05) (рис.2).

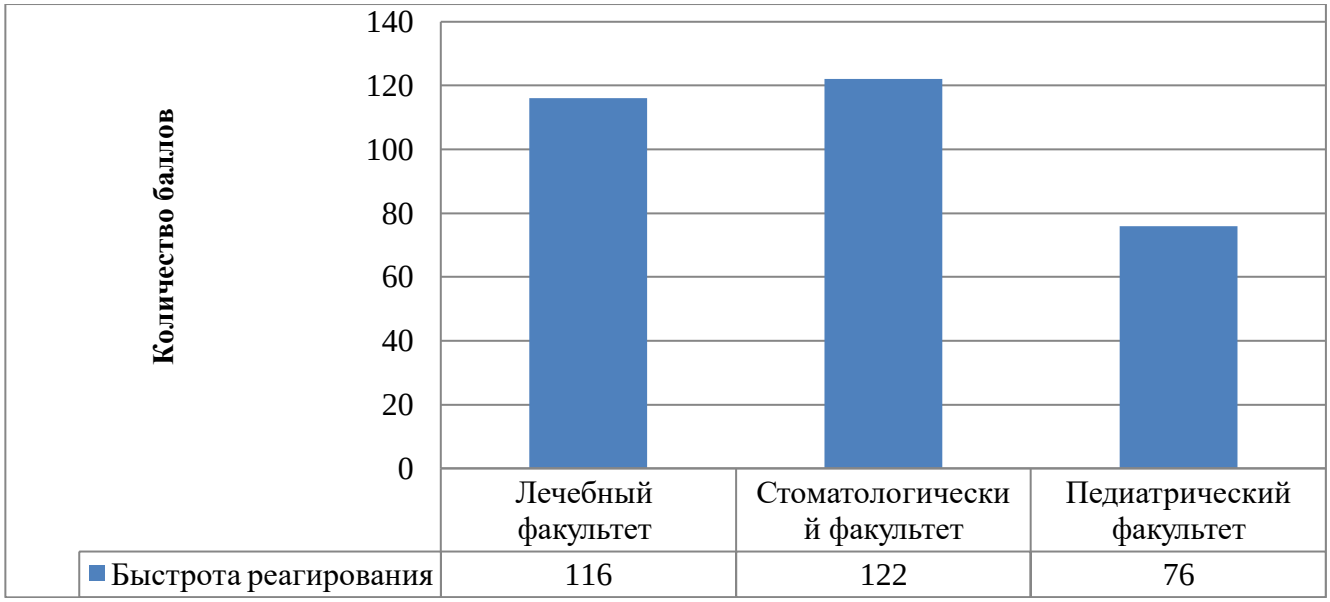


Рис.2. Характеристика быстроты реагирования студентов лечебного, стоматологического, педиатрического факультетов ИГМА

Ловкость определили по результатам прыжкам в длину.

Прыжки в длину развивают скоростно-силовые качества спортсмена, особенность в том, что мышцы работают во «взрывном» режиме, то есть требуется приложить большую силу в короткий промежуток времени.

Это упражнение требует высокой координации и согласованной работы мышц всего тела в целом, даже согласованная работа рук и ног сильно влияет на результат, именно поэтому оно очень полезно для улучшения подвижности, скорости, ловкости и «прыгучести».

Стоматологи получили самые хорошие результаты, их среднее значение – 182 см, минимальный результат – 150 см, максимальный – 208.

Студенты лечебного факультета получили среднее значение – 176 см, с минимальное – 135 см, а максимальное - 200, что также говорит о достаточно широком диапазоне возможностей студентов этого факультета.

Среднее значение студентов педиатрического факультета – 173, 6 см, минимальное – 165 см, максимальное – 193 см.

Таким образом, места распределились в следующем порядке: стоматологический (I место), лечебный (II место) и педиатрический (II место) ($p < 0.05$) (рис.3).

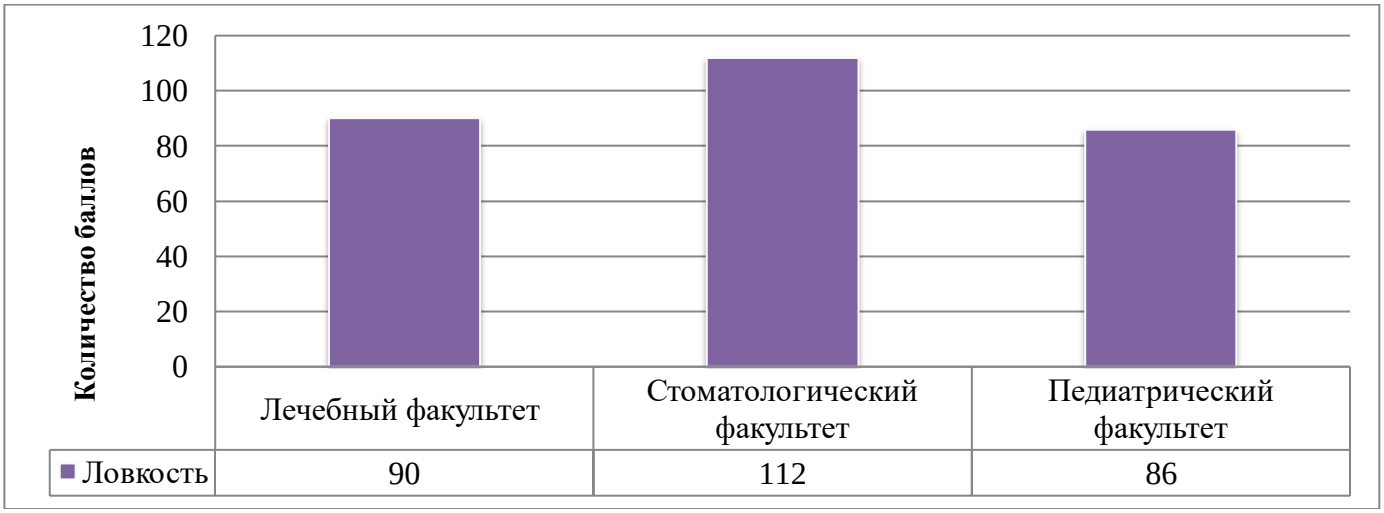


Рис.3. Характеристика ловкости студентов лечебного, стоматологического, педиатрического факультетов ИГМА

Проведя анализ физических качеств студентов, мы получили результаты, которые представлены в таблице (таблица 1):

Таблица 1. Сводная таблица полученных результатов по выносливости, быстроте реагирования и ловкости студентов лечебного, стоматологического, педиатрического факультетов

Фак-ты / показатели	Лечебный	Стоматологический	Педиатрический
Выносливость	I место	II место	II место
Быстрота реагирования	I место	I место	II место
Ловкость	II место	I место	II место

Таким образом, у студентов лечебного факультета высокие показатели по выносливости, быстроте реагирования. А студенты стоматологического факультета обладают высокой ловкостью, быстротой реагирования.

Выводы.

Проведя оценку физических данных студентов 3 курса всех факультетов медицинской академии, мы получили следующие результаты:

1. Студенты стоматологического факультета — самые ловкие, высокая быстрота реакции;
2. Студенты педиатрического факультета — средние показатели физических показателей
3. Студенты лечебного факультета — самые выносливые, высокая быстрота реагирования;

Таким образом, студенты медицинской академии обладают достаточным набором качеств, необходимых для их специальности. Так, для студентов-стоматологов одними из важнейших качеств являются выносливость, ловкость, которыми, как мы убедились, обладают обучающиеся Ижевской Государственной Медицинской Академии. Для студентов лечебного и педиатрического факультета важнейшими свойствами характера являются общая выносливость, которая присуща обучающимся данного образовательного учреждения. Отсюда следует, что студенты трёх различных факультетов имеют все должные характеристики, свойственные для выбранной ими профессии.

Библиографический список:

1. Жукова Е. В., Куренкова Г. В., Лемешевская Е. П. Гигиенические особенности профессиональной деятельности отдельных групп медицинских работников (хирургов, анестезиологов, стоматологов, терапевтов, физиотерапевтов). / Е. В.Жукова, Г.В.Куренкова, Е.П.Лемешевская // Учебно-методическое пособие для студентов - 2017 – С.20
2. Попов А.В. Двигательная активность и физическое здоровье подростков / И.С. Чумарева, Н.М. Попова, А.В. Попов, Н.Ю. Касаткина // Общественное здоровье и здравоохранение XXI века: материалы Российской научно-практической конференции заведующих кафедрами общественного здоровья и здравоохранения, посвященной 70-летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения БГМУ. – Уфа – 2006 - С.336-339.
3. Попов А.В. Характеристика здоровья студенческой молодежи / А.В.Попов // Актуальные вопросы биологии и медицины: материалы IV межрегиональной межвузовской научной конференции молодых ученых и студентов. – Ижевск – 2007 - С.8-11.
4. Попов А.В. Программа и методика комплексного социально-гигиенического исследования здоровья студентов медицинского ВУЗа / А.В. Попов // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – Москва. – 2007 -№3 - С.31-36.
5. Попов А.В. Здоровье и образ жизни студенческой молодежи / А.В. Попов // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья – Москва – 2007, С.24-28.
6. Попов А.В. Комплексное социально-гигиеническое исследование здоровья студентов медицинского ВУЗа /автореф. дис. … канд. мед. наук (14.00.33) / Алексей Владимирович Попов // Москва - 2008 – С.25

Гарипова Гульфина Ильфатовна
Студентка, Кировский Государственный медицинский университет, РФ, г. Киров

Плаксина Мария Николаевна
Студентка, Кировский Государственный медицинский университет, РФ, г. Киров

Бебякина Наталия Сергеевна
научный руководитель, кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления, Кировский Государственный медицинский университет, РФ, г. Киров

Garipova Gulfina Ilfatovna
Student, Kirov State Medical University, RF, Kirov

Plaksina Maria Nikolaevna
Student, Kirov State Medical University, RF, Kirov

Bebyakina Natalia Sergeevna
Supervisor
Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Public Health and Health Care with a course in economics and management, Kirov State Medical University, RF, Kirov

УДК 616-01/09

СТРАДАЕТ ЛИ НАСЕЛЕНИЕ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ОЖИРЕНИЕМ?

DOES THE POPULATION OF THE KIROV REGION SUFFER FROM OBESITY?

Аннотация. Статья посвящена актуальной на сегодняшний день проблеме - ожирение. Основное содержание данной статьи составляет анализ статистики заболевания ожирением в Кировской области.

В данном исследовании была проанализирована статистика числа людей с нормальной массой тела, с недостаточной массой тела и больных ожирением. Нами была обнаружена тенденция к росту показателя заболеваемости ожирением с увеличением возраста людей. Так же было отмечено, что гендерное различие оказывает роль на распространенность избыточной массы тела. На основе полученных данных был сделан вывод о необходимости проводить профилактику ожирения среди населения, особенно среди лиц старшего возраста.

Annotation. Article is devoted to the actual problem today - obesity. The main content of this article is an analysis of statistics on obesity in the Kirov region.

This study analyzed the statistics on the number of people with normal weight, underweight and obese patients. We have found a tendency to increase the incidence of obesity with increasing age of people. It was also noted that gender difference has a role in the prevalence of overweight. On the basis of the data obtained, it was concluded that it is necessary to carry out the prevention of obesity among the population, especially among the elderly.

Ключевые слова. Избыточная масса тела. Ожирение. Статистика. Распространенность. Осложнения. Несбалансированное питание.

Keywords. Overweight. Obesity. Statistics. Prevalence. Complications. Unbalanced nutrition.

Цель: провести оценку распространенности ожирения среди населения Кировской области.

Задачи:

- Изучить существующие литературные данные о распространенности ожирения в мире и в России.
- Исследовать гендерную и возрастную распространенность ожирения в Кировской области.
- Выявить наличие заинтересованности населения в наблюдении за своим весом и профилактике развития ожирения.

- Разработать санитарно-просветительский бюллетень об ожирении для населения Кировской области.

Материалы и методы.

Информационной основой для изучения распространенности ожирения в мире и в России, послужили данные Всемирной организации здравоохранения и статистические сборники Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Для оценки информированности населения об ожирении использовалась анкета собственной разработки, содержащая 15 вопросов. Исследуемый контингент составил 148 человек в возрасте от 13 до 60 лет, из них – 113 (76%) женщин и 35 (23%) мужчин, с наличием добровольного информированного согласия на проведение исследования.

Участники исследования были разделены на 4 возрастные группы согласно российской классификации населения по возрасту:

Iгруппа - 28 (19%) человек в возрасте от 13до 16 лет.

II группа - 50 (34%) человек в возрасте от 17 до 21 года.

III группа - 38 (25%) человека в возрастных пределах от 22 до 35 лет.

IVгруппа - 32 (22%) человека в возрасте от 36 до 60 лет.

Результаты анкетирования представлены качественными данными в виде относительных величин(%).

Результаты и обсуждение.

По данным Всемирной организации здравоохранения за 2016 год, около 39% взрослого населения планеты имеет избыточный вес (индекс массы тела — ИМТ — больше или равен 25). Это 1,9 млрд человек, из них свыше 650 млн страдают ожирением (индекс массы тела больше или равен 30).В 2016 году 340 миллионов детей и подростков в возрасте от 5 до 19 лет страдали избыточным весом или ожирением.

За последние четыре десятилетия в мире стало в десять раз больше детей и подростков (от пяти до 19 лет), страдающих ожирением. Если нынешняя тенденция сохранится, то к 2022 г. число детей и подростков с ожирением превысит число их сверстников с умеренно или значительно пониженной массой тела. Такой вывод делается в новом исследовании, проведенном Имперским колледжем в Лондоне и Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) [1].

В очередном докладе комитета ВОЗ по ожирению отмечено, что избыточная масса тела и ожирение в настоящее время столь распространены, что влияют на здоровье населения больше, чем традиционные проблемы здравоохранения, в частности, голодание и инфекционные заболевания [3].

Доля жителей России с диагнозом «ожирение» с 2016 по 2017 год выросла на 6%, до 1,3% населения (1,9 млн. человек). Среди детей и подростков до 17 лет включительно в целом по Российской Федерации рост числа болеющих ожирением составил 5,3% — в конце 2017 года их насчитывалось почти 451 тыс. человек. Всего за последние пять лет доля россиян, страдающих ожирением, выросла на 30% [2].

- ✓ По результатам анкетирования, процентное соотношение людей, которые следят за своим весом,составляет 37%, из них среди мужчин - 40%, а среди женщин – 36%.

Не следят за своим весом - 25% населения, при этом среди мужчин и женщин процент составил 26 и 25 соответственно.

Иногда взвешиваются - 38% опрошенных всех возрастных групп, среди мужчин 34%, среди женщин – 39%.

Большая часть анкетируемых всех возрастных групп - 68 % хотели бы изменить свою массу тела, причем в гендерном распределении женщины чаще, чем мужчины: 74 % против 49%.

В соответствии с антропометрическими показателями в целом 55% опрошенных имели нормальную массу тела, при этом 76% состояли во II возрастной группе от 17 до 22 лет.

Недостаток массы тела отмечен у 25% среди анкетируемых, в большей степени среди представителей I возрастной группы от 13 до 16 лет– 71%.

Значение ИМТ выше 25 выявлен у 17%, с наибольшим количеством анкетируемых в III группе возрасте от 22 до 35 лет - 21% и вIV возрастной группе в возрасте от 36 до 60 лет – 47%.

Наконец, значение ИМТ более 30 в целом зарегистрировано у 3% опрошенных и только в IIIи IVвозрастных группах – у 5% и 9% соответственно.

Представлены данные процентного соотношения людей, которые следят/не следят за своим весом (Табл.1).

Таблица 1. данные процентного соотношения людей, которые следят/не следят за своим весом

%	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа	Мужчины	Женщины	Всего
Следят за своим весом	25	38	47	34	40	36	37
Не следят за своим весом	43	20	8	38	26	25	25
Иногда взвешиваются	32	42	45	28	34	39	38

Представлены данные процентного соотношения людей, которые хотели бы/не хотели бы изменить свою массу тела (Табл.2).

Таблица 2. Данные процентного соотношения людей, которые хотели бы/не хотели бы изменить свою массу тела

%	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа	Мужчины	Женщины	Всего людей
Хотели бы изменить свою массу тела	54	72	63	81	49	74	68
Не хотел и бы изменить свою массу тела	46	28	37	19	51	26	32

Представлены данные процентного распределения людей по ИМТ и возрастным группам (Табл.3).

Таблица 3. Данные процентного распределения людей по ИМТ и возрастным группам

Показатель (%)	I группа	II группа	III группа	IV группа	Мужчины	Женщины	Всего
с недостаточной массой тела	**71**	22	16	0	20	26	25
с нормальной массой тела	25	**76**	**58**	**44**	63	52	55
с избыточной массой тела	4	2	**21**	**47**	11	19	17
с ожирением	0	0	**5**	**9**	6	3	3

Выводы:

1) По данным Всемирной организации здравоохранения в 2017 году около 39% взрослого населения планеты имели избыточный вес – 1,9 млрд. человек, из них свыше 650 млн страдают ожирением.В 2017 году 340 миллионов детей и подростков в возрасте от 5 до 19 лет страдали избыточным весом или ожирением.

Распространенность избыточного веса и ожирения среди детей и подростков в мире в возрасте от 5 до 19 лет резко возросла с всего лишь 4% в 1975 г. до немногим более 18% в 2017 году. Этот рост в равной степени распределен среди детей и подростков обоих полов: в 2017 году избыточным весом страдали 18% девочек и 19% мальчиков.

В целом, в мире от последствий избыточного веса и ожирения умирает больше людей, чем от последствий аномально низкой массы тела. Число людей с ожирением превышает число людей с пониженной массой тела; такое положение дел наблюдается во всех регионах, кроме некоторых районов Африки к югу от Сахары и Азии.

2) Среди опрошенного в исследовании контингента выявлено, что с возрастом количество населения с избыточной массой тела и ожирением возрастает на 43% и составляет в I возрастной категории от 16 до 16 лет – 4%, а в IVкатегории от 36 лет до 60 лет – 47%.

3) Гендерное различие показало большую распространенность избыточной массы тела у женщин – 19%, а со значением ИМТ более 30, т.е. наличием ожирения – среди мужчин в 2 раза чаще, чем у женщин – 6% против 3%.

4) Выявлена закономерность, согласно которой только 1/3 анкетируемых (37%) следят за свои весом и лишь 38% иногда взвешиваются, однако большинство опрошенных – 68% хотят изменить свою массу тела, из них 74% составляют женщины.

Заключение.

Всем известно, что предупредить болезнь гораздо легче, чем ее лечить. Это касается и ожирения. Для профилактики необходимо, чтобы питание было рациональным, а образ жизни более активным. Как говорит наш мудрый русский народ «Быстрого и ловкого болезнь не догонит!»

Чтобы улучшить информирование населения Кировской области о проблеме ожирения, предлагаем следующий бюллетень (Рис.1)

Ожирение – отложение жира, увеличение массы тела за счёт жировой ткани.

Распространенность ожирения во всех странах Европы, Канаде, США очень высока, доля лиц с избыточной массой тела составляет от 50 до 60% населения, в России – от 40 до 60%.
Увеличилось число подростков с избыточной массой тела, причиной которого является потребление высококалорийных продуктов и недостаточная физическая активность.

ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА РАССЧИТЫВАЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ: вес (кг) / рост^2 (м^2)

Полученный результат оценивают следующим образом:
- желательный < 25 кг/м^2
- избыточный > 25 кг/м^2, но < 30 кг/м^2
- ожирение > 30 кг/м^2, но < 35 кг/м^2
- выраженное ожирение > 35 кг/м^2

ПРИЧИНЫ ОЖИРЕНИЯ

Наследственные факторы при ожирении не являются фатальными. Большое значение в появлении ожирения имеют внешние факторы.

1. Чрезмерное питание:
а) пагубные пищевые привычки с избыточным потреблением жирной пищи и простых углеводов (еда за компанию), нерегулярный прием пищи (вечером), большие порции, частые перекусы, просмотр телевизора во время приема пищи, «заедание» стрессов;
б) эндокринные расстройства.

2. Пониженный расход энергии:
а) низкая физическая активность;
б) привычка к сидячему образу жизни.

3. Нарушения обмена веществ:
а) пониженный синтез белков;
б) нарушение нормального сгорания жира;
в) повышенное накопление жира тканями.

ТИПЫ ОЖИРЕНИЯ

Абдоминальный (жировая ткань откладывается в области живота и верхней части туловища). При этом типе чаще развиваются сахарный диабет, артериальная гипертония, инфаркты и инсульты.

Бедренно-ягодичный (жировая ткань откладывается в области ягодиц и бедер). Сопровождается развитием заболеваний позвоночника, суставов и вен нижних конечностей.

Смешанный, или промежуточный тип ожирения с равномерным распределением жира по всему телу.

НЕ ШУТИТЕ С ТАЛИЕЙ

Если талия у мужчин превышает 102 см, а у женщин 88 см – это **абдоминальное** ожирение и серьезный повод для тревоги.

Срочно избавляйтесь от губительной жировой ткани!

ЧЕМ ОПАСНО ОЖИРЕНИЕ

- **Нарушениями:**
  - функции сердечно-сосудистой системы (повышение артериального давления, холестерина крови, и как следствие – ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, инсульт);
  - опорно-двигательного аппарата (артрозы и остеохондрозы);
  - полового созревания.
- **Развитием сахарного диабета и других эндокринных расстройств.**
- **Расстройствами психики (депрессии).**
- **Хронической венозной недостаточностью.**
- **Онкологическими заболеваниями.**

КАК ПРАВИЛЬНО ХУДЕТЬ

Существуют методы поддержания оптимального веса, основанные на дружбе с собственным организмом. **Не пытайтесь изменить все сразу.**

- Проконсультируйтесь с врачом, пройдите необходимые обследования.
- Разберитесь в психологических причинах лишнего веса (еда от скуки, от стресса, от одиночества, от страха перед жизнью). **Найдите стимул, который стал бы важнее, чем лишний пирожок.**

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ

Начинайте больше двигаться регулярно, но в оптимальном режиме – без одышки, ста потов.

Идеальная нагрузка – ходьба.

Рисунок 1. Санбюллетень об ожирении

Библиографический список:

1. Кушнер, Р. Избыточный вес и ожирение. Профилактика, диагностика и лечение / Р. Кушнер. - М.: Бином. Лаборатория знаний, 2014. - 380 с.

2. Маклаева Н.Н., Камынина Н.Н. ОЖИРЕНИЕ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА/ VII Международная студенческая электронная научная конференция "СТУДЕНЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ ФОРУМ 2015" – Режим доступа. URL: http://www.scienceforum.ru/2015/787/10881

3. А.О. Разина, Е.Е. Ачкасов, С.Д. РуненкоОжирение:современный взгляд на проблему/ Ожирение и метоболизм. – 2016; 13; 3-8.- Режим доступа. – URL: https://cyberleninka.ru/article/v/ozhirenie-sovremenn..

Селютина Ирина Викторовна
Selyutina Irina Victorovna
Врач-гастроэнтеролог высшей категории - Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Псковская областная клиническая больница», г. Псков, Россия, E-mail: selyutinaiv@mail.ru

Дударев Сергей Витальевич
Dudarev Sergey Vitalevich
Доктор холистической медицины - Литовская ассоциация апитерапии, г. Вильнюс, Литва,
E-mail: dudarevhome@gmail.com

УДК 615

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ ОБЗОР НЕКОТОРЫХ МЕТОДОВ АПИТЕРАПИИ

RETROSPECTIVE REVIEW OF SOME METHODS OF APITHERAPY

Аннотация: Данная статья посвящена историческому обзору применения некоторых продуктов пчеловодства в качестве апитерапевтических средств. Актуальность статьи обусловлена возросшим интересом к применению в клинической практике средств апитерапии и к использованию фармацевтических препаратов на основе продуктов пчеловодства.

Abstract: This article is devoted to a historical review of the use of certain bee products as apitherapeutic agents. The relevance of this article is due to the increased interest in the use of apitherapy products in clinical practice and the use of pharmaceutical preparations based on bee products.

Ключевые слова: болезнь Лайма, апитерапия, мед, пчелиный подмор, хитин, хитозан

Keywords: lyme disease, apitherapy, honey, bee podmore, chitin, chitosan

Как известно, болезнь Лайма, именуемая так же, как клещевой боррелиоз - это серьёзное инфекционное заболевание, чаще всего передающееся через укусы клещей. При прогрессировании болезни может последовать поражение опорно-двигательного аппарата, нервной системы, сердца, кожи. В дальнейшем, как правило, болезнь переходит в рецидивирующее и хроническое течение, могущее повлечь инвалидность. В литературе зачастую Лайм-боррелиоз упоминают в одном ряду с ВИЧ/СПИДом. В США данное заболевание входит в десять наиболее распространённых заболеваний из числа подлежащих обязательной регистрации. Прививка (вакцина) от болезни Лайма в настоящее время отсутствует.

Рис. 1 Дитрих Клингхардт (Dietrich Klinghardt) немецко-американский клиницист, доктор медицины (MD) и доктор философии (PhD). В 2007 и 2009 годах удостоен звания «Врач года» от Глобального фонда интегративной медицины (Global Foundation of Integrative Medicine) и Врач 2011 года от Международной академии биологической стоматологии и медицины (International Academy of Biological Dentistry and Medicine), а также Lifetime Achievement Award (2013, Лос-Анджелес).

Считается, что доктор Дитрих Клингхардт является первым клиницистом, применившим пчелиный яд (апитоксин) для лечения болезни Лайма. В 1999 году появилась, его, первая публикация о пользе апитоксинотерапии при Лайм-боррелиозе . Как правило, апитоксин вводился в организм больного туберкулиновым шприцом в соотношении 50:50 с однопроцентным прокаином. Позже, к

середине 2010 года, Элли Лобель разработала специальный протокол лечения болезни Лайма пчелоужалениями. В 2015 году известный американский рефлексотерапевт, доктор философии Эмбер Роуз выпустила книгу «Пионеры: лечение болезни Лайма пчелиным ядом» («Pioneers: healing Lyme with bee venom therapy»), в том же году в авторитетном журнале "Toxins" (IF: 3.571) были опубликованы результаты обширных исследований бразильских ученых. С 2016 года лечение болезни Лайма апитоксином практикуется и доктором Пламен Енчевым в Болгарии.

Сам факт того, что в 21 веке для лечения серьезнейшего заболевания используется апитерапия и авторы апитерапевтических методик в США получают международное признание, является достаточным основание для того, чтобы обратиться к истории апитерапии. Авторам представляется небезынтересным рассмотреть некоторые апитерапевтические методики в исторической ретроспективе.

Как известно, одним из старейших образцов медицинских текстов Древнего Египта является папирус Эдвина Смита. Названный в честь американского археолога, купившего его в 1862 году, датируемый XVI веком до н. э., в папирусе рассматривается 48 травматических случаев, с описанием физического обследования, лечения и прогноза. При лечении острых ран (например, ожогов, хирургических и травматических ран) рекомендуется перевязать рану, положив на рану мед, с различными вариантами по времени и вкупе с другими веществами. Представляется, что это одно из наиболее ранних упоминаний об апитерапии в ее современном понимании.

В раннем средневековье видимо наиболее известным автором, написавшим книгу о применении меда при лечении различных заболеваний был Папа Иоанн XXI (1210 – 1277). В миру более известный под именем Петр Испанский. Книга была популярной и получила название «Thesaurus pauperum» — «Сокровище бедных».

Рис. 2. Папа Иоанн XXI и его книга «Thesaurus pauperum»

В литературе широко описывается применение меда для лечения ран до открытия и использования антибиотиков. Считалось, что мед способствует быстрому уменьшению воспаления и нормализации кровотока. Это приводит к скоротечному отторжению и удалению эскудата и некротических тканей, способствуя уменьшению отеков и выделений из раны. Практически не отмечалось каких-либо аллергических и побочных реакций. Немаловажным фактором являлась дешевизна использования меда и простота в обращении с ним. Мед, как правило, накладывался непосредственно на рану, либо на тканевую основу. Количество меда определялось приблизительно, в зависимости от размеров и состояния раны. Мед на пораженные участки и воспаленные области вокруг раны накладывался достаточно толстым слоем. Повязки, как правило, менялись от 2-3 раз в день до 1 раза в два дня. Мёд при лечении ран использовался в любом виде (жидком или закристаллизованном). Очевидно, что при нагревании до температуры тела больного, примерно 37 градусов, кристаллизованный мед становился жидким, т.е. «распускался». Эмпирически определялись сорта меда наиболее эффективные для заживления ран в каждой местности.

После начала широкого применения антибиотиков, мед был низведен до некого «фольклорного» народного средства. Однако, в 2015 году в Кокрановском реестре контролируемых клинических исследований был представлен мета-анализ 26 исследований о применении меда при заживлении ран. Авторы констатируют, что существуют доказательства высокого качества того, что

мёд способствует заживлению небольших ожогов примерно на 4 - 5 дней быстрее, чем обычные повязки. Существуют доказательства среднего качества, что для заживления ран, инфицированных после хирургических операций, при этом авторы утверждают, что мёд является более эффективным, чем антисептики с последующим наложением марлевых повязок [1].

Современные научные исследования позволяют понять некоторые аспекты заживления ран и биологические эффекты мёда. Как известно, физиологическая реакция в ответ на рану включает фазы воспаления, пролиферации и регенерации. Принято считать, что мёд благотворно влияет на заживление раны в каждой фазе.

Так, например, по мнению некоторых исследователей, антибактериальное действие меда, обусловлено присутствием в нем перекиси водорода, образующейся при окислении глюкозы энзимом глюкозооксидазой. Как известно, при окислении глюкозы образуется глюконовая кислота с выделением перекиси водорода.

По мнению канадского бактериолога А.Г. Локхэда антибактериальные свойства меда обусловлены в основном двумя причинами. Во-первых, высокая кислотность меда делает его вообще непригодной средой для развития бактерий. Лишь очень немногие виды бактерий способны расти в растворе, обладающем такой же кислотностью, как мед. Во-вторых, высокое содержание сахаров в меде – около 80%, т.е. по определению эта среда, обладающая высоким осмотическим давлением. что в высшей степени неблагоприятно для развития большей части бактерий. Мед забирает влагу, и бактерии погибают. Очень небольшая группа может расти и размножаться в растворах, содержащих свыше 15 – 20% сахара» [2].

Некоторые авторы указывают на способность меда к активации продукции цитокинов, таких как интерлейкины, интерфероны. Мёд может способствовать образованию грануляционной ткани и эпителизации, и тем самым сократить сроки заживления раны

В настоящее время, в конвенциональной медицинской практике, широко применяются мёд-содержащие перевязочные материалы. Так, например, в США применение подобных перевязочных материалов одобрено Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов — агентством Министерства здравоохранения и социальных служб США (Food and Drug Administration – FDA). Совершенно очевидно, что эффективность меда, как лекарственного средства, определяется его происхождением, степенью фальсификации. Мёд медицинского назначения, одобренный FDA для использования в перевязочных материалах отфильтровывается и очищается с помощью гамма-облучения.

Таким образом, можно констатировать, что методика использование меда для заживления ран, предложенная почти 3,5 тысячи лет назад, в настоящее время получила определенное научное обоснование и достаточно широкое практическое применение в странах с высоким уровнем медицины.

Говоря о применении продуктов пчеловодства, как средств апитерапии нельзя не упомянуть тела самих пчел. В литературе приводятся рецепты Галена (ок. 129 — ок. 199), включающие «раздавленных в меду пчел». Считается, что Гален подобным образом лечил чирьи, фурункулы, карбункулы и воспаление десен. Среди авторов XVII -XIX вв. многие останавливаются на медицинском значении пчел. В 1658 году в Англии вышла книга Муффит (Mouffet), в которой он описывает применение пчел в медицине. Автор указывает, что пчелы высушенные и истолченные, принятые вовнутрь с вином или молоком, действуют как диуретическое средство и являются прекрасным средством при лечении водянки или хорошим растворителем мочевых камней. Это средство, по выражению автора, «открывает все проходы для мочи и лечит все задержки мочевого пузыря». Описывались случаи, когда, пчелы убитые в меду, помогают при притуплении зрения и слуха, излечивают спазмы и резь живота и кишок, когда прикладываются к больному месту. Салмон (Salmon, 1682) полагал, что это средство «очищает гумор и восстанавливает здоровье». Знаменитый американский гомеопат Hering описал (1853 г.) и обосновал применение пчелиной тинктуры (Apis). В след за ним гомеопаты Kafka (1858), Wolf (1858), Goullon (1880) в больших монографиях описали результаты лечения настойкой пчел и определили круг болезней, при которых необходимо применять это средство. Apis внутрь, в очень больших разведениях, применялся при гидроцефалии у детей, воспалениях слизистых оболочек, при кашле, хрипоте, при катарах желудка и кишок, при артритах, ревматизме и перемежающей лихорадке. Кроме того, Apis давался при рожистом воспалении, скарлатине, кори, крапивнице и других инфекционных заболеваниях. Иногда гомеопаты применяли и Apis наружно при карбункулах и фурункулах. Они считали, что «пчелы раздавленные в меду,

содействуют прорыванию нарывов»[2].

Считается, что интерес гомеопатов обусловлен выделением в 30-х годах девятнадцатого века у пчел биополимера – хитина. Хитин от гр. «одежда», «скорлупа» наружный покров пчел, иных насекомых, ракообразных, моллюсков и ряда низших растительных организмов. В 1859 году профессор С.Роже (C.Rouget) обнаружил хитозан – основной компонент хитина, хотя свое нынешнее название хитозан получил в 1894 году (F.Hoppe-Seyler).

В первой половине 20-го века было произведено множество фундаментальных исследований этих соединений. Было получено более 50-ти патентов, три Нобелевских лауреата имели непосредственное отношение к этим исследованиям. E.Fischer (1903)-синтезировал глюкозамин, P.Karrer (1929)-провел деградацию хитина с помощью хитиназ, и, наконец, W.N. Haworth (1939) установил абсолютную конфигурацию глюкозамина.

