

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 №13

КЕМЕРОВО 2017

11 декабря 2017 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 медицинских наук, ответственный за первичную модерацию, редактирование и рецензирование статей.

Хоботкова Татьяна Сергеевна - кандидат медицинских 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 Владимировна доцент - кандидат медицинских 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.

Дурагина 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»

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 11.12.2017 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

Оглавлени

1. ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАЦИЙ ЗУБОВ.....	4
Саакян Б.С., Саакян С.С., Гюрджинян С.А.	
2. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ.....	8
Памфамиров Ю.К., Сапунцова А.Ю., Евтеева Е.А.	
3. ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ СВЯЗАННЫЕ С ЭКОЛОГИЕЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ПРАРАЛЬЯ.....	12
Азада Батировна Якубова, Умида Бахрамовна Палванова	
4. ОСОБЕННОСТИ CANDIDA-АССОЦИИРОВАННОГО ХРОНИЧЕСКОГО ВАГИНИТА.....	15
Дробязко Петр Александрович	
5. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ЮЖНОГО ПРИАРАЛЬЯ.....	19
Худайкулова Феруза Хожиккуловна, Абдуллаев Равшанбек Бабажонович	
6. ПОЛИРЕЗИСТЕНТНЫЕ ШТАММЫ БАКТЕРИЙ В ОТДЕЛЕНИЯХ СТАЦИОНАРОВ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ЗА 2011 И 2016 ГОДЫ.....	23
Старовойтов Сергей Олегович, Попова Наталья Митрофановна, Захарченко Алена Валерьевна, Камалова Наталья Рудольфовна, Семенюта Вячеслав Владимирович	
7. RADIOVISIOGRAPH DIGITAL RADIOGRAPHY IN DENTISTRY.....	29
Sahakyan Bela Samvelovna	
8. ИЗУЧЕНИЕ ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИХ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ У ДОПРИЗЫВНИКОВ	31
Хамидова Гулноз Сайфиддиновна	
9. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЗА РУБЕЖОМ.....	34
Паутов Дмитрий Александрович, Бутько Мария Вячеславовна, Никитина Мария Александровна	
10. ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ ПРИ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ.....	37
Рахманова Умида Улугбековна	
11. ТРОМБОЦИТОПЕНИИ.....	40
Файзуллаева Нодира Илхамовна	
12. ИЗУЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ.....	44
Нурметова Юлдуз Балтаевна	
13. ОЦЕНКА РАЦИОНАЛЬНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ.....	48
Шубина Кристина Максимовна, Попова Наталья Митрофановна, Камалова Наталья Рудольфовна, Семенюта Вячеслав Владимирович	

Саакян Белла Самвеловна
Saakyan Bella Samvelovna

Саакян Сюзанна Самвеловна
Saakyan Syuzanna Samvelovna

Гюрджинян Севан Артурович
Gyurdzhinyan Sevan Arturovich
Ереванский государственный медицинский
университет им. Мхитара Герации
г. Ереван, Армянская республика
E-mail: sahakyan-suzanna@rambler.ru

УДК 616.314.17

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАЦИЙ ЗУБОВ

TREATMENT OF PERFORATIONS OF THE TEETH

Аннотация: в статье приведены результаты лечения 57 человека в разных возрастных групп с перфорацией дна полости зубов и каналов зубов с помощью МТА. Данный метод способствовал герметичному закрытию перфорации, избеганию вторичной инфекции, регенерации поврежденных тканей.

Ключевые слова: перфорация зубов, дно полости зуба, каналы зубов, перфорационный цель, бифуркация, трифуркация, МТА, Pro Root, рентгенконтраст, пульпо-периапикальный комплекс, адгезив, силлер, гальванизм, фотополимеризация.

Abstract: in article results of treatment of 57 men in different age groups with perforation of bottom of cavity of teeth and canals with MTA. This method contributed to a sealed perforation, avoiding secondary infection, regeneration of damaged tissues.

Key words: perforation teeth, the bottom cavity of the tooth, Canali teeth, punching the goal, bifurcation, trifurcation, MTA, Pro Root, rentgenocontrast, pulpo-periapical complex adhesive, Siller, galvanism, photopolymerization.

Актуальность: проблема перфораций зубов занимает основное место среди ошибок эндодонтической лечения. Прогноз зависит от локализации перфорации.

Цель исследования: определения эффективности применения препарата МТА на зубах с перфораций.

Материал и методы исследования: препарат МТА использовали с марта 2015 года у 57 пациентов. С начало был сделан RVG-снимок (радиовизиография), чтобы определить локализацию и размер перфорации. RVG-исследование было проведена и во время и после лечения, чтобы оценить эффективность препарата. Оценили состояние периодонт-периапикальных комплекса с помощью ортопантомографии, панорамной и прицельной рентгенографии.

Выводы: полученные результаты свидетельствуют о том, что МТА позволяет герметично закрыть перфорацию зубов, избежать проникновения инфекций и способствует регенерации тканей зубов.

В настоящее время одним из наиболее эффективных новых материалов применяемых при лечении перфорации дна полости зуба и корневых каналов является минеральный триоксидный агрегат или МТА (Эм-Ти-Эй), разработанный в США в университете Лома Линда более 10 лет назад. Материал МТА биосовместим с тканями периодонта и воспринимается ими как инертное вещество, аналогично костной ткани, кроме того он рентгенконтрастен за счет содержания оксида висмута. МТА применяют для прямого покрытия пульпы зуба, эндодонтического лечения зубов с

незавершенным ростом корней, пломбирования перфораций зубов, ретроградного пломбирования во время проведения операции резекции верхушки корня, а так же для апексификации в широких корнях. В настоящее время он выпускается фирмой Dentsplay под названием Pro Root: он комплектуется одним пакетиком порошка, который состоит из мелких гидрофильных частиц оксида кальция и диоксида кремния и капсулой с водой в количестве, необходимом для оптимального замешивания с порошком.

Способ основан на применении особого цемента, состоящего из порошка и жидкости. Порошок МТА Pro Root представляет собой смесь гидрофильных частиц трикальций силиката, трикальций алюмината, трикальция оксида (отсюда название препарата: МТА – Минеральный Триоксид Агрегат). Также присутствуют небольшие количества оксидов других минералов, которые отвечают за химические и физические качества материала. В частности, порошок оксида висмута введен для рентгенконтрастности. Порошок МТА обладает высоким рН, в силу чего имеет выраженный бактерицидный потенциал. Жидкостью является обычная дистиллированная вода. При замешивании цемента образуется гелевая масса, которая медленно застывает. Герметизирующая способность МТА, по данным авторов, превосходит таковую амальгамы и цинк-эвгенолового цемента, она практически не меняется при попадании крови. Вступая в контакт с периапикальными тканями, МТА вызывает формирование волокнистой соединительной ткани и цемента, при этом воспалительные процессы остаются слабовыраженными. При увлажнении этот порошок превращается в гель, который затем застывает, создавая непроницаемый барьер. МТА твердеет в течение 4-6 часов даже при наличии влаги. Для оптимизации процесса нанесения материала в нужную область зуба могут быть использованы специальные аппликаторы (эндодонтический или операционный).

Методика применения Pro Root. Содержимое пакетика Pro Root высыпают на блокнот для замешивания, открывают капсулу с водой и смешивают с порошком. Если смесь получится густой, то можно добавить 1-2 капли дистиллированной воды. Материал Pro Root вносят специальным инструментом на область перфорации, затем уплотняют штопфером, вводят в полость зуба увлажненный тампон и закрывают временным светоотверждаемым пломбирочным материалом. Излишки материала удаляют экскаватором. После того, как Pro Root затвердеет - в следующее посещение – приступают к пломбированию каналов или полости зуба.

В случае неэффективного пломбирования или развития хронических деструктивных форм периодонтита в сочетании с выведением пломбирочного материала или металлического фрагмента в периодонт необходимо хирургическое лечение. При этом могут быть проведены как традиционные хирургические способы лечения (гемисекция, короно-радикулярная сепарация, преднамеренная реплантация), так и зубосохраняющие способы герметизации перфораций в зависимости от уровня сохранившейся кости.

Основные условия профилактики перфораций дна или стенки полости зуба:

1. формирования правильного доступа для обеспечения;
2. хорошего обзора;
3. точность в работе с микромотором, использование шаровидного бора хирургической длины;
4. учет наклона коронки зуба, его смещения, анатомических особенностей, рентгенологический контроль;
5. неременное удаление искусственной коронки зуба перед эндодонтическим лечением.

Современная медицина предлагает новый метод восстановления зубов с перфорацией корня в области буфуркации. В отличие от известного ранее, этот способ дает прямой доступ к каналам корня, позволяет контролировать процесс регенерации костной ткани, имеет низкую травматичность, практически неограниченные показания к применению, у него фактически отсутствуют послеоперационные осложнения.

Современный метод восстановления зубов с перфорацией корня в зоне бифуркации с применением армирования позволяет упростить процесс восстановления зуба, минимизировать травматичность воздействия, повысить прочность корневой и коронковой частей зуба. В ходе операции формируется вертикальный доступ к очагу поражения, что дает возможность точной оценки места расположения и степени его поражения, а также обеспечивает прямой доступ к каналам корня. За счет восстановленных до уровня экватора стенок зуба формируется полость, через которую вводится остеостимулирующий материал (чистый гидроксиапатит, коллаген и лекарственное

средство, например Коллапан-Л) в область бифуркаций. При помощи рентгеновских снимков контролируется процесс восстановления перфорации. В случае необходимости введение остеостимулирующего материала повторяется. Восстановление коронковой части зуба начинают после полного восстановления перфорации корня.

Армирующая металлическая сетка значительно увеличивает срок функционирования восстановленного зуба, упрочняя его структуру и повышая его устойчивость, ведь регенерированные костные ткани корня и сохранившиеся ткани зуба дополнительно скрепляются между собой. Таким образом, результатом стоматологического лечения становится нормально функционирующий живой зуб.

Перфорация твердых тканей в области дна полости зуба (ДПЗ) является одним из наиболее тяжелых осложнений в эндодонтической практике на этапе создания первичного доступа к пульпе зуба. По данным различных авторов, частота ее составляет от 3 до 12 %.

При лечении пульпита причина этого осложнения не связана с прогрессированием кариеса, а является полностью иатрогенной, т.е. вызвана неправильными действиями врача при раскрытии полости зуба (формировании первичного доступа). Появившееся в результате соустье между полостью зуба и периодонтом является источником инфицирования последнего, с развитием деструктивного периодонтита и в отдаленных последствиях приводит, как правило, к удалению зуба.

Существующие методы лечения такого осложнения заключаются, в основном, в пломбировании искусственного отверстия тем или иным пломбировочным материалом.

Известен способ лечения перфорации дна полости зуба по предполагающий пломбирование отверстия волокнистым углесорбентом, обработанным 0.02 % раствором хлоргексидина и 1 % раствором этония.

Данный способ не может обеспечить должный герметизм закрытия вследствие порозной структуры углесорбента, его невысокой механической прочности и отсутствия надежной адгезии к тканям зуба.

Известен способ лечения периодонтита, осложненного перфорацией ДПЗ заключающийся в преартериальной обработке зоны перфорации светом эрбиевого лазера с последующим закрытием перфорационного отверстия амальгамой.

Недостатком данной методики является сложность контроля степени заполнения отверстия таким пластичным материалом, как амальгама. Кроме того, амальгама способна резко изменять цвет твердых тканей, вызывать явления гальванизма и не имеет надежной адгезии к тканям зуба.

Известен способ закрытия эндодонтических перфораций различной локализации путем пломбирования их материалом MTA Pro Root (Dentsply, USA), взятый нами в качестве прототипа.

Трудность манипуляций материалом в такой микроне, каковой является перфорационный ход, и длительное время отверждения (до 8 часов) приводят к необходимости откладывать реставрационные работы на следующее посещение.

Существенным недостатком описанного способа является возможность проталкивания части материала (про его внесении и конденсации) в периодонтальную щель, так как сложно визуально контролировать степень наполнения перфорационного хода.

Следствием этого является эффект “инородного тела” в периодонте, приводящий к его постоянному раздражению и развитию воспалительной реакции.