Хитин, как известно, относится к полисахаридам, но в отличие от близкой по структуре целлюлозе содержит азот. Полимерную структуру хитина составляют N-ацетил-D-глюкозаминовые звенья. Именно эти звенья, и составляют основную часть важнейших полимеров организма человека – гиалуроновой кислоты, гепарина, хондроитинсульфата и т.д. Принято считать, что гепарин является необходимым антикоагулянтом в организме. В литературе описывается действие кровоостанавливающих средств созданных на основе хитина/хитозана способных в некоторых случаях остановить кровотечение из бедренной артерии примерно за 3 минуты, а более мелкие кровотечения – за несколько секунд. При этом отмечается, что даже, если иногда препарат оставлялся в ране, его остатки полностью разлагались кровью до обычных ферментов, мономеров (простейших базисных сахаров глюкозамина и N-ацетилглюкозамина) и всасывались с помощью лизоцима — естественного человеческого фермента, который присутствует в слезах, слюне и слизи. Гиалуроновая кислота и хондроитинсульфат формируют структуру межклеточного пространства. Таким образом хитин, его олигомеры – хитозан, гликозамин, при попадании в организм человека могут служить основными источниками синтеза этих полимеров, особенно при нарушении регуляции их синтеза. В литературе описаны механизмы действия глюкозаминовых звеньев в процессах регенерации тканей, в том числе хрящевой, где основная роль принадлежит соединительной ткани с ее протеогликанами, состоящими их этих звеньев [4].

Считается, что эффективность применения хитина обусловлена его мощным адсорбирующим действием в кишечнике, инактивации токсинов [3]. Доказано, что хитозан обладает ярко выраженными бактерицидными, противоопухолевыми, иммуностимулирующими, антиаллергентными свойствами. Хитин/хитозан используют при терапии онкологических заболеваний, атеросклероза, гипертонии, ожогов.

Пчелиный подмор (тела погибших пчел – источник хитина/хитозана) широко применяется в народной медицине. Для использования в рецептах народной медицины пчелиный подмор отделяют от мусора и просушивают на русской печи или в духовом шкафу при температуре 50°С. Высушенный подмор не должен иметь запаха или следов плесени и сырости. Далее в зависимости от рецепта подмор варят, мельчат и настаивают на спирту, добавляют в мазь.

Рис. 3. Препараты на основе пчелиного подмора.

Основной препарат из пчелиного подмора, используемый в народной медицине, – это настойка. Для её приготовления необходимо смолоть на кофемолке высушенный подмор из расчета 1 столовая ложка на 200 мл. водки (40% спирт). Настойку выдерживают 3 недели в темном месте, ежедневно взбалтывая. После приготовления процеживают через марлю. Применяют препарат наружно в качестве примочек на места ушибов и для лечения ран. Внутрь настойку принимают растворив в небольшом количестве воды столько капель, сколько Вам лет ежедневно в течении 6-12 месяцев. Применяется настойка из пчелиного подмора для лечения аденомы предстательной железы, импотенции, сердечнососудистых заболеваниях, хронических заболеваниях почек, печени и желудочно-кишечного тракта, сосудов головного мозга, при гипертонии, для профилактики заболеваний у пожилых людей.

Из-за различия во мнениях о методах и эффективности народной медицины, перед использованием необходимо проконсультироваться с врачом.

В настоящее время во многих странах мира в медицине хитозан широко используется в таких продуктах, как бинты, диетические добавки и некоторые «оздоравливающие» косметические средства. На основе хитозана выпускаются биологически активные добавки к пище: хитосорб, хиторич, хитосан (США), хитозан (Китай), хитозан Милве (Болгария), хитан, полихит, хитозан-альга-плюс (Россия) и т.д.[5]. При этом, можно констатировать, что исследования свойств хитина и его олигомеров продолжается, особенно в области лечения заболеваний, характеризующихся нарушением обменных процессов, связанных с углеводным обменом – как энергетическим, так и пластическим.

Таким образом, благодаря научным исследованиям 20-го века значительно расширилась область применения применение пчелиного подмора (хитин/хитозан) в медицине, начавшееся примерно 3,5 тысячи лет назад. Олигомеры хитина получают все более широкое применение в кинической практике.

Библиографический список:

1. Jull AB, Cullum N, Dumville JC, Honey as a topical treatment for wounds, The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd., 06 March 2015, DOI:10.1002/14651858.CD005083.pub4
2. Артемов Н.М. Пчелиный яд, его физиологические свойства и терапевтическое применение. Издательство Академии наук СССР, Москва, 1941
3. Хомутов А. Е., Гиноян Р.В., Лушникова О.В., Пурсанов К.А. Апитерапия. Монография. Нижний Новгород: Изд-во ННГУ, 2014.
4. Агафонов А.В., Кривцов Н.И., Лебедев В.И., Бурмистрова Л.А., Ошевенский Л.В., Сокольский С.С. Теория и средства апитерапии /– М.: Комильфо, 2007.
5. Погарская Н. Монография. Технология получения хитозан-меланинового комплекса из подмора пчёл и его применение в ветеринарии и медицине. Ставрополь, «Агрус», 2013

Худайкулова Висола Дилмуродовна
Khydaykulova Visola Dilmurodovna
магистр 3го года обучения по направлению Кардиологии кафедры внутренние болезни №3 медико-педагогического факультета, Ташкентской Медицинской Академии.
E-mail: visola.khydaykulova@gmail.com

Разиков Абдунаби Абдурашидович
Razikov Abdunabi Abdurashidovich
старший преподователь кафедры внутренние болезни №3 медико-педагогического факультета Ташкентской Медицинской Акадамии; E-mail: abdunabi.58@mail.ru

Рахимова Матлуба Эшбоевна
Rakhimova Matluba Eshboyevna
доцент кафедры внутренние болезни №3 медико-педагогического факультета Ташкентской Медицинской Акадамии; (Ташкент,Узбекистан)

УДК 616.24-008.4-072,85:[626.24-002.2+616.12-005.4]

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

CLINICAL AND FUNCTIONAL FEATURES OF THE STATE OF THE HEART IN PATIENTS WITH STABLE ANGINA IN COMBINATION WITH COPD

Аннотация: Статья посвящена проблеме сочетания хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) с ишемической болезнью сердца (ИБС). Приведены современные литературные данные о распространенности этой комбинированной патологии. С точки зрения коморбидности рассмотрены ее патофизиологические и клинико-функциональные особенности. Проанализированы особенности клинического течения и исходов заболевания у больных ИБС, сопряженной с ХОБЛ. ИБС отягощает течение ХОБЛ,усиливают ремоделирование правых отделов сердца,диастолическую дисфункцию правого и левого желудочков.

Abstract: The article is devoted to the problem of combining chronic obctructive pulmonary disease with ischemic heart disease.Present literary data on the prevalence of this combined pathology.From the point of view of comorbidity,its pathophysiological and clinical-functional features.The features of the clinical course and outcomes of the disease in patient with ischemic heart disease associated with COPD. Ischemic heart disease burden COPD down,increase remodeling of the heart right section,diastolic dysfunction of the right and left ventricles.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, ишемическая болезнь сердца ,заболеваемость, коморбидность, объем форсированного выдоха, гипертрофия левого желудочка, дыхательная недостаточность

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, ischemic heart disease,morbidity,comorbidity,forced exhalation, left ventricular hypertrophy, respiratory insufficiency.

Актуальность:

ИБС в последние десятилетия стойко занимает одно из ведущих мест в структуре обращаемости, инвалидизации и смертности при сердечнососудистых заболеваниях (ССЗ) среди социально-значимой группы населения в экономически развитых странах мира.Среди госпитализированных в кардиологическое отделение больных хронической ИБС у 27,7 % выявляется сопутствующая ХОБЛ ,а летальность при сочетании ХОБЛ и ИБС превышала 50 % (15, 18).Среди больных ИБС распространенность ХОБЛ достигала 61.7 %[1,с. 244]

Ишемическая болезнь сердца - поражение миокарда, вызванное нарушением коронарного кровотока вследствие органического поражения коронарных артерий преимущественно стенозирующим атеросклерозом. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий выявляется у 95% больных ИБС (гемодинамически значимым считают уменьшение внутреннего просвета артерии на 50-75%), и только у 5% больных

ИБС коронарные артерииинтактны. Ишемия миокарда возникает, когда потребность миокарда в кислороде превышает возможности его доставки по коронарным артериям[2,с.152, 3,с.76].ХОБЛ-экологически опосредованное хроническое воспалительное заболевание с преимущественным поражением дистальных отделов дыхательных путей, паренхимы легких, которое характеризуется развитием частично обратимой, а при прогрессировании воспаления - необратимой бронхиальной обструкцией[5,с.26,6,с.252].Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) - заболевание, которое способно дополнительно отягощать течение сопутствующих заболеваний, в частности ИБС. Длительное время сочетание ХОБЛ с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) исследовали с точки зрения простого сочетания болезней на фоне воздействия общих факторов риска, таких как курение,урбанизация,гиподинамия, постарение населения,наличие генетической предрасположенности.Однако,наличие у пациента сочетанной патологии способно существенно изменить клиническую картину, течение и исходы каждого из ассоциированных заболеваний [5,с. 152,7,с.200].

Сочетание ХОБЛ и ИБС ухудшает прогноз для жизни и трудоспособности,увеличивает риск летального исхода и требует коррекции подходов к стратегии и тактике лечения. На фоне ХОБЛ,чаще чем в среднем в популяции,встречаютсябезболевые формы ишемии миокарда.В большинстве случаев причиной летальности при сочетании ИБС и ХОБЛ служат жизнеугрожающие желудочковые аритмии. При сочетании ишемической болезни сердца с ХОБЛ увеличивается частота регистрации сердечных аритмий и повышается риск развития нарушений ритма высоких градаций [8,с.72-76]. При диагностике ИБС у больных хроническими заболеваниями легких встречается немало трудностей, чаще всего из-за схожести ряда симптомов. Н.М.Мухарлямов (1973) выделяет три варианта сочетаний ИБС и ХОБЛ: с преобладанием клинической картины ИБС, с преобладанием клинической картины ХОБЛ, со схожей симптоматикой.

Цель исследования:Целью настоящего исследования является изучение особенности течения, состояния микроциркуляции и качества жизни у больных ишемической болезни сердца в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких .

Материал и методы: С этой целью нами былиисследованы 60 больных получавших стандартное лечение в отделении кардиологии и кардиореабилитации 3-клиники ТМА.60 больных (38 мужчин и 22 женщины) в возрасте 53,10±0,83 лет имели стенокардию напряжения (СН) П-Ш ФК (по Канадской классификации) средней продолжительностью 5,12±0,57 лет и ХОБЛ легкой и средней степени тяжести (по классификации GOLD, 2003) длительностью в среднем 9,59±0,57 лет. Сердечная недостаточность у них не превышала II ФК (по Нью-Йоркской классификации), ДН была не более II степени (по классификации А.Г.Дембо, 1957).Группы сопоставления составили:больных СН П-Ш ФК в возрасте 57,17±1,28 лет, длительностью заболевания 7,54±1,19 лет и сердечной недостаточностью не более II ФК;16 больных легкой и средней степенью тяжести ХОБЛ в возрасте 48,00±1,67 лет, продолжительностью заболевания 12,23±1,87 лет и ДН не болееIIстепени.у больных основной группы легкая степень тяжести ХОБЛ диагностирована у 33 чел., средняя у 27.

Из них 21 (35%) мужчин - курящие. Средний АД 140±3мм.рт.ст., ИМТ 29,4±1,2кг/м^2. Всем больным были проведены общепринятые методы исследования (клинический и биохимический анализы крови, коагулограмма крови, ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ печени, рентгеноскопия грудной клетки, спирометрия, тест с 6-минутной ходьбой), качества жизни оценивали с помощью опросника САТ, SeatleAnginaQuestionnaire. Все пациенты, вошедшие в исследование, получали стандартную терапию, рекомендованную при лечении ИБС и ХОБЛ.

Результаты исследования:Анализы результатов полученных данных показывают нарушения функции внешнего дыхания у больных стабильной стенокардией напряжения ФК II-III в сочетании сХОБЛ, чем без ХОБЛ.Результаты анализа при спирометрии у первой группы показали снижение объема форсированного выдоха за 1 секунду в среднемсоставила 40-60%, у второй группы составила в среднем 85%.Результаы анализа показали; в первой группе у 40%(12больных)выявили тяжелую степень дыхательной недостаточности,у 60% (18 больных) выявили среднюю степень дыхательной недостаточности.У второй группы не выявлено дыхательной недостаточности.

Однако нами достоверной разницы в показателях ОХ, ТГ у больных СН с ХОБЛ и СН выявлено не было, тем не менее уровень ЛПНП при сочетанной патологии был на 15,27% больше ($p<0,05$), чем при СН .

Известно, что ЛПНП - частицы самые богатые холестерином и наиболее атерогенные из всех липопротеидов. Они осуществляют транспорт синтезированного в печени холестерина в другие

органы и ткани, на мембранах клеток которых имеются специальные рецепторы к ЛПНП. Внутри клетки липопротеидные частицы подвергаются распаду и освобождают холестерин, который используется для построения новых клеток.

Полученные данные свидетельствуют о том, что ХОБЛ несомненно оказывает отрицательное влияние на развитие атеросклероза. О состоянии коронарного русла при СН в сочетании с ХОБЛ будет указано ниже.

По данным ультразвукового исследования сердца у пациентов первой группы наблюдалось увеличения размеров правого желудочка и повышение давления в правых отделах сердца чем у второй группы.Среднее давление легочной артерии составило у первой группы - 33,3 мм.рт.ст., КДО 55,6 мм, ФВ – 57,4%. Среднее давление легочной артерии составило у второй группы – 26,1 мм.рт.ст., КДО 74,6 мм, ФВ – 60%. По результатам ЭКГ выявлено, у первой группы 87% больных признаки гипертрофии правого желудочка, а у второй группы у 75% больных признаки гипертрофии левого желудочка.По данным корреляционного анализа выявлены достоверные положительные связи между тяжестью нарушений ФВД и размерами левого предсердия ($r=0,74$, $p<0,005$) и правого желудочка ($r=0,82$, $p<0,005$). Результаты исследования указывают на более выраженное, статистически достоверное снижение толерантности к физической нагрузке у женщин на 56,5%, у мужчин на 68,2%. После проведенного лечения толерантность к физической нагрузке у мужчин и женщин возросла соответственно на 32,2% и 52,2% ($p < 0,01$).

Заключение.Сочетание патологии сердечно- сосудистой и дыхательной систем ведет к более выраженному ухудшению качества жизни пациентов по сравнению с изолированной сердечно-сосудистой патологией.Установлена сочетания ИБС с ХОБЛ усугубляют течение основного заболевания и характеризуется более тяжелым клиническим течением: развитием инфаркта миокарда и другие осложнений, а также диастолической дисфункции левого желудочка, увеличением давления в правых отделах сердца, снижением качества жизни больных.

Библиографический список:

1. Карпов, Ю.А. Стабильная ишемическая болезнь сердца: стратегия и тактика лечения / Ю.А. Карпов, Е.В. Сорокин. М.: Реафарм, 2003. - 244 с.
2. Андрущенко, Е. В. Функциональные заболевания сердечно-сосудистой системы и органов дыхания / Е.В. Андрущенко, Е. А. Красовская. Киев .: Здоровье, 1990.- 152 с
3. Оганов, Р.Г. Ишемическая болезнь сердца (профилактика, диагностика, лечение) / Р.Г.Оганов. М.: Изд-во МПЦ, 1997. - 76 с..
4. Бабченко, П.К. Оценка и пути коррекции нарушений функции внешнего дыхания у больных хронической сердечной недостаточностью: дис. . канд. мед. наук / П. К. Бабченко. М., 2004. - 110 с.
5. Суворов, В. В. Диагностика и лечение хронической обструктивной болезни легких в условиях многопрофильного лечебного учреждения, пути оптимизации: автореф. дис. . канд. мед. наук. М.: Б.и., 2008. - 26 с.
6. Флетчер, Р. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины: пер. с англ. / Р.Флетчер, С.Флетчер, Э.Вагнер.-М.: Медиа Сфера, 1998.-252 с.
7. Бокша, В. Г. Нарушение дыхательной функции при бронхолегочных и сердечно-сосудистых заболеваниях / В.Г.Бокша. Киев: Здоровье, 1991. -200 с.
8. Кароли Н.А., Ребров А.П. Хроническая обструктивная болезнь легких и ишемическая болезнь сердца // Клин. медицина. 2005. № 6. С. 72–76

Рахматуллаева Насиба Тахировна
Rakhmatullayeva Nasiba Tahirovna
магистр 3го года обучения по направлению Кардиологии кафедры внутренние болезни №3 медико-педагогического факультета Ташкентской Медицинской Академии.
E-mail: nasiba.raxmatullayeva91@mail.ru

Разиков Абдунаби Абдурашидович
Razikov Abdunabi Abdurashidovich
старший преподаватель кафедры внутренние болезни №3 медико-педагогического факультета Ташкентской Медицинской Академии; E-mail: abdunabi.58@mail.ru

Пирматова Нигора Викторовна
Pirmatova Nigora Viktorovna
Врач кардиолог в отделении кардиологии клиники Ташкентской Медицинской Академии № 3; (Ташкент, Узбекистан)

УДК 615.32:616.36:616.1

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АТОРВАСТАТИНА С ЭКСТРАКТОМ РАСТОРОПШИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ИБС

EFFECT OF ATORVASTATIN COMBINATION THERAPY WITH MILK THISTLE EXTRACT ON THE FUNCTIONAL STATE OF THE LIVER IN PATIENTS WITH CHD

Аннотация: Ишемическая болезнь сердца (ИБС) остается главной причиной смерти в промышленно развитых странах и с растущей тенденцией в развивающихся странах. Наиболее значимым фактором риска является гиперхолестеринемия. При этом самым эффективным препаратом является статины. Обычно, терапия статинами хорошо переносится, однако возможно развитие побочных эффектов, в том числе повышение печёночных ферментов — аминотрансфераз. В связи с этим, назначение статинов вместе с гепатопротекторными лекарственными средствами, таких как: экстракт расторопши приводит к снижению побочных действий гиполипиемической терапии у больных с ИБС.

Annotation: Ischemic heart disease (IHD) remains the leading cause of death in industrialized countries and with a growing trend in developing countries. The most significant risk factor is hypercholesterolemia. While the most effective drug is statins. Statin therapy is usually well tolerated, but side effects may occur, including elevated liver enzymes, aminotransferases. In this regard, the appointment of statins, together with hepatoprotective drugs, such as: milk thistle extract reduces the side effects of lipid-lowering therapy in patients with IHD.

Ключевые слова: ИБС, статины, экстракт расторопши, печень, АЛТ, АСТ.

Keywords: IHD, statins, milk thistle extract, liver, ALT, AST.

По данным ВОЗ, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) продолжают оставаться одной из ведущих причин смертности среди взрослого населения во всех развитых странах мира, в том числе Узбекистане. Так, стандартизированный коэффициент смертности по причине болезней кровообращения на каждые 100000 человек в 2012г составил 754,2 по Узбекистану и 706,9 по республике Каракалпакстан, а показатель смертности от ИБС-308,9 и 268,5 соответственно. В странах Евросоюза прямые и непрямые экономические потери, связанные с сердечно-сосудистыми заболеваниями, ежегодно составляют около €192 миллиардов [1,2,3]. Многочисленные эпидемиологические исследования продемонстрировали связь между заболеваемостью атеросклерозом, ишемической болезнью сердца и некоторыми факторами рисками. Дислипидемия – одна из основных причин развития атеросклероза и ишемической болезни сердца (ИБС).

Статины заслуженно завоевали первое место в списке современных препаратов для гиполипидемической терапии. Многолетний клинический опыт применения статинов убедительно показал, что длительная терапия статинами в целом достаточно безопасна [4,5]. Менее ясен вопрос о безопасности длительной терапии статинами у больных с исходно нарушенной функцией печени. Поскольку больных с такими нарушениями достаточно много, вопрос о предупреждении побочных

действий статинов у данной группы пациентов остается достаточно актуальным. С учитываем повышение маркеров цитолиза при гиполипидемического терапия, прием гепатопротекторными лекарственными средствами приводит снижения побочных эффектов статинов. Экстракт расторопша-один из традиционных гепатопротекторных средств, который составляющих целый комплекс антиоксидантных биофлавоноидов под названием силимарин. На самом деле оказалось, что принимать это лекарственное растение в доступной и традиционной форме и дешево, и эффективно [6,7,8].

Цель исследования: в связи с этим целью нашего исследования явилось изучить показатели функции печени у больных со стабильной стенокардией напряжения ФК II-III на фоне комбинированной терапии аторвастатином и экстракт расторопши.

Материалы и методы. В исследование включили 80 больных со стабильной стенокардией напряжения ФК I-III. Все больные были разделены на 2 группы. 42 пациентов со стабильной стенокардией I-III функционального класса (ФК), которые получали стандартную терапии вместе с экстрактом расторопши вошли в основную группу (I группу). В контрольную группу вошли 38 больных с ИБС получивших только базисную терапию без расторопша. Исследование проводилось в отделениях кардиологии и кардиореабилитации 3 клиники Ташкентской Медицинской Академии. Верификация диагноза базировалась на основании клинико-лабораторных (индекс массы тела-ИМТ, объем талии (ОТ), повышение уровня ХС и ХСЛПНП) и инструментальных (ЭКГ, велоэргометрия, ЭхоКГ и Холтеровский мониторирование) методов исследованиями.

Все больные принимали препараты для лечения стабильной стенокардии согласно стандартам: антиангинальные препараты, в- блокаторы, ингибиторы АПФ, статины, антикоагулянты, антиагреганты. Всем больным назначили аторвастатин 20 мг вечером после ужина, а больные основной группы принимали экстракт расторопши (30 мг силимарин) в течении 3 месяцев. (по 1 таб 2 раза в день, во время еды)

Всем больным до и после лечения наряду с общеклиническими исследованиями проводили ОАК, ОАМ, биохимический анализы крови, в том числе, уровень АЛТ, АСТ, общий билирубин, осуществлен серологический скрининг на наличие вирусных гепатитов (HBsAg, анти-HCV), исследовался липидный спектр крови (триглицериды, общий холестерин, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП), коагулограмма, ЭКГ, Холтеровское мониторирование. Показатели внутрисердечной гемодинамики определялись с помощью ЭхоКГ.

Для оценивать функциональной состояние печени после проведенной 3 месячной терапии аторвастатинами вместе с экстрактом расторопшей и стандартным лечением без расторопшей всем обследованным проведена вышеуказанных лабораторно-инструментального исследования.

Результаты исследования: на фоне терапии аторвастатином вместе с экстрактом расторопшей после 3 месяцев наблюдение значение печеночные трансаминазы по сравнению с исходными показателями, имела место тенденция к снижению среднего значения уровня маркеров цитолиза: через 3 месяц средний уровень АЛТ понизился до 46,25±3,12 МЕ/л ($p<0,05$), АСТ до 37,13±3,65 МЕ/л ($p<0,05$) у 31 (73,8%) больных, у 11 (26,2%) пациентов наблюдалось стабилизации уровня печеночных ферментов. В 1 группу исследования, после проводимой терапии у пациентов улучшились показатели липидного профиля: у большинство 33 (78,5%) больных наблюдалось нормализация уровня ОХ, ХС ЛПВП, а у 9 (21,5%) было достигнуто снижения уровня ХС ЛПНП. Также, у 24 (75%) пациентов включенных в 2 группу исследования, улучшились липидного спектра и отмечалась тенденция к повышению среднего значения уровня маркеров цитолиза у 9 (28,1%) больных во 2 группе и стабилизации у 23 (71,9%) больных. При применении комбинации экстракта расторопши и аторвастатина удалось добиться достоверного снижения уровня ХС ЛПНП и триглицеридов, что является чрезвычайно важным у пациентов с ИБС. Учитываем результатов проведенного исследования по совместном применении экстракта расторопши и аторвастатина, можно сделать вывод, что эту комбинацию могут быть рекомендованы при лечение дислипидемии у больных с ИБС. Одновременное применение отечественного расторопшей с аторвастатином у больных с исходно повышенным уровнем маркеров цитолиза приводит к достоверному снижению уровня печеночные трансаминазы у больных ИБС, что представляет интерес в разработке методов повышения эффективности и безопасности гиполипидемической терапии.

Результаты сравнительного анализа показателей липидного спектра плазмы в исследованной обеих группы до и после проведенного лечения представлены в таблице №1.

Таблица №1

Динамика показателей липидного обмена и маркеров цитолиза.

Показатель	**До начала лечения**		**Через 30 дней лечения**	
	I группа	**II группа**	**I группа**	**II группа**
АЛТ МЕ/л	55,18±2,15	54,25±1,82	46,25±3,12*	55,35±2,92
АСТ МЕ/л	48,43±2,65	48,15±1,24	37,13±3,65*	49,25±2,14
Триглицериды ммоль/л	3,18±1,52	3,14±1,48	2,16±0,35*	2,53±0,62
Общий холестерин ммоль/л	6,81±1,28	6,75±1,18	5,24±0,86	5,48±0,53
ХС ЛПНП ммоль/л	4,26±1,19	4,05±1,65	3,26±1,02*	3,84±0,85
ХС ЛПВП ммоль/л	0,90±0,31	0,89±0,28	1,38±0,25	1,12±0,32

Примечание: *-р<0,05 в сравнении с исходными данными.

Заключение. Применение статинов при лечения пациентов с ИБС, относящихся к группе очень высокого риска ССО, является «золотым стандартом» в лечении этой категории больных. Применение расторопша при ИБС благоприятно влияет как на функции печени, так и на липидный обмен по сравнению у больных 2 группу, которые получали только базисную терапию без расторопша. Оказывая мембранастабилизирующее и цитопротективное действие, расторопша защищает гепатоциты от продуктов окислительного стресса, прерывает реакции перекисного окисления липидов мембран. Таким образом, комбинированная терапия статинами и расторопша у больных с ИБС позволяет малыми и средними дозами статинов достичь эффективного снижения уровня общего холестерина и ХС ЛПНП с одновременным нивелированием побочных эффектов статинов. В связи с этим, сочетание статинов и расторопша при лечении дислипидемии у больных с ИБС оправдано и перспективно. Пациентом со стабильной стенокардией напряжения ФК 2-3 следует рекомендовать статинотерапии (аторвастатин 20 мг по 1 таб вечером после еды) в сочетании с препаратами расторопши (экстракта расторопши по 1 таб 2 раза в день, во время еды, в течение 1-3 месяцев).

Библиографический список:

1. Диагностика и лечение стабильной стенокардии. Российские рекомендации (второй пересмотр) // Кардиоваск. тер. и профилакт. 2008. № 7(6). Прилож. 4. С. 3–40.

2. Гиляревский С.Р. Современные алгоритмы лечения стабильной стенокардии // Сердце. - 2005. - Т.4, № 1. - С. 12-16.

3. Здоровье населения в Республике Узбекистан в 1994–1995 годы и некоторые итоги реформы здравоохранения. Под. ред. Мин. Здрав. РУз Ш. И. Каримова. Ташкент1996 г.

4. Зимин Ю.В. Липидснижающая терапия при ишимической болезни сердца // Кардиология.-2003.-№4.-С.74-83

5. ACC/AHA/ACP_ACIM Guidelines for the management of patients with chronic stable angina. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Forse on Practice Guidelines // J.Am. Coll.Cardiol. 2003. V. 41. P. 159–168.Ross R. / Atherosclerosis an inflammatory disease / R. Ross // New England J. Med. - 1999. - Vol. 340 (2). - P. 115-124.

6. Calderon, R.M., Cubeddu, L.X., Goldberg, R.B. and Schiff, E.R. (2010) Statins in the Treatment of Dyslipidemia in the Presence of Elevated Liver Aminotransferase Levels: A Therapeutic Dilemma. Mayo Clinic Proceedings, 85, 349-356.

7. Chang, C.Y. and Schiano, T.D. (2007) Review Article: Drug Hepatotoxicity. Alimentary Pharmacology & Therapeutics,25, 1135-1151.

8. Pharmacology of Silymarin / F. Fraschini [et al.] // Clin. Drug Invest. — 2002. — Vol. 22, № 1. — P. 51–65.

Бакиева Шахло Хамидуллаевна
Шерназаров Отамурод Нормуродович
Шадманов Шарифхан Абдуллаханович
Ташкентская медицинская академия

УДК 616.211-006.5-07-08-072.1

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА

AGE-RELATED PECULIARITIES OF CHRONIC POLYPOUS RHINOSINUSITIS COURSE

Аннотация: В статье представлен сравнительный анализ клинико-морфологических особенностей течения хронического полипозного риносинусита, выявлены статистически значимые различия в разных возрастных группах. Различия были выявлены в жалобах пациентов -- среди взрослых больший удельный вес составили пациенты с жалобами на затруднение носового дыхания (98,2 и 78,1% соответственно, $p < 0,05$), выделения из полости носа слизистого или слизисто-гнойного характера (84,1 и 41,1% соответственно, $p < 0,05$), снижение остроты обоняния (гипо- и аносмия) (58,5 и 11,1% соответственно, $p < 0,05$. Таким образом, в детском возрасте наблю- дается более благоприятное течение полипозного процесса, что обосновывает приоритет консервативного лечения для данной группы пациентов с благоприятным прогнозом эффективности.

Abstract: The article presents a comparative analysis of the clinical morphologic features of chronic polypous rhinosinusitis, statistically significant differences in different age groups are identified. Differences were detected in complaints among adults, the greater proportion comprised patients with complaints of difficulty in nasal breathing (98,2% and 78.1%, respectively, $p < 0.05$), discharge from the nasal cavity of mucous or muco-purulent character (84.1 and 41.1%, respectively, $p < 0.05$), decrease in acuity of smell (hypo – or anosmia) (58.5 and 11.1% respectively, $p < 0.05$). Prevalence of Stage 2 and 3 dominated among adults (42.7% and 34.1%, respectively), among children - Stages 1 and 2 (29.1 and 56.6%, respectively), $p < 0.05$. Thus, in children a more favorable course of the polypous process was identified in children that justifies the priority of conservative treatment for this group of patients with favorable prognosis of the effectiveness.

Ключевые слова: хронический полипозный риносинусит, детский возраст, особенности течения.

Keywords: chronic polypous rhinosinusitis, pediatric age, course peculiarities

Повышенный интерес к проблеме хронического полипозного риносинусита (ХПРС) объясняется низкой эффективностью этиологической и пато- генетической диагностики и лечения этого заболевания, нередким сочетанием с аллергическим ринитом, бронхи- альной астмой, муковисцидозом, синдромом Картагенера и т. д., следствием чего является значительное снижение качества жизни пациентов [1]. Несмотря на множество работ, посвященных выяснению различных аспектов этио- логии и патогенеза, хронический полипозный риносинусит остается неразрешенной проблемой для врачей, поскольку в настоящее время радикальных методов лечения этого заболевания не существует. В условиях нарастающих изме- нений окружающей среды, поступления в организм раз- личных поллютантов и ксенобиотиков, к числу которых относят и лекарственные препараты, патоморфоз хрониче- ского полипозного риносинусита достаточно разнообра- зен, как и его клиническое течение [2, 3]. В патогенезе полипообразования большую роль играют глубокиие наследственные генетические изменения [3, 4]. Эти изменения имеют место на уровне клеточного метабо- лизма гистохимических процессов, отражающих конститу- циональные дефекты (муковисцидоз, синдром Картагенера), при которых полипообразование предопределено из-за нарушений функции слизистой оболочки полости носа. Полипоз рассматривается как заболевание, которое раз- вивается при стечении нескольких неблагоприятных усло- вий: инфицированность в раннем детстве ДНР-вирусами, совпадающая с возрастными физиологическими иммуно- дефицитами или иммунным диатезом с чрезмерной пере- грузкой аллергенами, токсинами и т. д. [4]. С другой стороны, полипоз может быть неизбежным следствием грубых кон- ституциональных дефектов. Лица, имеющие варианты кариотипа, отличные от нормы, подвержены риску развития тех или иных заболеваний, зависящих от гипо-, гипер- или нормочувствительности наследственного аппарата. В

гене- тических исследованиях в последние годы большое внима- ние уделяется изучению HLA-системы как генетического маркера некоторых заболеваний. У пациентов с ХПРС была выявлена значительная наследственная предрасположен- ность (61%) к этому заболеванию и другим аллергическим проявлениям, отмечена повышенная частота антигенов A1, A10 и B35, что предполагает вероятность связи этиопатоге- неза полипозного риносинусита и бронхиальной астмы на основании схожести распределения HLA-антигенов [4]. Средний возраст пациентов с ХПРС составляет 41 ± 1,2 года (M ± m), в детском возрасте данная патология в большинстве наблюдений является проявлением гене- тических нарушений (синдром Картагенера, муковисци- доз и др.) [1, 4]. Течение ХПРС имеет возрастные особен- ности, которые обусловливают определенную лечебную тактику, однако в литературе отсутствуют сведения о диф- Ю.Е. ЕРЕМЕНКО, к.м.н.,

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ Для проведения сравнительного анализа сформировано 2 выборочные группы пациентов среди различных возрастных групп. В 1-ю группу включены 35 пациентов в возрасте 25–55 лет (44,12 ± 0,63 года, M ± m), во 2-ю – 33 пациента в возрасте 7–15 лет (13,10 ± 0,45 года, M ± m). Формирование выборки осуществлялось по типологическому признаку (наличие у пациентов ХПРС) на осно- вании критериев включения: 1. Установленный впервые диагноз «Хронический поли- позный риносинусит». 2. Длительность заболевания не более 2-х лет. Критерии исключения пациентов из исследуемых групп были следующими: 1. Наличие острых воспалительных заболеваний в момент проведения клинических исследований. 2. Наличие тяжелой соматической сопутствующей патологии. 3. Хронический полипозный риносинусит на фоне генетической патологии (синдром Картагенера, муковисцидоз и др.). 4. Проведенное ранее консервативное или хирургиче- ское лечение ХПРС. Пациентам обеих групп проведено одномоментное поперечное исследование, включающее: сбор жалоб пациентов и анамнеза; эндоскопическое исследование полости носа. Проводи- лось по стандартной методике при помощи жесткого тор- цевого эндоскопа (0°, 30°, 70°) (Medicon EG, Германия). На основании эндоскопических исследований полости носа выделяли 4 стадии распространенности полипозного процесса по Солдатову: I стадия – стойкий диффузный отек слизистой оболочки в среднем носовом ходу; II стадия – полипы, не выходящие за границы среднего носового хода; III стадия – полипы, выходящие за границы среднего носового хода, или полипозные изменения слизистой оболочки на медиальной поверхности средней носовой раковины; IV стадия – наличие полипов в общем носовом ходе, исходящих из среднего носового хода, средней носовой раковины, а также слизистой оболочки верхней или нижней раковины и перегородки носа; компьютерная томография околоносовых пазух. Срезы толщиной 0,6–0,8 мм выполнялись в аксиальной и коронарной проекциях. Оценка данных проводилась по стадиям выраженности поражения околоносовых пазух: I стадия – пристеночное утолщение слизистой оболочки околоносовых пазух; II стадия – одиночные полипы в полости пазухи; III стадия – поражение околоносовой пазухи на 2/3 ее объема; IV стадия – тотальное поражение околоносовой пазухи;; ■ определение уровня содержания иммуноглобулина (Ig) класса E. Исследования проведены путем твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА) с применением тест-систем. Постановку реакции выполняли согласно прилагаемой производителем инструкции. Принцип метода заключается в образовании комплекса антиген – антитело, состоящего из иммобилизированных моноклональных антител и исследуемого вещества. Иммунный комплекс выявляли цветной ферментативной реакцией с использованием тетраметилбензидина в качестве субстрата. Измерение оптической плотности раствора в лунках планшета проводилось с помощью спектрофотометра вертикального сканирования. Интенсивность окрашивания была пропорциональна концентрации исследуемого вещества в анализируемом образце. На основании калибровочного графика определяли концентрацию исследуемого вещества в анализируемых образцах сывороток; ■ патоморфологическое исследование полипозной ткани (микроскоп Leica DM 2500, Германия, окраска гематоксилином и эозином). Фиксация биопсийного материала выполнена в жидкости Карнуа и 10% растворе нейтрального формалина по Лили, затем материал проведен че- рез парафиновые блоки. Срезы толщиной 5–8 мкм окрашены гематоксилином и эозином. При микроскопической оценке микропрепаратов (микроскоп Leica DM 2500, Гер- мания) изучено состояние покровного эпителия и стромы полипа, выполнены измерение толщины базальной мембраны эпителия (мкм) и подсчет плотности воспали- тельного инфильтрата и его отдельных клеточных форм (лимфоцитов, плазмоцитов, эозинофилов, макрофагов). Определена степень выраженности воспаления и фибро- за с описанием основных видов гисто-архитектурных из- менений, цитологического состава воспалительного ин- фильтрата и некоторых индивидуальных особенностей. Далее выполнен

сравнительный анализ по всем опре- деленным признакам с последующим обоснованием дифференцированной лечебной тактики.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сравнительный анализ клинико-морфологических особенностей течения ХПРС выявил статистически значимые различия в разных возрастных группах. Различия были выявлены в жалобах пациентов – среди взрослых больший удельный вес составили пациенты с жалобами 83 БРОНХОПУЛЬМОНОЛОГИЯ И ЛОР на затруднение носового дыхания (98,2 и 78,1% соответственно, $p < 0,05$), выделения из полости носа слизистого или слизисто-гнойного характера (84,1 и 41,1% соответственно, $p < 0,05$), снижение остроты обоняния (гипо- и аносмия) (58,5 и 11,1% соответственно, $p < 0,05$). Среди взрослых преобладали пациенты со 2-й и 3-й стадиями распространенности (42,7 и 34,1% соответственно), среди пациентов детского возраста – с 1-й и 2-й стадиями (29,1 и 56,6% соответственно), $p < 0,05$. Среди взрослых пациентов не выявлено отсутствие назальной обструкции, в отличие от 9,8% пациентов детского возраста; удельный вес пациентов со слабой и средней степенями назальной обструкции был статистически значимо выше среди детей ($p < 0,05$), тогда как удельный вес пациентов с выраженной степенью обструкции был статистически значимо выше среди взрослых ($p < 0,05$). Среди взрослых преобладали пациенты со 2-й и 3-й стадиями распространенности полипозного процесса по данным КТ ОНП (42,7 и 28,0% соответственно), среди детей – с 1-й и 2-й стадиями (38,1 и 56,2% соответствен- но), $p < 0,05$. Удельный вес пациентов с уровнем IgE выше нормы в 1-й группе составил 44,3%, во 2-й группе – 77,1% наблюдений, что свидетельствует о возможной приоритетной роли аллергии в развитии ХПРС в детском возрасте. Удельный вес пациентов 2-й группы с «молодыми» формами был статистически значимо выше и составил 86,7% ($p < 0,05$), так называемые «старые» формы были выявлены в 13,3% наблюдений. Таким образом, в детском возрасте наблюдается более благоприятное течение полипозного процесса – преобладание первых стадий распространенности, назальной обструкции, «молодых» форм по данным патоморфологического исследования, что обосновывает приоритет консервативного лечения для данной группы пациентов с благоприятным прогнозом эффективности.

Библиографический список:

1. Marshall KG, Attia EL, Danoff D. Disorders of the Nose and Paranasal Sinuses: Diagnosis and Management. PSG Publishers. Masachusetts, 2008: 223-227.

2. Bachert C, van Cauwenberge PB. Inflammatory mechanisms in chronic sinusitis. Acta Otorhinolaryngol. Belg., 1997, 51(4): 209-217.

3. Gulomov ZS, Nihmonova ZA, Bozorov NI. Bar’ernaya funktsiya slizistoi obolochki verhnih dihatel’nih putei [Barrier function of upper airways mucous membrane]. Russian otorhinolaryngology, 2005, 1: 60-63.

4. Ryazantsev SV. Etiopatogeneticheskaya teoriya polipoznih rinosinusitov [Etiopatogenetic therapy of polypoid rhinosinusitis]. Russian rhinology, 1999, 1: 21-23.

Казымова Шейда Ахмед кызы
Бурдукова Дарья Дмитриевна
Пименова Ксения Валерьевна
студенты лечебного факультета;

Толмачёв Денис Анатольевич
кандидат медицинских наук, доцент;

Фатыхов Ильдар Разимович
Кандидат медицинских наук, ассистент; Кафедра общественного здоровья и здравоохранения, Кафедра медицинской реабилитологии и спортивной медицины. Ижевская государственная медицинская академия, МЗ РФ, г.Ижевск. Международная школа «Медицина будущего», ПМГМУ им. И.М.Сеченова, МЗ РФ, г.Москва

Kazymova Sheyda Ahmed kyzy,
Burdukova Darya Dmitriyevna
Pimenova Ksenia Valeryevna
students of medical faculty;

Tolmachev Denis Anatolyevich
candidate of medical sciences, associate professor;

Fatyhov Ildar Razimovich
candidate of medical sciences,assistant; Department of public health and health care, department of medical rehabilitation and sports medicine. Izhevsk state medical academy, MZ Russian Federation, Izhevsk. International school Future Medicine, PMGMU of I.M. Sechenov, MZ Russian Federation, Moscow

УДК 616.711-007.55

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КИНЕЗИОЛОГИЧЕКОГО ТЕЙПИРОВАНИЯ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОМ СКОЛИОЗЕ У СТУДЕНТОВ «ИЖЕВСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ» И «ИЖЕВСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЕЛЬСКОХОЗЯЙСТВЕННОЙ АКАДЕМИИ»

EFFICIENCY OF APPLICATION OF KINESIOLOGICAL TAPING AT FUNCTIONAL SCOLIOSIS AT STUDENTS OF "THE IZHEVSK STATE MEDICAL ACADEMY" AND "THE IZHEVSK STATE AGRICULTURAL ACADEMY"

Аннотация: В данной статье представлена оценка эффективности применения кинезиотейпирования при функциональном сколиозе у студентов Ижевской государственной медицинской академии и Ижевской государственной сельскохозяйственной академии.

Annotation: Assessment of efficiency of application of a kinezioteypirovaniye at functional scoliosis at students of the Izhevsk state medical academy and Izhevsk state agricultural academy taking into account severity is presented in this article.

Ключевые слова: кинезиологическое тейпирование, функциональный сколиоз, патогенез, коэффициент Фатыхова, учебная нагрузка.

Key words: kinesiological taping, functional scoliosis, pathogenesis, Fatykhov's coefficient, academic load.

Введение: Здоровый организм – это такой организм, в котором все процессы согласованны и взаимосвязаны. Основной закон жизни – поддержание равновесия, или гомеостаза. В связи с этим выделятся и важнейшая задача адаптации – это восстановление нарушенного баланса и возвращение в исходное состояние[4]. Одним из проявлений нарушения процесса адаптации является такое заболевание, как сколиоз. Сколиоз – это боковое искривление позвоночника. В России сколиоз, как и другие нарушения осанки, выходят на лидирующие позиции среди наиболее встречающейся патологии опорно-двигательной системы, как у детей, так и у взрослых. По данным Федеральной

службы государственной статистики в России на 2014 год насчитывалось 241 тысячи 400 детей до 14 лет с диагнозом «сколиоз»[8]. Что касается нарушений осанки в общем, эта цифра гораздо больше – 1 млн 420 тыс. 100 детей. Таким образом, на долю всех нарушений осанки у детей в России насчитывается около 1 миллион 722 тысячи 300 детей, что составляет 8,1% всех российских детей в возрасте до 14 лет, это 1,2% всего населения страны.

По данным ВОЗ у 85% учащихся встречаются нарушения осанки. Деформирующие дорсопатии, по данным разных исследователей, выявляются у 10-15% обследованных детей, а у 20% выпускников школ диагностируется идиопатический сколиоз. В последнее десятилетие наблюдается рост заболеваний опорно-двигательного аппарата и у студентов.

Снижение общего уровня физической активности, длительные статические нагрузки в неправильном положении приводят к нарушению обмена веществ в мышечной и костной тканях, что в свою очередь может запускать процесс необратимых патологических изменений[7].

Патогенез: Начало искривления позвоночного столба – это эпифизеолиз межпозвонковых дисков. Смещение дисков при эпифизеолизе ведет к смещению пульпозного ядра в одну из сторон. Позвоночник искривляется в сторону отсутствия ядра и искривление его в другую сторону невозможно.

Смещение пульпозного ядра приводит к дисбалансу мышц естественного мышечного корсета: на высоте искривления напряжены мышцы выпуклой одной стороны, в нижней части – напряжены мышцы вогнутой стороны. Дисбаланс мышц при искривлении ведет к торсии позвонков. Смещение пульпозного ядра приводит к неправильной нагрузке на тело нижележащего позвонка, что способствует развитию остеохондроза и формированию клиновидного позвонка на вершине искривления[2].

Лечение сколиоза в зависимости от степени искривления и прогноза на дальнейшую деформацию. Существуют три основные категории лечения: наблюдение, общеукрепляющее (консервативное) и хирургическое. Консервативное лечение включает в себя:

1. *ЛФК* - упражнения подбираются индивидуально для каждого с учетом особенностей сколиоза. Эффективной считают гимнастику по методу Катерины Шрот.
2. *Плавание* – снимает напряжение мышц спины, вызванных гравитацией. Укрепляет атрофированные мышечные волокна. Этот вид спорта обладает наиболее лечебным эффектом при данном заболевании.
3. *Ношение корсета Эббота Шено.* Необходимость в нем определяет специалист, так как при этом снижается тонус мышц спины, что при сколиозе нежелательно.

Однако особенностью этого заболевания является то, что даже комплексное консервативное лечение в специализированных учреждениях не всегда способно прервать прогрессирование сколиотического искривления[5]. В этих случаях, а также при выявлении уже выраженных искривлений с признаками прогрессирования необходимо оперативное лечение. При сколиозе 4 степени чаще приходится прибегать к операции. Рекомендуется ее применять в старшем возрасте, т.к. рост костных тканей прекратился.

В настоящее время появилось много новых и альтернативных методов лечения сколиоза. Одним из таких методов является кинезиологическое тейпирование. Это эффективный метод коррекции осанки, который основан на применение эластических фиксаторов (тейпов). Тейп, наклеенный на разные участки тела, не ограничивает движений, усиливает кровообращение и лимфооток. Лимфатическая система приводится в движение активностью скелетных мышц. При малейшей сутулости тейп напоминает о том, что нужно выровнять спину, вызывая дискомфорт в мышцах спины. Таким образом, тейпирование позволяет[6]:

1) Улучшать микроциркуляцию в области наклеивания тейпа;
2) Расслабляет напряженные мышцы и нормализуется их работа;
3) Происходит более мягкое исправление позвоночника при сколиозе;
4) Минимализируется болевой синдром;

Цель исследования: Оценить эффективность применения кинезиологического тейпирования при функциональном сколиозе у студентов ИГМА и ИжГСХА.

Материалы и методы: Исследование было проведено на 25 девушек ИГМА и ИжГСХА в возрасте от 18 до 22 лет со сколиозом, который был выявлен методом визуального осмотра и пальпации. Девушки были распределены в две группы, одна из которых являлась контрольной. Исследуемую группу составили 15 девушек, которым накладывался кинезиотейп методом «паучок».

В составе контрольной группы было 10 девушек с функциональным сколиозом, которые наблюдались без курсов кинезиотейпирования.

Дополнительно к этому был проведен опрос студентов 3 курса двух вузов, целью которого являлось определение объёма общей и учебной нагрузки. [3]. Кроме того, проведены тест Адамса и проба на мышечную силу. Так же перед первым курсом кинезиотейпирования было определено состояние осанки по результатам ромба Машкова и вычисления коэффициента Фатыхова (kF) [1]. Так, для оценки состояния позвоночника измеряются стороны ромба, образованного нижними углами лопаток и остистыми отростками 7-го шейного и 5-го поясничного позвонков. При разнице расстояний от углов левой и правой лопатки до 7-го шейного или 5-го поясничного позвонков более 0,5 см осанка считается ассиметричной.

Для более достоверной оценки асимметрии предлагается суммировать разности сторон ромба Машкова справа и слева и разности расстояний от углов лопаток и линиями отвеса. Уменьшение или увеличение этой суммы может свидетельствовать о динамике процесса, а также об эффективности коррекционных мероприятий.[1].

Преимуществами данных методов является их неинвазивность, простота и отсутствие необходимости в дополнительном оборудовании. Данный метод также может использоваться на этапе первичного осмотра, с целью выявления ранних изменений осанки. Выявление асимметрии на начальных этапах развития позволит значительно снизить степень прогрессирования, за счет назначения профилактических мероприятий.

Результаты и их обсуждение:

Таблица 2. Степень выраженности ассиметрии осанки у студентов до и после применения двух курсов кинезиологического тейпирования.

	ИГМА			ИжГСХА		
	kF1	kF2	kF3	kF1	kF2	kF3
Исследуемая группа	2,94±0,09	2,8±0,1	2,69±0,1	2,39±0,16	2,1±0,26	1,9±0,23
Контрольная группа	2,9±0,25	3,2±0,3	3,3±0,35	2,41±0,18	2,5±0,15	2,58±0,12

kF1– значение перед первым курсом кинезиотейпирования; kF2 - значение коэффициента после первого курса; kF3 - значение после второго курса кинезиотейпирования.

Вывод: Изучив данные о степени выраженности функциональных сколиозов у студентов, можно сделать следующие выводы:

1. У студентов наблюдается увеличение числа функциональных сколиозов. Наиболее выраженная динамика у учащихся ИГМА, что может быть напрямую связано с особенностями учебно-организационного процесса.

2. В контрольной группе наблюдается увеличение степени асимметрии (kF увеличился). В опытной группе выявлена положительная динамика, о чем можно судить по уменьшению степени асимметрии. Данное наблюдение позволяет признать эффективность применения кинезиотейпирования для снижения степени выраженности асимметрии у пациентов с функциональным сколиозом.

3. Внедрение данного метода в общую практику может позволить проводить корректирующую терапию на ранних этапах заболевания, предотвращая тем самым развитие органической патологии опорно-двигательной системы. Наряду с этим, в практику возможно внедрение методов диагностики, с помощью которых становится возможным выявление начальной стадии проявления сколиоза.

4. Кинезиологическое тейпирование, как эффективный метод коррекции осанки, позволит снять мышечное напряжение в спине и реабилитировать поврежденный участок позвоночника без его жесткой фиксации. В отличии от корсетов, которые обычно назначаются больным с искривлением осанки, применение эластичных тейпов не сковывает пациента, позволяя сохранить диапазон движении, а также делает возможным выполнение упражнений, которые в комплексе способны улучшить состояние, уменьшить выраженность болевых ощущений и степень спазмированности.

5. Требуется дальнейшее изучение данного метода и наблюдение как за контрольной, так и за опытной группами, с дальнейшим их количественным расширением. Также возможно наблюдение за пациентами до полного выздоровления, что позволило бы выявить наиболее эффективную комбинацию методов корректировки осанки, количество необходимых курсов кинезиотейпирования.

6. Студенты медицинских ВУЗов, как группа, подвергаемая наибольшей нагрузке по учебному

плану, требует особого наблюдения, с целью выявления патологических изменений на ранних стадиях.

7. Кинезиотерапия, как перспективное направление, нуждается в дальнейших исследованиях, разработке практических подходов, создании информационной и научной баз, посвященных терапии конкретных нозологий и предотвращении развития их осложнений, а также для обучения специалистов и введения в ежедневную клиническую практику. Данную методику мы рекомендуем использовать при осуществлении профилактических мероприятий по корректировке нарушений осанки.

Кроме этого для профилактики сколиоза советуем придерживаться следующих рекомендаций:

- подбор правильной мебели для работы в сидячем положении;
- прохождение курсов массажа и ЛФК;
– увеличение двигательного активности, согласно назначениям врача ЛФК

Библиографический список:

1) И.Р. Фатыхов «Основы кинезиотейпирования в реабилитации» - Ижевск, 2017г. С 172.

2) Козьмин А.Ш., Кон И.И. "Сколиоз" Москва, изд. "Медицина" 1984г

3) Казымова Ш.А. кызы, Бурдукова Д.Д., Пименова К.В. «Сравнительная характеристика степени выраженности у студентов «Ижевской Государственной Медицинской Академии» и «Ижевской Государственной Сельскохозяйственной Академии» с учетом разности в нагрузке по учебному плану» - Международный научный журнал «Наука через призму времени» №11 (20) 2018.

4) Попова Наталья Митрофановна, Сабитова Наиля Гасимова "Применение современных ресурсов и сервисов интернет ."- Ижевская государственная медицинская академия, Кафедра общественного здоровья и здравоохранения, год издания 2017. ,журнал " Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук"

5) Толмачев Денис Анатольевич, Наследскова Мария Алексеевна, Кашапова Нурия Ильшатовна, "Оценка здоровья студентов медицинского вуза" Ижевская государственная медицинская академия , журнал "Синергия Наук" ,Изд. Сиденко Александр Сергеевич , 2018 год

6) Чаклин В.Д., Абальмасова Е.А. «Сколиозы, кифозы.» Москва,изд."Медицина

7) Anna Grauers, Paul Gerdhem Karolinska Institutet and Karolinska University Hospital «Genetics and pathogenesis of idiopathic scoliosis»/PubMed, US National Library of Medicine, National Institutes of Health, December 2016.

8) Charles T Mehlman, DO, MPH Professor of Pediatrics and Pediatric Orthopedic Surgery, «Idiopathic Scoliosis»/Medscape/ Nov 16, 2017.

Мадаминова Зебо Юсуповна
Ассистент кафедры “Подготовки ВОП” Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии, г. Ургенч, Республика Узбекистан
Madaminova Zebo
Assistant Urgench branch of the Tashkent medical academy in Urgench city, Republic of Uzbekistan

УДК:616.379-008.64: 616.155.194

ОСОБЕННОСТИ ОБМЕНА ЖЕЛЕЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА В УСЛОВИЯХ НЕБЛАГОПОЛУЧНОЙ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗОНЫ ЮЖНОГО ПРИАРАЛЬЯ

FEATURES OF IRON METOBOLISM IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES IN A DISFUNCTIONAL ECOLOGICAL ZONE OF THE SOUTHERN PRIARALIE

Аннотация: Эта статья знакомит нас с проблемой обмена железа у болных сахарным диабетом Южного Приаралья. Она знакомит нас о количестве заболевших, о причинах заболевания о способах выявления болезни и его лечения.

Abstract: This article introduces the problemof iron metobalism in diabetic patients in the southern Priaraliae. It introduced us to the number of cases, the how to defect the disease.

Ключевые слова: железа, метаболизм, зона, регуляция, факт

Key words: gland, metabolism, zone, regulation, fact

Актуальность проблемы. Фундаментальное значение всестороннего изучения различных аспектов метаболизма одного из важнейших биометаллов-железа как для теоретической медицины, так и для практического здравоохранения определяется тем фактом, что железо относится к разряду облигатных биометаллов, т.е. биометаллов, жизненно важных для функционирования практически любых биологических систем. Биологическая значимость железа определяется прежде всего его активным участием в клеточном дыхании, являющемся непременным условием существования любой живой клетки,участием в связывании, транспорте и передаче кислорода акцепторным клеткам и тканям. Исследованя последних лет показали участие этого биометалла в ряде других важных биохимических и физиологических процессов, протекающих на клеточном и молекулярном уровне, в частности, в процессах митоза, клеточного и неспецифического иммунитета, в процессах синтеза ДНК. Таким образом, железо в организме можно рассматривать как метаболический модулятор, играющий важную роль в регуляции обмена веществ, в процессах транспорта кислорода, клеточного дыхания, в активации и ингибировании мультиферментных систем. Нарушения в гомеостазе железа проявляются как синдромы дефицита и перегрузки железом, как приобретенного, так и наследственного характера. Основным проявлением недостаточности железа в организме человека является развитие железодефицитной анемии, которая представляет собой серьезную проблему в современном здравоохранении.

Являясь метаболическим модулятором, железо опосредует в организме многие важные биохимические и физиологические процессы. Известно, что нарушения в гомеостазе железа в организме, проявляющиеся в форме гиперсидероза, вызывают развитие сахарного диабета, что может указывать на непосредственное участие этого биометалла в углеводном обмене. Взаимосвязь обмена железа и углеводного обмена при тех или иных патологиях исследована недостаточно хорошо, в то же время известно, что у больных с нарушениями углеводного обмена, в частности, у больных сахарным диабетом, скрытый, латентный дефицит железа или железодефицитная анемия является частой сопутствующей патологией. Поэтому изучение обмена железа у больных сахарным диабетом на фоне железодефицитной анемии вызывает большой научный интерес как у специалистов в области эндокринологии, так и гематологии.

Степень изученности проблемы. Проблема поднимаемая в планируемом диссертационном исследовании во взаимосвязи с изучением обмена железа у больных сахарным диабетом II типа с учетом высокой распространенности этих патологий в популяции изучены крайне недостаточно.

Цель исследования: основной целью научного диссертационного исследования является комплексное изучение обмена железа (феррокинетики) у больных сахарным диабетом II типа, сочетанным с железодефицитными состояниями (латентный и манифестный дефицит железа), и выявление особенностей этого обмена в популяции экологически неблагополучной зоны южного

Приаралья в целях улучшения качества жизни таких больных.

Для достижения цели работы поставлены следующие **задачи исследования:**

- разработать, запантетовать и предложить для практического здравоохранения метод диагностики и мониторинга эффективности проводимого лечения при сахарном диабете II типа, сочетанным с железодефицитной анемией основанный на количественном определении различных гликозилированных молекулярных изоформ железотранспортного белка сыворотки крови трансферрина.;

-с использованием диагностической тест-программы выявить общую частоту железодефицитных состояний (латентного дефицита железа и манифестного дефицита железа) в популяции жителей характерной биогеохимической зоны южного Приаралья, а также среди лиц, страдающих сахарным диабетом;

-определить информативность диагностических показателей обмена железа при диагностике дефицита железа;

-охарактеризовать обмен железа в группе условно здоровых лиц, при ЛДЖ и ЖДА в условиях характерной биогеохимической зоны Хорезмского вилоята;

-выявить особенности обмена железа у больных с сахарным диабетом, сочетанным с ЛДЖ и ЖДА, определить факторы риска дефицита железа у больных с сахарным диабетом;

-установить эффективность лечения железодефицитных состояний у больных сахарным диабетом II типа с использованием антианемических препаратов нового поколения (Мальтофер).

Объект исследования. В работе планируется обследование 100 условно здоровых лиц мужчин и женщин с нормальным гемоглобиновым здоровьем постоянно проживающих в г.Ургенче и 100 условно здоровых лиц, постоянно проживающих в Хорезмском вилотяте (Кошкупырский р-н). В аспекте изучения особенностей обмена железа при сочетанном сахарном диабете II типа с ЖДС планируется изучение феррокинетики у 80 больных.

Предмет исследования. Условно здоровые лица мужчины и женщины Хорезмского вилоята, лица, страдающие сахарным диабетом в сочетании с ЖДС.

Научная новизна исследования. Научная новизна исследования будет определяться некоторыми новыми методическими подходами к диагностике и мониторингу лечения сахарного диабета, сочетанного с железодефицитной анемией. Впервые с применением современных методов исследования будет проведено популяционное исследование по определению распространенности железодефицитных состояний в характерной биогеохимической зоне южного Приаралья на примере Хорезмского вилоята, а также изучение распространенности железодефицитных состояний среди лиц, страдающих сахарным диабетом II типа. На основании изучения метаболизма железа в субпопуляции лиц с сахарным диабетом, сочетанным с дефицитом железа будут выявлены особенности в феррокинетике у таких лиц, выявлены факторы риска развития ЖДС стеди таких лиц.

Этапы выполнения работы:

2018-2019гг.- проведение патентно-информационного поиска, подбор литературы по теме диссертации, утверждение темы диссертационной работы. Сбор первичного материала по теме диссертации. Обследование условно здоровых лиц в городской и сельской субпопуляциях жителей Хорезмского вилоята по показателям гематологического статуса, биохимическим показателям и показателям микроэлементного статуса организма.

Разработка и апробация информативного метода диагностики сахарного диабета, осложненного ЖДС на основе количественного определения различных сиалированных изоформ железотранспортного белка трансферрина в сыворотке крови. Подготовка обзора литературы. Подготовка и опубликование научных статей по теме диссертации, тезисов, методических рекомендаций.

2019 - 2020 гг. - Изучение показателей, отражающих состояние функциональных систем организма больных сахарным диабетом II типа, сочетанным с дефицитом железа, выявление особенностей в обмене железа у таких лиц. Изучение эффективности применения антианемических препаратов нового поколения (Мальтофер) в лечении ЖДС у лиц с сахарным диабетом II типа. Подготовка методических рекомендаций по программе феррокинетического мониторинга у лиц больных сахарным диабетом II типа, сочетанным с дефицитом железа и профилактики дефицита железа у больных сахарным диабетом с применением антианемических препаратов нового поколения. Подготовка диссертации и автореферата.

Библиографический список:

1. “Распространенность заболеваний крове в регионе Приаралья” Сапаев Д.Ш. Научный альманах 2014-6 (62). Ср. 66-70
2. “Опыт лечения железодефицитных анемий” Никитин Е.Н. и др. Дневник Казанской медицинской школы 2015- № 2 (8) ср.68
3. “Микроэлементы и болезни крови” Бахромов С.М., Махмудова Д.С. и др. Монография Ташкент-2014
4. “Iron deficiency as energetic insult to skeletal muscle in chronic diseases” Dziegala M. J Cachexia Sarcopenia Muscle 2018 Sep. 4 doi 10.1002/jcsm 12314.

Джуманиязова Гулсара Майлиевна
Старший преподаватель кафедры “ Госпитальная и поликлиническая педиатрия ” Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии, г. Ургенч, Республика Узбекистан
Djumaniyazova Gulsara
Senior teacher Urgench branch of the Tashkent medical academy in Urgench city, Republic of Uzbekistan

УДК 616.61-002

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОВ У ДЕТЕЙ В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ

FEATURES OF THE COURSE OF CHRONIC GLOMERULONEPHRITIS IN CHILDREN IN THE KHOZEZM REGION

Аннотация: Эта статья знакомит нас о болезни хронического гломерулонефрита в радившихся в Хорезмской области. Нами проведеный не сколько способов лечения и изучили причиный появления этого заболевания.

Annotation: The article introduces us to the disease of chronic glomerulonephritis in those who rejoice in the Khorezm region. We conducted several treatments and studied the causesof the appearance of this disease.

Ключевые слова: хронический гломерулонефрит, нерв, дети, заболевания

Key words: chronic glomerulonephritis, nerve, children, disease

Среди всех заболеваний мочевыделительной системы у детей хронические гломерулонефриты (ХГН) занимают ведущее место, частота их не имеет тенденцию к снижению, прогрессирование его приводит к развитию хронической почечной недостаточности (ХПН), что определяет актуальность данной проблемы [1,2]. Выраженное нарушение экскреторной функции почек при ХПН способствует развитию токсемии, формированию полиорганной недостаточности ипочечной энцефалопатии (ПЭ) [4]. Большое количество гипотез и теорий в вопросах патогенеза развития поражения нервной системы свидетельствуют о недостаточной изученности поражения нервной системы и значительной актуальности изучаемого вопроса. Распространенность поражения нервной системы, тяжесть ее течения и нередко летальный исход заболевания делают актуальным изучение клиники, диагностики и вопросов патогенетической терапии заболевания.

Цель исследования: Анализ когнитивных нарушений при ХГН у детей.

Материал и методы. Анализированы результаты обследования 65 детей с нефротической формой (НФ) ХГН, в возрасте 7-11 лет, лечившихся в Хорезмской областей. Продолжительность ХГН составила в среднем 4,23±0,79 лет и колебалась от 1 до 11 лет. Контрольную группу составили 29 условно здоровых детей того же возраста. Всем пациентам выполняли комплексное обследование, которое включало биохимическое и общеклиническое исследование крови, мочи, регистрацию гемодинамических параметров, ультразвуковое исследование почек. Стадии хронической болезни почек (ХБП) определяли уровнем скорости клубочковой фильтрации (СКФ), который определяли по формуле Шварца. Стадии ХПБ определяли в соответствии с классификацией K/DOQI (2009) [3], утвержденной VII Российским конгрессом детских нефрологов России (2011) [5]. В ходе распределения ХБП по стадиям было отмечено, что первые три стадии являются наиболее распространенными (С1 – 6, С2 – 40, С3а – 17 и С3б - 12). Оценку неврологического статуса проводили совместно с невропатологами. Наличием явных признаков ПЭ было выявлено у 22 больных с ХБП С3б стадии (существенное снижение уровня СКФ). Поэтому все пациентыпо стадиям были разделены на 4 группы:1-я группа – ХБП С1(6 пациента); 2-я группа – ХБП С2 (35 больных); 3-я группа - ХБП С3а (15 детей); 4-я группа – ХБП С3б и наличием явных признаков ПЭ (11 пациентов). Психологическое состояние больного осуществляли с помощью специальных тестов: опосредованной памяти с помощью теста «Пиктограмма», внимания - «Корректурная проба», личностных характеристик - тест Дж. Бака тест «Дом, Дерево, Человек» (ДДЧ) [6, 7]. Цифровой материал обработан методом вариационной статистики с помощью компьютерной программы Exel-70, используя t критерий Стьюдента. Статически значимыми считали результаты при $P<0.05$.

Результаты исследования. Обследуя ребенка, нужно знать и учитывать современные представления нейропсихологии о генезе, строение и формирование высших мозговых функций (ВМФ) у детей. Психические функции, такие как восприятие и память, речь и мышление и др., сложны по своему генезу и строению, их правильное формирование и протекание зависит от взаимодействия и взаимовлияния разных уровней в структуре психической функции и от взаимодействия с другими психическими процессами [6,7]. Основным тестом его оценки является тест ДДЧ, который целесообразно применить в начале нейропсихологического обследования для определения основной проблемы, к какой сфере она принадлежит – интеллектуальной или эмоциональной. Сравнительный анализ полученных данных показал достоверные различия в группах пациентов с ХГН по сравнению со здоровыми детьми. Так, в 1-йи 2-й группах пациентов оптимальной и незначительно сниженной СКФ наиболее высокие показатели были в графе незащищенность, тревожность и конфликтность. У детей с нарушенной функцией почек и, особенно с проявлениями ПЭ, имели максимальные баллы по 6 симтомокомплексам.