Воспаление сопровождается образованием грануляционной ткани в области межкорневой перегородки (МКП), лизисом костной ткани и последующим развитием тяжелого деструктивного периодонтита. Данное заболевание заканчивается удалением зуба или требует проведения сложной зубосохраняющей операции (например, коронорадикулярной сепарации).

Кроме того, недостатком данного способа, по нашему мнению, является возможность химического ожога периодонта под длительным воздействием гидроокиси кальция. Также возможна разгерметизация вследствие длительного времени твердения с последующим инфицированным перфорации.

Для улучшения герметизации перфорационного отверстия и исключения попадания в периодонт раздражающих веществ закрывают перфорационное отверстие полимерной плетеной лентой, совместимой с фотоотверждаемым адгезивом.

Способ осуществляют следующим образом. Производят обработку дна полости зуба 3 % перекисью водорода с целью гемостаза, удаления остатков крови и мягких тканей в зоне перфорации. Поверхность дентина просушивают стерильным ватным тампоном, а корневые каналы -

бумажными эндодонтическими штифтами. Выкраивают ножницами из плетеной полимерной ленты (например, “Construct” фирмы Kerr или аналогичный) герметизирующую прокладку и предварительно примеряют ее на дне полости зуба, она должна закрыть все устья корневых каналов и перфорацию.

Затем через прокладку в устьевую треть каналов вводят направляющие серебряные штифты, смоченные фотоотверждаемым адгезивом (например, “Optibond”, Кеггили аналогичным). Засвечивают фотополимеризатором в течение 20 сек. Для фиксации штифтов в прокладке, после чего извлекают прокладку со штифтами из полости. Смачивают ее целиком адгезивом, вновь накладывают конструкцию на дно полости зуба таким образом, чтобы штифты вошли в устья корневых, и прокладка закрыла дно полости зуба.

Засвечивают конструкцию фотополимеризационной лампой в течение 20 сек. . После отверждения прокладки проходимость корневых каналов восстанавливают путем выкручивания направляющих штифтов. Через открывшиеся отверстия производят обработку корневых каналов и пломбирование любым стандартным методом, например, гуттаперчевыми штифтами, смазанными силлером. Заканчивают лечение реставрацией коронки по общепринятой методике.

Каркасный материал ленты “Construct” обработан холодной газоразрядной плазмой. Такая обработка уменьшает коэффициент поверхностного натяжения для смачивающего адгезива и увеличивает площадь поверхности сцепления, что способствует улучшению адгезии ленты к твердым тканям зуба и любому реставрационному материалу.

Лента состоит из особо прочных полиэтиленовых микроволокон, пропитанных ненаполненным адгезивом, что позволяет работать с ней без перчаток. Перевивочное сетчатое переплетение закрытым стежком сводит к минимуму возникновение трещин. Такая сеть волокон эффективно перераспределяет напряжение во внутренней структуре конструкции путем поглощения нагрузки, прилагаемой к реставрации и перенаправления этих сил на корневой дентин.

Адгезив, являясь ненаполненной полимерной смолой, служит своеобразным эластичным буфером, который компенсирует полимеризационный стресс при усадке. За счет этого исключается образование пор и обеспечивается надежная герметизация.

Данный способ лечения эндодонтической перфорации является одноступенчатым, не требует лабораторных этапов. Применение плетеной ленты с адгезивом обеспечивает надежную фиксацию прокладки к тканям зуба, а также полную изоляцию периодонта от внешнего инфицирования. Исключен химический ожог периодонта за счет точной постановки конструкции по направляющим штифтам и отсутствия применения химически агрессивных паст и цемента.

Способ исключает возможность проталкивания инородных веществ в периодонт МКП. Названный материал общедоступен, технология его применения проста, что позволяет клиницисту быстро освоить данный способ лечения эндодонтических перфораций.

Библиографический список

1. Боровский Е.В., Жохова Н.С. Эндодонтическое лечение (пособие для врачей). - М.: АО “Стоматология”, 1997. - 63 с.
2. Григорьянц Л.А. Клиника, диагностика и лечение перфораций зубов. // Клиническая стоматология. - 1998. - №4. - С.58-60
3. Иванов В.С., Овруцкий Г.Д., Гемонов В.В. Практическая эндодонтия. - М.: Медицина, 1984. - 224 с.
4. Коэн С., Берне Р. Эндодонтия (8 изд., перераб. И доп.). - М: Издательский Дом “STBOOK”, 2007. - 1027 с.
5. Пародонтология. /Под общей редакцией проф. Л.Ю.Ореховой, - М.: ПолиМедиаПресс, 2004. - с.363-8.
6. Помойницкий В.Г. Способ закрытия перфорации дна полости зуба.
7. Серебренникова Е.В., Тимофеев В.Н. Способ лечения периодонтита, осложненного перфорацией дна полости зуба.
8. Хамренко Л.А., Биденко Н.В. Практическая эндодонтия. Инструменты, материалы и методы. - М.: Книга плюс, 2002. - 216 с
9. Цепов Л. М. , Николаев А. М. « Диагностика и лечения заболевания пародонта ». М: Мед - Пресс.информ.2002,189с
10. Caton J. G. , Quinones C. R. “ Etiology of periodontal diseases ”. Curr. Opin. Dent. - 1991. Vol.1. - N1. - p. 17 - 28

Памфамиров Ю.К.

Pamfamirov Yu.K.

кандидат медицинских наук, доцент;

Медицинская академия им.С.И Георгиевского, Кафедра акушерства и гинекологии № 1

Сапунцова А.Ю.

Sapuntsova A.Yu.

Студент, Медицинская академия им.С.И Георгиевского, Кафедра акушерства и гинекологии № 1

Medas2406@gmail.com

Евтеева Е.А.

Evteeva E.A.

Студент, Медицинская академия им.С.И Георгиевского, Кафедра акушерства и гинекологии № 1

УДК 61

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ

MODERN APPROCH TO DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF PROLIFERATIVE PROCESSES OF ENDOMETRIUM

Аннотация: В статье представлены современные взгляды на гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ). Данная патология является актуальной, так как вопросы патогенеза, диагностики и лечения остаются обсуждаемыми. На современном этапе методом скрининга женщин является ультразвуковое исследование. Однако учитывая неэффективность УЗ-исследования при бессимптомном течении и дифференциальной диагностики ГПЭ, наиболее перспективным и информативным методом как для диагностики так и для лечения гиперпластических процессов является гистероскопия.

Abstract: Modern opinion about hyperplastic processes in endometrium (HPE) is presented. This pathology is actual because the questions of its pathogenesis, diagnostics and treatment are being widely discussed. Today ultrasound examination is the method of screening for women. But because of ineffectiveness of ultrasound examination in case of asymptomatic course and in differential diagnostics of HPE, the most perspective and informative method of diagnostics and treatment of hyperplastic processes is hysteroscopy.

Ключевые слова: Гиперпластические процессы эндометрия, ультразвуковая диагностика, гистерорезектоскопия, абляция.

Keywords: hyperplastic processes in endometrium, ultrasound diagnostics, hysteroresectoscopy, ablation.

Введение

Гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ) являются актуальной проблемой в современной гинекологии и заслуживают особого внимания, поскольку занимают особое место в структуре гинекологических заболеваний и характеризуются высокой частотой рецидивирования и риском малигнизации. По статистическим данным ГПЭ встречается у 15-40% женщин различных возрастных категорий, чаще наблюдаются в раннем постменопаузальном возрасте и являются наиболее частой причиной кровотечений в перименопаузальном возрасте.[1] Рак эндометрия встречается у 15-80% пациенток в постменопаузе и занимает 4-е место в структуре онкологической заболеваемости женщин. [7].

Гиперплазия эндометрия - одна из основных форм патологических пролиферативных изменений слизистой оболочки матки, которая характеризуется чрезмерной пролиферацией преимущественно железистого компонента. Патогенез ГПЭ до конца не изучен и является актуальной темой для обсуждения. Среди факторов приводящих к возникновению ГПЭ основное место отводится

дисгормональным нарушениям, а именно абсолютной или относительной гиперэстрогении (ГЭ), как правило, приводящей к выраженной пролиферации эндометрия. [3] Многие авторы считают основой развития ГПЭ, нарушения соотношения процессов пролиферации клеток эндометрия и механизмов регуляции их запрограммированной гибели (апоптоза). Одним из важных факторов при этом является протоонкоген Bcl-2, который ингибирует апоптоз, тем самым, пролонгируя жизнь клеток., что является одной из причин прогрессирующего и рецидивирующего течения ГПЭ.[2] Многие современные авторы отмечают частое сочетание ГПЭ с такими эндокринно-метаболическими нарушениями как: ожирение, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, патология щитовидной железы, гипоталамический синдром, синдромом поликистозных яичников гепатобилиарная патология. [8] Немаловажным фактором в развитии ГПЭ является изменение иммунной системы. Установлено, что активация В-лимфоцитов при неизменных показателях Т-клеточного компонента характерна для железистой гиперплазии и полипов эндометрия, тогда как при рецидивирующем течении ГПЭ отмечается снижение активности Т-лимфоцитов при сохранности нормальных показателей В-клеток. [3]. Воспалительные заболевания женских половых органов чаще является причиной ГПЭ у женщин менопаузального возраста. [5] Существуют предположения о генетической предрасположенности (носительство аллеля РА-АL гена GРIИa) [6]. К факторам риска малигнизации ГПЭ относят выраженность клеточной атипии, состояния гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, сопутствующие экстрагенитальные патологии, ожирение, прием гормональных препаратов.

Согласно международной классификации болезней X пересмотра выделяет следующие гиперпластические процессы эндометрия:

N84.0 Полип тела матки.

N85.0 Железистая гиперплазия эндометрия.

N85.1 Аденоматозная гиперплазия эндометрия.

Таблица 1. Общепринятой классификацией особенностей морфологической структуры эндометрия при ГПЭ, принятой ВОЗ в 1994 г.

Гиперплазия эндометрия			
Неатипическая (без клеточной атипии)		Атипическая (с клеточной атипией)	
Простая	Сложная (аденоматозная)	Простая	Сложная (аденоматозная)
Эндометрий увеличен в объеме	Нарушенный баланс между пролиферацией желез и стромы	Клеточная дисполярность	Признаки комплексной неатипической ГПЭ+атипия клеток
Структурно отличается от нормального эндометрия	Железы структурно неправильной формы	неправильная статификация ядер	
Наличие баланса между пролиферацией желез и стромы	более выраженная пролиферация желез	Анизоцитоз	
Равномерное распределение кровеносных сосудов в строме	Более выраженная многоядерность эпителия	Гиперхроматизм ядер	
Отсутствие атипии ядер	Отсутствие атипии ядер	Увеличение ядер	
		Расширение вакуолей	
		Эозинофилия цитоплазмы	

Полипы эндометрия (ПЭ) представляют отдельную группу ГПЭ. Принято выделять следующие

формы ПЭ: железистые, фиброзные и смешанные. По локализации выделяют -полип тела матки и полип шейки матки.

На современном этапе к наиболее точным методам диагностики ГПЭ относят: гистероскопию, аспирационную биопсию, раздельное диагностическое выскабливание полости матки с последующим патоморфологическим исследованием соскоба эндометрия и цервикального канала. Распространенным методом диагностики ГПЭ является эхография. К основным преимуществам данного метода относится его безопасность, неинвазивность и широкая доступность. По данным современных исследователей чувствительность и специфичность ультразвукового скрининга в выявлении данной патологии составляет до 97,3%, при этом у женщин репродуктивного возраста чувствительность метода - 25%, а в постменопаузальном возрасте – более 90%.[9] Несмотря на высокую чувствительность и специфичность эхографии, остается много нерешенных вопросов, касающихся дифференциальной диагностики ГПЭ. Практически невозможно отличить ГПЭ без атипии с атипической ГПЭ по результатам сонографии. К ультразвуковым критериям постановки диагноза относятся: утолщение эндометрия в зависимости от фазы цикла (10 мм и более – в первую фазу, 15 мм и более – во вторую), в постменопаузу – более 5 мм, а также повышенная эхогенность и неоднородная структура эндометрия, наружные контуры М-эхо при ГПЭ как правило четкие и ровные. Необходимо отметить, что при анализе медицинской документации врачи ультразвуковой диагностики диагностируют ГПЭ на основании структуры эндометрия, а не его толщины и соответствии дню менструального цикла. Это увеличивает процент ложноположительных результатов, особенно у пациенток без клинических проявлений патологии.[10]

Лечение гиперпластических процессов эндометрия включает в себя консервативные и хирургические методы (раздельное диагностическое выскабливание полости матки, гистерорезектоскопию, абляцию эндометрия).[11][12] Выбор способа лечения производят индивидуально, учитывая причины, характер и клинические проявления данной патологии, наличие противопоказаний к применению одного из методов лечения, а также сопутствующие гинекологические и экстрагенитальные заболевания. Цель лечения заключается в профилактике малигнизации и купировании клинических проявлений гиперплазии эндометрия. Одним из методов лечения ГПЭ является применение гормональной терапии: комбинированных оральных контрацептивов, прогестинов, агонистов гонадотропных рилизинг гормонов. По данным многочисленных исследований установлен низкий процент эффективности гормональной терапии по сравнению с хирургическими методами. Это позволяет утверждать, что «золотым стандартом» и наиболее перспективным методом диагностики и лечения данной группы гинекологических больных считается гистерорезектоскопия (ГРС).