При оценке теста мы обращали внимание на расположение рисунка на краю листа или в центре, по размеру. Штриховка рисунка, одна цветовая гамма имела место у 20 (26,6%)пациентов. Непропорционально длинные руки и широко расставленные ноги нарисовали 24(20%) детей, что характерно для симтокомплекса – незащищенность. В рисунках преобладали темные тона, 11 (14,7%) детей рисовали только простым карандашом, 3 (4,0%) детей ограничили пространства рисунка рамкой. Помещение рисунка в самый низ листа, очень маленькие и мелкие рисунки были у 15 (20%)пациентов. 3 (4,0%) детей отказались рисовать по причине неумения и усталости. 12 (16,0%) детей нарисовали человека с оружием в руках и очень большое дерево, что говорит о преобладании враждебности. 16(21,3%) детей перерисовали объект. Анализируя полученные данные, мы также обратили внимания на некоторые затруднения в рисовании у 14(18,7%) детей, что может говорить о нарушении и в интеллектуальной сфере. Рисунки могут способствовать выявлению органической дисфункции ЦНС [6, 7]. Существуют 5 показателей, которые рассматриваются как сигнал необходимости дополнительного осмотра психологом и невропатологом ребенка на предмет органического поражения ЦНС. К ним относятся двойные линии на рисунке, несоединенные между собой линии, сильный уклон нарисованной фигуры, очень большая голова и неадекватно выделенные части фигуры в рисунке человека. Анализ вышеперечисленных показателей у обследованных детей показал их наличие у детей 3-й и, особенно 4-й группы. Так, у 11(14,7%) пациентов на рисунках выявляется особые показатели (двойные линии, несоединенные между собой линии, чрезмерно большая голова), свидетельствующие о выраженных когнитивных нарушениях, так как под влиянием эмоций у детей формируются воля, потребности, мотивы, деятельность; развиваются познавательные процессы. Учитывая, возрастной диапазон детей мы применили тест на исследования опосредованной, т.е. ассоциативной памяти, которая больше в объеме, чем кратковременная память и исследует высокий уровень развития памяти, ее связи с другими ВМФ[8, 9]. По результатам «Пиктограммы» было выявлено, что у 86,7% пациентов в контрольной группе имеет место практическое выполнение всех тестов без ошибки, нарисовали каждому слову рисунок. У данной категории детей четко прослеживалась связь к смысловому определению слова. Неустойчивость имелась в процессах опосредованного запоминания. Это можно объяснить рассеянностью внимания и эмоциональными нарушениями, так как при выполнении теста ДДЧ именно эти дети набрали баллы в графе незащищенность, чувство неполноценности и недоверия к себе.Сравнительный анализ 4 групп выявил достоверные различия с контрольной группой по всем параметрам. Наиболее высокие показатели ошибочного выполнения теста наблюдались у пациентов с нарушенной почечной функцией и наличием ПЭ. Рисунки этих детей отличались низким уровнем организации, были хаотично разбросаны по листу, размеры изображений сильно варьировали.Именно данная категория детей набрали максимальный балл по тестам ДДЧ графах депрессивность, враждебность, конфликтность. После 30 минутного перерыва мы просили пациентов уже по нарисованному материалу ответить на задание, исследуя долговременную и зрительную память. Как видно из представленного материала, контрольной группе 82,7% обследованных детей установлен очень высокий объем зрительной памяти.В 1-й группе 66,7% детей показали наилучшие результаты, у 33,3 и 16,7% пациентов отмечен средний и низкий объем зрительной памяти. По мере усугубления патологического процесса качество долговременной зрительной памяти заметно

снижается. Наихудшие результаты долговременной зрительной памяти установлены у детей 4-й группы: число детей с очень высокой и высокой зрительной памятью составило 25,0 и 25,0%, 33,3; 16,7 и 16,7% детей имели средний, низкий и очень низкий объем зрительной памяти.Следует обратить внимания, что 12,0% детей отказались выполнять задания, но затем, глядя на других детей - согласились.

Выводы:

1. У детей с С1 и С2 стадиями ХБП имеются нарушения в когнитивной сфере, проявляясь эмоционально-поведенческими расстройствами. Снижение памяти и внимания у данной группы детей обусловлены эмоциональным состоянием ребенка.

2. В группе детей с С3а и С3б стадиями ХБП, особенно с наличием ПЭ, низкая продуктивность внимания и ее устойчивость четко взаимосвязаны с расстройствами, как в эмоциональной сфере, так и нарушениями различных видов памяти. Нарушения ВМФ у детей с ХГН можно разделить на 2 группы: нейродинамические нарушения (легкая отвлекаемость, трудности сосредоточения, скорости воспроизведения и запоминания), динамические нарушения (быстрая истощаемость, астения, взаимосвязь нарушения памяти, внимания и эмоциональных процессов).

Библиографическй список:

1. Комарова О.В. Хроническая болезнь почек. Современные представления. Рос.педиатр. журнал 2011 (4): 47-49.

2. Игнатова М.С. Гломерулопатии у детей. Педиатрия 2011 (3): 125-127.

3. Нефрология. Национальное руководство. Под ред. НА. Мухина. ГЭОТАР-Медиа, М., 2009; 720 с.

4. Глориозова Е.Г., Хондкариан О.А., Шульцев Г.П. Состояние нервной системы при хронических заболеваниях почек. Медицина, М., 1980; 224 с.

5. Национальные Рекомендации НОНР по ХБП. Нефрология 2012 (1): 91-115.

6. Суннатова РИ., Агзамова Е.Ю., Глухова С.П. Психологическая диагностика развития. Ташкент–Москва, 2008; 214 с.

7. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. Academia, М., 2002; 373 с.

8. Буклина С.Б. Нарушения памяти и глубинные структуры головного мозга. Ж. невр. и псих.им. Корсакова 1999 (9): 10-15.

9. Дамулин И.В. Легкие конгитивные нарушения Методич. пособие для врачей. РК Соверо-пресс, М., 2004; 36 с.

Рахманова Индира Икрамовна
ассистент кефедры « Пропедевтики детских болезней, педиатрии и высшего сестрского дела» Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии г. Ургенч, Республика Узбекистан
Raxmanova Indira
Assistant of the chair "Propaedeutics childhood diseases, pediatrics and senior nurses duty" Urgench branch of the Tashkent medical academy in Urgench city, Republic of Uzbekistan

Машарипов Машариф Бахтияр угли
студент 4-курса Лечебного факультета Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии г. Ургенч, Республика Узбекистан
Masharipov Masharif
student 4 course of Urgench branch of the Tashkent medical academy in Urgench city, Republic of Uzbekistan

Шарипова Шахноза Озод кизи
студентка 3-курса Лечебного факультета Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии г. Ургенч, Республика Узбекистан
Sharipova Shaxnoza
student 3 course faculty of Urgench branch of the Tashkent medical academy in Urgench city, Republic of Uzbekistan

УДК 616.24-002.5

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АМПЛИПУЛЬСТЕРАПИИ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

ESTIMATION OF EFFICIENCY OF AMPLIPULSTERAPY FOR COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN CHILDREN OF PRESCHOOL AGE

Аннотация: В последнее десятилетие болезни органов дыхания стабильно занимают первое место в структуре общей заболеваемости у детей дошкольного возраста, при этом их значительная доля приходится на внебольничную пневмонию

Abstract: Recpiratory disease have consistently occupied the first place in the structure of general morbidity in children of preschool age, while a significant proportion of them falls on community-acquired pneumonia in the last decade

Ключевые слова: факт, последнее десятилетие, эффектифность, дошкольного возраста

Key words: fact, last decade, efficiency, preschool age

Актуальность. По наблюдениям клиницистов, ВП нередко протекает бессимптомно, а ее терапия не всегда оказывается эффективной, что становится причиной затяжного и осложненного течения воспалительного процесса [4,5].Все вышесказанное определило актуальность поиска новых, малоинвазивных и безопасных методов лечения, которые повышают эффективность лечения данного заболевания. Одним из новых подходов к патогенетической терапии ВП, способствующих быстрому разрешению воспалительного процесса в легких, следует отнести метод амплипульстерапии с синусоидальныс модулированным током (СМТ). Синусоидальные модулированные токи – это синусоидальные токи переменного направления с несущей частотой от 2 до 10 кГц (чаще 5 кГц), модулированные по амплитуде низкими частотами в пределах от 10 до 150 Гц. Используются с лечебно-профилактическими и реабилитационными целями при самых различных заболеваниях. Лечебный метод, основанный на использовании синусоидальных модулированных токов (СМТ), получил название амплипульстерапии. Токи разработаны и введены в лечебную практику в 1962 г. профессором В.Г. Ясногородским совместно с М.А. Равичем. СМТ получили довольно широкое распространение, а возможность варьирования параметров постоянно увеличивает область их применения. Лечебное действие СМТ в значительной степени определяется амплитудными пульсациями тока, что и дало основание назвать данный метод амплипульстерапией, а аппараты соответственно "Амплипульс". В настоящее время накоплен опыт эффективного использования СМТ при различных патологических состояниях у взрослых, однако, в педиатрии и, в частности, в детской

пульмонологии потенциал клинических возможностей амплипульстерапии остается малоизученным.

Цель исследования- оценка эффективности включения СМТ в комплексную терапию ВП у детей дошкольного возраста.

Материалы и методы исследований. Под наблюдением были 65 детей с ВП в возрасте от 3 до 7 лет, находившихся на стационарном лечении в детском отделении ОДММЦ г. Андижана, из которых 35 получали СМТ (основная группа), а 30 пациентов вошли в группу сравнения. Средний срок пребывания больных в стационаре составил 10±3,5 дня, что согласуется с медико-экономическими стандартами. Состояние всех пациентов при поступлении оценено как среднетяжелое, зарегистрированы признаки интоксикации и респираторного синдрома. Физикальные и рентгенологические изменения в легких соответствовали очаговой (81%) и очаговосливной (19%) пневмонии.

Результаты и обсуждение. Общепринятая терапия всех обследованных детей включала антибактериальные средства, преимущественно цефалоспорины I и III поколения (ампицилин, цефазолин, цефотаксим, цефтриаксон), при клинической картине пневмонии, вызванной атипичными возбудителями, - макролиды (гентамиицин, азитромицин). Из муколитических средств использовали ингаляции с амброксолом, карбоцистеин и другие средства, по показаниям больным назначали отхаркивающие препараты (микстура с алтея лекарственного корнями, термопсиса ланцетного травой), а при наличии синдрома бронхиальной обструкции в терапию включали бронходилятаторы (бромгексин + сальбутамол + левоментол, ингаляции с фенотеролом и ипратропия бромидом). Кроме того, широко использовали лечебную физкультуру и массаж грудной клетки.

Таблица 1.

Этиологическая структура внебольничной пневмонии у детей

Метод лечения	Вобудитель		
	Типичный возбудитель,% (абс)	M. pneumoniae, % (абс.)	C.pneumoniae, % (абс
Общепринятая терапия (n=35)	60,0 (21)	20,0 (7)	20,0 (7)
Общепринятая терапия с применениям СМТ (n=30)	56,6 (15)	23,3 (7)	26,6 (8)

Примечание: СМТ - синусоидальный модулированный ток

Эффективность терапии ВП у детей обеих групп оценивали по клиническим параметрам, динамике лабораторных и инструментальных показателей: общего анализа крови, биохимических показателей (С-реактивного белка, щелочной фосфатазы, общего белка, глюкозы, холестерина), сатурации кислорода, рентгенологической картины. Лабораторные исследования проводили в динамике трижды: при поступлении, на 7-е сутки пребывания и при клиническом выздоровлении. На 7-11-е сутки от начала проводимой терапии всем детям осуществляли рентгенологический контроль. Этиологическую структуру ВП расшифровывали методом иммуноферментного анализа с дифференцированной оценкой больных, что отражено в таблице 1. Из бактериальных возбудителей тестировали Streptococcus pneumoniae, Streptococcus pyogenes, Staphylococcus aureus, Mycoplasma pneumonia и Chlamydophila pneumoniae. Оценивая этиологический фактор, можно говорить о том, что выборки обследованных детей были идентичны по спектру возбудителей и близки по их процентному соотношению внутри группы. Следует отметить отсутствие положительных тестов на Streptococcus pyogenes и Staphylococcus aureus.У детей основной группы проводили амплипульстерапию (СМТ) с помощью аппарата «Амплипульс-4». Преимуществом данного метода является то, что он обладает анальгетическим эффектом и у него менее выражено нейромиостимулирующее действие; этот ток оказывает противоотечное, противовоспалительное и антиспастическое действие. Он улучшает функцию внешнего дыхания и дренажную функцию, снимает бронхоспазм, увеличивает вентиляцию легких, при этом имеет место практически полное отсутствие противопоказаний и возрастных ограничений для применения в педиатрической практике.В курс лечения включали ежедневные сеансы СМТ на протяжении 7 дней.Локусами воздействия были яремная ямка, зона VII шейного позвонка, надключичная ямка, заднебоковая поверхность грудной клетки, передняя поверхность грудной клетки. Время воздействия составляло от 15 до 20 мин. В работе использовали методические

рекомендации В.В. Чернышева [6]. Клинические наблюдения, проведенные у детей основной группы, выявили благоприятное влияние СМТ от аппарата «Амплипульс-4» на динамику течения воспалительного процесса.Анализ представленных данных показал, что синдром интоксикации в основной группе у большинства детей купировался уже на 3,2±1,1 день, тогда как в группе сравнения — лишь на 7,7±1,4 день заболевания. Кроме этого, при СМТ-терапии отмечалось сокращение длительности респираторного синдрома более чем в 1,5 раза (6,8±1,3 день), а регресс физикальных изменений в легких фиксировался в среднем на 10,3±1,4 день госпитализации, тогда как в группе сравнения — только к концу 2-й недели. Купирование клинических симптомов у детей основной группы сопровождалось более благоприятными сдвигами показателей гемограммы и характеризовалось достоверным (p<0,05) снижением активности воспалительного процесса (лейкоцитоза, нейтрофилеза, палочкоядерного сдвига лейкоцитарной формулы) по основным параметрам уже к 7-му дню (табл.2).

При этом к 10-12-му дню у всех детей независимо от проводимого лечения отмечали нормализацию показателей периферической крови по основным показателям. Кроме того, нами оценена динамика содержания С-реактивного белка у детей в исследуемых группах. В основной группе на фоне применения СМТ-терапии к 7-му дню госпитализации уровень С-реактивного белка снизился в 7 раз, тогда как в группе сравнения — только в 2,3 раза (p <0,05). Особый интерес представляли результаты проведенного в динамике рентгенологического исследования органов грудной клетки, из которых видно, что на 7-е сутки

Таблица 2.

Динамика показателей гемограммы у детей с острой внебольничной пневмонией на фоне терапии

Показатели	Основная группа(n=30)		Группа сравнения (n=35	
	1-й день,% (абс.)	7-й день,% (абс.)	1-й день,% (абс.)	7-й день,% (абс.)
Снижение содержания гемоглобина	3,0 (1)	0	0	0
Лейкоцитоз	63,3 (19)	6,6 (2)*	54,2 (19)	28,5(10)
Нейтрофилез	66,6 (20)	10,0 (3)*	68,5 (24)	37,1 (13)
Палочкоядерный сдвиг	60,0 (18)	3,0 (1)*	60,0 (21)	28,5 (10)
Анизофилия	16,6 (5)	0	17,1 (6)	11,4 (4)
Лимфопения	13,3 (4)	0	14,2 (5)	11,4 (4)
Лимфоцитоз	3,0 (1)	0	3,0 (1)	2,8 (1)
Повышение СОЭ	83,3 (25)	10,0 (3)*	77,1 (27)	45,7 (16)

Примечание: (p <0,05) при сравнении показателей гемограммы в сследуемых группах к 7-му дню терапии.*

Таблица 3.

Сравнительная динамика рентгенологической картины ВП у детей исследуемых групп к 7-му дню госпитализации

Рентгенологическая картина	Основная группа (n=30)	Группа сравнения (n=35)
Без диамики	0*	42,8 (15)
Положительная динамика	53,3 (16)	57,2 (20)
Разрешение	46,6 (14)	0

*Примечание: *p <0,001).*

Полное разрешение воспалительного процесса в легких в основной группе пациентов зафиксировано у 14 (46,6%) больных, в то время как в группе сравнения таких случаев не отмечено (p<0,001) (табл.3). Напротив, случаи отсутствия достоверных рентгенологических изменений в основной группе не зарегистрированы, тогда как в группе сравнения их число составило 15 (42,8%, p <0,001).На 11-й день терапии совокупная оценка результатов исследования воздействия методики СМТ в комплексном лечении ВП также показала ее высокую эффективность, что проявилось полным исчезновением инфильтрации у 95,6% детей, тогда как в группе сравнения их число было достоверно ниже (p <0,05) и составило 61,8%.Побочных эффектов при использовании СМТ не выявлено.

Выводы.

1.Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что включение динамической СМТ в комплексную терапию ускоряет сроки регрессирования клинической

симптоматики внебольничной пневмонии у детей дошкольного возраста, уменьшает медикаментозную нагрузку на ребенка, сокращает длительность его пребывания в стационаре с 14,4±2,1 до 10,2±1,7 дня

Библиографический список:

1.Внебольничная пневмония у детей: распространенность, диагностика, лечение и профилактика. – М.: Оригинал-макет.- 2012. – 64 с.

2.Синопальников А.И., Козлов Р.С. Внебольничные инфекции дыхательных путей. Руководство для врачей – М.: Премьер МТ, Наш город.- 2007. – 352 с.

3.Таточенко В.К. Внебольничные пневмонии у детей // Фарматека.- 2012.- №1.- с.. 58-63.

4.Таточенко В.К. К вопросу о симптоматическом лечении острых респираторных инфекций // Педиатр. фармакол. -2008.- т.5.- №4. - с. 128-132.

5.Учайкин В.Ф. Решенные и нерешенные проблемы инфекционной патологии у детей // Педиатрия. — 2004. — №4. — с. 7-11.

6.Чернышев В.В., Малахов В.В., Власов А.А. и др. Руководство по динамической электронейростимулирующей терапии. 2-е изд., перераб. и доп. Екатеринбург.- 2002. — 284 с.

Машорипова Роза Тельмоновна
Старший преподаватель кафедры “ Госпитальная и поликлиническая педиатрия ” Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии, г. Ургенч, Республика Узбекистан
Mashoripova Roza
Senior teacher Urgench branch of the Tashkent medical academy in Urgench city, Republic of Uzbekistan

Алиева Парохат Рустамовна
Старший преподаватель кафедры “ Госпитальная и поликлиническая педиатрия ” Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии, г. Ургенч, Республика Узбекистан
Aliyeva Paroxat
Senior teacher Urgench branch of the Tashkent medical academy in Urgench city, Republic of Uzbekistan

УДК 616.235-002

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ

FEATURES OF THE COURSE OF ACUTE BACTERIAL BRONCHITIS IN CHILDREN

Аннотация:Заболевание бронхов, вызванное различными, в большинстве своем эгзогенными, факторами. Является один из наиболее частых заболеваний детского возраста.

Annotation: Bronchial dideases caused by various exogenous factors in its majority. This is one of the most private disease of childhood

Ключевые слова: острый бронхит, форма, дети, заболевания, педиатр

Key words: acute bronchitis, form , children, disease, pediatrician

В детском возрасте вызывается воспаление слизистой оболочки бронхов, сопровождающееся гиперсекрецией слизи, нарушением функции цилиарного эпителия спастическим состоянием гладкой мускулаторы бронхов, выраженныйх в разной степенна. Острых и хронических бронхит, трахеит, тонзиллит-наиболее распространненные нозологические формы,с которыми сталкиваются не только отоларингологи, но и терапевты, педиатры. Если проанализировать спектр ведущих диагнозов в амбулаторной практике, то картина будет следушейотит-25%, синусит-20% и бронхит-22%. То есть воспалительные заболевания верхних дыхательных путей и ЛОР-органов занимают следующее место после болезней ,масштабы которых во всем мире признаны глобальными. Часто возбудителями этих заболеваний становятся бактерии, поэтому важное место в терапии занимают антибактериальные препараты. В амбулаторных условиях в большинстве случаев препараты этой группы назначаются эмпирически, их выбор должен базироваться прежде всего, на современных данных о наиболее частых возбудителях заболевания и их чувствительности к различным антибиотикам .Надо отметить , что 15,2% назначений антибиотиков приходится на лечение бронхитов. В понятие "бронхит" входит спектр острых и подострых, рецидивирующих и хронических, нейтрофильных и эзинофильных, аллергический и неаллергический воспалительных процессов .При этом рецидивирующий бронхит чаще всего вызван агрессивной микрофлорой, не подающейся традиционному антимикробному лечение, или же его причиной является недостаточное лечение предыдущих эпизодов бронхита. Причинами рецидивирования может быть постоянноеносителство резистентных и устойчивых к лечению возбудителей в верхних дыхательных путях. При небольшом количестве таких бактерий симптоматика отсуствует, однако при появлении неблагоприятних пусковых факторов (вирусная ифекция, переохлаждение, переутомление) « дремлющая » инфекция активизируется и вызывает повторное воспаление. При рецидивирующем бронхите антибиотик следует назначать всегда, при этом первая попытка антимикробного лечения должна быть эмпирической, и только после неэффективности лечения необходимо произвести забор материала с последующим определением чувствительности возбудителей. Целью лечения является блокирование инфекции до ее прогрессирования и предотвращение серьезных последствий (например, лицевой остиомиелит, тромбоз кавернозного синуса, менингит, орбитальный целлюлит или абсцесс, абсцесс мозга). Важнее всего то, что антибиотикотерапия предотвращает переход рецидивирующего бронхита в хронический благодаря ликвидации микробного фактора в патогенезе заболевания, а также предупреждает

длительное повреждение слизистой оболочки с последующей хронизацией процесса.

Цель антибактериальной терапии – это эрадикация (уничтожения) возбудителя, а не только купирования симптомов острого воспаления. Достижения эрадикации возбудителей предотвращает переход острой инфекции в хроническую, уменьшает частоту рецидивов при хронических заболеваниях, увеличивает интервал между обострениями. Неудача в эрадикации приводит к рецидиву и распространению инфекции, формированию резистентных штаммов. Непременных условиями надежной эрадикации микроорганизмов при лечении инфекций респираторного тракта являются: активность антибиотика в отношении основных возбудителей, достаточные концентрации антибиотика в очаге инфекции, поддержание подавляющей рост бактерий концентрации в течение необходимого времени . Только соблюдение всех этих условий обеспечивает достаточную эффективность препарата invivo . Таким образом, самым актуальным вопросом антибиотикотерапии представляется выбор препарата для эмпирической терапии, который должен проводиться с позиций доказательной медицины.

Было показано, что среди В-лактамов и макролидов только Амоксиклав соответствует необходимым фармокодинамическим критериям эрадикации в отношение всех наиболее значимых респираторных патогенов, что и определяет его высокую клиническую эффективность. К амоксиклаву чувствительны 95-99.99% штаммов S. pneumoniae, 99,6-99,9% штаммов H. Influenza, 99% штаммов M. cararrhalis.

Надо отметить, что активность антибиотика invitro не всегда точно отражает его эффективность invivo. Это связано с различной степенью проникновения антибиотика в место локализации возбудителя инфекции. В-лактамные антибиотики плохо проникают в клетки макроорганизма , поэтому наиболее высокие концентрации создаются в интерстициальном просранстве, где и образуют скопления такие бактерии, как пневмококк и гемофильная палочка. Макролидные антибиотики главным образом концентрируются внутриклеточно, при этом их концентрации вне клеток могут быть недостаточными.

Дополнительным преимуществом амоксиклав является его провосходная активность в отношении анаэробных микроорганизмов, превосходящая клиндамицин и метронидазол антибактериальных препаратов, которые, посути, были стандартом лечения в отношении анаэробов. В недавнем исследовании,в котором изучали активность антибактериальных препаратов в отношении анаэробных бактерий, включая Bacteriodes, Peptostreptococcus, Prevotella и рода Fusobacterium, было обнаружено, что амоксиклав имеет самый высокий потенциал. Это обстоятельство представляется крайне важным в связи с тем, что при остром бронхите пневмококки, гемофильнаяпалочка, моракселла нередко вступают в ассоциации с анаэробами. При обострении хронических инфекций этиологическая роль анаэробных бактерий значительно возрастает, что и обусловливает необходимость применения антибиотиков с антианаэробным спектром действия. Важную роль в развитии поддержании хронического воспаления в бронхолегочной системе играют именно простагландины и лейкотриены, способствующие нарушению клеточной регуляции, повышению секреции слизи в бронхах, сокращению гладких мышц бронхов. Основные направления в лечении кашля при бронхолегочной патологии включает мероприятия по улучшению дренажной функции бронхов, восстановлению адекватного мукоцилиарного клиренса, противовоспалительной и при необходимости- бронхо-спазмолитической терапии.

Выбор антибиотика при сравнимой прогнозируемой клинической эффективности должен основываться на тенденции формирования резистентности к различным антибактиральным препаратам. Следует подчеркнуть, что к амоксиклаву более чем за 20 лет применения уровень резистентности практически не изменился, актуальные возбудители сохраняют к нему высокую чувствительность, что в рамках стратегических задач делает его препаратом выбора эмпирической антибиотикотерапии. Это находит отражение в рекомендациях по антибиотикотерапии при острых бактериальных бронхитах. При легком течении бронхитов при приеме антибиотиков в последние 4-6 недель показано назначение амоксиклав, цефтриаксона, респираторных фторхинолонов; при отсутствии предшествующей антибиотикотерапии рекомендуется амоксиклав, цефуроксим, при аллергии к бета-лактамам-досициклин, макролиды. Среднетяжелое течение заболевания при условии отсутствия предшествующей антибиотикотерапии предполагает назначение амоксиклав, цефтриаксона или их комбинации, респираторных фторхинолонов, в противном случае препаратами первой линии терапии выступают респираторные фторхинолоны, кроме того, эффективным остается применение и амоксиклав. При лечении острых и хронических бронхитов, особенна при наличии

навязчивого кашля эффективен также кроме антибактериальной терапии препараты спротивовоспалительной и антибронхоконстрикторнойными свойствами (инсперон). Адекватная антибактериальная терапия при острой инфекции позволяет достичь выздоровления, а при обострении хронических воспалительных заболеваний – увеличить продолжительность безрецидивного периода. Это способствует сохранению качества жизни пациентов, в значительной степени сокращению затрат на лечение как со стороны пациента, так и системы здравоохранения.

Библиографический список:

1.Крамеров С.А. Патогенетическая терапия острых респираторных инфекции у детей Сов. педиатр 4(32)128-131с

2.Шамсиев Ф.М.Н.Х.М. МирсалиховаУкраина.Мед.Часопис 2(106)-III/IV

3.Самсыгина Г.А.Противовоспалительная терапия острых респираторных инфекции удетей Педиатрия 1(90) 102-106.

4. Спровочник педиатра под ред. проф. М.Я. Студентника издетельство «Медицина» 1991-год

Рахмонова Лола Каримовна
Доктор медицинких наук, доцент кафедры детских болезней №2 Ташкенткой медицинской академии г. Ташкент, Республика Узбекистан
Rakhmanova Lola
Doctor of medicine, dosent of the department's Pediatric disease №2 of the Tashkent medical academy in Tashkent city, Republic of Uzbekistan

Искандарова Ирода Рустамовна
ассистент кафедры « Пропедевтики детских болезней, педиатрии и высшего сестрского дела» Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии г. Ургенч, Республика Узбекистан
Iskandarova Iroda
Assistant of the chair "Propaedeutics childhood diseases, pediatrics and senior nurses duty" Urgench branch of the Tashkent medical academy in Urgench city, Republic of Uzbekistan

УДК 616.61-002

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОБЭНЗИМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ С ЛИМФАТИЧЕСКИМ ДИАТЕЗОМ

EFFECTIVENESS OF WOBENZYM IN CHRONIC GLOMERULONEPHRITIS IN CHILDREN WITH LYMPHATIC DIATHESIS

Аннотация: Эта статья знакомит нас о хроническом гломерулонефрите у детей с лимфатическим диатезом. Мы в этой статье дали сведение о течение болезни, методы их изучение и в результате обсуждения дали выводы.

Annotation: This article introduces chronic glomerulonephritis in children with lymphatic diathesis.We gave this article information about the course of the disease, systematic study of them, as aresult of the discussion and conclusion.

Ключевые слова: хронический гломерулонефрит, проблема, лимфа, кровь

Key words: chronic glomerulonephritis, problem, lymph, blood

Актуальность . Проблемы прогрессирования стероид-резистентной формы хронического гломерулонефрита (ХГН) у детей остаются одним из актуальных вопросов в мировой педиатрической нефрологии, что определяется высокой частотой развития хронической почечной недостаточности (ХПН), отмечаемой более чем около 50% пациентов в течение 5-10 лет [6,10,11,16,12,14,17]. Поэтому с клинических позиций чрезвычайно важным является поиск клинических и иммунологических предикторов неблагоприятного почечного исхода, позволяющих прогнозировать течение заболевания с индивидуальной оценкой риска развития ХПН. В этом плане уделяет серьезное внимание ХГН у детей, страдающих лимфатическим диатезом (ЛД).

ЛД характеризуется с недостаточностью местного иммунитета дыхательного и желудочно-кишечного тракта, тимомегалией, гиперплазией лимфоаденоидной системы, морфофункциональной незрелости сердца, почки, надпочечника, приводящих к status lymphaticus, анемией, лимфоцитозом, диспротеинемией, гормональным дисбалансом и в дальнейшем формированием и развитием синдрома **неклассифицируемой иммунной недостаточности организма** [3,8].

Целью исследования явилось изучение эффективности вобэнзима при нефротической форме ХГН у детей с лимфатическим диатезом.

Материалы и методы . Под нашим наблюдением находились 40 детей в возрасте от 7 до 11 лет, страдающих нефротической формой ХГН с ЛД. Контрольную группу составили 25 практически здоровых детей того же возраста. Клинический диагноз был поставлен на основании анамнеза, клинико-лабораторных и функциональных методов исследований, иммунологических показателей, а также маркеров ЛД [9]. Изучали состояние клеточного иммунитета, антигенсвязывающих лимфоцитов (АСЛ) почек по методу Гариба Ф.Ю. и соавторы [4,5]. Фагоцитарную активность нейтрофилов (ФАН) с помощью теста нитросиним тетразолием с использованием частиц латекса [2]. Концентрации циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) определяли по методу преципитации [1], интерлейкина-2 (IL-2) по методу Ortaldo J., et al.[15].

В периоде обострения заболеваний в комплексную терапию включили препарат Вобэнзим (Мукос Фарма, Германия, в таблетках, номер госрегистрации Б-250-95 №1999) из расчета на 6 кг массы тела по 1 таблетке в сутки, в течение 1 мес.

Больные были разделены на две группы: 1-группа- ХГН+ЛД (20 детей)-с традиционной терапией, 2-группа-ХГН + ЛД (20 детей)- с традиционной терапией+вобэнзим. Материалом для исследования служила венозная кровь, взятая в утреннее время натощак. Цифровые данные обработали методом вариационной статистики с вычислением достоверности численных различий по Стъюдента.

Результаты и их обсуждение. По результатам проведенных исследований было выявлено, что из наблюдаемых больных при ЛД по полу мальчики составили 55,0%, девочки-45%. При ХГН+ЛД 78,0% составили мальчики, 22,0% - девочки, которые подтверждают литературных данных, что НС-ом при ХГН и ЛД-ом 1,5-2 раза чаще болеют мужского пола. При анализе клинических маркеров ЛД у больных было выявлено: патология беременности и родов у матери (80,0%), тимомегалия (35,0%), крупный вес при рождении (59,0%), пастозность лица (75,0%), диспропорция телосложения (короткое туловище, длинные конечности (48,0%), аденоиды (38,0%), стойкое увеличение периферических лимфоузлов (78,0%), высокий инфекционный индекс (84,0%). При этом частота заболеваемости детей с интеркуррентными патологиями составила 4-6 раза в течении года.

Клинические проявления НС при ХГН+ЛД характеризовались: начало заболевания постепенное (89,0%), «меловая» бледность (47,8%), вялость (83,0%), отеки (100%), гепатомегалия (32,9%), %), гиперкоагуляция (65,0%), и гиперхолестеринемия (37,0%). олигурия (100,0%), головная боль (63,9%), протеинурия (100,0%), гипопротеинемия (96,0 Основному заболеванию у детей при ХГН+ЛД сопутствовали хронический тонзиллит (85,6%), анемия (78,2%), аденоиды (48,71), гельминтоз (28,7%), рецидивирующий бронхит (58,6%), ГЩЖ (44,6%), гастродуоденит (12,7%).

Проведенные клинические наблюдения показали, что у больных, получавших **вобэнзим,** после окончания курса лечения наблюдалось уменьшение клинических проявлений НС и ЛД (сокращение сроков интоксикации, нормализация показателей периферической крови и мочи (гемоглобин, лейкоциты, СОЭ, протеинурия, эритроцитурия, лейкоцитурия, суточный диурез), удлинение периода клинической ремиссии, а также уменьшение частоты заболеваемости с интеркуррентными патологиями по сравнению с детей 1 группой. Вместе с тем у 85,0% больных отмечалась достоверная нормализация коагулограммы, снизился уровень γ-глобулинов ($p<0,001$-0,01), несколько уменьшилась диспротеинемия и увеличилось содержание альбумина в сыворотке крови, что свидетельствует об улучшении окислительно-восстановительных процессов в организме.

При изучении состояния иммунного статуса (табл.) было выявлено, у больных достоверное снижение по сравнению со здоровой группой содержания Т-лимфоцитов (СД3), Т-хелперов (СД4), ($p<0,001$), Т-супрессоров (СД8) ($p<0,01$), ФАН($p<0,001$),; увеличение АСЛ почек, ЦИК ($p<0,001$), нарушение продукции IL-2. Содержание В-лимфоцитов (СД19) достоверно мало отличалось от показателя здоровых детей.

Результаты исследования показали, что у детей с НС при ХГН+ЛД вобэнзим положительно влияет на нормализацию клинико-иммунологических сдвигов организма. Так как у 86,4% наблюдаемых больных, получавших в комплексной терапии препарата вобэнзим, отмечено достоверное увеличение содержания СД3, СД4, нормализация продукции ИЛ-2 ($p<0,001$), СД8 ($p<0,01$); снижение показателя АСЛ почек, ЦИК ($p<0,001$), причем более частое и существенное улучшение наблюдалось уже через 1 месяц в отличие от традиционной базисной терапии. Высокая терапевтическая эффективность вобэнзима объясняется тем, что препарат патогенетически играет роль в нормализации иммуногомеостаза, оптимизации воспаления, выраженного противоотечного действия, повышение цитотоксической активности макрофагов, индуцирования или ингибирования цитокинов, в том числе ИЛ-2, удаления циркулирующих в крови и фиксированных в тканях иммунных комплексов, а также ингибирования их образования [7,13].

В 1-группе детей, получавщих традиционное лечение, несмотря на улучшение самочувствия, биохимические, функциональные параметры и ренального воспаления, незначительно снижаясь к концу лечения, в динамике наблюдения вновь возрастали, а у 8 больных сохранялась умеренная протеинурия, эритроцитурия и лейкоцитурия, что было обусловлено рецидивированием процесса в почек. Нормализация клинических проявлений НС при ХГН, такие как «меловая» бледность, вялость, отеки, гепатомегалия и головная боль выявлена только у 68,3% больных.

Таблица

Динамика иммунного статуса у обследованных детей (M±m).

Показатели	Здоровые дети (n=25)	Традиционная терапия, (1-группа) (n=20), P¹	Традиционная терапия+вобэнзим, (n=20), 2-группа, P	P¹	P
СД3, %	54,67±0,94	38,31±1,3	52,61±1,2	p<0,001	p<0,001
СД4 %	33,13±0,83	22,32±1,4	28,85±1,2	p<0,001	p<0,001
СД8, %	19,90±0,72	12,51±1,2	18,16±1,5	p<0,001	p<0,01
СД19, %	11,60±0,89	14,34±0,72	13,53±0,67	-	-
АСЛ крови, % АСЛ почек	-	6,0±0,62	2,0±0,54	-	p<0,001
ЦИК,ед.опт.пл.	0,002±0,003	0,085±0,001	0,021±0,004	p<0,001	p<0,001
ФАН,%	50,50±1,11	34,09±0,36	48,54±0,23	p<0,001	p<0,001
IL-2	2,8±0,09	2,3±0,07	2,6±0,09	p<0,01	p<0,01

Примечание: достоверность различий по сравнению с группой здоровых детей. АСЛ сравнены между 1 и 2 группой.

Выводы

1.У детей при нефротической форме хронического гломерулонефрита с лимфатическим диатезом иммунные нарушения характеризуется снижением СД3, СД4, СД8, увеличением содержания АСЛ почек, ЦИК и нарушением продукции IL-2, которые сохраняются и в период ремиссии.

2. Иммунокоррегирующие и противовоспалительные действия вобэнзима позволяют рекомендовать к широкому применению в комплексной терапии детей при нефротической форме хронического гломерулонефрита с лимфатическим диатезом

Библиографический список:

1. Белокриницский Д.Б. Методы клинической иммунологии. В кн: Лабораторные методы исследования в клинике. Под ред. Меньшикова В.В.-М: Медицина, 1987. –С.277-310.

2.Бумагина Т.К. Определение фагоцитарной активности нейтрофилов при помощи латекса // Иммунология.-1981.-№2.-С.44-45.

3.Вельтищев Ю.Е. Становление и развитие иммунной системы у детей. Иммунная недостаточность. Иммунодиатезы. М.., 2000.78с.

4.Гариб Ф.Ю. и др. Способ определения лимфоцитов // Расмий ахборотнома.-1995.-№1.-С.90.

5.Гариб Ф.Ю. и др. Клиническая ценность определения АСЛ у больных брюшным тифом и другими заболеваниями. Метод. Рек. Ташкент. 1983.

6.Иллек Я.Ю., Рахманова Л.К., Алимжанов И.И. Функция почек и иммунопатологические сдвиги при ревматоидном артрите у детей. Тер. вестник Узбекистана 2015; 3:185-188.

7.Мазуров В.И. Системная энзимотерапия. Современные подходы и перспективы. Санкт-Петербург. 1999. 220с.

8.Рахманова Л.К., Камалов З.С. Цитокиновые нарушения и эффективность иммунолимфокоррекции при иммунодиатезах у детей. Журн. Теорет. и клин. медицины. 2001; 1:60-63

9.Рахманова Л.К. Особенности клинико-иммунологического течения, иммунотерапия и профилактика диатезов (аллергический, лимфатический, нервно-артритический) у детей. Автореф. дисс… д-ра мед. наук. Ташкент, 2002.32с.

10.Рахманова Л.К., Каримжанов И.А., Холматова Б.Т. Эффективность иммунокоррекции при лечении хронического гломерулонефрита у детей. Ўзбекистон Терапия ахборотномаси 2015; 3: 189-191.;

11.Савенкова Н.Д., Папаян А.В. Клиническая нефрология детского возраста.СПб. педиатрический университет 2008. 240с.;

12.Сивцева Е.М. Роль эндотелиальной дисфункции в прогрессировании хронических заболеваний почек у детей. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2011;1:47-52.

13.Скрипченко Н.В., Кнорринг Г.Ю., Иванова Г.П. Системная энзимотерапия при инфекционных заболеваниях у детей: собственный опыт и перспективы использования в практике. Инфекционные болезни. 2006; 2:2-7.

14.Couser W.G. Basic and Translational Concepts of Immun-Mediated Glomerular Diseases /W.G. Couser *Hi*. Am. Soc. Nephrol. - 2012. - Vol. 23. - ЛгЗ. - P. 381-399.

15.Ortaldo J., et al. Effects of natural and recombinand il-2 on regulation of JEN production and Nk activity //J.immunol.-1984. –Vol.133.N2.-P.779-784.

16.Warady B.A, Chadcha V. Chronic kidney disease in children the global perspective. Pediatric nephrology. 2010; 22:. 1999-2009.)

17. Weening J.J. Advances in the pathology of glomerular diseases /J.J. Weening. P. Ronco.G. Rcmuzzi//Contrib Nephrol.-2013.-Vol. 181.-P. 12-21.

Ташкенбаева Элеонора Негматовна
доктор медицинских наук, доцент кафедры внутренних болезней №2, Самаркандский Государственный Медицинский Институт
Tashkenbaeva Eleonora Negmatovna
Doctor of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Internal Diseases №2, Samarkand State Medical Institute

Насырова Зарина Акбаровна
докторант, ассистент кафедры внутренних болезней №2 Самаркандский Государственный Медицинский Институт
Nasyrova Zarina Akbarovna
Doctoral Candidate, Assistant of the Department of Internal Diseases №2, Samarkand State Medical Institute

Ганиев Рузимурод Сарвар Угли
студент 6-го курса лечебного факультета Самаркандский Государственный Медицинский Институт
Ganiev Ruzimurod Sarvar Ugli
student of the 6th course of the medical faculty of Samarkand State Medical Institute

Ортиков Сами Собиржонович
студент 6-го курса лечебного факультета Самаркандский Государственный Медицинский Институт
Ortikov Sami Sobirjonovich
student of the 6th course of the medical faculty of Samarkand State Medical Institute

УДК 616.153.127-005.8:615

КОРРИГИРУЮЩАЯ АКТИВНОСТЬ ФЕБУКСОСТАТА И ГЕПА-МЕРЦА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С БЕССИМПТОМНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ И С ОКС

CORRECTIVE ACTIVITY OF FEBUXOSTAT AND HEP-MERZ IN COMPLEX THERAPY IN PATIENTS WITH ASYMPTOMIC HYPERURRIKEMIA AND ACS

Аннотация: Актуальность проблемы коронарной болезни сердца определяется растущей заболеваемостью ишемической болезнью сердца (ИБС), высокой смертностью от этого заболевания, а также трудностями своевременной диагностики и дифференциальной диагностики обострений ИБС. Одной из форм ИБС является острый коронарный синдром (ОКС), который может включать в себя развивающийся острый инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST (ИМпST), инфаркт миокарда без подъёма сегмента ST (ИМбпST) и нестабильную стенокардию (НС)[2, С.45-53].

У пациентов с ОКС на фоне гипоксии нарушаются процессы энергозависимого транспорта ионов через биологические мембраны, что ведет к изменению в пуриновом обмене[3,С.34-53]. Проведенные эпидемиологические исследования подтвердили положительную корреляцию между повышением уровня мочевой кислоты (МК) и риском коронарных заболеваний в общей популяции и у пациентов с артериальной гипертонией (АГ)[4, С. 53-56].

Abstract: The urgency of the problem of coronary heart disease is determined by the growing incidence of coronary heart disease (CHD), high mortality from this disease, as well as the difficulties of timely diagnosis and differential diagnosis of CHD exacerbations. One form of coronary artery disease is acute coronary syndrome (ACS), which may include developing acute myocardial infarction with ST-segment elevation (STEMI), Non ST-segment elevation myocardial infarction (NSTEMI) and unstable angina (UA) [2, S.45 -53].

In patients with ACS against the background of hypoxia, the processes of energy-dependent ion transport through biological membranes are disrupted, which leads to a change in purine metabolism [3, C.34-53]. Conducted epidemiological studies have confirmed a positive correlation between increased levels

of uric acid (UA) and the risk of coronary diseases in the General population and in patients with arterial hypertension (AH) [4, p. 53-56].

Ключевые слова: Ишемическая болезнь сердца, острый коронарный синдром, гиперурикемия, мочевая кислота, фебуксостат, гепа-мерц, артериальная гипертензия.

Key words: Ischemic heart disease, acute coronary syndrome, hyperuricemia, uric acid, febuxostat, hepatitis, arterial hypertension.

Цель: изучить(оценить) прогностическую значимость бессимптомной гиперурикемии и корригирующую активность фебуксостата и гепа-мерца в комплексной терапии у больных с ОКС.

Материалы и методы исследования: Исследование проводилось в Республиканском Научном Центре Экстренной Медицинской Помощи Самаркандского Филиала. В проспективное исследование включены 114 больных ОКС (61 мужчин и 53 женщин; средний возраст 50,82±12,01 года) с трансформацией в прогрессирующую стенокардию напряжения- 33 больных, что составило (28,94%), 40 больных ОИМ с ST(35,1%), 41 –ОИМ без ST(36,0%).

Больные методом случайной выборки были разделены на 3 группы. 1-ю группу составили 33 (28,94%) пациентов с нестабильной стенокардией, которым проводилась общепринятая традиционная терапия (ТрТ). Во 2-ю группу включены 40 (35,1%) больных, которые помимо традиционного лечения получали препарат Гепа-Мерц по схеме: в первые 7-10 дней подряд внутривенно по 2-3 мл (10-15 г) на физиологическом растворе с последующим переходом на гранулят по 1 пакетику 1 раз в сутки. В 3-ю группу включены 41 (36,0%) пациентов, которым наряду с ТрТ в течение 3 месяцев подряд, как и 1-й группе, дополнительно назначали фебуксостат по 0,08-0,16 г/сут. Контролем служили данные, полученные от 20 условно здоровых лиц сопоставимого пола и возраста. Длительность наблюдения – 3 месяца.

Традиционная терапия включали в себя внутривенную инфузию нитратов в течение 12-24 часов, затем пролонгированные нитраты, бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ или сартаны, дезагреганты, антикоагулянты, клопидогрель, статины.

Из 1 –й таблицы видно, что по возрасту, полу, АД, ЧСС, числу больных с ОКС по уровню МК, КН, СКФ, глюкозы, ОХС, ТГ группы сформированы рандомизировано. На момент обследования больные с ХСН (по NYHA) I ФК – 56 (49,1%), II ФК – 51 (44,7%), III ФК – 7(6,1%) . У 67 (58,8%) больного в день отмечалось более 6 приступов стенокардии, соответственно они принимали больше таблеток нитроглицерина в сутки. У 109 (95,61%) пациентов длительность заболевания составляла от 3 недель до 6 месяцев, что свидетельствует о тяжести заболевания. Оказалось, что больные с ОКС до 3-х недель вследствие нарастающей частоты ангинозных приступов потребляют таблеток нитроглицерина больше, чем больные с длительностью заболевания до 6 месяцев. У больных с длительностью ОКС до 3-х недель чаще возникало чувство страха за жизнь, снижалась трудоспособность из-за одышки и тахикардии.

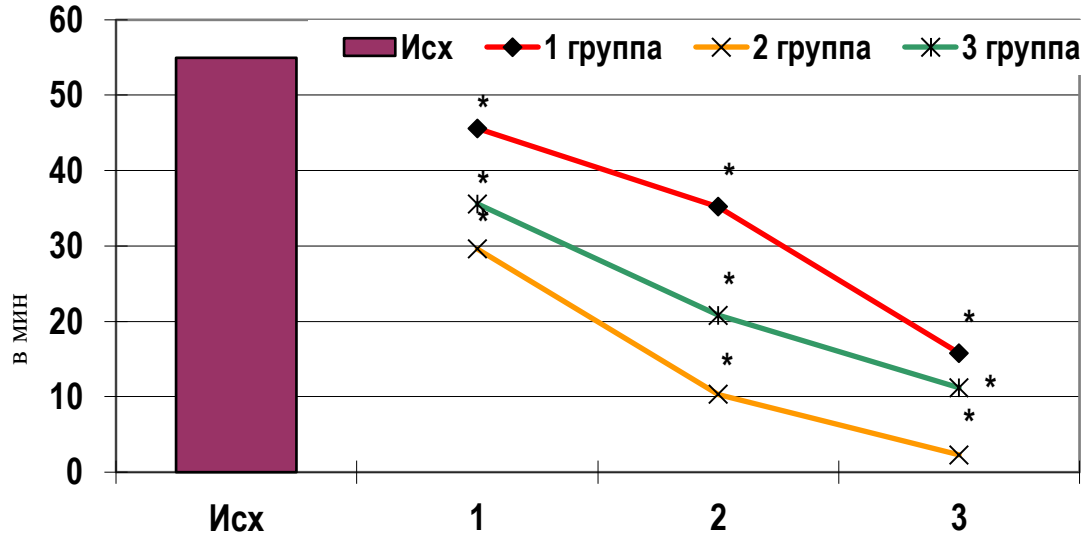
Таблица 1.

Клиническая характеристика больных с ОКС с трансформацией в НС и ОИМ

Показатель	1-я группа, n=33		2-я группа, n=41		3-я группа, n=40	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Возраст, годы	51,1±6,51		52,3±6,31		52,3±6,62	
САД, мм рт. ст	150,6±10,52		149,9±10,64		151,3±9,92	
ДАД, мм рт. ст.	69,8±6,63		69,7±5,83		70,5±5,95	
ЧСС, уд./мин	80,6±3,95		80,1±4,15		81,7±3,80	
ФВЛЖ, %	53,2±2,65		53,3±2,66		53,4±2,70	
Пол:						
- мужчины	19	57,6	27	65,9	21	52,5
- женщины	14	42,4	13	31,7	20	50,0
Число больных с АГ	27	81,8	30	73,1	32	80,0
ХСН (по NYHA):						
- I	17	51,5	19	46,3	20	50,0
- II	13	39,4	20	48,8	18	45,0

-III	3	9,1	2	4,9	2	5,0
Частота приступов стенокардии в день:						
- от 2 до 3	3	9,1	3	7,3	2	5,0
- от 3 до 5	13	39,4	13	31,7	13	32,5
- >6	17	51,5	25	61,0	25	62,5
Число таб. нитроглицерина в день:						
- от 3 до 5	6	18,2	8	19,5	6	15,0
- от 6 и >	27	81,2	33	80,5	34	85,0
Длительность заболевания:						
- до 3 нед.	1	3,0	10	25,6	11	27,5
- до 3 мес.	7	21,2	7	17,9	7	17,5
- до 6 мес.	24	72,7	21	53,8	21	52,5
- до 1 года	1	3,0	3	7,3	1	2,5
Сахарный диабет типа 2	8	2,4	8	19,5	8	20,0

После лечения у больных с ОКС продолжительность ишемии при ежемесячном мониторировании ЭКГ отчетливо снижалась (рис. 1.).



Примечание. * - P<0,05 по сравнению с исходом. месяцы

Рис. 1. Продолжительности ишемии при ежемесячном мониторировании ЭКГ у больных с ОКС, мин.

Наиболее статистически значимое уменьшение продолжительности ишемического синдрома через 3 месяца после лечения зарегистрировано у больных 1-й группы. Продолжительность ишемии в этой группе была на 4,6 мин меньше, чем во 2-й на 4,6 мин (P<0,01), но все же к концу 3-месячной терапии приступы были статистически более продолжительными, чем во 2-й группе на 8,9 мин (P<0,001).

Сохранение длительной ишемии в группах больных (в основном 1-й и 3-й), возможно, связано с сохранившимися биохимическими показателями крови, которые отражают состояние метаболического гомеостаза как в организме в целом, так и в различных органах и системах, в том числе и в сердечно-сосудистой.

Результаты исследования: Проведенные исследования показали, что после 3-месячной традиционной терапии (1-я гр.) и лечения с включением Гепа-Мерц (2-я гр.) и фебуксостата (3-я гр) регистрировались однонаправленные изменения биохимических параметров в крови больных с ОКС. При этом наиболее заметные изменения происходили у больных 2-й группы. У пациентов 1-й группы к концу лечения уровень МК, КН, глюкозы, мочевины и СКФ, а также содержание $ХС_{общ}$ и ТГ

существенно не изменились. Так же не изменились показатели NO-системы и СОД в мембранах эритроцитов, кроме содержания NO, которое возросло на 17,5% (P<0,05), и НАДФН-зависимой НР, уровень которой уменьшился на 20,3% (P<0,001) при повышении активности СОД на 17,5% (P<005).

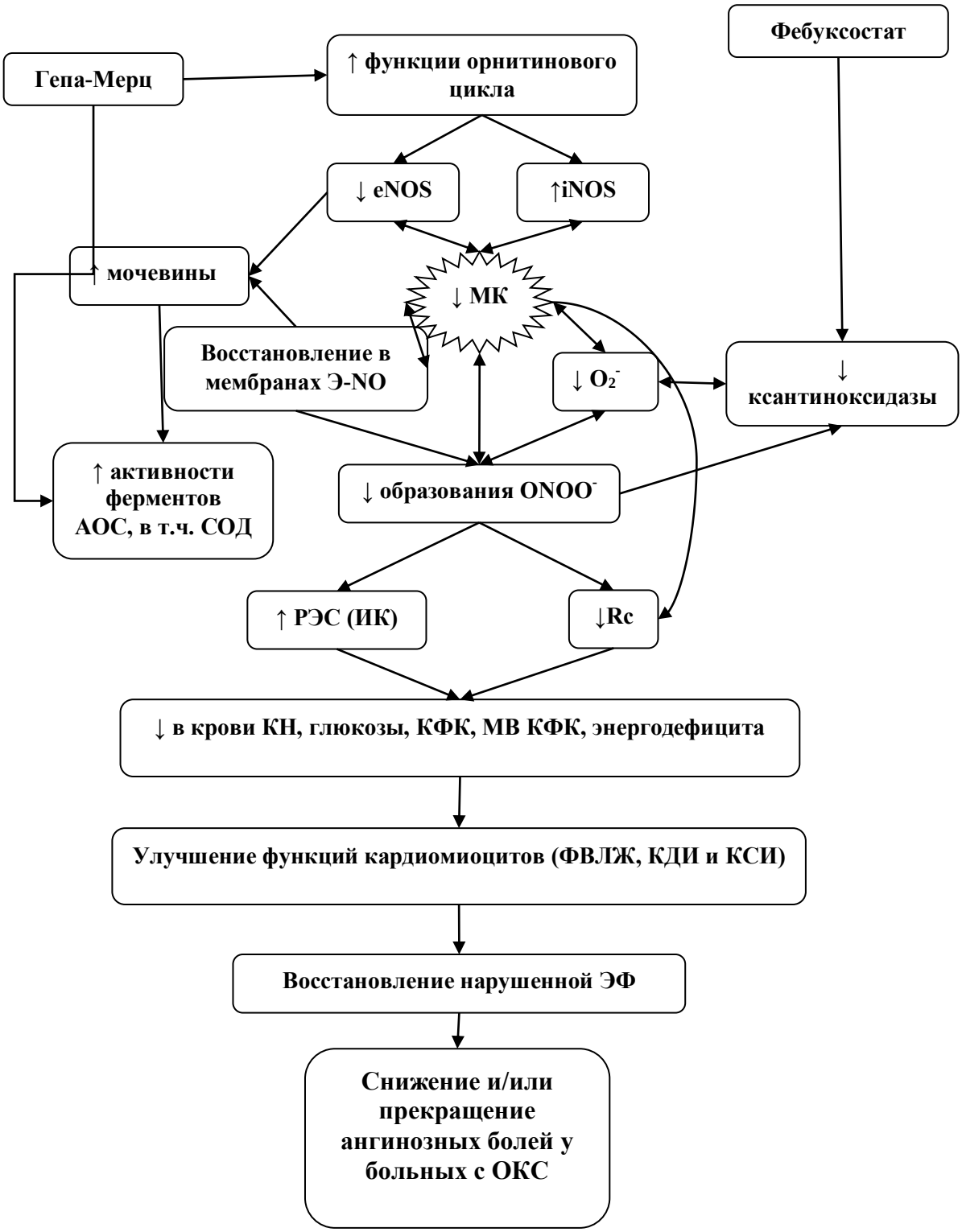
У пациентов 2-й группы уровень МК снизился на 22,5% (P<0,001), КН – на 4,6% (P>0,05), глюкозы – на 11,3% (P>0,05), показатель СКФ – на 13,7% (P<0,05), содержание мочевины повысилось на 26,7% (P<0,01), а $ХС_{общ}$ и ТГ снизилось на 14,9 и 12,9% (P<0,05). У больных 3-й группы уровень МК в сыворотке крови снизился на 10,9% (P>0,05), содержание КН повысилось на 1,3% (P>0,05), глюкозы – возросло на 8,9% (P>0,05), концентрация $ХС_{общ}$ уменьшилась на 7,7% (P>0,05), ТГ – на 8,3% (P>0,05). В мембранах эритроцитов повышался уровень NO на 7,3% (P>0,05), активность NOS – на 20,5% (P<0,01), снижалась активность НР – на 21,0% (P<0,001), $ONOO^-$ – на 16,7%, а скорость реакции СОД повысилась на 48,6% (P<0,05).

Показатели, характеризующие функции печени, существенно улучшились у больных всех трех групп. После 3-месячной традиционной терапии (1-я гр.) и приема фебуксостата (3-я гр.) они достигли тех значений, которые были у больных с ОКС до приступа. У больных 2-й группы эти показатели были такими же, как в контроле.

Следовательно, Гепа-Мерц улучшает функции печени у больных с ОКС. Фебуксостат несколько эффективнее по действию на функции печени, чем традиционное лечение.

Улучшение функции печени должно было повлиять на метаболические процессы в других органах и системах, в том числе и в NO-системе мембран эритроцитов. В мембранах эритроцитов повысился уровень основных стабильных метаболитов: NO – на 32,9% (P<0,001), активности NOS – на 33,7% (P<0,001); в то же время активность НАДФН-зависимой НР снизилась на 31,5% (P<0,001), а концентрация $ONOO^-$ – на 33,3% (P<0,001). На этом фоне активность фермента АОС СОД возросла на 23,7% (P<0,01).

Следует подчеркнуть, что у больных 1-й группы все показатели азотисто-углеводно-холестеринового обмена, а также большинство параметров NO-системы после 3-х месяцев терапии практически не отличались от исходных цифр. У пациентов 2-й и 3-й групп существенно различались практически все показатели.


Фебуксостат
Гепа-Мерц
↑ функции орнитинового цикла
↓ eNOS
↑iNOS
↑ мочевины
↓ МК
Восстановление в мембранах Э-NO
↓ O_2^-
↓ ксантиноксидазы
↑ активности ферментов АОС, в т.ч. СОД
↓ образования $ONOO^-$
↑ РЭС (ИК)
↓Rc
↓ в крови КН, глюкозы, КФК, МВ КФК, энергодефицита
Улучшение функций кардиомиоцитов (ФВЛЖ, КДИ и КСИ)
Восстановление нарушенной ЭФ
Снижение и/или прекращение ангинозных болей у больных с ОКС

Выводы. Таким образом, проведенные исследования показали, что высокий уровень МК у больных с бессимптомной ГУ является важным прогностическим фактором прогрессирования НС, что влияет на прогноз и исход заболевания. Включение в схему общепринятой терапии фебуксостата и Гепа-Мерца снижает уровень МК, повышает эффективность терапии, снижает показатель неблагоприятного прогноза и исхода у больных с бессимптомной ГУ. Это позволяет рекомендовать включение их в схему общепринятой терапии для коррекции нарушенного обмена пуринов, повышения эффективности лечения, улучшения прогноза заболевания у больных с ОКС с бессимптомной ГУ**.**

Библиографитческий список:

1. Бубнова С.С., Усачева Е.В., Замахина О.В. Динамика заболеваемости инфарктом миокарда в регионах Российской Федерации за 11-летний период (2002-2012 гг.) // Социальные аспекты здоровья населения. – 2014. – № 6(40);
2. Пузанова О.Г., Таран А.И. Гиперурикемия и кардиоваскулярный континиум. Лікар практ 2009;3:С.45-53.
3. Ташкенбаева Э.Н., Аляви А.Л., Тагаев Д.Х. Бессимптомная гиперурикемия: Патогенетические аспекты, клиника, прогнозирование и коррекция// Издательство «Фан» Академии наук Республики Узбекистан, Ташкент 2014.-С34-53.
4. Ташкенбаева Э.Н., Кадырова Ф.Ш., Тогаев Д.Х.- Распространенность бессимптомной гиперурикемии среди больных ишемической болезнью сердца // Журнал “Здобутки клинической и экспериментальной медицины”. Тернополь. 2017 г. №2 (30). С. 53-56.
5. Becker M.A., Schumacher H.R., Espinoza L.R. et al. The urate-lowering efficacy and safety of febuxostat in the treatment of the hyperuricemia of gout: the CONFIRMS trial // Arthritis Res. Ther. 2010. Vol. 12. № 2. ID R63.
6. Tausche A.K., Reuss-Borst M., Koch U. Urate lowering therapy with febuxostat in daily practice – a multicentre, open-label, prospective observational study // Int. J. Rheumatol. 2014. Vol. 2014. ID 123105.

Туктарова Земфира Саидовна
Tuktarova Zemfira Saidovna
Студентка ФГБОУ ВО «ИГМА» 4 курс, педиатрический факультет
E-mail: hizaro@mail.ru

Башурова Алена Андреевна
Bashurova Alena Andreevna
Студентка ФГБОУ ВО «ИГМА» 4 курс, педиатрический факультет

Стяжкина Светлана Николаевна
Styazhkina Svetlana Nikolaevna
Доктор медицинских наук, профессор

УДК 61

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГРЫЖАМИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ ЗА 2015- 2017 ГГ.

ANALYSIS OF MORBIDITY IN HERNIA OF THE DIGESTIVE-ORIENTAL DURING DIAPHRAGM IN THE UDMURT REPUBLIC IN 2015-2017 YEARS.

Аннотация: ГПОД — это хроническое заболевание, поражающее пищеварительную систему, которое находится на 3 месте среди других болезней, таких как язва желудка и двенадцатиперстной кишки, хронического холецистита. В статье рассмотрены литературные данные о ГПОД, произведен анализ по возрастно-половому критерию и вида лечения среди пациентов 1 РКБ г. Ижевска.

Abstarct: Hiatal hernia is a chronic disease that affects the digestive system, which is on the 3rd place among other diseases such as gastric ulcer and duodenal ulcer, chronic cholecystitis. The article discusses the literature data on the hiatal hernia, an analysis is made of the age and sex criteria and the type of treatment among patients of the first republican clinical hospital in Izhevsk.

Ключевые слова: грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, эпидемиологическая обстановка, причины, клиническая картина, лечение.

Keywords: hiatal hernia, epidemiological situation, reasons, clinical picture, treatment.

Актуальность: При целенаправленном обследовании ГПОД обнаруживают в 1-9%, а в пожилом возрасте - в 50% наблюдений. У 11-50 % пациентов грыжи сочетаются с язвенной болезнью, в 7-15 % - с желчнокаменной болезнью. Симптомы ГЭРБ выявляют при тщательном опросе почти у половины взрослого населения, а морфологические признаки, т.е. рефлюкс-эзофагит - более чем у 6-12% лиц, которым проводят эндоскопическое исследование. ГЭРБ у 20-60% терапевтических больных является причиной болей в левой половине груди, не связанных с заболеваниями сердца, так называемые «non cardiac chestpain». Иногда рефлюкс-эзофагит становится причиной бронхолегочных поражений. [1]

ГПОД – это смещение в средостение желудка, его части или иного органа из брюшной полости, пищеводное отверстие диафрагмы является при этом грыжевыми воротами. [2]

В настоящее время, по мнению многих авторов ГПОД считается одним из наиболее распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта и по своей частоте среди прочей гастроэнтерологической патологии занимает 2-3 место, конкурируя со столь распространенными заболеваниями, как язвенная болезнь и холецистит [2]

Основные механизмы развития ГПОД [3]:

•несостоятельность соединительнотканных структур, участвующих в образовании пищеводно-желудочного соединения;

•значительное повышение внутрибрюшного давления;

•повышение двигательной активности пищевода (гипермоторная дискинезия).

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы может сочетаться с желчнокаменной болезнью и дивертикулезом толстой кишки (синдром Сейнта) [4]:

Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы подразделяются [4]:

• скользящие: характеризуются смещением вверх через пищеводное отверстие диафрагмы абдоминального отдела пищевода и желудка по одной оси.

• параэзофагеальные: характеризуются тем, что абдоминальная часть пищевода и кардия остаются под диафрагмой, а часть фундального отдела желудка проникает в грудную полость и располагается рядом с грудным отделом пищевода.

• смешанные: сочетание аксиальной и параэзофагеальной грыж.

По этиологическому фактору скользящие ГПОД подразделяют на 3 группы [4]:

• Пульсионные – главным фактором служит конституциональная слабость соединительной ткани, возрастные изменения, а также повышение внутрибрюшного давления;

• Тракционные – ряд хронических заболеваний таких как: язвенная болезнь, хронический холецистит, хронический панкреатит и другие вызывают ваго-вагальные рефлексы, которые приводят к патологическим продольным сокращениям пищевода;

• Смешанный.

Клиническая картина. Характерными симптомами заболевания являются боли, изжога, срыгивания, отрыжка воздухом и дисфагия. Основная локализация болей - эпигастрий, мечевидный отросток и загрудинная область. Боли могут быть различной интенсивности, но, как правило, они усиливаются после еды, в положении лежа и при физической нагрузке. Боли при этих грыжах нередко иррадиируют в спину, в левое плечо и руку, как при стенокардии, что может быть причиной диагностических ошибок. [5]

Как и боли, изжога появляется после еды, а также при перемещениях тела, способствующих желудочно-пищеводному рефлюксу. Боли и изжога ослабевают при переходе больного в вертикальное положение, при ходьбе, после приема соды, молока. [5]

Дисфагия при этом заболевании отличается непостоянством. Она проявляется в основном при обострении эзофагита и имеет доброкачественный характер на протяжении многих лет. [5]

Кроме указанных характерных признаков заболевания могут наблюдаться и такие симптомы, как рвота и тошнота, икота, повышенное слюноотделение, горечь во рту, охриплость голоса и др. [5]

Лечение: Консервативное лечение ГПОД соответствует лечению ГЭРБ, назначают: блокаторы Н2 рецепторов, ингибиторы протонного насоса, прокинетики, антацидные средства.

Оперативное лечение используют при неэффективности консервативной терапии, невозможности длительного медикаментозного лечения, развитии осложнений, сочетании ГПОД с другими заболеваниями брюшной полости, требующими хирургического вмешательства (желчнокаменная болезнь и др.), больших размерах ГПОД в сочетании с дыхательной недостаточностью, нарушением сердечной деятельности. Чаще выполняют фундопликацию по Ниссену при которой дно желудка обворачивают вокруг пищевода, создавая манжетку, препятствующая забросу желудочного содержимого в пищевод.

Цель: Провести анализ заболеваемости грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, находящихся на стационарном лечении в хирургическом отделении 1 РКБ МЗ УР, с 2015 по 2017 год.

Задачи: Провести корреляцию больных по возрасту и полу и вида лечения.

Материалы и методы: Материалом для анализа послужили истории болезни пациентов в период с 2015 по 2017 год с диагнозом грыжа пищеводного отверстия диафрагмы хирургического отделения 1РКБ МЗ УР.

Результат: В ходе исследования было выявлено 41 случая заболеваемости грыжами пищеводного отверстия диафрагмы. Корреляция по возрастно-половому признаку: женщины болеют чаще- 29 наблюдений (72%), нежели мужчины- 12 наблюдений (28%), что составляет 2,5:1.

Распределение больных по возрастным группам: 20-39 лет- 3 человека (7,3%), 40-49 лет- 8 человек (19,5%), 50-59 лет-18 человек (44%), 60-69 лет- 8 человек (19,5%), 70-90 лет- 4 человека (9,7%).

Хирургическое лечение - фундопликация по Ниссену была проиведена у 34 больных (85%) и отсутствовала у 7 больных (15%) в связи противопоказаниями.

Вывод: Таким образом, в ходе исследования было выявлено, что чаще данным заболеванием болеют женщины (72%), нежели мужчины (28%). Самый молодой возраст составил - 22 года, а самый старший - 86 лет. Также выяснилось, что большинство больных принадлежало к возрастной группе от 50 до 59 лет. Оперативное лечение оказано в 85% случаев, причем основной операцией являлась фундопликация по Ниссену.

Библиографический список:

1. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы: Учеб. пособие / И.В. Михин, Ю.В. Кухтенко. – Волгоград:Изд-во ВолгГМУ, 2014.– 72с

2. Стяжкина С.Н., Галимова А.Р., Банникова В.А. Особенности диагностики и лечение больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы// Современные тенденции развития науки и технологии. – 2016 год. – Номер 4-2. –С.100.

3. Ройтберг Г.Е. Внутренние болезни. Система органов пищеварения: учебн. пособие / Г.Е. Ройтберг, А.В. Струтынский.— М.: МЕДпрессинформ, 2007.— 560 с.

4. Хирургические болезни. Учебное пособие в 2 томах /под ред. проф. Я.Н. Шойхета //Барнаул, 2012: Том II. - 551 с.

5. Ашхамаф М.Х., Болоков М.С. Диафрагмальные грыжи. Методические рекомендации для студентов, клинических интернов и ординаторов. Краснодар // Краснодар: Издательство КГМА. - 2004. - 18 с.