ГРС - это современный эндохирургический органосохраняющий метод лечения и диагностики внутриматочной патологии. По данным современных исследователей чувствительность и специфичность данного метода составляет 98,7%. В последние годы для профилактики развития рака эндометрия при ГПЭ с клеточной атипией применяют абляцию эндометрия. Данная манипуляция подразумевает удаление эндометрия с полным уничтожением его базального слоя и миометрия на глубину 3-4 мм и более. Это позволяет использовать данный метод как альтернативу радикальной операции.

Целью нашего исследования является изучить характер ГПЭ, а также эффективность гистерорезектоскопии в диагностике и лечении данной патологии.

Материалы и методы исследования: Проведен ретроспективный анализ информационных карт пациенток гинекологического отделения ГБУЗ РК «Симферопольский родильный дом № 2». Нами были исследованы 96 пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия за период 2016-2017год. Возраст больных варьировал от 39 до 75 лет. Средний возраст составил $56,3 \pm 3,9$ лет. Всем пациенткам при поступлении было выполнено стандартное общеклиническое обследование, диагностические и лечебные мероприятия.

Результаты исследования: При поступлении 54 пациентки предъявляли жалобы на обильные и длительные менструации с болевым синдромом, 23 женщины отмечали ациклические кровянистые выделения из половых путей без выраженного болевого синдрома и 19 - постоянные ноющие боли в нижних отделах живота. Длительность заболевания составлял от 2 месяцев до 10 лет. Так же была выявлена следующая сочетанная патология: у 28 больных - ожирение разной степени выраженности, хронические заболевания желудочно-кишечного тракта у 4, гипертоническая болезнь у 1. У 31 пациентки ГПЭ сочетались с миомой матки, у 20 женщин с фолликулярными кистами яичников,

эрозия шейки матки у 5, I степень опущения стенок влагалища наблюдалась у 6. У 14 женщин в анамнезе имелись данные о ранее проведенном диагностическом выскабливании полости матки и цервикального канала, у 3 из них выявлена ГПЭ. Оперативные вмешательства: у 12 пациенток операции на придатках (резекция одного из яичников), кесарево сечение у 18 женщин. У 95 женщин – в анамнезе роды, у 82 из них отмечены аборт и выкидыши. 15 пациенток получали гормональную терапию (агонисты гонадотропного релизинг - гормона, комбинированные оральные контрацептивы). Число курсов варьировало от 3 до 6 месяцев. 5 женщин использовали внутриматочные контрацептивы - «Мирена». При проведении эхографии было диагностировано: утолщение эндометрия более 10 мм - у 65 женщин, полип эндометрия – у 29. После тщательного сбора анамнеза, гинекологического осмотра и стандартного общеклинического обследования всем женщинам предложена ГРС для лечения ГПЭ. 57 пациенткам выполнена гистероскопия с раздельным диагностическим выскабливанием, 31 больной - полипэктомия, 8 женщинам - абляция эндометрия.

В ходе операции установлено, что полип эндометрия чаще локализован по передней стенке тела матки, размеры варьировали от 3 до 5 мм, во всех случаях отмечалось наличие основания «ножки» полипа. По данным патогистологического метода установлено - у 30 - простая ГПЭ без атипии, у 31 пациенток – железисто-фиброзный полип эндометрия, у 22 - сложная ГПЭ без атипии, у 8 атипическая ГПЭ с участками подозрительными на аденокарциному и у 5 женщин наблюдалась гиперплазия в стадии секреции. В послеоперационном периоде у всех пациенток наблюдались выделения из половых путей, которые вначале имели кровянистый характер, а затем серозный. Объем выделений был незначительный. В связи с возможным развитием в интра- и послеоперационном периоде септических осложнений всем женщинам назначили антибиотики широкого спектра действия в течение 3-5 дней. 88 пациенткам назначен курс гормональной терапии (комбинированные оральные контрацептивы с содержанием эстродиола 0,005 мг в течении 6 месяцев).

Заключение:

1. УЗ- диагностика является общепринятым, стандартным методом скрининга женщин. Однако учитывая ложноположительный результат при диагностики ГПЭ необходимо применять более чувствительные методы, такие как, гистероскопия.
2. Применение гистерорезектоскопии дает возможность удалить источник патологической пролиферации в полости матки под контролем зрения с одновременной оценкой эффективности проведенной манипуляции.
3. Применение абляции эндометрия является альтернативой радикальным методам лечения ГПЭ с атипией.

Библиографический список:

1. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. СПб.: Фолиант, 2012. 542 с.
2. Сапрыкина Л.В. Лечебное дело / Л.В. Сапрыкина, Ю.Э. Доброхотова, Н.А. Литвинова // 2011. - №3. - С.7-10.
3. Горин В.С. Сибирский медицинский журнал/ В.С. Горин, Е.В. Резниченко, А.В. Портнова // 2004. - №4.- С.16-23.
4. Adesanya O.O. Clin. Endocr. Metab/O.O. Adesanya ,J. Zhou, C.A. Bondy // 1996. – №7.- P. 2495 – 2501.
5. Дубровина С.О. Росс, вестн. акушера-гинеколога /С.О. Дубровина , Н.Н. Скачков, Ю.Д. Берлим// 2008. – №3. – С.41-44.
6. Вихляевой Е.М.Руководство по эндокринной гинекологии М.: 2016. 768 с.
7. Пушкарев В.А. Креативная хирургия и онкология/ В.А. Пушкарев , Г.Т. Мустафина, Ш.М. Хуснутдинов, Е.В. Кулавский, И.М. Мазитов, Е.К. Голов, А.В.Пушкарев// 2015. - № 5.- С. 16-20.
8. Кириллова Е.Н.Лечебное дело/ Е.Н. Кириллова , Л.Н. Грищенко//2014. -№3.- С. 42-48.
9. Занько С.Н.Акушерство и гинекология/С.Н.Занько ,О.В.Лысенко // 2013.- №1.- С. 41-47.
10. Доброходова Ю.Э.Лечебное дело/Ю.Э. Доброходова, Л.В.Сапрыкина , О.В. Чулкова //2011-№1.-С. 71-74.
11. Филиппова Р.Д. Онкология М.:2016. 175-176 с.
12. Багдасарян А.Р.Акушерство и гинекология/ А.Р. Багдасарян, С.Э. Саркисов // 2014.- №3.- С. 49-52.

Азада Батировна Якубова

Доцент кафедры “Факультетской и госпитальной терапии” Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии, г. Урганч, Республика Узбекистан

Yakubova Azada

Faculty of the faculty and hospital therapy

Urgench branch of the Tashkent medical academy in Urgench city, Republic of Uzbekistan

Умида Бахрамовна Палванова

студентка 7-курса Лечебно-педагогического факультета Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии, г. Урганч, Республика Узбекистан

Palvanova Umida

student 7 courses of Treatment-pedagogical faculty of Urgench branch of the Tashkent medical academy, in Urgench city, Republic of Uzbekistan, E-mail: Yakubova71ozoda@mail.ru

УДК: 616.151.55:616-005.1-08:616-097

ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ СВЯЗАННЫЕ С ЭКОЛОГИЕЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ПРИАРАЛЬЯ**HEALTH PROBLEMS RELATED TO ECOLOG AMONG THE POPULATION OF PRARLY**

Аннотация: Сложная и опасная экологическая ситуация в Приаралье сложилась вследствие резкого снижения уровня Аральского моря, что составило за последние 35-40 лет 29 м. В связи с этим возросла соленость воды: так, содержание солей в западной части сейчас достигло 110-112 г/л, а в восточной котловине – 280 г/л [3]. Сегодня Аральское море по солёности уступает разве что абсолютному рекордсмену среди крупных водоёмов планеты – Мёртвому морю. Аральское море практически превратилось в безжизненный водоем. Площадь осушенного дна Аральского моря составляет более 4,0 млн. га.

Ключевые слова: Приаралье, экология, климат, показатели заболеваний.

Annotation. The complex and dangerous ecological situation in the Aral Sea formed as a result of a sharp decline in the level of the Aral Sea, which in the last 35-40 years was 29 m. In connection with this, the salinity of water increased: thus, the salt content in the western part now reached 110-112 g/l, and in the eastern basin - 280 g/l [3]. Today, the Aral Sea in salinity is second only to the absolute record among the majority reservoirs of the planet – the Dead Sea. The Aral Sea has practically turned into a lifeless body of water. The area of the dried bottom of the Aral Sea is more than 4.0 million hectares.

Key words: Pre-Aral, ecology, climate, illness demonstrate

Введение.

Проблема Аральского кризиса-это не только экологическая, социально-экономическая, но и медицинская и демографическая катастрофа, затрагивающая судьбы народов не только Узбекистана, Казахстана и Туркменистана. Промедление в ликвидации сложившейся кризисной ситуации может привести к более серьёзным моральным и социально- экономическим издержкам [5,6].

Наиболее негативные последствия отмечаются в регионе Южного Приаралья [1,2]. Сложная и опасная экологическая ситуация в этом регионе сложилась вследствие резкого снижения уровня Аральского моря, что составило за последние 35-40 лет 29 м. В связи с этим возросла соленость воды: так, содержание солей в западной части сейчас достигло 110-112 г/л, а в восточной котловине – 280 г/л [3]. Площадь осушенного дна Аральского моря составляет более 4,0 млн. га. С поверхности солончаков, которые занимают огромные площади высохшего дна Аральского моря, в атмосферу ежегодно поднимается около 65 млн т ядовитой тонкодисперсной соли. Распространяясь на запад, она образует пылесолевые облака, дальность переноса которых не ограничена [3,4,6].

В связи с кризисом Арала климат в этом регионе изменился в худшую сторону. Увеличение количества ветровых дней повлекло за собой загрязнение воздушного бассейна, почвы и воды региона тысячами тоннами пыли и ядовитой соли, приносимых песчано-солевыми бурями с

осушенных берегов и дна Аральского моря, что еще усугубляет существующий экологический кризис региона, создавая порочный круг [5].

На территориях, непосредственно охваченных экологическим бедствием, проживает более 10 млн. человек. Несмотря на проводимые медико-профилактические мероприятия, среди населения этого региона наблюдаются все большее учащение и утяжеление числа многих заболеваний [2,4]. За последние годы в этом регионе наблюдается резкий рост числа онкологических заболеваний, заболеваний, связанных с обменом веществ, болезней органов дыхания, болезней крови, сердечно-сосудистых заболеваний, болезней почек, желчнокаменной болезни, острых кишечных заболеваний и др. [3,6-7,8]. Изучение заболеваемости по Хорезмской области за период с 2012 по 2015 гг. выявило довольно высокие ее цифры (табл. 1).

Таблица 1. Показатель общей заболеваемости в Хорезмском вилояте за 2012-2015 гг. на 100 тыс. населения

Заболевание	Код строки	Всего			
		2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Впервые возникшие опухоли (всего),	3.0	716,9	706,8	815,9	719,6
- из них доброкачественные	3.1	259,8	239,5	344,7	289,1
Нарушения обмена веществ питания и желез внутренней секреции	4.0	8021,4	6566,0	7055,0	6027,2
Сахарный диабет (всего),	4.3	483,7	520,4	539,7	543,5
- из них инсулинозависимый сахарный диабет	4.4	122,2	126,7	125,1	119,6
Заболевания крови и кроветворных органов, некоторые изменения связанные с иммунным механизмом	5.0	14957,4	15356,3	19304,1	17728,2
Заболевания системы кровообращения	10.0	7551,1	7519,7	7373,3	6509,9
- из них ревматизм в остром периоде	10.1	744,8	676,8	676,1	550,5
- из них ревматизм в хроническом периоде	10.2	856,1	861,3	819,1	755,5
Заболевания, протекающие с высоким артериальным давлением	10.3	2231,9	2063,4	1997,2	1963,2
Заболевания органов дыхания	11.0	18321,0	18907,5	17784,0	16903,4
Воспаление легких, пневмония	11.4	975,0	925,1	939,3	816,4
Заболевания органов пищеварения	12.0	20533,4	18404,6	15702,8	14017,4
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	12.1	863,5	934,3	744,9	637,9
Гастрит, дуоденит	12.2	1957,4	1905,4	1728,7	1630,5

Из таблиц 1, видно, что наибольший рост наблюдается в отношении заболеваний системы крови и кроветворных органов. Так, показатель общей заболеваемости этой системы на 100 тыс. населения в 2012 г. составил 14957,4; в 2013 г. – 15356,3; в 2014 г. – 19304,1; в 2015 г. – 17728,2. Несмотря на то, что этот показатель в 2015 г. по сравнению с 2014 г. несколько снизился, он все же превышает эти значения в 2012 и 2013 гг. соответственно в 1,2 и 1,15 раза.

Эти данные свидетельствуют о плохом состоянии здоровья населения региона Приаралья. Но мировое сообщество недостаточно информировано о положении в Аральском регионе. Существует не так много действительно научных данных, которые объясняют показатели здоровья населения Приаралья. И мало кто знает, что этническая группа, живущая в эпицентре катастрофы, находится под угрозой изменения генофонда. В Приаралье люди болеют так часто и тяжело, что положение сопоставимо с последствиями чернойбыльской катастрофы.

Приведенные нами данные позволяют представить общую картину развития заболеваемости среди населения регионов экологического бедствия во времени и пространстве.

Библиографический список:

1. Абдуллаев Р.Б. Ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги. – Ташкент, 2003. – 208 с.
2. Абдуллаев Р.Б., Ибрагимов Т.К. и др. Частота и клинико-функциональные особенности поражение печени при сахарном диабете.-Ургенч, 2005.-78 с.
3. Абдуллаев Р.Б., Ходжаев Ш.О. и др. Эффективность диетотерапии при язвенной болезни в

условиях Хорезмской области // Патология. – 2007. – №2. – С. 3-5.

4. Абдуллаев Р.Б., Якубова А.Б. Хроник гепатит (экологик нокулай хисобланган Жанубий Орол бўйи худудида касалликнинг ўзига хос кечиши ва уни даволаш). – Ургенч, 2008. – 151 с.
5. Абдуллаев Р.Б., Маткаримова Д.С., Матчанов Р.К. Особенности диетического питания при язвенной болезни в Хорезмском вилояте // Бюл. Ассоц. врачей Узбекистана. – 2011. – №4. – С. 23-26.
6. Абдуллаев Р.Б., Маткаримова Д.С., Самандарова Г.М. Клинические проявления и течение язвенной болезни среди населения
7. Абдуллаев Р.Б., Халматова Н.М., Маткаримова Д.С. Некоторые особенности патогенетического течения иммунного микротромбоваскулита и тромбоцитопатии у допризывников, проживающих в зоне Южного Приаралья // Бюл. Ассоц. врачей Узбекистана. – 2011. – №1. – С. 17-20.
8. Якубова А.Б. Течение и лечение хронического гепатита в Хорезмской области: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Андижан, 2007. – 24 с.
докл. Респ. науч.-практ. конф. – Ташкент, 2011. – С. 43-44.

Дробязко Петр Александрович

врач акушер-гинеколог

ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого Департамент Здравоохранения г. Москвы

город Москва , Российская Федерация

drobyazko.peter@gmail.com**Drobyazko Peter Aleksandrovich**

obstetrician-gynecologist

City hospital named after S. I. Spasokukotskiy the Department of health of Moscow

Moscow , Russian Federation

drobyazko.peter@gmail.com

УДК 61

ОСОБЕННОСТИ CANDIDA-АССОЦИИРОВАННОГО ХРОНИЧЕСКОГО ВАГИНИТА**FEATURES OF CANDIDA-ASSOCIATED CHRONIC VAGINITIS**

Аннотация: Исследование пациенток с хроническим рецидивирующим вагинитом ассоциированным с грибом рода *Candida* , поиск и анализ этиопатогенетических причин рецидивирующего характера заболевания. Интерпретация возможных методов медикаментозной терапии вагинита вызванного *Candida non-albicans* , а так же флуконазол-резистентных штаммов *Candida albicans*. Клинические рекомендации относительно первичной терапии без установления вида *Candida*.

Abstract: Study of patients with chronic recurrent vaginitis associated with a fungus of the genus *Candida* , the search and analysis of etiopathogenetic causes recurrent nature of the disease. Interpretation of the possible methods of drug therapy of vaginitis caused by *Candida non-albicans* and fluconazole-resistant strains of *Candida albicans*. Clinical recommendations for primary therapy without the establishment of a type of *Candida*.

Ключевые слова: вагинит , хронический вагинит , кандидоз , кандидозный вагинит , *candida* , *candida albicans* , *candida non-albicans* , флуконазол-резистентность

Key words: vaginitis , chronic vaginitis , candidiasis , candidal vaginitis , *candida* , *candida albicans* , *candida non-albicans* , fluconazole-resistant

Введение

Воспалительные заболевания этиологически связанные с грибами рода *Candida* известны еще с 1784 года , сам термин «кандидоз» был принят на Всемирной конференции дерматологов в 1957 году. Поражение репродуктивных органов женщины данным возбудителем были описаны в научных трудах Франка (1830 год) , Гиршфельда (1859 год) , Сутугина (1869 год) и Сочава и Лазаревича (1870 год) , в работах было упоминание о наличии псевдомицелия , размеры грибов , а так же описание кандидоза полости рта. [12, 31]

Проблема *Candida*-ассоциированного вагинита широко освещается и в современной научной литературе. Говоря о частоте заболеваемости , по данным Кисиной В.И. , Тихомирова А.Л. и соавторов , *Candida*-ассоциированный вагинит занимает 30-40% среди всех инфекционных заболеваний органов нижнего репродуктивного тракта женщины. [5, 13; 17, 29] Порядка 75% всего женского населения в течении жизни переносили хотя бы один эпизод кандидозной инфекции женских половых органов , из них у 40-50% данная патология носит рецидивирующий характер. [1, 64; 14, 4; 15, 59] Всего известно порядка 150 видов гриба рода *Candida*. Чаще всего патологический процесс вызывает вид *Albicans* – от 75 до 85% , реже *Glabrata* до 15% , виды *Krusei* и *Tropicalis* до 5% в общей структуре заболеваемости по этиологическому фактору. За последнее время частота заболеваемости редкими видами *Candida* (*Candida non-albicans*) выросла почти в 2 раза , что приводит к более трудоемкой диагностике и лечению данной патологии , требующей более пристального внимания со стороны врачей акушеров-гинекологов. [1, 64; 9, 182; 11, 158]

Грибы рода *Candida* относятся к сапрофитам , *Candida albicans* может существовать в форме псевдомицелия (инфекционная форма) и в форме бластоспор. Благоприятными температурными

условиями для роста является температура от 21 до 37 °С при рН 6,0 до 6,5. [4, 52; 16, 200; 19, 420; 22, 3213] От этих факторов среды зависят и группы риска относительно *Candida*-ассоциированного вагинита: снижение общего и местного иммунитета (ВИЧ-инфекция, сахарный диабет, онкологические заболевания, интоксикация, химиотерапия и лучевая терапия), длительный и неконтролируемый прием антибиотиков, нарушение правил гигиены, а так же изменение гормонального фона женщины на фоне приема КОК и беременности. [3, 61; 6, 26; 7, 50; 20, 2] Ощутимо, высокий риск развития *Candida*-ассоциированного вагинита у беременных обусловлен накоплением гликогена в эпителиальных клетках слизистой влагалища на фоне повышенного уровня эстрогенов и иммуносупрессорным действием высокого уровня прогестерона. [8, 26; 10, 236; 18, 68] Разнообразие вышеуказанных рисков приводит к тому что значительная популяция женщин подвержена высокому риску развития хронической кандидозной инфекции нижних репродуктивных путей.

Основной раздел

Диагноз рецидивирующий вагинальный кандидоз обычно выставляют при наличии 4-х и более клинических выраженных эпизодов обострения у пациентки в течении одного года. [2, 26; 13, 206; 17, 29] По мнению различных авторов распространенность хронического *Candida*-ассоциированного рецидивирующего вагинита колеблется от 5 до 20%. [21, 19; 23, 11] По этой причине, в настоящее время, не редко, за повторной консультацией врача акушера-гинеколога обращаются пациентки с хроническим, часто рецидивирующим, *Candida*-ассоциируемым вагинитом. Данные пациентки отмечают характерные жалобы более года, а иногда и больше, так же неоднократно были попытки лечения с краткосрочным успехом. При этом качество жизни и жалобы пациенток на фоне лечения не изменились, с целью рационализации лечения данных пациенток, было проведено настоящее исследование. Критериями отбора для проведения исследования служили следующие основополагающие факторы:

- 1) характерные жалобы пациентки: обильные белесоватые выделения и половых путей, жжение, зуд в области преддверия влагалища, дискомфорт во время полового акта
- 2) анамнестические данные, у всех пациенток был подтвержден *Candida*-ассоциированный вагинит, а так же однократно или более, проводилась местная, либо системная медикаментозная терапия

Немаловажной задачей при исследовании было исключение других этиологических факторов воспаления в нижних репродуктивных путях, исключение микст-инфекции, для этого проводилось комплексное обследование пациенток: мазок на флору, соскоб на онкоцитологию, соскоб на ПЦР ИППП (данное исследование обязательно включало в себя определение *Gardnerella vaginalis*, с целью исключения наличия бактериального вагиноза у женщины), а так же основным клинико-лабораторным исследованием было – бактериологическое исследование отделяемого из влагалища с последующим определением чувствительности к антибиотикам и противогрибковым средствам, что дало довольно интересные результаты.

Согласно микроскопическому исследованию отделяемого из влагалища, у всех пациенток было наличие характерных маркеров воспалительного процесса, количество лейкоцитов в поле зрения минимум 2-хкратно превышало нормальные показатели. В 30% случаях при микроскопии были обнаружены бластоспоры, либо участки псевдомицелия. При бактериологическом исследовании у всех пациенток были обнаружены грибы рода *Candida*. Из 55 пациенток было обнаружены следующие виды *Candida albicans* - 25 пациенток, 45,5% от общего числа пациенток, *Candida glabrata* - 20 пациенток 36,5%, *Candida tropicalis* - 5 пациенток, 9%, *Candida krusei* - 5 пациенток, 9%. Исследование чувствительности проводилось по следующим препаратам: Амфотерицин, Итраконазол, Кетоконазол, Клотримазол, Нистатин, Флуконазол. По результатам исследования чувствительности к антибиотикам и противогрибковым средствам были получены следующие результаты:

- 1) У пациенток с рецидивирующим хроническим *Candida*-ассоциируемым вагинитом, с видом *Candida albicans*, у всех пациенток имеет место наличие резистентности к препарату Флуконазол, так же у почти трети пациенток отмечается резистентность к Кетоконазолу и Клотримазолу. У одной из 25-ти пациенток *Candida albicans* чувствительная только Амфотерицину и Нистатину, из анамнестических данных известно что на протяжении нескольких лет пациентка получала различную антибиотикотерапию, противогрибковую, и местную противовоспалительную терапию. Бактериальный вагиноз был исключен методом

ПЦР. В данном конкретном случае назначение нерациональной массивной противовоспалительной терапии, без должного дообследования приводит к появлению флуконазол-резистентных штаммов и лечение таких пациенток требует особый подход.