Долиева Наргиза Содиковна
Dolieva Nargiza Sodikovna
Студентка ФГБОУ ВО ИГМА 4 курс, лечебный факультет
E-mail: nargis.dolieva@mail.ru

Гурезова Дилноза Нуруллоевна
Gurezova Dilnoza Nurulloevna
Студентка ФГБОУ ВО ИГМА 4 курс, лечебный факультет

Саидхонов Муродбек Джурабекович
Saidkhonov Murodbek Jurabekovich
Студент ФГБОУ ВО ИГМА 4 курс, лечебный факультет

Попова Наталья Митрофановна
Popova Natalia Mitrofanovna
Научный руководитель
д.м.н., профессор

УДК 314.42

МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ МЛАДЕНЧЕСКОЙ И МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ ХАТЛОНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН И УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ЗА 2016-2017 ГОД

MEDICAL AND DEMOGRAPHIC INDICATORS OF INFANT AND MATERNAL MORTALITY IN THE KHATLON REGION OF THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN AND THE UDMURT REPUBLIC FOR THE 2016-2017 YEAR

Аннотация: Статья посвящена анализу демографических показателей младенческой и материнской смертности Хатлонской области Республики Таджикистан и Удмуртской Республики за 2016-2017 год.

Abstract : The article is devoted to the analysis of demographic indicators of infant and maternal mortality in the Khatlon region of the Republic of Tajikistan and the Udmurt Republic for the 2016-2017 year.

Ключевые слова : смертность , демография, население.

Keywords: mortality, demographics, population.

Смертность- статистический показатель, оценивающий количество смертей.

Показатели младенческой и материнской смертности по Удмуртской Республике не плохие , но имеются еще резервы снижения особенно младенческой смертности. В 2017 году население Удмуртской Республики сократилось на 3538 человек, естественная убыль населения составила 176 человек. При этом в Удмуртской Республике отмечается один из самых низких показателей общей смертности, он равен 12 промилле, т.е Удмуртская Республика занимает 2 место в ПФО после Татарстана. По России этот показатель равен 12,4 и как никогда в Удмуртской Республике низкий показатель младенческой смертности. Это основной качественный показателей всей социальной сферы, как страны , так и региона. Младенческая смертность сегодня составляет 4 на 1000 родившихся.

Цель: Анализ демографических показателей материнской и младенческой смертности в Хатлонской области Республики Таджикистан и Удмуртской Республики за 2016-2017 годы.

Материалы и методы: Статистические показатели младенческой и материнской смертности в Хатлонской области и Удмуртской Республики за 2016-2017 год.

Диаграмма 1:

Диаграмма 2:

Заключение: По показателям младенческой смерти можно отметить высокую смертность в городах Сарбанд и Куляб Хатлонской области Республики Таджистана за 2017год . А в Удмуртской Республике по высоким показателям младенческой смертности преобладают Сарапул (2016 год)и Можга (2017 год).

Диаграмма 3

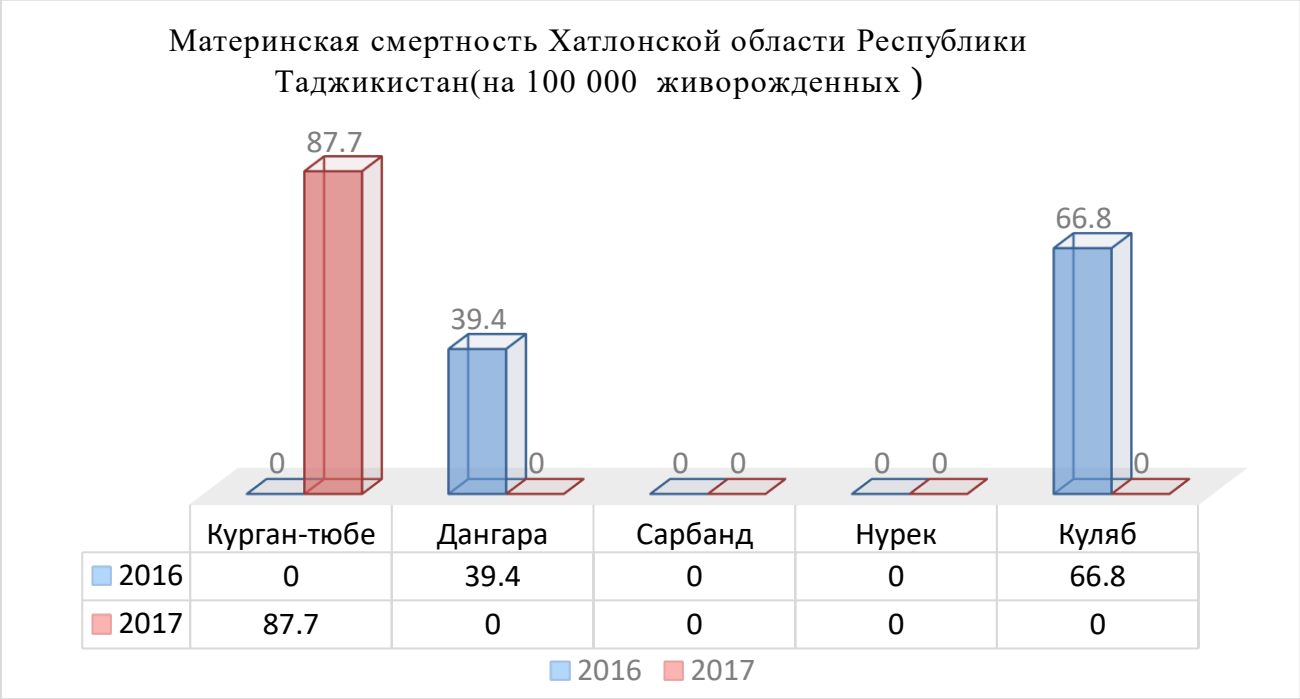
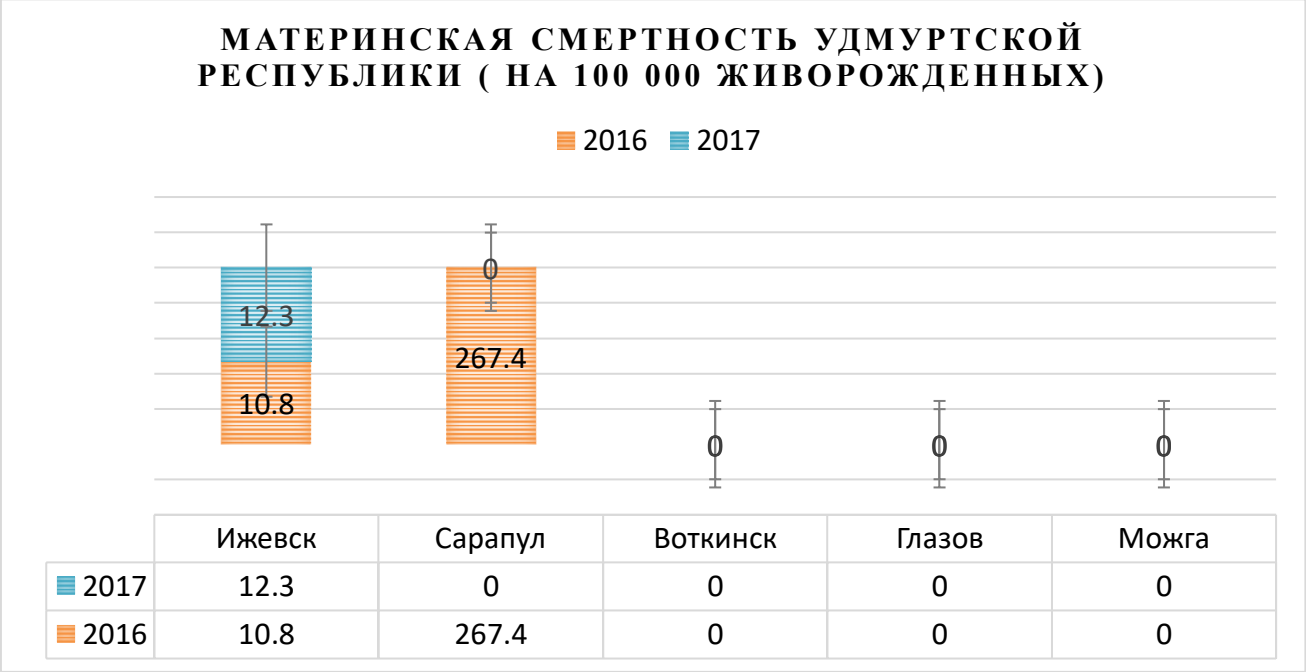


Диаграмма 4



Заключение: По показателям материнской смерти можно отметить высокую смертность в городах Куляб(за 2016 год) и Курган-Тюбе(за 2017год) Хатлонской области Республики Таджистана. А в Удмуртской Республике по высоким показателям материнской смертности преобладает Сарапул за 2016 год.

Диаграмма 5

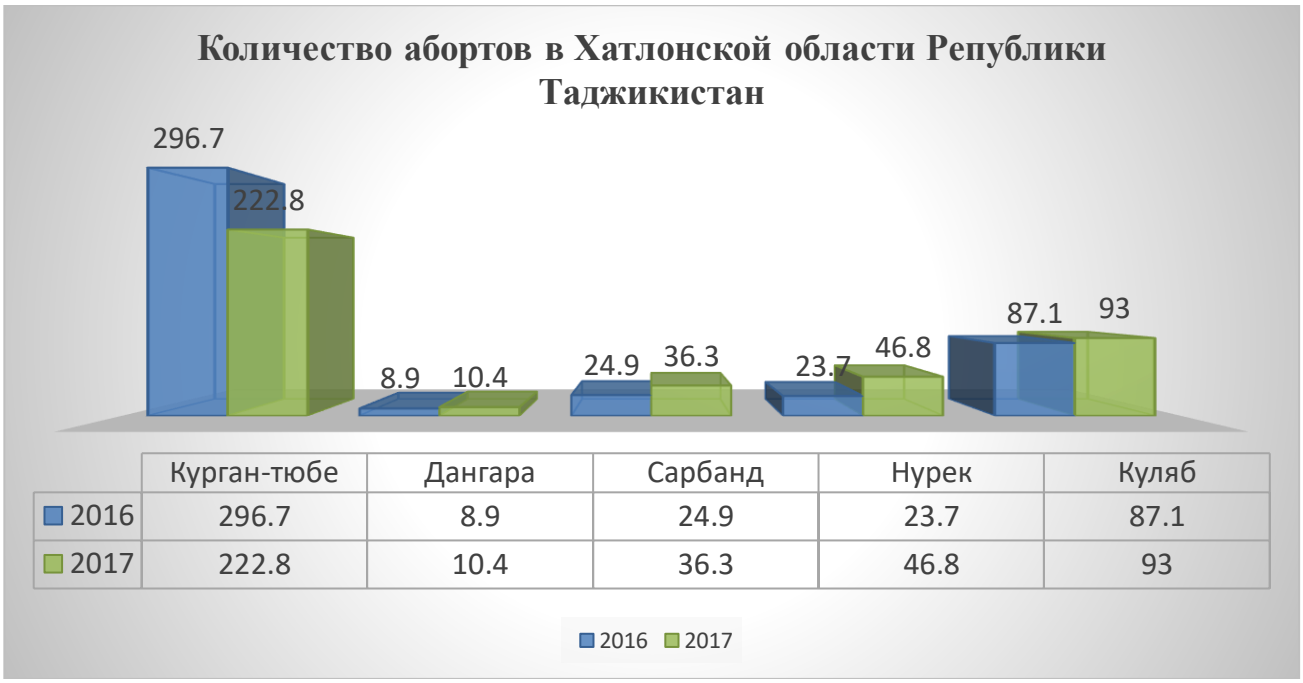
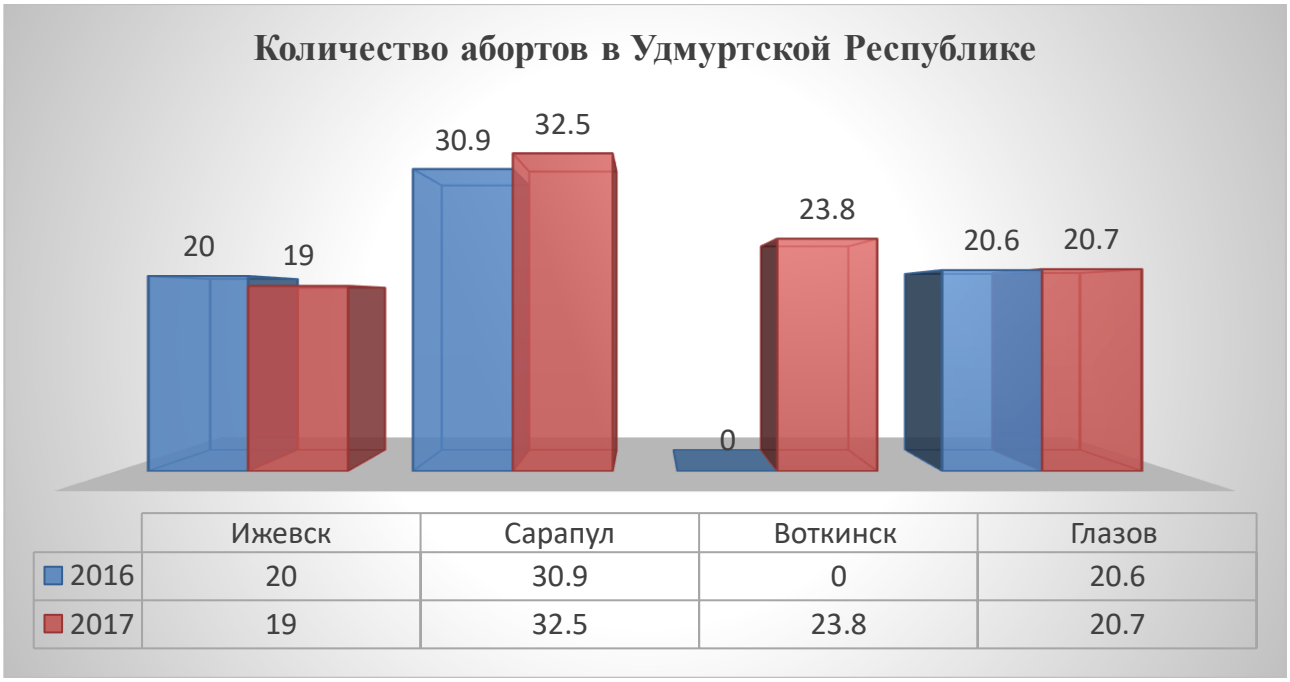


Диаграмма 6



Заключение: На диаграмме 5 можно отметить ,что по количеству сделанных абортов преобладает город Курган-Тюбе Хатлонской области Республики Таджикистана. В Удмуртской Республике по количеству сделанных абортов первенствует город Сарапул.

Библиографический список:

8. Ю.П.Лисицын. Общественное здоровье и здравоохранение-2007.
9. В.А.Медик, В.А.Юрьев. Общественное здоровье и здравоохранение.-2009.
10. Информационно-аналитический центр Министерства здравоохранения Удмуртской Республики.
4. Информационно-аналитический центр Министерства здравоохранения Республики Таджикистана.

Башурова Алена Андреевна
Bashurova Alena Andreevna
Студентка ФГБОУ ВО «ИГМА» 4 курс, педиатрический факультет
E-mail: bashurova97@list.ru

Туктарова Земфира Саидовна
Tuktarova Zemfira Saidovna
Студентка ФГБОУ ВО «ИГМА» 4 курс, педиатрический факультет

Стяжкина Светлана Николаевна
Styazhkina Svetlana Nikolaevna
Доктор медицинских наук, профессор

УДК 61

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДИАФРАГМАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ ЗА 2015- 2017 ГГ.

RETROSPECTIVE ANALYSIS OF MORBIDABILITY OF DIAPHRAGMAL HERNIA IN THE UDMURT REPUBLIC FOR 2015-2017

Аннотация: В статье рассмотрены литературные данные по теме диафрагмальные грыжи. Проанализированы особенности эпидемиологической обстановки и клинической картины больных, а также особенности оперативного лечения диафрагмальных грыж.

Annotation: The article discusses the literature data on the subject of diaphragmatic hernia. The features of the epidemiological situation and the clinical picture of patients, as well as the features of surgical treatment of diaphragmatic hernias are analyzed.

Ключевые слова: хирургия, диафрагмальные грыжи, эпидемиология, клиническая картина, хирургическое лечение.

Keywords: surgery, diaphragmatic hernia, epidemiology, clinical picture, surgical treatment.

Актуальность: Потенциальными грыженосителями являются каждый 3-5й житель Земли. В мире ежегодно выполняются более 20 млн. операций, что составляет от 10 до 15% всех операций в целом. [1]

Одной из разновидностей грыж является диафрагмальная грыжа. Диафрагмальные грыжи — перемещение брюшных органов в грудную полость через врожденные или приобретенные дефекты диафрагмы. Различают приобретенные, врожденные и травматические грыжи.

Ложные грыжи не имеют брюшинного грыжевого мешка. Их разделяют на врожденные и приобретенные. Врожденные грыжи образуются в результате незаращения в диафрагме существующих в эмбриональном периоде сообщений между грудной и брюшной полостью. Значительно чаще встречаются травматические приобретенные ложные грыжи.

Истинные грыжи имеют грыжевой мешок, покрывающий выпавшие органы. Возникают они при повышении внутрибрюшного давления и выхождении брюшных органов через существующие отверстия: через грудинореберное пространство (парастернальные грыжи — Ларрея, Морганьи) или непосредственно в области слаборазвитой грудинной части диафрагмы (ретростернальная грыжа), диафрагмальная грыжа Бохдалека — через пояснично-реберное пространство. Содержимым грыжевого мешка как при приобретенной, так и при врожденной грыже могут быть сальник, поперечная ободочная кишка, предбрюшинная жировая клетчатка. [2]

Чаще всего встречается среди диафрагмальных грыж – грыжа пищеводного отверстия. Впервые грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) описаны французским хирургом Pare Ambroiise (1579) и итальянским анатомом Morgani (1768) и считались чрезвычайно редким заболеванием. В настоящее время это одно из наиболее распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта. ГПОД нередко приводят к различным осложнениям — тяжелым эзофагитам, кровотечениям, ущемлениям (особенно параэзофагеальных грыж), рубцовым стриктурам пищевода. [3]

Цель: провести ретроспективный анализ заболеваемости диафрагмальными грыжами пациентов, находящихся на стационарном лечении в хирургическом отделении 1 РКБ МЗ УР, с 2015

по 2017 год.

Задачи: Провести корреляцию больных по возрастно-половому признаку, особенностям клинической картины и группе крови. Выявить процент случаев заболеваемости диафрагмальными грыжами, по сравнению с другими видами грыж.

Материалы и методы: Материалом для анализа явились истории болезни пациентов в период с 2015 по 2017 год с диагнозом диафрагмальные грыжи хирургического отделения 1РКБ МЗ УР.

Результат: В ходе исследования было выявлено 44 случая заболеваемости диафрагмальными грыжами, что составило 9% от общего количества грыж. Пупочные грыжи наблюдались в 108 случаях (21%), грыжи передней брюшной стенки- 162 случаях (31%), паховые- 153 случаях (30%), пахово-мошоночные- 15 случаях (3%), грыжи белой линии живота 24 случаях (5%), бедренные- 4 случаях (1%).

Средний возраст больных с диагнозом диафрагмальная грыжа составил 55 лет, причем самый молодой возраст составил 22 года, а самый старший- 86 лет.

Корреляция по возрастно-половому признаку: женщины болеют несколько чаще- 30 наблюдений (68%), нежели мужчины- 14 наблюдений (32%), что составляет 2:1. Распределение больных по возрастным группам: 20-39 лет- 3 человека (7%), 40-49 лет- 8 человек (18%), 50-59 лет-20 человек (46%), 60-69 лет- 9 человек (20%), 70-90 лет- 4 человека (9%).

Особенности клинической картины: наиболее частыми жалобами при поступлении явились изжога-33 наблюдения (75%), отрыжка-26 наблюдений (59%), боль-23 наблюдения (52%), тошнота-6 наблюдений (13%) и рвота-5 наблюдений (11%). Болевой синдром чаще локализовался в эпигастральной области (18 человек, 78% случаев), правом подреберье (3 человека, 13%), за грудиной (1 человек, 4%) и в 4% случаев боль отмечалась и в эпигастральной области, и в правом подреберье(1 человек).

При анализе групп крови, чаще всего встречалась I группа-15 больных (34%), III группа-13 больных (30%), II группа- 12 больных (27%), IV группа- 4 больных (9%)

Корреляция по виду диафрагмальных грыж: ГПОД- 41 случай (93%), грыжа Ларрея- 2 случая (5%), посттравматическая диафрагмальная грыжа- 1 случай (2%).

Оперативное лечение было оказано 37 больным (85%) причем самой частой операцией явилась фундопликация по Ниссену, произведенная 34 больным (92%). 3 больным (8%) проводилось грыжесечение и пластика диафрагмы и отсутствовала у 7 больных (15%) в связи противопоказаниями.

Вывод: Таким образом, в ходе исследования было выявлено, что диафрагмальные грыжи, в сравнении с другими видами грыж, встречаются нечасто, в 9% случаев. Чаще данным заболеванием болеют женщины (68%), нежели мужчины (32%). Средний возраст – 55 лет, причем самый молодой- 22 года, а самый старший- 86 лет. Наиболее частыми причинами обращения больных к хирургу являются жалобы на изжогу (75%), отрыжку (59%), боль (52%), локализующуюся в большинстве случаев в эпигастральной области (78%). Оперативное лечение оказано в 85% случаев, причем основной операцией являлась фундопликация по Ниссену (92%).

Библиографический список:

1. Стяжкина С.Н., Галимова А.Р., Банникова В.А. Особенности диагностики и лечение больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы// Современные тенденции развития науки и технологии. – 2016 год. – Номер 4-2. –С.100.

2.Хирургические болезни: учебник/М. И. Кузин, О. С. Шкроб, Н. М. Кузин и др.; Под редакцией М. И. Кузина.-3-е издание, перераб. и доп.- М.: Медицина, 2005.- С. 228.

3. Кузьмин-Крутецкий М.И., Самедов Б. Х., Гриневич В.Б. и другие /Эндоскопическая диагностика и лечение заболеваний органов желудочно-кишечного тракта. С.50

Эргашев Улугбек Муродович
Ergashev Ulugbek Murodovich
к.м.н., асс. Кафедры оториноларингологии ТМА

Джумашев Алишер Нишонбоевич
Jumashev Alisher Nishonboevich
преподаватель военно-технического института при НГ

Мавлонов Шерзод Шерали угли
Mavlonov Sherzod Sherali coals
магистр ТМА. E-mail: oshernazarov@mail.ru

УДК 616-285-004

КЛИНИКО - АУДИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТИМПАНОСКЛЕРОЗА

CLINICO -AUDIOLOGICAL CHARACTERISTIC TYMPANOSCLEROSIS

Аннотация: Тимпаносклероз является исходом катарального воспаления слизистой оболочки среднего уха, как морфологическое отражение очаговой реакции мукопериоста при негнойных формах воспаления. Тимпаносклеротические изменения встречаются при любых формах хронического среднего отита (ХСО) и являются признаком доброкачественного течения хронического воспаления. Данный процесс не является самостоятельной нозологической единицей и отражает определённую клинико-морфологическую форму среднего отита, имеющую свои клинические особенности проявляющиеся наличием ТСК комплексов, ограничивающих подвижность цепи слуховых косточек и барабанной перепонки, что приводит к тугоухости при этой патологии. Учитывая причины возникновения данной патологии и увеличение частоты вялотекущих ХСО, следует ожидать рост проявлений ТСК у населения. Однако этого не наблюдается - в 60-е годы тимпаносклероз выявлялся у 33% больных ХСО, в настоящее время - от 3 до 33%. В тоже время надо признать, что распространённость тимпаносклероза у больных ХСО весьма значительна.

Abstract: Tympanosclerosis is the outcome of catarrhal inflammation of the mucous membrane of the middle ear, as a morphological reflection of the focal reaction of the mucoperioste in non-purulent forms of inflammation. Tympanosclerotic changes occur in all forms of chronic otitis media (CHOM) and are a sign of a benign course of chronic inflammation. This process is not an independent nosological unit and reflects a certain clinical and morphological form of otitis media, which has its clinical features manifested by the presence of TSC complexes that limit the mobility of the chain of auditory ossicles and the eardrum, which leads to hearing loss in this pathology. Considering the causes of this pathology and the increase in the frequency of low-intensity CHOM, we should expect an increase in TSC manifestations in the population. However, this is not observed - in the 60s, tympanosclerosis was detected in 33% of patients with chronic hepatitis C, at the present time - from 3 to 33%. At the same time, it must be admitted that the prevalence of tympanosclerosis in patients with CHOM is very significant.

Ключевые слова: тимпаносклероз, хронический гнойный средний отит, мукозит, ихолестеатома.

Key words: tympanosclerosis, chronic suppurative otitis media, mucositis and cholesteatoma.

Актуальность исследования. Значительное место среди поражений органа слуха, сопровождающихся тугоухостью, принадлежит тимпаносклерозу - патологическому процессу, характеризующемуся образованием плотных конгломератов в толще слизистой оболочки среднего уха и/или барабанной перепонки.

Тугоухость при данной патологии может быть обусловлена, как фиксацией, так и разрушением структур среднего уха тимпаносклеротическими конгломератами , а степень нарушения слуховой функции, по мнению большинства исследователей, зависит от выраженности тимпаносклероза . Причины и механизмы развития тимпаносклероза до настоящего времени полностью не выяснен. Формирование его связано с воспалительным процессом в среднем ухе, как при острых и хронических отитах, так и при травмах. Большинство исследователей считают тимпаносклероз необратимым исходом воспалительного процесса в среднем ухе, другие не застывшим состоянием и завершающим этапом воспаления, а медленно развивающимся деструктивным процессом. По данным

научной литературы, доля пациентов с тимпаносклерозом среди всех больных с хроническим воспалением в среднем ухе составляет от 3% до 43%.

Описан ряд механизмов, имеющих место при развитии тимпаносклероза: гиалиновая дегенерация , кальцификаци и/или дистрофическое обызвествление [85] соединительной ткани собственной пластинки барабанной перепонки и слизистой оболочки среднего уха; предполагаются возможность оссификации склеротических конгломератов, остеогенное происхождение очагов тимпаносклероза из дистрофически измененных костных структур среднего уха, гетеротопическое формирование костной ткани. В связи с этим существенное значение имеет оценка факторов, характеризующих процессы костного метаболизма, трансформирующего фактора роста Р, остеотропных и провоспалительных цитокинов при тимпаносклерозе и выявление их роли в патогенезе тимпаносклеротического процесса. Нерешенным остается вопрос выбора хирургической тактики при тимпаносклерозе, в том числе в отношении радикальности удаления склеротических очагов.

Важной проблемой современной реконструктивной микрохирургии среднего уха является профилактика развития тимпаносклеротического процесса и рефиксации элементов» звукопроводящей цепи после операций по поводу хронического среднего отита с тимпаносклерозом. Фиксация либо рефиксация звукопроводящей системы среднего уха, мобилизованной при предшествующих хирургических вмешательствах, из-за развития тимпаносклеротического и/или рубцового процессов являются одной из причин неудачных результатов операций на среднем ухе.

В настоящее время продемонстрирована эффективность применения для профилактики рубцово-спаечных процессов в среднем ухе и рефиксации стремени после его мобилизации при тимпаносклерозе аллохрящевых пластин и кальций-связывающего препарата натриевой соли карбоксиметилцеллюлозы (Na-КМЦ), а также антиоксидантов N-ацетилцистеина, L-карнитина, витамина Е и блокатора кальциевых каналов дилтиазема для предупреждения развития тимпаносклероз. Na-КМЦ действует как искусственный временный барьер между поврежденными поверхностями, обеспечивая их временное разделение, а также активно связывает ионы кальция, необходимые для процесса образования соединительнотканных сращений.

Таким образом, выявление звеньев патогенеза и усовершенствование диагностики тимпаносклероза и повышение функциональной эффективности комплексного лечения путем рационального выбора тактики, является весьма актуальным и перспективным.

Цель исследования. Усовершенствование диагностики тимпаносклероза и повышение функциональной эффективности комплексного лечения путем рационального выбора тактики

Материалы и методы исследования. В соответствии с целью и задачами настоящей работы проведён анализ архивных историй болезни больных с хроническим средним отитом, проходивших лечение в 2 клинике ТМА отделении ЛОР в период с 2011 по 2014 год. За этот период в стационаре прошли лечение 280 больной с хроническим средним отитом, из них с тимпаносклерозом (ТСК) выявлено и прооперировано 24 пациентов, что составило 8,6%. До операции диагноз установлен у 18 (75%) больных, у 6 (25%)) - во время операции. Из общего числа больных тимпаносклерозом 7 (29,1%) пациентам в течение последующих 3-х лет проводились реоперации, в связи с нестойкими функциональными результатами.

В период с 2015 по 2018 г.г. проводилось динамическое наблюдение и обследование пациентов, обратившихся в клинику с хроническим средним отитом, у которых был установлен и подтвержден диагноз тимпаносклероза на основе анализа операционных находок и гистологического исследования операционного материала. Из 306 больных с ХСО, пролеченных за указанный период, группа больных с ТСК составила 25 (8,16%)) человек. Двусторонний процесс был выявлен у 20 (80%) больных, односторонний - у 5 (20%). До операции диагноз установлен у 15 больных, что составило 60%.

В анализируемую группу включено 25 больных с хроническим гнойным средним отитом у которых при взятии гистологического материала на операции диагноз тимпаносклероз не подтвердился. Средний возраст составил 39,5 + 15,8 лет. Лиц мужского пола было 12, женского - 13 больных. Длительность заболевания у них составляла 10-25 лет (в среднем 17,6 ± 8,2).

Возрастной ценз больных тимпаносклерозом по архивным данным колебался от 15 до 76 лет, в частности от 15 до 25 лет – 7 человек, от 26 до 45 лет - 8, от 46 до 72 лет - 10 больных.

Возраст больных с тимпаносклерозом за период 2015-2018 гг. находился в пределах 15-66 лет (Таблица 2.1).

Таблица № 2.1

Распределение обследованных больных по полу и возрасту (п =50)

Нозологические формы	Возраст больных												Всего
	15-25		26-30		31-40		41-50		51-60		61 -76		
	м	Ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	
ХГСО	1	2	2	2	1	2	5	4	1	1	2	2	25
ТСК	1	2	2	2	2	5	2	3	2	3	1	2	25

Сопоставление возраста больных архивного материала и обследованных нами больных свидетельствует, что тимпаносклерозом страдают лица преимущественно молодого и среднего возраста, и чаще женщины (16 из25), тогда как ХГСО одинаково выявляется во всех возрастных группах, и одинаково часто как у мужчин, так и у женщин (12-м, 13-ж). Все больные обследованы в динамике. Полный объем исследований проведен 25 пациентам (34 ушей): в период от одного месяца до года обследовано 11 человек, 6 больных наблюдались и обследовались в течение 2-х лет, 8 пациентов наблюдались до 3 лет. Динамическое наблюдение за больными контрольной группы осуществлялось от 1-го месяца до 2-х лет. Основная группа больных была распределена на три подгруппы в зависимости от распространенности тимпаносклеротического процесса и сочетания его с мукозитом или с холестеатомой.

В первую подгруппу вошли больные с обширным тимпаносклерозом, захватывающим всю цепь слуховых косточек или зону овального и круглого окон (12 пациентов); во вторую - больные с ограниченным тимпаносклерозом, когда тимпаносклеротические бляшки располагались в какой-то одной области, в виде отдельных зон или на одной из слуховых косточек (8); в третью - больные, у которых тимпаносклеротические бляшки выявлены параллельно с мукозитом и холестеатомой (5 больных). При анализе анамнестических данных больных обеих групп существенной разницы в перенесенных заболеваниях не прослеживалось. У всех больных имели место детские инфекции, частые респираторные заболевания, часть больных в анамнезе имели хронический тонзиллит (8), обострение которого иногда являлось провоцирующим фактором при обострении процесса в среднем ухе. Однако большинство пациентов (13) указывают в качестве пускового момента воспаления среднего уха ОРВИ с выраженными и стойкими проявлениями воспаления в носоглотке. Лишь при ХГСО часть больных связывала возникновение заболевания с травматической перфорацией барабанной перепонки (4).

ВЫВОДЫ

1. Удельный вес тимпаносклероза у больных с хроническим средним отитом по данным ЛОР отделение ТМА 2 от 5,6% до 6,4%. Дооперационная диагностика тимпаносклероза составила 31,6%.

2. Оптимальным объёмом аудиологического исследования с целью раннего выявления слуховых расстройств, свойственных ТСК, является: тональнопороговая аудиметрия в стандартном и расширенном диапазоне частот, определение слуховой чувствительности к УЗВ и феномен латерализации его, установление процента разборчивости речи, регистрация порогов слухового дискомфорта.

3. Слуховая функция ограниченного тимпаносклероза, (верифицированного на операции и подтвержденного результатами морфологического исследования), характеризуется тимпанальной формой кондуктивной тугоухости со 100% разборчивостью речи, отсутствием скрытого феномена фонемической регрессии и порогов слухового дискомфорта. Для распространенной формы тимпаносклероза характерна смешанная форма тугоухости, расширенный диапазон разборчивости речи, регистрацией порогов слухового дискомфорта на отдельных частотах.

Библиографический список:

1. Wielinga EW, Peters TA, Tonnaer EL, Kuijpers W, Curfs JH Middle ear effusions and structure of tympanic membrane. //Laringoscope. 2001; 111(1): 90-5.

2. Альтман Я.А., Таварткиладзе Г.А. Руководство по аудиологии ДМК Пресс Москва, 2003, С. 359

3. Вишняков В.В. Отдаленные результаты тимпанопластики. // В кн.: Современные проблемы заболеваний верхних дыхательных путей и уха (мат. Российской конф. оториноларингологов).- Москва, 19-20 ноября 2002.- С.80-81.

4. Егоров В.И., Козаренко А.В. К вопросу звукопроведения в ушном лабиринте. //В кн. «Материалы Российской конференции оториноларингологов», 2003г., С. 149-151.

5. Заболотный Д.И., Попов Ю.В. Сенсорнонейронная тугоухость или кохле- ит? // Новости оторино и лагопидии №3, 2002.-С.42-44.