- 2) Пациентки у которых была обнаружена *Candida glabrata*, патологическая микрофлора чувствительна только к Нистатину и Амфотерицину, к остальным препаратам была идентифицирована резистентность, только у 2/5 пациенток данных за резистентность не получено.
- 3) Пациентки у которых были обнаружены редкие виды *Candida* – *Tropicalis* и *Krusei*, это 18% от общего числа исследуемых женщин, микрофлора чувствительна только к Амфотерицину и Нистатину. Так же стоит учесть, что пациентки у которых были обнаружены виды: *glabrata*, *tropicalis*, *krusei*, получали терапию Флуконазолом и противовоспалительными препаратами местного действия, идентификация и определение чувствительности к противогрибковым препаратам вида *Candida* не производилось.

Заключение

Подводя итоги исследований, стоит указать, что абсолютно у всех пациенток патологическая микрофлора чувствительна к Нистатину и Амфотерицину и только у 2-х пациенток из числа обследуемых женщин, 3,6% от общего количества пациенток отсутствует резистентность к Флуконазолу. Согласно результатам данного исследования можно сделать следующие выводы:

- 1) Недостаточное обследование пациенток при первичном обращении, отсутствие подтверждения этиологического фактора, выделение возбудителя, являлось причиной длительного и нерационального лечения, следует так же отметить что методами микроскопии и полимеразно-цепной реакции не всегда получалось выявить наличие *Candida*, поэтому следует судить что бактериологическое исследование отделяемого из влагалища является основным исследованием для диагностики кандидозной инфекции нижних репродуктивных путей.
- 2) У пациенток с рецидивирующим течением, с наличием кандидозного вагинита в анамнезе, антибиотикограмма является обязательным исследованием, для назначения рационального лечения.
- 3) Активный образ жизни пациенток и посещение экзотических стран ведет к появлению редких видов *Candida*, к которым стандартное лечение *Candida albicans* неприменимо.
- 4) Наличие на рынке современных препаратов, большого количества Флуконазол-содержащих препаратов и их аналогов послужило индуктором к росту заболеваемости Флуконазол-резистентным *Candida albicans*, что в большинстве случаев определяло рецидивирующий характер хронического вагинита.
- 5) По данным исследований можно судить о том что Нистатин может являться первичным препаратом для лечения *Candida*-ассоциируемого вагинита, так как резистентности к этому препарату не получено.
- 6) У всех пациенток с наличием данного заболевания, имеющего рецидивирующий характер, на основании анамнестических данных отмечалось снижение иммунитета, поэтому комплексное лечение должно включать в себя применение иммуномодуляторов, как местного так и общего действия.
- 7) Только полноценное обследование и дальнейшее назначение комплексной рациональной этиопатогенетической медикаментозной терапии дает стойкий результат и улучшение качества жизни пациенток.

Библиографический список:

1. Байрамова Г.Р. Хронический рецидивирующий вульвовагинальный кандидоз: принципы диагностики и возможности терапии. *Акушерство и гинекология* 2008; 6: 64–66.
2. Байрамова Г.Р. Хронический рецидивирующий вульвовагинальный кандидоз и патология шейки матки. *Гинекология* 2007; 1: 26–28.
3. Брага П.К. Тимол: антибактериальная, противогрибковая и антиоксидантная активность // *Гинекология*. 2009. №4 с. 61-66
4. Бурменская О.В., Байрамова Г.Р., Непша О.С. Состояние локального иммунитета при хроническом рецидивирующем генитальном вульвовагинальном кандидозе. *Акушерство и гинекология*. 2011. №1 с. 52-56

5. Кисина В.И. Кандидозный вульвовагинит: этиология, диагностика, лечение. *Врач* 2009; 1: 13–15.
6. Кузьмин А.А., Болтоносова Ю.В. Алгоритм лечения вульвовагинального кандидоза у беременных // *Гинекология*. 2008. №3. с. 26–28
7. Кузьмин В.Н. Вульвовагинальный кандидоз: от традиционных представлений к современным тенденциям // *Гинекология*. 2011. №3. с. 50–54
1. Куземин А.А., Болтоносова Ю. В. Алгоритм лечения вульвовагинального кандидоза у беременных. *Гинекология* 2008; 3: 26–28.
2. Куперт А.Ф., Киборт Р.В., Попова Н.В. и др. Особенности клиники и лечения вагинального кандидоза у беременных в зависимости от вида грибов рода *Candida*. *Гинекология* 2004; 4: 182–184.
3. Мирзабалаева А.К. Кандидозный вульвовагинит у беременных женщин. *Гинекология* 2005; 4: 236–240.
4. Петерсен Э.Э. Инфекции в акушерстве и гинекологии. М: МЕДпресс-информ 2007: 104–112, 158–161.
5. Попова А.Л., Дворянский С.А., Яговкина Н.В. Современные аспекты лечения и профилактики вульвовагинального кандидоза (обзор литературы). *Вятский медицинский вестник* 2013; 4: 31–36
6. Потекаев Н.Н., Гаджиев М.Н. Генитальный кандидоз у женщин. *Гинекология* 2001; 6: 206–207.
7. Прилепская В.Н., Анкирская А.С., Байрамова Г.Р. и др. Хронический рецидивирующий вульвовагинальный кандидоз: возможности терапии. *Гинекология* 2007; 3: 4–7.
8. Прилепская В.Н., Байрамова Г.Р. Вульвовагинальный кандидоз. *Гинекология* 2004; 2: 59–60.
9. Радзинский В.Е., Димитрова В.И., Майскова И.Ю. Неразвивающаяся беременность М.: Гэотар-Медиа, 2009. 200 с.
17. Тихомиров А.Л., Олейник Ч.Г. Кандидозный вульвовагинит: взгляд на проблему. *Гинекология* 2005; 1: 29–34.
18. Тихомиров А.Л., Сарсания С.И. Особенности кандидозного вульвовагинита у беременных на современном этапе. *Фарматека* 2009; 9: 68–75.
19. Bodey G. Candidiasis: Pathogenesis, diagnosis, and treatment. New York // Raven Press. 2003. p. 420.
20. Fidel P.L. Jr. History and update on host defense against vaginal candidiasis // *Am. J. Reprod. Immunol.* 2007. Vol. 57. №1. p. 2–12
21. Gomberg M.A., Soloviev A.M., Lubopitova D.A. Urogenital candidiasis: etiopathogenesis, diagnostics and treatment // *Medicinskij sovet.* – 2008. – №7–8. – P.19–25. (in Russian).
22. LeBlanc D.M., Baroyse M.M., Fidel P.L.Jr. Role for dendritic cells in immunoregulation during experimental vaginal candidiasis // *Infect. And Immun.* 2006. Vol. 74, №6. p. 3213–3221
23. Malbakhova E.T., Arzumanyan V.G., Komissarova L.M. Natamycin and azoles: clinical and laboratory efficiency in nonpregnant women with vulvovaginal candidiasis // *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii.* – 2012. – Vol. 11. №3. – P.11–17. (in Russian).

Худайкулова Феруза Хожиккуловна

Старший преподаватель кафедры “Факультетской и госпитальной терапии” Ургенческого филиала Ташкентской медицинской академии, г. Урганч, Республика Узбекистан

Hudaykulova Feruza

Faculty to the faculty and hospital therapy, Urgench branch of the Tashkent medical academy in Urgench city, Republic of Uzbekistan E- mail: feruza.khudaykulova.66@mail.ru

Абдуллаев Равшанбек Бабажонович

Профессор кафедры “Факультетской и госпитальной терапии” Ургенческого филиала Ташкентской медицинской академии, г. Урганч, Республика Узбекистан

Abdullayev Ravshanbek

Professor faculty to the faculty and hospital therapy
Urgench branch of the Tashkent medical academy in Urgench city, Republic of Uzbekistan

УДК 616.33-002.44:616.33.342

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ЮЖНОГО ПРИАРАЛЬЯ****COURSE FEATURES OF GASTRIC ULCER AND DUODENAL ULCER IN POPULATION OF
SOUTHERN ARAL SEA**

Аннотация. Изучали 1780 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Установлено, что наибольшее число больных в регионе Южного Приаралья (82,3%) приходится на молодой, активный, трудоспособный возраст, особенно мужчин. 2/3 больных составляют лица умственного труда с умеренным и большим нервно-психическим напряжением. Пик заболевания приходится на весну и осень. Боли в основном встречаются с локализацией в эпигастральной области связанной с приёмом пищи. Изжога и тошнота встречаются чаще, чем отрыжка.

Ключевые слова: Язва желудка, язва 12-перстной кишки, Приаральный регион, эпигастральная боль, потребление пищи, отрыжка, исследования, экология, заболевание.

Abstract. Within the last 5 years 1780 patients with gastric a duodenal ulcer were investigated. It was determined that in south Pre Aral region the highest incidence of this disease was observed particularly in young, active, able-bodied, men. Two third of them are the patients of mental work with moderate and high neuro-psychentoi'ia. Peak of the disease is observed in spring and autumn. The aches are particularly localied in epigastric area and connected with reception of food. Nausea and heartburn observed more than belching.

Key words: gastric ulcer, duodenal ulcer, Pre Aral region, epigastric pain, reception of food, belching, investigation, ecology, disiasse.

These global statistics indicate that 10-15% of the adult population suffers from gastric ulcer and duodenal ulcer. Male to female ratio was 4: 1. In recent years, an increase in frequency in women. Duodenal ulcer occurs in about 3 times more often than gastric ulcer. This explains the attention to the scientists of all disciplines and it is due to insufficient knowledge of the etiology, pathogenesis, and dissatisfaction results of treatment, difficulties associated with the complexity of the forecast evaluation of clinical symptoms, the presence of complications, which causes diversity of its manifestations (1, 2, 4.5, 6). It is known that it was and is a lot of adults, but in the literature there is evidence used quickening their young people and young adults (3, 7, 8). The foregoing underscores the practical importance of the study of the occurrence and determine the characteristics of clinical manifestations need to develop new lines of treatment and prevention of these diseases. In this regard, the aim of our research work was to study the results of the analysis of the clinical manifestations and characteristics in the population of South Aral region. In areas directly covered by the environmental disaster, there are more than 10 million people. Despite ongoing medical and preventive measures among the population of the region is preserved high level of gastro - intestinal diseases. Study sick of STI in Khorezm region for the period from 2008 to 2011 showed relatively high numbers (Table 1-2.).

Material and methods. During the 5 years under our supervision 1780 patients were examined. In all patients, the diagnosis is based on Research Institute of conventional clinical-laboratory and instrumental studies. The final diagnosis was verified by endoscopy. For statistical processing and analysis of the results

obtained using the methodology for Student and Fisher in Yermolyeva modifications to the definition of standard deviation, arithmetic errors by the method of moments ($M + m$) and the degree of reliability (P).

Results and discussion. At the age analysis of patients we have distributed them as follows: from 15 to 29 years - 838 (47%); from 30 to 44 years - 628 (35, 3%); from 45 to 59 years - 254 (14.3%); 60 years and older - 60 (3.4%) patients. The largest number of patients from two age groups 15 to 29 years and 30-44 years. Together, these two groups of young people most active and working age accounted for 82.3%. This suggests that factor - those that have the greatest load on the body virtually all the "Risk Factors" in the active working period: neuro-emotional at load, smoking, reception of alcohol, violation mode power supply and leisure, greater mobility and more frequent migration, which increase the risk of disease. Based on the number of male patients exceeded the number of women by 2.4 - men accounted for 70.8%, women 29.2% ($P < 0.001$). This fact points to the two-time greater risk of developing ulcers in men, that is fully consistent with the above risk factors.

Analysis of professional affiliation and degree of physical or mental stress (for A.A. Abdurakhmanov, 1992) showed that the highest percentage of patients (43.5%) belong to III group (people working mostly mentally with a mild mental stress). Further, according to descending order, patients were allocated: I group (intellectuals face a great mental strain nervously) - 23.7%; IY group (people of labor with moderate mental stress) - 20.2%; Y group (physical labor person with great physical stress) - 6.8% and II group (working with a large mental stress) - 5.7%. As can be seen from the results, 67.2% accounted for brainwork person, which confirms the fact that emotional load associated with mental work leads to activation of the neuro-secretory apparatus of the stomach. The second important point is that even large and moderate mental stress, but related people skim work to a much lesser extent (approximately 2-fold) decreasing a risk of ulcers. This fact implies that persons "purely mentally working" certainly necessary to include physical activities in the process of work.

By social origins, the largest number of detected pain governmental ulcer accounts for employees - 36%. This is followed by workers - 23.5% retired (and disabled) - 13% of students (and students) - 9.2%, recruits - 8.5%, housewives - 5.6%, workers of farms - 4.3%. Significant differences between urban and rural populations we have not mentioned. Patients living in the city were 52.5%, rural 47.5% ($P > 0.05$).

Monthly distribution of patients (Figure 1) shows two major peaks of increasing the number of patients within a year. Since January begins increase in the number of patients, and the first peak reaches a maximum in April (up to 7% in January to 9.7% in April - an increase of 1.4 times). Since May, there is a decrease, reaching a minimum in July (5.3% - the lowest yet exponent of the year). Since August is a smooth increase in the number of patients, reaching 11.3% in November (the highest rate in a year). In December, there is a decrease morbidity. Thus, during the year, i.e. at a monthly analysis of the distribution of the number of patients seen two peaks: the "first wave" and the "second wave". The first captures the first half, the second - second half. It is interesting to note that the "second wave" above the "first". At Keeping data analysis (Fig. 1) shows that the "first wave" begins in the spring, and the "second wave" of the fall season.

According to the results of endoscopic and taking into account other clinical and instrumental studies surveyed the entire contingent of sick time divided into three groups, depending on the localization of ulcers: the first significantly exceeds the other two were patients with isolated ulcer in the intestine duodenal - 97.3% (1732 patients), the second - a plague patients who have localized in the stomach - 1.9% (33 patients). Patients with ulcer localized in the stomach and duodenal (concomitant ulcer) - 0.8% (15 patients). Thus, localization of ulcer prevalent number of patients are patients with duodenal ulcer.

Pain and dyspepsia with syndromes of patients is under our supervision composed of the following symptoms: pain, localized in the epigastric region 91.8% ($P < 0.001$), in the right upper quadrant of 6.6%, around and below the navel - 1.6%; and the nature of pain were mostly blunt in 1283 patients (72.1% of all surveyed), constant - 33.3%, and periods in-period 38.8% of patients. In a small amount of patients (6%) were acute pain. An interesting fact is that the length of pain observed from several hours to days in 3/4 patients ($P < 0.001$), in 261 patients (14.7%), pain lasted for a week, and 10% of patients contacted the hospital only for one month or more. In 1415 the pain governmental (79.5%), pain accompanied by seasonality ($P < 0.001$), and the rest (365 patients - 20%) in pain were not associated with season. In the study of relationships of pain with eating, and revealed that more than half when the wind blows (51.3%) this relationship constant, at 16.4% it is shown often, 1/4 of the patients (24.2%) felt that connection sometimes, and 145 patients (8.1%) did not attribute the observed pain a meal. When comparing the presence and absence of the hungry, night pain found that 90% (1,602 patients), these pains were observed continuously and 178 patients (10%) denied the existence of this symptom at all. If 23% of patients have the irradiation of pain in the back, then, respectively 5.4% and

1.8% of patients referred to the pain in his shoulder and the other on region of the body. For patients living in our region is characterized in foundationsof irradiation of pain in other parts of the body (69.8%).

Thus, from these results it is evident that our D gion adult patients fromgastric ulcer and duodenal ulcer pain occur mainly localization tion epigastric, blunt nature, mainly with long- Stu from a few hours to a day, accompanied by the seasonality and wasps mainly constant communication with the meal. Draws attention to the fact that the prevailing famine and night pain, mainly to the lack of irradia tion in various parts of the body. Further symptoms were studied by Ryzhkov, heartburn and nausea. Analysis of the results shows that only 3% of the surveyed burp constantly observed, if 11.5% (204 patients) examined regurgitation was noted frequently, in 310 patients (17.4%) were detected, it is sometimes. It is noteworthy that 68% of surveyed - GOVERNMENTAL this symptom was not observed at all. Heartburn is not disturbed patients much more frequently, so if 144 patients (8%) is observed constantly, then 42.6% (759 patients), this symptom is often disturbed. Some treated for fromgastric ulcer and duodenal ulcer (395 patients - 22.2%) was observed heartburn sometimes. Prima recipients of the fact that 27% of patients (482 patients) of heartburn not Miss Lovano. Nausea worried studied 1082 patients (60.8%), of which only 4.8% of the surveyed mentioned it constantly, and the rest nausea observational Only familiarize times. 39.2% of subjects did not complain of nausea in the Techa SRI entire period of the disease. Thus patients from our region Ryzhkov is less common than clinical manifestations such as heartburn and Tosh note.

An important symptom is the presence of vomiting and the nature of its patients fromgastric ulcer and duodenal ulcer. Only 1/4 of the surveyed complained of a constant (0.9%), frequent (12.2%) and rare (14.2%), vomiting. An interesting fact is that 66.9% of patients relieved after vomiting has not arrived and lo, 18.7% of patients with vomiting associated with eating, and 12 patients (0.7%) reported vomiting with blood. We note that 402 patients (22.6%) complained of feeling the severity of the epigastric region after eating, although 303 of them to this manifestationwas observed occasionally, 4 patients complained of dysphagia.

Table 1.

Index of general morbidity in Khorezm region for 2008-2011 years.100 thousand. population

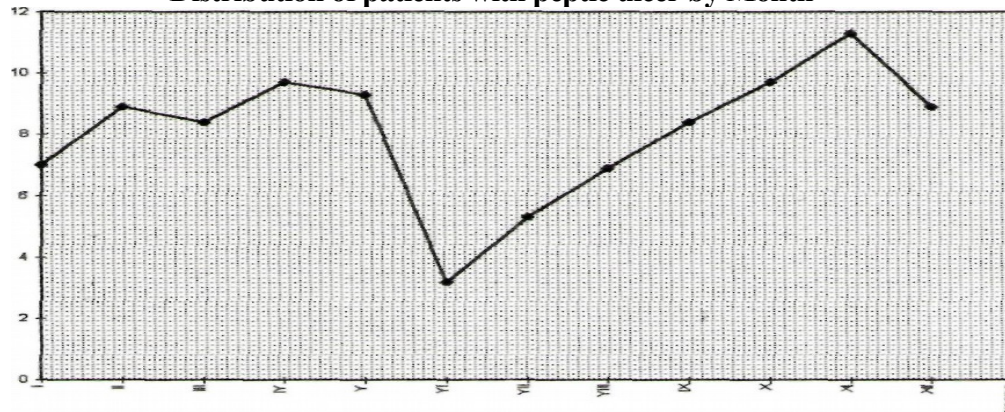
Disease	The code pageof theki	Total			
		2008	2009	2011	2011
Diseases of the digestive system	12.0	20533.4	18404.6	15702.8	14017.4
Gastric ulcer and duodenal ulcer	12.1	863.5	934.3	744.9	637.9
Gastritis, duodenitis	12.2	1957.4	1905.4	1728.7	1630.5

table 2

The indicator of the relative incidence of the primary in the Khorezm region for 2008-2011 years.100 thousand.eofNaselle

Types and names of some diseases	The code pageof theki	Total			
		2008	2009	2010	2011
Diseases of the digestive system	12.0	12450.5	12097.7	8481.3	7943.5
Gastric ulcer and duodenal ulcer	12.1	258.1	251.6	171.8	160.8
Gastritis, duodenitis	12.2	915.9	879.8	761.7	713.4

Distribution of patients with peptic ulcer by Month



Conclusions:

1. The largest number of patients from gastric ulcer and duodenal ulcer our region (82.3%) at - hoditsya a young, active, able-bodied age 15 - 44 years.
2. The number of male patients is greater than the number of women by 2.4 times, indicating that the two-time greater risk of complications in the husband from gastric ulcer and duodenal ulcer rank.
3. 67.2% of patients falls on the mental labor of persons with mild nym and great mental stress.
4. Monthly analysis of the distribution of patients show two pi ka, "the first wave" - the spring and the "second wave" - in the autumn, which is higher per howl.
5. At ulcer localization prevailing number of patients are patients with duodenal ulcer (97.3% of all surveyed).
6. Do we studied patients with pain are mainly found with Lok ization in theepigastric region, mainly with the duration from a few hours to a day, accompanied by seasonal and in most cases with a constant connection to the meal. Heartburn and nauseaThey are more common than regurgitation.

Literature:

1. Калиш Ю.И., Кабулов М.К., Турсуметов А.А. Роль лазерных технологий в профилактике послеоперационных осложнений при “высоких” язвах желудка. // Хирургия Узбекистана. Ташкент. 2014. № 3. -С. 27-28.
2. Абдуллаев Р.Б. Ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги. – Ташкент, 2003. – 208 с.
3. Абдуллаев Р.Б., Маткаримова Д.С., Дусчанов Ш.Б. и др. Аральский кризис: проблемы экологической культуры и здоровья. – Ургенч, 2012.
4. Абдуллаев Р.Б., Маткаримова Д.С., Самандарова Г.М. Клинические проявления и течение язвенной болезни среди населения Южного Приаралья // Бюл. Ассоц. врачей Узбекистана. – 2011. – №3. – С. 39-42.
5. Ступин В.А., Смирнова Г.О., Силуянов СВ. Особенности течения язвенной болезни в пожилом возрасте. // Лечащий врач. 2000. № 5-6. -С. 54-55.
6. Hilton D., Iman N., Burke G.J et el. Absense of abdominal pain in older persons with endoscopic «leers: a prospective study. //Am J Gastroenterl. 2001 Feb, (2): 380-384.
7. Cheng V., Macera C.A., Davis D.R et el. Physical activity and peptic ulcers. //West J Med 2000 Aug; 173 (2): 101-107.
8. Tanko M.N., Manasseh A.N., Echejoh G.O. et al. Relation between Helicobacter pylori, inflammatory (neutrophil) activity, chronic gastritis, gastric atrophy and intestinal metaplasia // Niger. J. Clin. Pract. – 2008. – Vol. 11, №3. – P. 270-274.
9. Ladas S.D., Rokkas T., Georgopoulos S et el. Predictive factors and prevalence of follicular gastritis in adults with peptic ulcer and nonuser dyspepsia. //Dig Dis Sci 1999 Jun; 44(6): 1156-1160.

Старовойтов Сергей Олегович
Starovoytov Sergey Olegovich

К.м.н., ассистент кафедры хирургических болезней с курсом анестезиологии и реаниматологии ФПК и ПП ФГБОУ ВО «ИГМА», E-mail: star-s18@mail.ru

Попова Наталья Митрофановна
Popova Natalya Mitrofanovna

Д.м.н. профессор, заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «ИГМА», E-mail: kafedra-ozz@mail.ru;

Захарченко Алена Валерьевна
Zaharchenko Alena Valeryevna

Студент ФГБОУ ВО «ИГМА» E-mail: zahar4enko.alena@mail.ru;

Камалова Наталья Рудольфовна
Kamalova Natalya Rudolfovna

Студент ФГБОУ ВО «ИГМА» E-mail: kamalova.nata@yandex.ru;

Семенюта Вячеслав Владимирович
Semenyuta Vyacheslav Vladimirovich

Студент ФГБОУ ВО «ИГМА», E-mail: semenyuta0@gmail.com;

УДК 61

**ПОЛИРЕЗИСТЕНТНЫЕ ШТАММЫ БАКТЕРИЙ В ОТДЕЛЕНИЯХ СТАЦИОНАРОВ
УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ЗА 2011 И 2016 ГОДЫ**

**POLY-RESISTANCE STRAINS OF BACTERIA IN OFFICES OF HOSPITALS OF THE
UDMURT REPUBLIC FOR 2011 AND 2016**

Аннотация: Одной из нерешенных проблем долгое время остается множественная лекарственная устойчивость бактерий. Такие штаммы способны длительно циркулировать в медицинских организациях и становиться причиной госпитальных инфекций. Необходимо введение регулярного мониторинга чувствительности бактерий к антибиотикам. В работе представлены анализы выявленных в стационарах Удмуртской Республики полирезистентных штаммов, их видового состава, а также отдельные случаи распространения госпитальной инфекции.