6. Загорская Е.Е. Эффективность консервативной терапии кохлеарной дисфункции в послеоперационном периоде.// В кн: «Коммуникативные нарушения голоса, слуха и речи» (мат. науч-практ конф.) 29-30 май 2003г, С. 70-72.

7. Лазарев В.Н., Ивойлов А.Ю., Ляликова Г.В. Оценка состояния местного иммунитета у детей с хроническим гнойным средним отитом.// В кн.: Материалы Российской конференции оториноларингологов, 2003г., С. 166-167.

8. Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Поматилов А.А. Доклиническая диагностика поражения слухового анализатора при воспалительных заболеваниях среднего уха.// В кн.: Оториноларингология на рубеже тысячелетий (мат. XVI съезда оториноларингологов РФ).- 2012.-С. 109-111.

9. Патякина О.К., Гаров Е.В. Слуховые нарушения при фистулах лабиринта воспалительного генеза.// Мат. научно-практической конференции Москва- 2003; С.153-154.

10. Петлинов А.П. Вестибулярная дисфункция у больных хроническим гнойным средним отитом и способы её коррекции: Автореферат дисс. канд. мед. наук.- М.,2004-С.19

Зубайдуллаева Максуда Турабжановна
Zubaydullaeva Maksuda Turabzhanovna
К.м.н., старший преподаватель 2- клиники ТМА

Рахматова Шахноза Мардон кизи
Rakhmatova Shahnoza Mardon kizi
магистр 2-курса ТМА по направлению кардиологии
E-mail: oshernazarov@mail.ru

УДК 616.127

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА У ЖЕНЩИН С БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИЕЙ МИОКАРДА В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

CARDIOVASCULAR SYSTEM IN WOMEN WITH SILENT MYOCARDIAL ISCHEMIA IN POSTMENOPAUSAL PERIOD

Аннотация: статья посвящена изучению влияния регионарных особенностей распределения жировой ткани на структурно-функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у женщин с безболевой ишемией миокарда. В исследование были включены 25 пациенток в постменопаузальном периоде с выявленными методом суточного мониторирования электрокардиограммы эпизодами диагностически значимой бессимптомной депрессии сегмента ST. Установлено, что для женщин постменопаузального периода с безболевой ишемией миокарда эпикардиальное ожирение является неблагоприятным фактором, ассоциированным с высоким кардиоваскулярным риском.

Abstract: the article is devoted to the study of the influence of regional peculiarities of distribution of adipose tissue on the functional state of the cardiovascular system in women with silent myocardial ischemia. The study included 25 patients in postmenopausal period with episodes of asymptomatic diagnostically significant ST segment depression revealed by means of the method daily monitoring of electrocardiogram. It was found that for postmenopausal women with silent myocardial ischemia epicardial obesity is an unfavorable factor associated with high cardiovascular risk.

Ключевые слова: безболевая ишемия миокарда, однофотонная эмиссионная компьютерная томография миокарда (ОФЭКТ), эпикардиальное ожирение.

Key words: silent myocardial ischemia, single-photon emission computed tomography (SPECT), epicardial adipose tissue.

Введение

Приоритетным для современной медицины является направление по выявлению пациентов группы высокого риска развития сердечно-сосудистых заболеваний атеросклеротического генеза при отсутствии симптомов. К категории таких лиц можно отнести пациентов с ожирением, которое признано неинфекционной эпидемией современности. Если тенденция к увеличению числа людей с ожирением сохранится, то ожирение станет главным модифицируемым фактором риска. Многочисленные исследования установили увеличение риска инфаркта миокарда и инсульта при развитии висцерального ожирения, выявили связь между избыточной массой тела с большим количеством и ранним возникновением атеросклеротических бляшек. В то же время, не все пациенты с ожирением, диагностированным по величине индекса массы тела (ИМТ), имеют высокий сердечно-сосудистый риск; как и не все пациенты с нормальной величиной ИМТ характеризуются его отсутствием[1]. При этом косвенное определение степени висцерального ожирения (ВО) с помощью показателя окружности талии (ОТ) может приводить к гипердиагностике ВО и высокого кардиоваскулярного риска [1, 2, 3].

Установлено, что локальные жировые депо (абдоминальное, эпикардиальное, периваскулярное) - влияют на системные реакции организма через адипокины и цитокины. Эпикардиальная жировая ткань (ЭЖТ) может играть роль в развитии атеросклероза и является фактором прогрессирования фиброза миокарда и артериальной сосудистой стенки. Жировые отложения влияют на функцию рядом расположенного органа, оказывая механическое воздействие и давление на орган, а также за счет секреции биологически активных веществ, участвующих в развитии метаболических нарушений, процессах воспаления и фиброза, тромбообразования и

атерогенеза [3, 4, 5].

Цель исследования

Изучить влияние регионарных особенностей распределения жировой ткани на структурно-функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у женщин в постменопаузальном периоде с безболевой ишемией миокарда.

Материалы и методы

В исследование были включены 25 пациенток в постменопаузальном периоде с выявленными методом суточного мониторирования электрокардиограммы (СМ-ЭКГ) эпизодами диагностически значимой бессимптомной депрессии сегмента ST. Все женщины были разделены на две группы: основную группу (ОГ) составили 15 женщин с абдоминальным ожирением, группу сравнения (ГС) - 10 женщин с окружностью талии менее 80 см. Достоверных различий между показателями возрастного состава, наличия факторов риска развития ишемической болезни сердца (ИБС) у пациенток из групп наблюдения не было.

Инструментальное исследование включало выполнение СМ-ЭКГ, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии миокарда (ОФЭКТ) с проведением нагрузочной фармакологической пробы, компьютерной томографической коронарографии (КТ-КАГ). При анализе результатов СМ-ЭКГ в качестве ишемических расценивались эпизоды горизонтальной или косо нисходящей депрессии сегмента ST, амплитудой 1 мм и более, длительностью не менее 0,08 сек. от точки j, продолжительностью 1 мин. и более, с интервалом между эпизодами не менее 1 мин [6]. Метод обеспечивает возможность проводить количественной и качественной анализ с оценкой размеров зон нарушения тканевой перфузии и степени уменьшения последней.

ОФЭКТ миокарда проводилась по двухдневному протоколу в последовательности: проба в покое (REST) - исследование в сочетании с фармакологическим стресс-тестом (STRESS) с дипиридамолом, вызывающим вазодилатацию и приводящими к коронарной гиперемии.

При анализе тяжести нарушений перфузии использовали 5-бальную шкалу: от 80 до 95% соответствует норме (0 баллов), при слабо сниженном накоплении (65-79%) - 1 балл, при умеренно сниженном (50-64%) - 2 балла, при значительно сниженном накоплении (30–49%) – 3 балла и значение накопления менее 30% соответствовало 4 баллам. Затем провели подсчет суммарной бальной оценки: суммарный стресс-счет (summedstressscore, SSS – сумма баллов во всех сегментах, полученной при проведении стрессовой нагрузки) [7, 8].Данные компьютерной томографической коронарографии (КТ-КАГ) были получены при аксиальном сканировании с проспективной кардиосинхронизацией: 0,6 мм коллимация, ток трубки 60 мА при напряжении 120 кВ, время оборота системы «трубка-детектор» 0,25мс..ЭЖТ измеряли с помощью аксиальных срезов (3,0 мм), выделение контура перикарда производилось вручную на каждом четвертом срезе, начиная на 3 мм краниальнее устья коронарных артерий и до уровня перехода на нижнюю стенку миокарда. Выделение и подсчет объема ткани с жировой плотностью от –190 до –30 единиц Хаунсфилда производилось автоматически. Для выборок с нормальным распределением использовались методы вариационной статистики и параметрические критерии.

Результаты и обсуждение Анализ показателей, полученных при проведении ОФЭКТ и характеризующих распространенность зоны с нарушенной перфузией: величины дефекта перфузии (ВДП) – в виде процента исключенной области от общего размера миокарда левого желудочка (ЛЖ) и площади перфузионного дефекта(SПД, см^2) - достоверных различий при проведении исследования в покое (REST) в группах не выявил. Проведение нагрузочной фармакологической пробы (STRESS) способствовало ухудшению состояния коронарного кровотока у пациентов обеих групп и не привело к формированию межгрупповых различий.

Для изучения влияния регионарных особенностей распределения жировой ткани на кардиоваскулярный риск выполнена оценка объема ЭЖТ, рассчитан индексированный показатель отношения объема ЭЖТ к площади поверхности тела (ППТ), в зависимости от значения которого пациентки с абдоминальным ожирением (АО) были разделены на две подгруппы. Первую (ОГ1) - составили 10 женщин с эпикардиальным ожирением (ЭО) со значением показателя ЭЖТ/ППТ более 47,1 см^3/м^2, вторую (ОГ2) - пациентки со значением показателя ниже выбранного порогового. У женщин группы сравнения показатель отношения объема ЭЖТ к площади поверхности тела (ППТ) был ниже порогового значения 47,1 см^3/м^2.

Согласно результатам СМ-ЭКГ у пациентов с ЭО ишемия миокарда носит более выраженный характер (значения амплитуды депрессии сегмента ST, количества эпизодов и суммарной

длительности ишемии за сутки больше аналогичных показателей в подгруппе ОГ2) и сопровождается значимыми нарушениями ритма (больше количество зарегистрированных желудочковых экстрасистол, эпизодов наджелудочковой тахикардии, аллоритмий; у 12% пациенток выявлены пароксизмы фибрилляции предсердий).

При анализе результатов ОФЭКТ выявлено, что у пациенток с эпикардиальным ожирением (подгруппа ОГ1) проведение фармакологической пробы привело к росту показателя суммарной величины дефекта перфузии и формированию межгрупповых различий в сравнении с показателем у лиц без ЭО.

Определение суммарного стресс-счета (SSS) используется для стратификации риска коронарных событий. Показатель SSS у женщин с эпикардиальным ожирением составил 8 балла и соответствовал высокой вероятности ИБС, умеренному риску развития инфаркта миокарда (ИМ) и сердечной смерти. У пациенток подгруппы ОГ2 значение показателя SSS - 5, что соответствует высокой вероятности ИБС, умеренному риску развития ИМ и низкому риску сердечной смерти.

Заключение

У женщин с безболевой ишемией миокарда при наличии эпикардиального ожирения ишемия миокарда носит более выраженный характер (по данным суточного мониторирования ЭКГ достоверно больше амплитуда депрессии сегмента ST, значения количества эпизодов и суммарной длительности ишемии за сутки; по результатам ОФЭКТ выявлен рост суммарного значения величины перфузионного дефекта с формированием межгрупповых различий в сравнении с пациентками с изолированным абдоминальным ожирением) и сопровождается значимыми нарушениями ритма (больше количество зарегистрированных желудочковых экстрасистол, эпизодов наджелудочковой тахикардии, аллоритмий; у 12% женщин выявлены пароксизмы фибрилляции предсердий).

Эпикардиальное ожирение является неблагоприятным фактором, ассоциированным с высоким кардиоваскулярным риском: у женщин с избыточным количеством ЭЖТ значение показателя SSS соответствует высокой вероятности ИБС, умеренному риску развития ИМ и сердечной смерти. Полученные данные согласуются с результатами мультиспиральной компьютерной томографии: кальциноз коронарных артерий у лиц с ЭО и безболевой ишемией миокарда выражен больше, чем у пациентов с изолированным абдоминальным ожирением и сопряжен с высоким риском развития осложнений ИБС.

С учетом полученных результатов ЭО может рассматриваться в качестве возможного критерия высокого кардиоваскулярного риска у бессимптомных пациенток в постменопаузальном периоде.

Библиографический список:

1.Mit’kovskaya N.P., Pateyuk I. V., Statkevich T. V., Terechov V. I. Strukturno-funkzional’noe sostoyanie serdechno-sosudistoy sistemy i kardiovaskulyarnyy risk u pazientov s bezbolevoy ishemiey miokarda [Structural and functional state of the cardiovascular system and cardiovascular risk in patients with painless myocardial ischemia]. Kardiologiya v Belarusi. 2016, vol. 46, no. 3, pp. 89–99. (in Russian).

2. Druzhilov M. A., Beteleva Yu.E., Kuznezova T. Yu. Tolschina epikardial’nogo zhira – al’ternativa okruzhnosti talii kak samostoyatel’nyy ili vtoroy osnovnoy kriteriy dlya diagnostiki metabolicheskogo sindroma? [Thickness of epicardial fat – an alternative to waist circumference as an independent or second main criterion for diagnosing the metabolic syndrome?]. Rossiyskiy kardiologicheskiy zhurnal, 2014, vol. 3, no.107, pp. 76–81. (in Russian).

3. Iacobellis G., Gao Y. J., Sharma A. M. Do cardiac and perivascular adipose tissue play a role in atherosclerosis? Curr Diab Rep, 2008, vol. 8, no 1, pp. 20–24.

4. Iacobellis G., Sharma A. M. Epicardial adipose tissue as new cardio-metabolic risk marker and potential therapeutic target in the metabolic syndrome. Curr Pharm, 2007, vol. 13, no. 21, pp. 2180–2184.

5. Drapkina O. M., Korneeva O. N., Drapkina Yu. S. Epikardial’nyy zhir – napadayuschiy ili zapasnoy? [Epicardial fat – an attacker or a spare]. Razional’naya farmakoterapiya v kardiologii, 2013, vol. 9, no.3, pp. 287–291. (in Russian).

6. Makarov L. M. Cholterovskoe monitorirovanie [Holter monitoring]. Moskow, Medpraktika-M; 2008. (in Russian).

7. Klocke F. J., Baird M. G., Lorell B. H., Bateman T. M., Messer J. V., Berman D. S., O’Gara P.T., Carabello B. A., Russell RO. Jr, Cerqueira M. D., St John Sutton M. G., DeMaria A.N., Udelson J. E.,

Kennedy J. W., Verani M. S., Williams K. A., Antman E. M., Smith SC. Jr, Alpert J. S., Gregoratos G., Anderson J. L., Hiratzka L. F., Faxon D. P., Hunt S. A., Fuster V., Jacobs A. K., Gibbons R. J., Russell R. O. ACC/AHA/ASNC guidelines for the clinical use of cardiac radionuclide imaging – executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (ACC/AHA/ASNC Committee to Revise the 1995 Guidelines for the Clinical Use of Cardiac Radionuclide Imaging). Circulation, 2003, vol. 108, no. 11, pp. 1404–1418.

8. Lishmanov Yu.B., Chernov V. I. red. Radionuklidnaya diagnostika dlya prakticheskich vrachey [Radionuclide diagnostics for practical doctors]. Tomsk, 2004, 387 p. (in Russian).

9. Glanz S. Mediko-biologicheskaya statistika [Medical and Biological Statistics]. Moscow: Praktika, 1999, 459 p. (in Russian).

Шайхова Холида Эркиновна
Shaykhova Holida Erkinovna
д.м.н. проф. Кафедры оториноларингологии ТМА

Эргашев Улугбек Муродович
Ergashev Ulugbek Murodovich
к.м.н., асс. Кафедры оториноларингологии ТМА

Шадмонов Шарифхан Абдуллаханович
Shadmonov Sharifkhan Abdullakhanovich
врач ординатор ТМА-3 клиники

Максудов Суннатхон Мирзалим угли
Maksudov Sunnatkhon Mirzalim coals
магистр ТМА
E-mail: oshernazarov@mail.ru

УДК 616.211-005.1-089-085

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

MODERN ASPECTS OF TREATMENT OF BOW BLEEDING

Аннотация: Важность проблемы носовых кровотечений, как в теоретическом, так и практическом плане, не вызывает сомнений. Подавляющее большинство научных публикации отечественных и зарубежных исследователей за последние 25 лет посвящены практическим вопросам: способам и методам остановки носовых кровотечений. Основное значение при выборе способа вмешательства имеют такое критерии как этиология, локализация источника носового кровотечения (НК), так и его патогенетическая составляющая [1].

Annotation: The importance of the problem of nasal bleeding, both in theoretical and practical terms, is beyond doubt. The overwhelming majority of scientific publications of domestic and foreign researchers over the past 25 years are devoted to practical issues: methods and methods for stopping nosebleeds. Essential when choosing a method of intervention are such criteria as etiology, localization of the source of nasal bleeding (NC), and its pathogenetic component [1].

Ключевые слова: носовых кровотечения, гиперкоагуляция, Дицинон, Викасол.

Key words: nasal bleeding, hypercoagulation, Ditsinon, Vikasol.

Проблема носовых кровотечений привлекает внимание многих исследователей, но вместе с тем, большинство опубликованных в отечественной и зарубежной литературе работ имеют практическую направленность в плане совершенствования способов остановки носовых кровотечений, нередко без учета патогенетических механизмов [2].

Наиболее распространенным способом остановки носовых кровотечений до настоящего времени остается тампонада полости носа [10,12]. Для остановки кровотечения из носа широко используются марлевые тампоны, преимуществом которых является возможность прижатия сосудов к стенкам полости носа, а также ускорение образования кровяного сгустка. Достоинством марли, используемой в качестве материала для тампонады носа является её сетчатая структура, которая служит своеобразной искусственной матрицей сгустка, обеспечивая формирование одного большого “белого тромба”, выполняющего полость носа [10].

Однако, марлевая тампонада полости носа, особенно повторная, может двояко влиять на течение носовых кровотечений: в большинстве случаев даже однократная тампонада оказывается эффективной, так как приводит к формированию обширных зон повреждения слизистой оболочки носа, в том числе и ее сосудов, что способствует реализации сосудистых факторов патогенеза гиперкоагуляции [25]. Вместе с тем, такая структура сгустка, “укрепленная” марлевыми волокнами, а так же его величина способствуют нарушению равновесия гемостатического потенциала, как за счет постоянного поступления тромбопластина из форменных элементов сгустка, так и в результате резкой активации фибринолитической системы непосредственно вокруг него [7,10,28].

Среди недостатков марлевой тампонады необходимо отметить болезненность при введении и удалении тампонов, травмирование слизистой оболочки полости носа с образованием в этих участках грануляционной ткани, что может стать причиной рецидива кровотечения после удаления тампонов; кроме того, марлевые тампоны прилипают к слизистой оболочки и раневой поверхности, быстро пропитываются раневым отделяемым и слизью, что создает условия для роста микроорганизмов [1].

Для преодоления недостатков марлевой тампонады применяют пропитывание тампонов различными антисептическими (растворы антибиотиков, диоксидин, йодоформ) и гемостатическими средствами: аминокапроновая кислота.

Стремление избежать возобновления кровотечения после удаления тампонов заставляет искать новые модификации щадящей тампонады. Попытки применить для тампонады носа поролон в расчете на то, что он не будет прилипать к слизистой оболочке носа, не признаны успешными. В связи с этим предложено использование по принципу Микулича - поролоновых тампонов в перчаточной резине [10,15].

Марлевая тампонада может быть заменена пневматическими тампонами и их модификациями (например, катетер «Ямик»), которые легко вводятся в полость носа, не прилипают к слизистой оболочки носовой полости, легко удаляется, хотя и у них имеются недостатки, в числе которых указываются: выраженный отек слизистой оболочки полости носа, образование распространенного фибринозного налета после удаления тампонов, распространенная ишемия слизистой оболочки за счет давления тампона и развитие в связи с этим выраженных реактивных изменений, и вместе с тем, пневматический тампон не всегда позволяет обеспечить его прицельного воздействия на определенный участок слизистой оболочки [2,10,12].

Особое место в терапии носовых геморрагий различной этиологии занимает биологическая тампонада носа с использованием консервированных аллогенных и ксеногенных тканей. Данный вид тампонады полости носа применяется в случае упорно рецидивирующих кровотечений, когда обычные способы тампонады носа не эффективны. Важным аспектом биотампонов является их стимулирующее влияние на раневую поверхность за счет стимуляции репаративных процессов в слизистой оболочке полости носа непосредственно под биотампоном. Наиболее часто используются формалинизированные и сублимированныекадаберные гомогенные и гетерогенные биоткани: твердая мозговая оболочка, фасция, брюшина, плацента [13,19,26].

Одним из существенных недостатков различных видов тампонады носа, в основном повторных, является выключение вентиляции околоносовых пазух и полостей уха, что нередко является причиной тубарнойдисфункции, воспалительных изменений в среднем ухе, возникновения гнойных синуитов, некроза слизистой оболочки полости носа, перфорации мягкого неба, острого дакриоцистита, образование пиогенной гранулемы, подкожных абсцессов лица [10,11,12,20].

В качестве чрезвычайных осложнений, особенно после задней тампонады, описываются серьезные сердечно - сосудистые нарушения, менингит, эпилептиформный синдром, сепсис, эндокардит и др. [1,15,20,].

Все это заставляет совершенствовать альтернативные бестампонные способы лечения носовых кровотечений, прежде всего с применением коагулирующих воздействий, при этом часто удается произвести быструю и окончательную остановку кровотечения. Такие способы гемостаза основываются на химическом воздействии на кровоточащий участок слизистой оболочки лазерной фотокоагуляции, электрокаустике, диатермокоагуляции, аргоновой плазменной коагуляции, ультразвуковом и криогенном воздействии [13,15,23].

Данные способы терапии носовых кровотечениях положительно оцениваются многими специалистами, применявшими их, однако и они не лишены недостатков: во-первых, для эффективного использования вышеуказанных методик требуются условия, близкие к “сухому полю”, то есть предварительного уменьшения носового кровотечения, что не всегда возможно при обильной геморрагии из носа; во-вторых, чаще всего эти методы используются при кровотечениях из передних отделов носа, так как задние отделы плохо обозримы и труднодоступны для воздействия, а источник кровотечения нередко очень трудно выявляем, или не устанавливается вообще; в-третьих, кровотечения из носа часто носят распространенный, диффузный характер, что ограничивает использование данных методов гемостаза [10,16,].

Медикаментозная терапия является одним из основных этапов оказания помощи при носовых кровотечениях любой этиологии. Широкое распространение в терапии носовых кровотечений получили следующие препараты: дицинон (этамзилат натрия), аминокапроновая кислота, препараты

кальция, викасол.[1,15,24].

Дицинон - препарат быстрого гемостатического действия. Высоко эффективен как при пероральном, так и при парентеральном способе введения. Оказывает быстрый кровоостанавливающий эффект, не вызывает гиперкоагуляции (предтромботических состояний), в связи с чем может применяться длительно. Действие препарата основано на усилении агрегации тромбоцитов, увеличении их количества в крови, активации компонентов плазменного гемостаза. Аналогом препарата является этамзилат натрия. Форма выпуска: 12,5% в ампулах по 2 мл; таблетированный вид.

аминокапроновая кислота - гемостатик преимущественно ингибирующий систему фибринолиза, в меньшей степени влияет на коагуляционный (плазменный) гемостаз и функциональную активность тромбоцитов. Вводиться внутривенно струйно (более 60 капель в минуту). Форма выпуска: 5% - 100 мл в стерильных флаконах.

Хлористый кальций - применяется как средство, потенцирующее действие основныхгемостатиков. Кровоостанавливающий эффект опосредованно обусловлен улучшением сократимости сосудистой стенки, уменьшением ее проницаемости (что особенно важно при капиллярных кровотечениях, в частности из зоны Кисслебаха-Литтла), влиянии на агрегацию форменных элементов крови, участием в регуляции каскадного механизма активирования факторов свертывания крови. Вводиться только внутривенно. Аналогом препарата является глюканат кальция, который допустимо вводить внутримышечно. Форма выпуска: 10% - 10-5 мл.в ампулах.

Викасол - провитамин К. При кровотечениях применяется как средство, усиливающее гемостатический эффект вышеуказанных препаратов. Вопреки распространенному мнению препарат оказывает относительно слабый эффект. Действие его развивается не ранее чем через 12 часов, а по некоторым данным через 24 часа после первого введения. Постепенно кумулируется в организме. Эффект связан с усилением синтеза протромбина Препарат наиболее показан при кровотечениях, обусловленных хронической патологией печени (гепатиты, циррозы). Еще одним важным моментом терапии НК викасолом, ограничивающим его применение, является способность нарушать агрегацию тромбоцитов. В связи с этим препарат не рекомендуется применять более 3-4 дней. При необходимости более длительного использования (декомпенсированная патология печени) курс повторяют с интервалом 2 -3 дня. Вводиться только внутримышечно. При внутривенном введении часто вызывает флебиты и тромбозы вен. Форма выпуска: таблетки; ампулы 1% раствор - 1 мл.

В тяжелых случаях (проффузные кровотечения, клинико - лабораторные признаки ДВС синдрома, упорные рецидивы кровотечений, патологи плазменных факторов свертывания крови) коррекция нарушений гемостаза осуществляется дополнительным введением препаратов крови: свежезамороженная плазма, тромбоцитарная масса, криопреципитат. Применяемые лекарственные средства позволяют оказывать целенаправленное коррегирующее воздействие на систему гемокоагуляции [1,10,15].

Поскольку носовые кровотечения наиболее часто возникают в результате арте-риальной гипертензии, то важнейшим этапом терапии носовых геморрагий является гипотензивная терапия. Основным принципом такой терапии является снижение артериального давления до нормальных или «рабочих» цифр. Важно обеспечить быстрый гипотензивный эффект [27]. Для этого обычно используются либо таблетированные формы препаратов быстрого действия (клофелин, коринфар, нифедепин), либо препараты для парентерального введения (дибазол 1% -5 мл; магния сульфат 25% - 10 мл; малые дозы ганглиоблокаторов - пентамин, бензогексоний; натрия нитропруссид). Универсальным средством остается дибазол, который вызывает быстрый и плавный гипотензивный эффект за счет уменьшения сердечного выброса [10,24].

Частой ошибкой гипотензивной терапии при носовых кровотечениях является применение таблетированных форм гипотензивных средств (энам, адельфан, раунатин, моночинкве, папазол и др.), оказывающих своё действие только при систематическом длительном применении. При разовом приеме этих препаратов, быстрого (в течение 10-15 минут) снижения АД как правило не происходит. Другая ошибка часто обусловлена слишком активным использованием средних доз ганглиоблокаторов, которые нередко вводят внутривенно. На наш взгляд это далеко не всегда оправданно, поскольку введение препаратов данной группы часто приводит к выраженному снижению АД, вплоть до коллапса. Целесообразнее вводить указанные средства внутримышечно или даже подкожно, малыми дозами (0,2 -0,4 мл). При этом эффект как правило развивается почти так же быстро, но гипотензия возникает плавно. При необходимости дальнейшего снижения давления можно

продолжать терапию другими быстродействующими препаратами (клофелин, коринфар, дибазол). Следует избегать применение папаверина и его аналогов (но-шпа, спазган, баралгин), так как выраженный сосудорасширяющий эффект этих препаратов может приводить к усилению кровотечения. Так же считаем возможным отказаться от использования препаратов нейротропного действия (дроперидол), поскольку в состоянии нейроплегии, особенно у пожилых пациентов, возможно «скрытое» кровотечение из задних отделов полости носа, или западение конца тампона в гортаног- лотку, что приводит к аспирации и явлениям асфиксии [10,11].

Особое место в общей структуре носовых кровотечений занимают носовые геморрагии травматического генеза. Эта группа НК занимает по распространенности 2 место после носовых кровотечений при артериальной гипертензии. Одной из особенностей таких геморрагий является склонность к рецидивированию, что нередко объясняется повреждением сосудов крупного диаметра, вымыванием тромба из участка повреждения сосуда за счет кровяного давления, факторов венозного застоя и внутричерепной гипертензии, а так же сложностью и многообразием патогенетических механизмов самой краниофациальной травмы. В этом случае кровотечения нередко обсловлены развитием ДВС- синдрома, либо сами запускают механизмы ДВС, отягощая течение черепных травм и замыкая “порочный круг” патогенеза. При таких кровотечениях кроме локального воздействия, требуется адекватная медикаментозная коррекция обнаруженных нарушений гемостаза, которые могут носить вторичный характер [5,10,13,23].

Важность этого аспекта состоит в том, что традиционные методы медикаментозной гемостатической терапии (переливание аминокапроновой кислоты, введение викасола, препаратов кальция) подвергаются активной критике и пересмотру. Особенно это касается ситуаций, когда носовые кровотечения возникают на фоне тромбогеморрагического синдрома [3,6,9,14].

В частности, такая позиция более чем оправдана, поскольку применение, например аминокапроновой кислоты, являющейся ингибитором фибринолиза, может приводить к усилению процессов внутрисосудистоготромбообразования - прогрессированию ДВС [19,21]. С этих позиций наиболее целесообразно применение ингибиторов протеаз: контрикал, трасилол.

При рецидивирующих носовых кровотечениях, когда терапевтические мероприятия не дают желаемого эффекта, требуется применение дополнительных мануальных (хирургических) способов локальных воздействий на источник кровотечения. Наиболее распространенными из них являются подслизистое или субперихондральное введение лекарственных веществ: растворов лидокаина, новокаина, спленина[10].

Другим вариантом хирургического лечения рецидивов НК является отслойка мукоперихондрия, подслизистая резекция хряща носовой перегородки, а также локальные вмешательства - удаление шипов или гребней перегородки носа [8,10,17].

В исключительных случаях при рецидивах носовых кровотечений или их профузном характере, прибегают к перевязке магистральных сосудов или их ветвей на протяжении. Данные методики, как и любые другие, несовершенны, так как не всегда кровотечение удается остановить, а иногда перевязка наружной сонной артерии приводит к усилению кровотечения, что обусловлено множеством артериальных коллатералей между системами наружных и внутренних сонных артерий. Результат перевязки магистрального ствола проблематичен [1,8,10].

Как способ остановки кровотечений из носа чаще применяют вмешательства на параназальных синусах (верхнечелюстном, решетчатом), во время которых проводят перевязку или клипирование поврежденного сосуда, реже - механическое разрушение клеток решетчатой пазухи носа с последующей ее тампонадой [8].

На современном этапе развития оториноларингологии, нейрохирургии, ангиологии наиболее перспективным и высокоэффективным способом хирургического гемостаза при носовых кровотечениях является ангиографи с последующей селективной эндоваскулярнойэмболизацией, позволяющей прицельно блокировать участок кровотечения в непосредственной близости от него [18,]. Однако эти методики сложны, требуют специального оборудования и определнного навыка.

Совершенствование способов хирургического лечения носовых кровотечений связано так же с внедрением методов микрориноскопической и эндоскопической хирургии [17,18], но эти высокотехнологичные способы остановки носовых кровотечений тоже не отличаются абсолютной эффективностью, нередко являются неоправданно сложными, могут вызывать различные осложнения [10].

Заключение.

Таким образом, анализ отечественной и зарубежной литературы по проблеме терапии носовых кровотечений показал, что многие принципы в их лечении не всегда патогенетически обоснованы, а методы не достаточно эффективны. Подавляющее большинство способов гемостаза проводиться без учета их морфологической составляющей, что особенно актуально для проблемы травматических носовых геморрагий. Существующие методики и принципы гемостатической терапии большей частью являются симптоматическими, что требует их дальнейшего совершенствования. Сказанное позволяет прийдти к заключению, что накопленные в литературе сведения о вариантах консервативной и хируургическойгемостатической терапии носовых геморрагий имеют чаще узконаправленный характер, несмотря на достаточную глубину части исследований, и не позволяют вести речь о наличии единой клинико - патогенетической и морфологической теоретической базы тех результатов, которые достигнуты в современной клинической ринологии.

Библиографический список:

Аксенов В.М. Носовые кровотечения //М.: Изд-во Российск. Универс. Дружбы наро- дов,1996. - 17 с.

Альтман Е.Н., Невский Б.Н., Радченко Н.И. Опыт организации экстренной помощи больным с носовыми кровотечениями //Здравоохранение РФ. - 1987. - №6. - с. 24-27.

Арефьева Н.А. Система гемостаза у больных с носовыми кровотечениями //Рос-сийск. ринология. - 1998. - №2. - с. 77-79.

Архипова Ю.В. Профузные носовые кровотечения. - Автореф. дис. .канд. мед. наук //Москва, 2000. - 17 с.

Балуда В.П. Внутрисосудистое свертывание крови - компонент патогенеза раз-личных заболеваний //Пат.физтол. и эксперим. терапия. -1977. - №2. - с.3-13.

Баркаган З.С. Геморрагические заболевания и синдромы //М.: Медицина, 1980.-336 с.

Бикбаева А.И., Ибрагимов Р.М. К патогенезу и клинике вторичных носовых кровотечений //Вестн. Оторинолар. - 1976. - №4. - с. 45 - 48.

Бойко Н.В., Киселев В.В. Гемостатиче-ская терапия при носовых кровотечениях. - М.: Медицина. - 1984. - 54 с.

Бойко Н.В. Хирургическое лечение рецидивирующих носовых кровотечений //Российск. ринология. - 1999. - №2. - с.29 - 33.

Бойко Н.В. К патогенезу возникновения рецидивов носового кровотечения //Российск. ринология. - 2000. - №3. - с.39 - 43.

Волков А.Г., Бойко Н.В., Киселев В.В. Носовые кровотечения //М.: АПП «Джангар», 2002. - 276 с.

Григорьев Г.М. Об ошибках при оказании неотложной помощи при носовых кровотечениях //Российск. ринология. - Прилож. 2. - 1994. - с. 117-119.

Григорьев Г. М. Рационализация тампонады носа //Вестн. оторинолар. -1973. - №5. - с. 92-93.

ДербеневаТ.Н. Некоторые вопросы этиологии, патогенеза и лечения носовых кровотечений - Автореф. дис. канд. мед.наук. - М.: 1971. - 15 с.

Крашутский В.В. ДВС-синдром в клинической медицине //Клин.мед. - 1998. - №3. - с. 8-14

Курилин И.В., Шапаренко Б.А. Носовые кровотечения //Киев: Здоровье, 1976. - 48 с.

Лихачев А.Г. Кровотечения из верхних дыхательных путей //Многотомное руководство по оториноларингологии. - Т.У1. - Москва.: Гос. Изд-во мед.литературы. - 1963. - с.199 - 233.

Митин Ю.В., Юрьев Л.П. Диагностика и лечение рецидивирующих носовых кровотечений с учетом данных микрориноскопии //Вестн. оторинолар. - 1990. - № 3 - с. 50 - 53.

Накатис Я.А., Рязанцев С.В. Комплексное изучение эндоназальных сосудистых расстройств //ЖУНГБ.- 1984. - №2. - с. 25-28.

Пальчун В.Т., Кунельская Н.А. Экстренная патология носа и околоносовых пазух //Вестн. оторинолар.- 1998. -№3. - с.4 -12.

Пискунов С.З. Физиология и патофизиология носа и околоносовых пазух //Рос-сийск. ринология. - 1993. - № 3. - с. 19-39.

Раби К. Локализованная и рассеянная внутрисосудистая коагуляция //М.: Медицина, 1974. - 216 с. (перевод с французского)

Руководство по оториноларингологии /ред. акад. Солдатова И.Б., 1997. - 32- 41.

Соловьев Л.М., Радзимирский К.Н. Носовые кровотечения /Вопросы профилак-тики и лечения травм. - Киев. - 1958. - С.281-289.

Фейгин Г.А., Кузник Б.И. Морфологические и клинические аспекты носовых кровотечений у больных гипертонической болезнью //Фрунзе,1989. - 156 с.

ФонсХименезЛоурдес. Клиника и лечение больных с рецидивирующими носовыми кровотечениями. - Автореф. дисс... канд. мед.наук: М., 1980. - 24 с.
Штейман К.Б. О носовых кровотечениях // ЖУНГБ. - 1952. - №3. - с. 205 - 210.
Lacroix J.S. Kurt A.M. Epistaxis and beta- adrenergic mechanisms in the nasal mucosa vascular bed //Oto-Rhino-Laryngology - 1995. - Vol.252, №5. - P.298-303.
LacroixJ.S..Correia F. Nasal epistaxis //ActaOto-Laryngologica - 1997. - Vol.117, №4 - P. 609-613.
Riederer A. Et al. Nasobleigings //Laringoscope. - 1996. - Vol. 106, №3, Pt 1. - P. 286.
Saunders M.B. Hemorragicsyndroum in rhinology //Rhinology. -1996. - Vol. 34. - №1. - P.14-27

Эргашев Улугбек Муродович
Ergashev Ulugbek Murodovich
к.м.н., асс. Кафедры оториноларингологии ТМА

Джумашев Алишер Нишонбоевич
Jumashev Alisher Nishonboevich
преподаватель военно-технического института при НГ

Мавлонов Шерзод Шерали угли
Mavlonov Sherzod Sherali coals
магистр ТМА**,** E-mail: oshernazarov@mail.ru

УДК 616-285-004

ТИМПАНОСКЛЕРОЗ

TYMPANOSCLEROSIS

Аннотация: Тимпаносклероз (ТСК) – это патологический процесс являющиеся необратимым исходом неспецифического воспаления среднего уха, характеризующийся тугоухостью обусловленной образованием плотных конгломератов в толще слизистой оболочки среднего уха и/или барабанной перепонки (5,6,7) По данным научной литературы, доля пациентов с тимпаносклерозом среди всех больных с хроническим воспалением в среднем ухе составляет от 3% до 43% (2,3,4).

Статистические данные тимпаносклероза по Республики Узбекистан очень скудны из за отсутствия возможности диагностики в регионах. Учитывая тот факт, что тимпаносклероз это исход неспецифического воспаления среднего уха, по выявляемости хронического среднего отита можно вычислить реальные масштабы распространенности данной патологии в нашей Республики.

По прогнозам всемирной организации здравоохранения к 2030 году число лиц с социально значимыми дефектами слуха увеличится более чем на 30% (1). Этот факт подтверждает актуальность тимпаносклероза, что побудило интерес к данной патологии.

Annotation: Tympanosclerosis (TSC) is a pathological process that is an irreversible outcome of nonspecific inflammation of the middle ear, characterized by hearing loss due to the formation of dense conglomerates in the thickness of the mucous membrane of the middle ear and / or the eardrum (5,6,7) According to scientific literature, the proportion of patients with tympanosclerosis among all patients with chronic inflammation in the middle ear range from 3% to 43% (2,3,4).

Statistics of tympanosclerosis in the Republic of Uzbekistan are very scarce due to the lack of diagnostic opportunities in the regions. Given the fact that tympanosclerosis is the outcome of nonspecific inflammation of the middle ear, the actual incidence of this pathology in our Republic can be calculated from the detection of chronic otitis media.

According to the forecasts of the World Health Organization, by 2030, the number of persons with socially significant hearing impairments will increase by more than 30% (1). This fact confirms the relevance of tympanosclerosis, which prompted interest in this pathology.

Ключевые слова: тимпаносклероз, хронический гнойный средний отит, мукозит, ихолестеатома.

Key words: tympanosclerosis, chronic suppurative otitis media, mucositis and cholesteatoma.

Цель исследования создание представления об этиологии и патогенеза тимпаносклероза**.**

Этиология и патогенез

Этиология и патогенез тимпаносклеротического процесса к настоящему времени изучены фрагментарно и целостного взгляда на данную патологию не имеется. Основным морфологическим исходом воспалительного процесса является развитие склероза на месте повреждения (воспалительная альтерация) тканей и преобладание процессов фиброзирования над вялотекущим воспалением. Нарастание фиброза отражает качественные изменения реактивных возможностей тканей среднего уха – снижение их способности к развитию выраженных воспалительных реакций. Однако, по данным гистологических исследований, даже при распространенном ТСК в тканях среднего уха обнаруживаются участки текущего воспаления. То есть поствоспалительный склероз не

является застывшим патологическим состоянием, а характеризуется внутренним развитием, направленным в сторону гиперпластических, дистрофических, атрофических и некробиотических изменений в зависимости от условий, что и объясняет фиброзно-деструктивный его характер. Завершённость и незавершённость процесса морфологически отражает разную степень и форму фиброзирования. Тимпаносклероз многие относят к завершённым формам, что проявляется благоприятным клиническим течением процесса и медленно нарастающей тугоухостью. В тоже время при длительном течении ХГСО в настоящее время вместе с ТСК комплексами можно встретить сочетание катарального воспаления слизистой оболочки с участками фиброзирования, кариеса и холестеатомы, что свидетельствует о динамике хронического воспаления и его исходах [1, 2, 3, 4, 5, 6]. В зависимости от характера воспаления (гнойного или серозного) морфологически фиброзный процесс протекает по принципу эпиморфоза (возмещение тканевого дефекта грануляционной тканью с её созреванием и превращение в рубец) или эндоморфоза (развитие соединительной ткани в самой слизистой оболочке). Тимпаносклероз является типичным проявлением эндоморфоза после серозного воспаления в среднем ухе, при котором происходят дегенеративные процессы в слизистой оболочке среднего уха и барабанной перепонке с образованием плотных конгломератов (очагов ТСК). Возникновение слоистой структуры ТСК очагов связывают с процессом множества циклов обызвествления гиалиновых масс, которые формируя пластины, подвергаются дегенерации.

Гистологические исследования бляшек обнаруживают плотную волокнистую соединительную ткань с признаками гиалинового перерождения и скоплениями кальцификатов (в ряде случаев – очаги оссификации) в слизистой оболочке барабанной перепонки. Выделены следующие гистологические варианты строения бляшки: дистрофический, склеротический (фиброзный), гиалиновый, петрифицированный, смешанный. Понятие «гистологический тимпаносклероз» включает начальные, выявляемые гистологически проявления поражения отдельных участков слизистой оболочки и надкостницы, а также ТСК комплексы, не выявляемые при отомикроскопии.

Описан ряд механизмов, имеющих место при развитии тимпаносклероза: гиалиновая дегенерация, эктопическая кальцификация и/или дистрофическое обызвествление соединительной ткани собственной пластинки барабанной перепонки и слизистой оболочки среднего уха, оссификация склеротических конгломератов, остеогенное происхождение очагов ТСК и гетеротопическое формирование костной ткани. Эктопическая кальцификация (отложение фосфорно-кальциевых соединений в слизистой оболочке среднего уха и толще барабанной перепонки) обусловлена усилением процессов костной резорбции вследствие дисбаланса в системе регуляции костного метаболизма при хроническом воспалении. В патогенетических механизмах ТСК процесса существенную роль играют локальные и системные нарушения костного ремоделирования.

До настоящего времени невозможно объяснить, почему у одних пациентов наблюдается быстрое прогрессирование заболевания после однократного кратковременного эпизода гноетечения из уха, а у других - нет никаких ТСК проявлений даже при частых и длительных обострениях ХСО. Результаты исследований, предпринятых в разные годы с целью изучения ТСК, свидетельствуют об участии множества факторов в патогенезе заболевания.

На основании результатов HLA-типирования, было сделано заключение о вероятной ассоциации тимпаносклероза с HLA- антигенами - B35 и - DR3, что позволяет говорить о генетической предрасположенности к ТСК.

Исследование особенностей кальциевого обмена у больных ТСК доказали эффективность использования блокаторов кальциевых каналов для профилактики развития ТСК. Представлены данные о значительном повышении уровней паратгормона и маркера костной резорбции в крови у больных ТСК при одновременном снижении концентрации витамина D, регулирующего остеогенез. Таким образом, более высокое содержание паратгормона в сыворотке крови у пациентов с тимпаносклерозом, во-первых, способствует усилению костной резорбции, во-вторых, стимулирует поступление кальция и фосфатов в кровь. В то же время первая стадия формирования костной ткани - синтез белков предшественников коллагена и остеокальцина – оказывается недостаточной. Этот дисбаланс сопровождается кратковременным нахождением чрезмерной концентрации ионов кальция и фосфатов в крови, ведущим к отложению фосфорно-кальциевых соединений в тканях (эктопической кальцификации) и, в частности, в слизистой оболочке среднего уха.

В результате гистологического исследования операционного материала выявлены зоны хронического неспецифического воспаления и участки кальциноза. Особенности гистологической картины ТСК подтверждают незавершенность воспалительного процесса при указанной патологии. Этот факт

является одним из аргументов в пользу необходимости радикального удаления ТСК конгломератов из среднего уха. В образцах операционного материала не обнаружено элементов костной ткани, что подтверждает дискутабельность остеогенеза при развитии ТСК. В то же время кальциноз, выявляемый в склеротических очагах, обусловливает актуальность локального применения кальций-связывающих препаратов для профилактики фиксации структур среднего уха вследствие развития ТСК.

Установлено, что у пациентов с выраженными атеросклеротическими изменениями ТСК встречается достоверно чаще по сравнению с пациентами без проявлений атеросклероза, в связи с чем продолжаются исследования с целью выявления общих механизмов развития этих заболеваний.

При изолированном ТСК сывороточные уровни маркера костной резорбции β-CrossLaps на 40%, а при сочетании ТСК с холестеатомой, кариесом, полипозным и/или грануляционным процессами на 70% превышают показатели здоровых. Концентрации активатора костного ремоделирования паратгормона по сравнению с больными ХСО без патологических образований в среднем ухе и здоровыми людьми повышены на 21,5% при изолированном ТСК и на 38,3% при сочетании ТСК с другими патологическими образованиями.

Существуют предположения о роли миксоидной ткани и высокой лизосомальной активности, приводящей к изменениям волокон соединительной ткани и кальцификации в формировании ТСК, а также контаминации Helicobacter pylori.

Имеются данные, свидетельствующие об участии вегетативной нервной системы в механизмах развития ТСК, что требует проведения дополнительных терапевтических мероприятий, направленных на устранение нейровегетативных расстройств.

По мнению большинства авторов, формирование ТСК начинается в детском или подростковом возрасте, а пусковым моментом является воспалительный процесс в среднем ухе. Это может быть острый или хронический, катаральный либо гнойный отит. Имеются сведения о развитии ТСК в результате травмы барабанной перепонки, в том числе после установки тимпановентиляционной трубки при лечении экссудативного отита. Имеется подтверждение влияния длительного течения ХСО на возрастание количества случаев ТСК с увеличением возраста больных .

Существует ряд гипотез развития ТСК: застой выделений в складках слизистой оболочки, иммунологические нарушения, способствующие патологическому образованию соединительной ткани в отдаленном периоде воспаления среднего уха; остатки экссудата способствуют сближению участков фиброза слизистой оболочки и увеличивают объем ТСК комплексов. ТСК процесс чаще происходит в зоне наименьшего скопления
слизистых желез и ресничатого эпителия. Именно поэтому ТСК является одной из частых причин нарушения слуха при заболеваниях уха, вследствие дегенеративных процессов в слизистой оболочке среднего уха и барабанной перепонке с образованием плотных конгломератов (очагов ТСК). ТСК бляшки могут ограничивать подвижность слуховых косточек и/или барабанной перепонки, приводя к кондуктивной тугоухости. Тугоухость при данном патологическом процессе может быть обусловлена и разрушением структур среднего уха ТСК конгломератами .

Эпидемиология

Распространѐнность ТСК, по данным различных авторов, значительно варьирует,что связано с отсутствием чѐтких его морфологических критериев и трудностями выявления гистологического ТСК (вторичная оссификация). Под «мирингосклерозом» принято понимать процесс, локализованный в барабанной перепонке, тогда как под термином «тимпаносклероз» подразумевается внутритимпанальный процесс. Вопрос о гистологическом происхождении склеротических конгломератов, локализующихся в барабанной перепонке (петрификатов) дискутируется: часть авторов считает их гистологически идентичным ТСК элементам в среднем ухе, другие уверены в обратном. Ряд исследователей утверждает, что для идентификации элемента, локализованного в толще барабанной перепонки как «тимпаносклероз» обязательно необходима связь данного элемента с костной тканью (слуховые косточки, костный анулюс) [4]. Некоторые считают мирингосклероз начальной стадией ТСК, а поздней - вовлечение оссикулярной цепи. Тем не менее, в настоящее время мирингосклероз считается проявлением ТСК, что увеличило процент этой патологии среднего уха. По данным публикаций зарубежных коллег ТСК выявляется у 3,3-38% пациентов, страдающих ХСО, А по Российским данным у 5,3-33% А в отечественных литературах нет таких данных но поскольку Тимпаносклероз довольно часто диагностируется у больных с ХСО а больные с таким диагнозам в нашей стране около 5,8-8,9% от всех лор потологии.

Распространенность ТСК по данным вскрытий лиц, не страдавших патологией уха – 14,1% (старше 40 лет - 86,7%; соотношение мужчины – женщины - 1,6:1) [23].

Распространенность мирингосклероза по данным эпидемиологических исследований варьирует от 1,7 до 25,7% [9]. Не редкой причиной тугоухости в детском возрасте некоторые авторы считают ТСК [24, 25].

Классификация

Существует большое разнообразие классификаций ТСК в зависимости от его

распространѐнности (ограниченный и распространѐнный), взаимосвязи с хроническим воспалительным процессом (открытый и закрытый), время развития заболевания (ранний, промежуточный и поздний; первичный и вторичный), гистологической характеристики и влияния на слуховую функцию [21, 23, 26, 27, 28, 29] (табл. 1, 2, 3, 4). Первичный ТСК является одним из непосредственных исходов длительного воспалительного процесса в КР302 10 среднем ухе и обусловливается организацией экссудата, иногда с обызвествлением и даже окостенением. Вторичный - развивается через длительное время, иногда через десятки лет, после банального обострения ХГСО. Некоторые выделяют гистологическую, клиническую и хирургическую формы ТСК [9].

Варианты классификации тимпаносклероза

Овчинников Ю.М. (1975)	Ханамиров А.Р. (1964)	Bhaya M. et al. (1993)	Gibb A.G., Pang Y.T. (1994)	Stancovic M. (2009)
2.распространенная форма; 1.ограниченная форма	- первичный -вторичный	-ранний; -промежуточный; -поздний	- открытый - закрытый	- поражение тимпанальной мембраны; - фиксация молоточка и/или наковальни; - фиксация стремени.

Классификация тимпаносклероза (по Bhaya M. et al., 1993)

Форма тимпаносклероза	Гистологическая характеристика
Ранний	Нарушение нормального расположения волокон в соединительно тканном слое
Промежуточный	Признаки гиалинизации
Поздний	Наличие зрелых, сформировавшихся, бляшек с признаками кальцификации и оссификации.

Классификация тимпаносклероза (Kamal S., 1997)

Тип	Распространённость процесса
I тип	Барабанная перепонка, молоточек и передне-верхний отдел барабанной полости
II тип	Наковальня и наковальне-стременное сочленение
III тип	Стремя и область окна преддверия

Стадии тимпаносклероза (по Bluestone C. et al., 2002)

Распространенность процесса	Состояние слуховой функции	Стадия
Ограничен барабанной перепонкой	Слуховая функция не нарушена	I
	Снижение слуха, обусловленное тимпаносклеротическим процессом	II
В процесс вовлекаются только полости среднего уха	Слуховая функция не нарушена	III
	Снижение слуха, обусловленное тимпаносклеротическим процессом	IV
В процесс вовлечены как барабанная перепонка, так и полости среднего уха	Слуховая функция не нарушена	V
	Снижение слуха, обусловленное тимпаносклеротическим процессом	VI

Диагностика

Тимпаносклероз проявляется локальными, резко отграниченными от окружающих тканей белыми бляшками, которые располагаются в глубине слизистой оболочки и имеют излюбленную локализацию - область окна преддверия, зона канала лицевого нерва и верхняя часть мыса. Затруднения в дооперационной диагностике ТСК возникают, когда характерные изменения не могут быть обнаружены при наличии небольшой перфорации, в случаях локализации ТСК очагов в глубине барабанной полости и при сохранной барабанной перепонке. При отсутствии дефекта барабанной перепонки для ТСК характерны ТСК бляшки интимно связанные с костной тканью рукоятки или анулярного кольца (что отличает их от петрификатов барабанной перепонки), а также рубцовые изменения, указывающие на перенесённый в прошлом гнойный отит. Кроме того, отсутствие при отомикроскопии характерных ТСК бляшек не исключает наличия других, не столь явных, гистологических типов тимпаносклероза (фибриноидный, склеротический, гиалиновый), что было неоднократно подтверждено морфологическим исследованием операционного материала. Этим обусловлено введение понятия «гистологический тимпаносклероз», которое включает в себя начальные, слабо выраженные, очаговые проявления фибриноидного набухания и гиалиноза некоторых участков мукопериоста, а также наличие типичных ТСК бляшек, по ряду причин недоступных визуальному наблюдению. При обследовании больных ТСК выявляется чаще кондуктивная, реже смешанная тугоухость и отсутствие корреляции снижения слуха с отоскопическими данными. Возникновение тугоухости обусловлено комбинацией нескольких причин: наличие перфорации барабанной перепонки, ограничение подвижности изменённой барабанной перепонки, дефекты оссикулярной, цепи и, что наиболее характерно для данного заболевания, ограничение подвижности или полная фиксация слуховых косточек очагами ТСК. При наличии изолированных очагов тимпаносклероза только в барабанной перепонке костно-воздушный интервал (КВИ), обычно, небольшой. Распространённый и массивный тимпаносклероз обнаруживают чаще (до 63%), чем ограниченный (в 40%). При тимпаносклерозе в барабанной полости наблюдается только изолированное поражение барабанной перепонки в 79-89% случаев, сочетание мирингосклероза и поражения ТСК комплексами среднего уха – в 21,1%. Отсутствие изменений слизистой оболочки отмечают у 78,9% больных, катаральное воспаление – у 13,9%, грануляции – у 5,3% и холестеатому – у 2,6%. Подвижную слуховую цепь при ТСК выявляют у 71,1% пациентов, фиксированную – у 29,1% и её эрозии – у 7,9%. Фиксация ТСК комплексами рукоятки молотка наблюдается у 79,8% пациентов, наковальне-молоточкового сустава – у 45,2% и стремени – у 36,5%. Локализация ТСК комплексов в области гипотимпанума и устья слуховой трубы не характерно и встречается в 2-3% наблюдений. Фиксация стремени ТСК комплексами, как и при отосклерозе, может проявляться зубцом Кархарта в зоне 0,-2 кГц при костном звукопроведении. Тугоухость у 55% больных сопровождается шумом в ушах. При фиксации оссикулярной цепи часто отмечается тимпанограмма типа As (тип 1 или 2). Сочетание заболеваний среднего уха не позволяет выделять специфические аудиологические критерии. При рентгенологическом исследовании больных тимпаносклерозом практически не удается выявить каких-либо специфических особенностей, характерных только для ТСК процесса. Рентгенологические данные при тимпаносклерозе во многом сходны с аналогичными при ХГСО: как правило, определяются склеротические изменения в барабанной полости и склеротический тип строения сосцевидного отростка. Компьютерная томография (КТ) височных костей позволяет получить более значимую информацию. При выраженном мирингосклерозе барабанная перепонка значительно утолщается и уплотняется, поражение среднего уха выглядит как единичные или множественные очаги неравномерной интенсивности (пятнистые очаги), а иногда оно похоже на сетку в барабанной полости или в толще барабанной перепонки. В свою очередь, петрифицированные и оссифицированные тимпаносклеротические очаги отчетливо дифференцируются в виде структур соответ-ствующей плотности, располагающихся изолированно или связанных со слуховыми косточками.

Лечение

В настоящее время подавляющее большинство авторов сходится во мнении, что хирургическое лечение является наиболее эффективным способом реабилитации больных, страдающих ТСК, хотя отдалённые результаты не всегда являются удовлетворительными. Целью хирургического вмешательства является улучшение слуха и санация среднего уха. Успех операции и стабильность результатов во многом определяется выраженностью ТСК процесса, локализацией и

характером очагов, сохранностью и подвижностью элементов цепи слуховых косточек, а также состоянием слуховой трубы. Лечение может быть одноэтапным и многоэтапным. Одноэтапное лечение осуществляется чаще при локальных формах ТСК, многоэтапное – при распространённых. Основой слуховой реабилитации больных тимпаносклерозом является одноэтапное хирургическое вмешательство, включающее удаление патологических образований из полости среднего уха, мобилизацию сохранных элементов звукопроводящей цепи, реконструкцию оссикулярной цепи и восстановление барабанной перепонки. Выполнение тимпанопластики в два этапа проводится у больных с открытой формой тимпаносклероза при невозможности мобилизации стремени в ходе первого вмешательства. Важным принципом хирургии ТСК является удаление ТСК комплексов фиксирующих слуховые косточки с сохранением последних и поэтапным расширением объёма оссикулопластики. Консервативных методов лечения тимпаносклероза не существует. В тоже время местная терапия используется при перфоративной форме и вялотекущих изменениях в среднем ухе как подготовка к оперативному лечению для повышения его эффективности.

Основными вмешательствами при ТСК являются следующие:

- тимпанопластика (мирингопластика) – при очагах ТСК не фиксирующих цепь слуховых косточек;
- тимпанопластика (мирингопластика) с мобилизацией цепи слуховых косточек посредством удаления ТСК комплексов;
- тимпанопластика (мирингопластика) с оссикулопластикой дефектов слуховой цепи после удаления ТСК комплексов;
- стапедотомия и реконструкция звукопроводящей цепи при фиксации стремени.

Много вопросов об объёме удаления тимпаносклеротических очагов. На наш взгляд их следует удалять только на участках, затрудняющих звукопередачу. Если ТСК бляшки не ограничивают мобильность перепонки, то лучше их использовать при мирингопластике, укладывая трансплантат непосредственно на бляшку в отслоенный над ней карман. При локальном или распространённом ТСК в зоне окна преддверия ТСК конгломераты следует удалять полностью для мобилизации цепи слуховых косточек. Незавершенность воспалительного процесса при ТСК и возможность его очагов являться проводниками для врастания эпидермиса в барабанную полость со стороны наружного слухового прохода также определяет необходимость максимально полного удаления ТСК конгломератов из среднего уха во время операции. При тимпанопластике (мирингопластике) у больных ТСК лучше использовать многослойный трансплантат (аутохрящевая полупластина или периходрий, аутофасция височной мышцы и перемещённый меатальный лоскут), особенно при субтотальных дефектах, в силу слабого кровоснабжения. Укладка трансплантатов производится изнутри с использованием для опоры рукоятки молотка. Приживление тимпанального трансплантата при ТСК все гда хуже, чем при его отсутствии. Эффективность тимпанопластики при этой патологии в ближайшее время отмечается у 90%, в отдалённое – у 70%. В зависимости от места фиксации или дефекта цепи слуховых косточек выполняется тимпанопластика I-III типа (по Вульштейну Х., 1972). Для оссикулопластики используются как аутотрансплантаты (аутохрящ и аутокость), так и имплантаты в зависимости от предпочтений хирургов. При этом часто удаляют фиксированную (или с дефектом длинной ножки) наковальню и протез устанавливают под тимпанальную мембрану. Установка протеза под рукоятку молотка требует удаления его головки для профилактики повторной фиксации. Установка тотальных или частичных протезов из титана, фторопласта и других синтетических материалов под тимпанальную мембрану требует прикрытия аутохрящевой пластиной для профилактики протрузии протеза, которая встречается в 10% случаях. В ближайшем послеоперацион-

ном периоде после оссикулопластики отмечается уменьшение КВИ до 17-20дБ. В послеоперационном периоде проблемы с протезами (смещение, короткий) наблюдаются у 27% больных тимпаносклерозом. В тоже время удаление массивных очагов тимпаносклероза ведёт к травме слизистой оболочке барабанной полости, нарушению в ней кровоснабжения, образованию спаечного процесса и рефиксации слуховой цепи. Улучшение слуха после повторной операции непродолжительное в связи с костным реанкилозированием основания стремени. Данное состояние связывают с остеогенным тимпаносклерозом, объясняя его дистрофией новообразованной костной ткани. Мобилизация стремени может быть прямая и непрямая. В любом случае неосторожные манипуляции на стремени могут привести к разрыву анулярной связки, перелому основания стремени с истечением перелимфы и развитием лабиринтита. Поэтому

мобилизацию стремени безопасней выполнять на втором этапе после восстановления барабанной перепонки. При ограничении подвижности стремени очагами ТСК большая часть хирургов отдает предпочтение мобилизации стремени с применением различных способов профилактики его рефиксации, что приводит к остаточному КВИ в 25-30 дБ. Фиксация стремени при ТСК вследствие поражения сухожилия стременной мышцы наблюдается у 16,2%. Сухожилие при этом веретенообразно утолщено, имеет матово-стеклянный вид и костную плотность, вследствие чего стремя становится тугоподвижным или неподвижным. Удаление ТСК бляшек с сухожилия, его пересечение и удаление пирамидального отростка позволяет мобилизовать стремя. В тоже время отмечено, что при мобилизации стремени с простым пересечением склеротически изменённого сухожилия стременной мышцы в 66,7% случаев происходит повторное сращение ригидных фрагментов сухожилия с одновременной рефиксацией основания стремени, а при мобилизации стремени с удалением очагов тимпаносклероза вокруг сухожилия стременной мышцы - в 55,5%. Для профилактики рубцово-спаечных процессов в среднем ухе и рефиксации стремени после его мобилизации при тимпаносклерозе в настоящее время применяются аллохрящевых пластины и кальций-связывающий препарат (плёнки и 4% гель) - натриевая соль карбоксиметил-целлюлозы (NaКМЦ), а также дилтиазем - антиоксидант и блокатор кальциевых каналов. Использование препаратов вокруг суперструктур стремени после удаления ТСК комплексов снижает частоту его рефиксации. При повторном вмешательстве в случае обнаружения рефиксации стремени, которая наблюдается в 47% случаев производят стапедопластику. Даже при отсутствии дефекта барабанной перепонки при тимпаносклерозе сохраняются условия незавершенного воспаления, что снижает эффективность операции и повышает риск развития кохлеарных осложнений. Эффективность данной операции значительно уступает стапедопластике у больных отосклерозом. Послеоперационный КВИ <10 дБ достигается у 30%, <20 дБ – у 60-71% пациентов. Глухота после операции развивается у 4,5%. Самыми распространёнными методиками являются поршневая стапедопластика и стапедотомия с применением поршневого протеза на аутовенозный трансплантат (рис. 2 и 3). Частичная стапедэктомии с применением в качестве протеза стремени аутохряща задней поверхности ушной раковины, установленный на аутовенозный трансплантат применяется редко из-за её не распространённости.

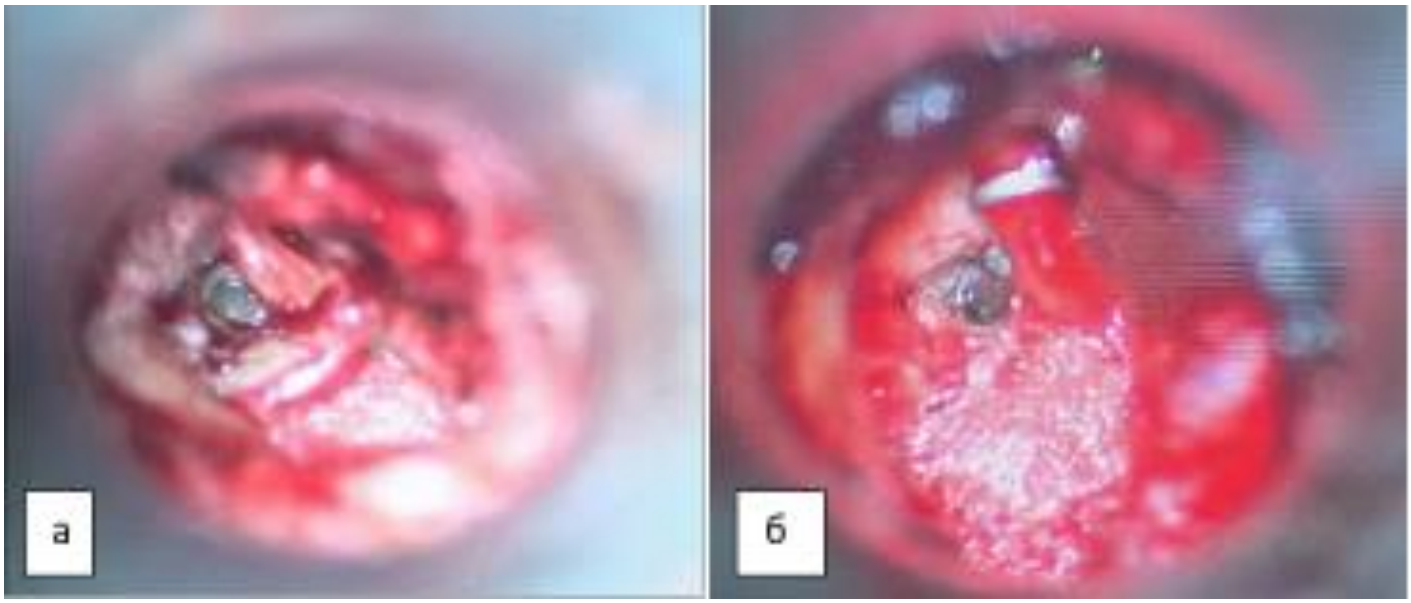


Рис. 2. Этапы поршневой стапедопластики: а - интраоперационная микрофотография созданной перфорации основания стремени;
б-интраоперационная микрофотография установки титанового протеза.

Рис. 3. Этапы методики поршневым протезом на аутовену: а – интраоперационная микрофотография, уложенной аутовены на перфорацию в основании стремени, б - схема установленного протеза на аутовену.

Сложность методики заключается не только в стапедотомии, но и в выборе протеза, его установке и фиксации, что и объясняет редкость выполнения подобных операций. Наличие подвижной наковальни или рукоятки молотка позволяет выполнить поршневую методику с фиксацией протезов, то их отсутствие заставляет использовать тотальные оссикулярные протезы с установкой на аутовенозный трансплантат. В сравнении с реконструкцией металлизированными или углеродными протезами использование аутотканевых протезов отличается простотой и большей стабильностью, но требует широкого открытия окна преддверия. Конечно появление микроборов, хирургических лазеров и различных протезов стремени значительно облегчает выполнение этапов стапедопластики. Помимо обычных причин неудачных результатов операций при ХГСО для тимпаносклероза характерны дополнительные особенности влияющие на эффективность вмешательства:

- недостаточное кровоснабжение в зоне ТСК комплексов и тимпаноме-
атального лоскута;
- рефиксация элементов цепи слуховых косточек;
- незавершённое воспаление в среднем ухе.

При неэффективности хирургических методов лечения, облитерирующей форме тимпаносклероза и противопоказаниях к повторным вмешательствам рекомендуют использование альтернативных способов звукопередачи путем установки костного виброимпланта и электроакустической коррекции слуха (подбора слухового аппарата).

Заключение.

Таким образом, учитывая причины формирования тимпаносклероза методов его профилактики пока не существует. Диагностика его не вызывает затруднений, а вот лечение требует дальнейших исследований для повышения его эффективности и снижения рецидивов тугоухости при этой патологии среднего уха.

Библиографический список:

1.Prevention of hearingimpairmewnt from chronic otitis media //WHO.-2000.-№3.-P.8-9

2. Гусева А.Л. Этиологические и патогенетические аспекты хронического гнойного среднего отита и его комплексная терапия: автореф. дис. . канд. мед. наук / А.Л. Гусева. М., 2007. - 27с.

3. Gibb A.G. Current considerations in the etiology and diagnosis of tympanosclerosis / A.G. Gibb, Y.T. Pang // Eur Arch Otorhinolaryngol. 1994. -Vol.251, №8.-P.439-451.

4. Миниахметова Р.Р., дисс 2010 Санкт-Питербург

5. 199. The preventive effect of ginkgo biloba extract in myringosclerosis: Study in rats / H.Emir et al. // Otolaryngol Head Neck Surg. 2009. - Vol.140. - P.171-176.

6. Артюшина Е.И. Клинико-аудиологическая характеристика тимпаносклероза: автореф. дис. . канд. мед. наук / Е.И. Артюшина. М., 2007. - 23с.

7. Лысикова М. Механизмы воспалительной реакции и воздействие на них с помощью протеолитических энзимов / М. Лысикова, М. Вальд, З.Масиновски // Цитокины и воспаление. 2004. - Т.3, №3. - С.48-53. - ISSN 1684-7849.

Научное издание

Коллектив авторов

ISSN 2500-378X

Научный медицинский журнал «Авиценна»
Кемерово 2018