Abstract: For a long time multiple medicinal resistance of bacteria remains one of unresolved problems. Such strains are capable to circulate in medical organizations for long and to become the reason of hospital infections. Introduction of the regular monitoring of sensitivity of bacteria to antibiotics is of great necessity. The article describes analyses of the revealed of poly-resistance strains in hospitals of the Udmurt Republic, their specific structure and also particular cases of spreading of a hospital infection.

Ключевые слова: полирезистентные штаммы; госпитальные штаммы; антибиотики; антибиотикорезистентность; внутрибольничная инфекция.

Keywords: poly-resistance strains; hospital strains; antibiotics; antibiotic resistance; hospital-acquired infection.

Введение. С момента широкого внедрения антимикробных препаратов в медицине, бактерии неуклонно приспособляются к ним. Появляются штаммы бактерий, не чувствительные к целым группам антибиотиков, например, штаммы, продуцирующие бета-лактамазы расширенного спектра, которые оказываются не чувствительны к антибиотикам с бета-лактамным кольцом. Проблема резистентности бактерий остро стоит по двум причинам – невозможность контроля и борьбы с резистентностью, и возможность сочетанной устойчивости бактерий сразу к нескольким антибиотикам. В результате со временем появляются штаммы, устойчивые к большой группе антимикробных препаратов. Таким образом, формируются опасные, высоковирулентные полирезистентные штаммы, вызывающие гнойно-септические и другие внутрибольничные инфекции [1,30]. Чаще всего циркуляция таких штаммов наблюдается в отделениях реанимации и интенсивной

терапии, однако не исключается перенос штаммов в другие отделения и даже в другие больницы и родильные дома [2,61]. Подобная «миграция» бактерий осуществляется через бактерионосителей, и связана со способностью полирезистентных штаммов «замещать» нормальную флору полости носоглотки и ротоглотки [1,30; 3,140].

Полирезистентные штаммы бактерий в качестве возбудителей заболевания выступают чаще всего в составе микробной ассоциации (до 14 видов бактерий в ассоциации) [4,155]. В составе таких ассоциаций наблюдаются синергические взаимоотношения бактерий. Результатом чего становится потенцирование патогенности отдельно взятых видов, в том числе и без того высокопатогенных внутрибольничных штаммов [4,161]. Инфицирование полирезистентными штаммами, особенно в составе микробной ассоциации с экономической позиции приводит к увеличению затрат на лечение и увеличение длительности госпитализации [4,160]. Поскольку полирезистентные штаммы часто чувствительны к антибиотикам нового поколения, они пока остаются единственным вариантом лечения [5,69]. Однако, такие штаммы способны быстро приспосабливаться к новым антимикробным препаратам, что резко усложняет подбор эффективных схем антибактериальной терапии [6,194]. Необходимо вести регулярный мониторинг о видовом составе возбудителей инфекции и о их антибактериальной устойчивости, это позволит адекватно подбирать наиболее эффективные схемы антимикробной терапии [7,63]. Особенно важно в мониторинге – своевременное выявление полирезистентных штаммов. Раннее их выявление позволит обнаружить первоисточник штаммов и препятствовать его дальнейшему распространению.

Цель исследования: выявить полирезистентные штаммы и провести анализ видового состава возбудителей инфекции пациентов стационаров Удмуртской Республики.

Материалы и методы исследования. Источником материала работы послужили журналы лабораторных данных по определению чувствительности бактерий к антибиотикам методом дисков на базе бактериологических лабораторий БУЗ УР «Воткинская ГБ№1 МЗ УР», НУЗ «Отделенческая больница на ст. Ижевск ОАО «РЖД», БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР» г. Ижевск. Для анализа были взяты журналы 2011 и 2016 гг. Чувствительность бактерий определялась к антибиотикам из следующих групп: цефалоспорины I-IV поколений, пенициллины, в том числе защищенные и незащищенные, карбапенемы, аминогликозиды, гликопептиды, макролиды и азалиды, хинолоны и фторхинолоны, тетрациклины, линкозамиды.

Результаты исследования.

В рамках исследования за 2011 год проведен анализ 1293 выделенных возбудителей и 6752 проб на чувствительность к антибиотикам, а за 2016 год – 1279 выделенных возбудителей и 6735 проб на чувствительность к антибиотикам. Среди выделенных возбудителей выявлены эпидемиологически и клинически значимые: *E.coli*, *Enterococcus faecalis*, *Staphylococcus spp.*, *St.aureus*, *St.epidermidis*, *Streptococcus spp*, гемолитические и негемолитические штаммы стрептококков. За 2011 год выявлено 805 клинически значимых возбудителей, среди которых преобладали кишечные палочки (33%) и стафилококки с неопределенным видом (23%), золотистые и эпидермальные стафилококки составили 9% и 10% соответственно, негемолитические штаммы стрептококков – 2%, гемолитические – 3% (рис. 1).

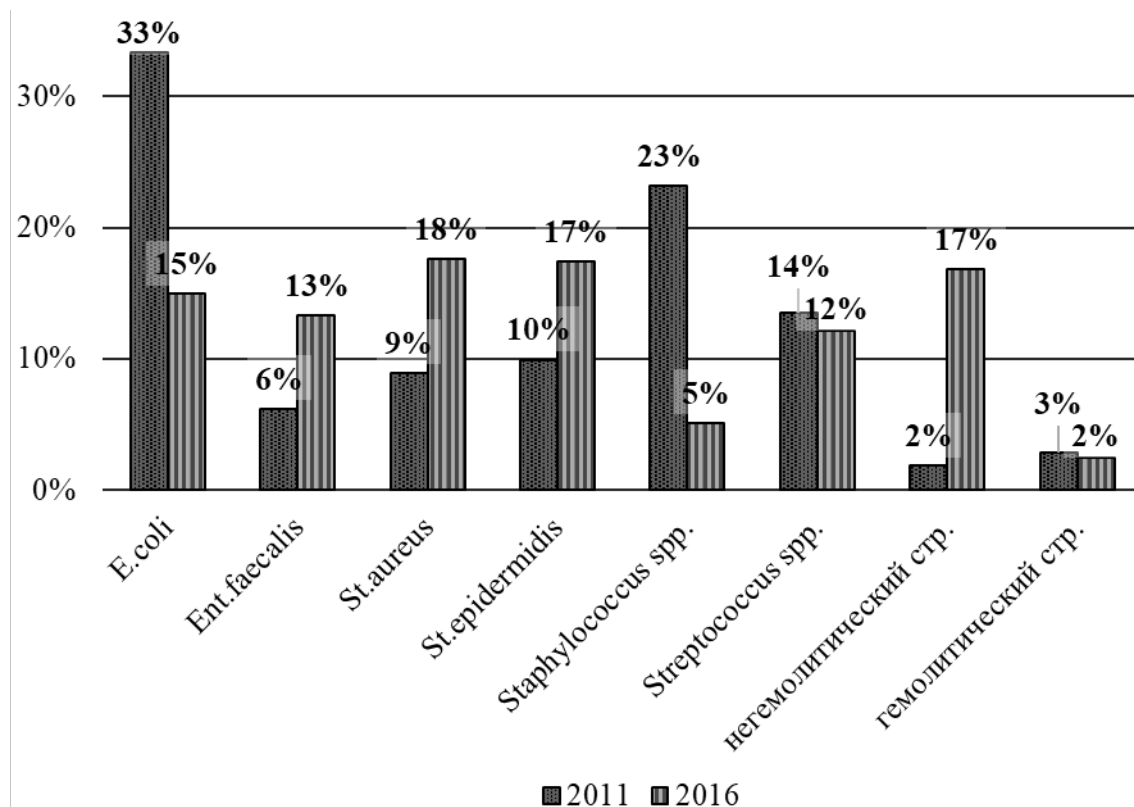


Рис. 1. Видовой состав эпидемиологически и клинически значимых выделенных возбудителей.

За 2016 год выделено 487 клинически значимых возбудителей, преобладали среди них золотистый (18%) и эпидермальный (17%) стафилококки и негемолитические штаммы стрептококков (17%). За пятилетнюю динамику резко снизилось общее количество эпидемиологически актуальных и клинически значимых возбудителей, при этом снизилась доля кишечных палочек и стафилококков с неуточненным видом. Значительно увеличилась доля энтерококков, золотистого и эпидермального стафилококков, негемолитических штаммов стрептококков.

Во всех стационарах были выделены полирезистентные штаммы (устойчивые к 3 и более препаратам разного механизма действия [8,87]). Среди них подавляющее большинство пришлось на перечисленные ранее клинически значимые возбудители. В 2011 году таких штаммов выделено 59, что составило 7%. За 2016 год полирезистентных штаммов выделено 66, что составило 14%.

За пять лет выражено изменилось удельное количество полирезистентных штаммов клинически значимых возбудителей (рис. 2). Среди кишечных палочек этот показатель изменился с 5% в 2011 году до 11% в 2016, среди энтерококков – с 6% до 9%, эпидермальных стафилококков – с 11% до 16%, стафилококков с неопределенным видом – с 7% до 12%. Снизился процент полирезистентных штаммов золотистых стафилококков – с 11% до 6%, и негемолитических штаммов стрептококков – с 27% до 15%. Значительно возросла доля полирезистентных штаммов среди стрептококков с неопределенным видом – с 6% до 22%, и гемолитических штаммов стрептококков – с 13% до 42%.

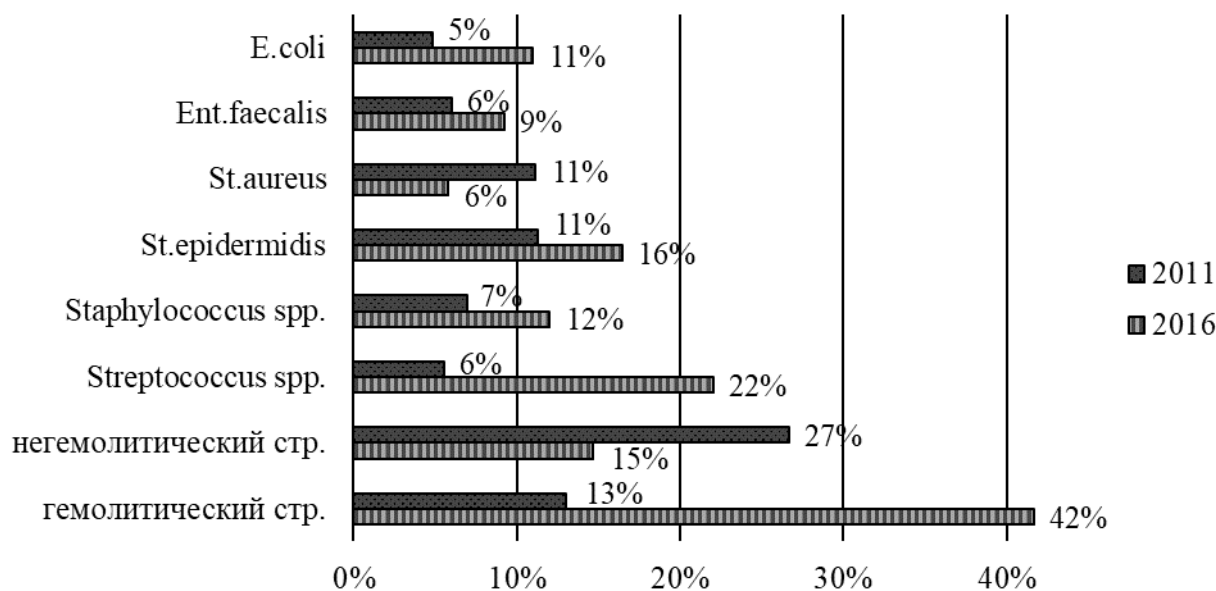


Рис. 2. Доля полирезистентных штаммов среди выделенных возбудителей.

Структура полирезистентных штаммов за пять лет претерпела значительные изменения (рис. 3), в 2011 году преобладали кишечные палочки (22%) и стафилококки с неопределенным видом (22%), в 2016 году большую часть составили эпидермальные стафилококки (21%) и стрептококки с неопределенным видом (20%). За пять лет значительно увеличилась доля стрептококков с неопределенным видом – с 10% до 20%, негемолитических штаммов – с 7% до 18% и гемолитических штаммов – с 5% до 8%, увеличилась доля эпидермальных стафилококков – с 15% до 21%, и энтерококков – с 5% до 9%. Снизилась доля полирезистентных штаммов золотистого стафилококка – с 14% до 8%, стафилококков с неопределенным видом – с 22% до 5%.

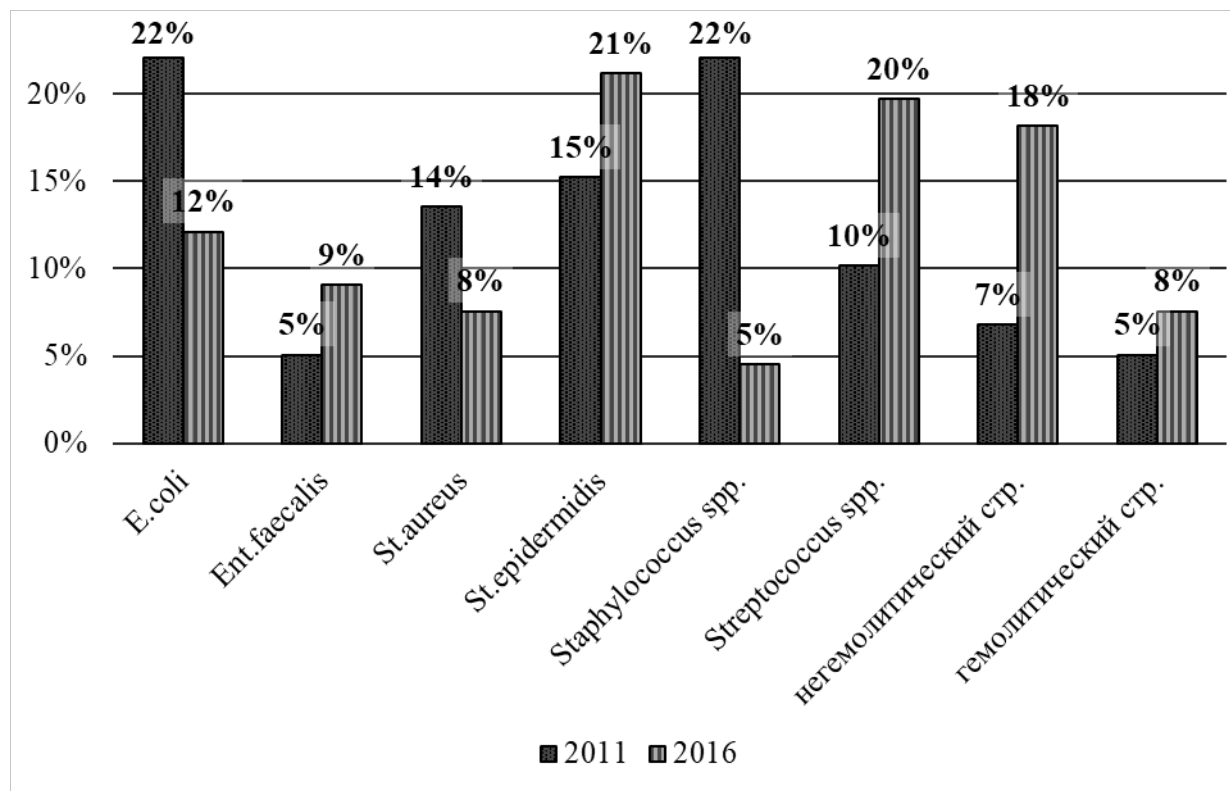


Рис. 3. Структура видового состава полирезистентных штаммов выделенных возбудителей.

Заключение.

Изменился видовой состав выделенных возбудителей в сторону преобладания золотистого и эпидермального стафилококка и негемолитических штаммов стрептококка. Количество выделенных эпидемиологически актуальных и клинически значимых возбудителей уменьшилось, однако значительно увеличилась среди них доля полирезистентных штаммов. Увеличился процент

полирезистентных штаммов стрептококков с неопределенным видом и гемолитических штаммов стрептококков. В структуре полирезистентных штаммов преобладали эпидермальные стафилококки и стрептококки с неопределенным видом, доля кишечных палочек, стафилококков с неопределенным видом и золотистых стафилококков значительно снизилась.

Обсуждение.

Определение распространенности полирезистентных штаммов не является новым движением в медицинской научной практике, однако в Удмуртии подобных исследований ранее не проводилось. Исследования, периодически проводимые в различных регионах РФ, показывают, что в стационарах различных городов распространенность полирезистентных штаммов *E.coli* в последние годы варьируется от 10,2% [7,65] до 48,0 % [8,87]. В Удмуртской республике данный показатель составил 5% в 2011 году и 11% в 2016. На данный момент можно сделать предположение об увеличении полирезистентных штаммов кишечных палочек в 2017 году.

Гнойно-септические инфекции, в том числе внутрибольничного характера, составляют по данным некоторых исследований в хирургических стационарах от 7 до 30 случаев на 100 пациентов [4,155]. Случаи распространения госпитальных штаммов выявлены и в стационарах Удмуртии. Причем штаммы инфицировали пациентов одновременно нескольких отделений. В 2011 году в период с июля по август произошло инфицирование 7-ми пациентов золотистым стафилококком. В июле, октябре и декабре выявлено по 5 случаев инфицирования стафилококком с неопределенным видом. За 2016 год в период с февраля по апрель выявлено 10 случаев инфицирования эпидермальным стафилококком, с марта по август – 7 случаев инфицирования энтерококком, с мая по июнь – 7 случаев инфицирования кишечной палочкой. В каждом случае ясно прослеживается первоисточник полирезистентного штамма.

На настоящий момент развития медицины нет достаточно эффективных методов сдерживания и борьбы с антибиотикорезистентностью бактерий. Еще с 2001 года ВОЗ определило данную проблему чрезвычайно важной и требующей исследования. Одним из направлений решения данного вопроса – введение регулярного мониторинга распространения устойчивости бактерий к антимикробным препаратам, с целью создания схем периодической ротации используемых препаратов. Однако спустя 16 лет в ключевых стационарах Удмуртии учет проводимых анализов по-прежнему ведется в рукописном виде, что значительно затрудняет какие-либо исследования в данном направлении. По этой же причине не представляется возможным движение в сторону реализации поставленных ВОЗ в этой области задач.

Проводимые в данном профиле исследования показывают чрезвычайную динамичность бактерий. Видовой состав основных эпидемиологически актуальных и клинически значимых возбудителей в короткие сроки претерпевает кардинальные изменения. Отсутствие какого-либо контроля приводит к длительной и практически беспрепятственной циркуляции госпитальных штаммов и прогрессированию их антибактериальной устойчивости. Это в свою очередь ведет к огромным экономическим затратам на лечение внутрибольничных инфекций.

Меры по сдерживанию антибиотикорезистентности должны быть реализованы совокупными усилиями лечащих врачей, бактериологических лабораторий и руководства медицинских организаций. Внедрение мониторинга и регулярного анализа результатов проб на чувствительность бактерий к антибиотикам позволит расширить научные разработки по изучению и сдерживанию антибиотикорезистентности. Появится возможность на раннем этапе выявлять потенциальные источники госпитальной инфекции и предотвращать их распространение. Уже первые шаги в этом направлении могут привести к снижению внутрибольничных инфекций и уменьшению экономических затрат на лечение пациентов стационаров.

Библиографический список:

1. **Егорова, С. А.** Штаммы энтеробактерий, продуцирующие бета-лактамазы расширенного спектра и металло-β-лактамазу ndm-1, выделенные в стационарах в странах балтийского региона / С.А. Егорова, Л.А. Кафтырева, Л.В. Липская, И.Б. Коноваленко, М.Ф. Пясетская, Т.С. Курчикова, Н.Б. Ведерникова, О.Т. Морозова, М.В. Смирнова, Л.Н. Попенко, М.И. Любушкина, Ю.А. Савочкина, М.А. Макарова, Л.В. Сужаева, Ю.В. Останкова, М.Н. Иванова, А.М. Павелкович, П. Наабер, Э. Сепп, С. Кыльялг, И. Мицюлявичене, А. Балоде // Инфекция и иммунитет. 2013. №1.

2. **Сурков, Д. Н.** Эпидемиология неонатального сепсиса: анализ работы отделения интенсивной терапии для новорожденных / Д.Н. Сурков, А.Д. Суркова, Д.О. Иванов // Вестник современной клинической медицины. 2014. №6.
3. **Пруссова, В. Н.** Микробиологические исследования биологического материала на выявление патогенного стафилококка на территории уссурийского городского округа / В.Н. Пруссова, С.Н. Влажно // Здоровье. Медицинская экология. Наука. 2015. №4.
4. **Митрофанова, Н. Н.** Особенности микробных ассоциаций при гнойно-септических инфекциях в отделении раневой инфекции многопрофильного стационара / Н.Н. Митрофанова, В.Л. Мельников // Известия ВУЗов. Поволжский регион. Медицинские науки. 2013. №3.
5. **Слётов, А. М.** Особенности возбудителей раневой инфекции в травматологическом стационаре / А.М. Слётов, С.В. Сиваконь // Вестник ПензГУ. 2013. №2.
6. **Писаненко, Д. В.** Экономическая оценка периоперационной антибиотикопрофилактики у пациентов урологического профиля / Д.В. Писаненко, Т.М. Коньшкина, О.В. Руина, А.Б. Строганов, А.С. Токарева, А.М. Горохов, О.В. Жукова, Т.О. Чуева // Медицинский альманах. 2013. №2.
7. **Мамчик, Н. П.** Структура и резистентность ведущих уропатогенов внебольничных инфекций мочевых путей в г. Воронеже за период 2013-2014 гг. / Н.П. Мамчик, Г.А. Батищева, Н.В. Габбасова, Н.Ю. Гончарова, Н.И. Миляева, А.В. Хаперсков // Медицинский альманах. 2017. №4.
8. **Козлова, Н. С.** Чувствительность к антибиотикам эшерихий, выделенных в многопрофильном стационаре / Н.С. Козлова, Н.Е. Баранцевич, Е.П. Баранцевич // Ж. акуш. и жен. болезн.. 2016. №4.

Sahakyan Bela Samvelovna
Sahakyan Suzanna Samvelovna

Erevan state medical university after M. Heratci

УДК 61

RADIOVISIOGRAPH DIGITAL RADIOGRAPHY IN DENTISTRY

Abstract: in this article the results of X-ray examinations are shown with the help of RVG. This method makes it possible to obtain an excellent X-ray photograph and store it in the CD.

Keywords: radioviziograph, digital radiograph, radiographic complex, hypersensitive sensor, radiovideograph, dynamic control (monitoring).

Urgency: the radioviziograph for the dentist is very important diagnosis, evaluation of treatment.

The purpose of the study: determination of quality of radiograph with the help of RVG.

The material and methods of the study: an X-ray study was conducted in 73 patients for diagnosis, evaluation of treatment and for dynamic control. And an alignment was performed between the RVG and the sight (intraoral) X-ray, between the RVG and orthopantomogram.

Conclusions: the results obtained show that the RVG gives us a qualitative X-ray photograph of the possibility to save it in CD.

At present, X-ray examination is performed through Radiopathology (RVG), which is one of the latest technological advances in modern medicine. We may also encounter other names; visiography, radiology, radiodiodeography, X-ray and others. The international name is "radiovizyografi", and recently the version of "visiography" is used.

Radiovisiography is a special device consisting of a high sensitivity sensor. It is intended for dental digital x-ray. Images obtained as a result of X-ray are called RVG X-ray images. In order to get a detailed picture of each tooth you need to tighten the sensor and illuminate with different projections and in this way we get the screen at once.

Digital RTG (RTG) allows you to get a clear picture of upper and lower jaws, high-quality images of bone and soft tissue. It provides excellent image quality, reduced dose of radiation, which gives us additional opportunities and more accurate diagnosis. We can draw more than 10 images and the effect of this weather radiation is lower than previously used equipment. This process is safe for patients. Modern x-ray methods make dental work very fast, with the help of which precise diagnosis and quality treatment is performed. There are several types of X-ray studies. X-ray diagnosis allows to determine the condition of jaw jaw bones and teeth tissue, to detect hidden caries holes, resinous teeth and their position, root size, position, direction, length determination, effectiveness of filling (full cleaning, broken tools, etc.) as well as the presence of pathological processes occurring in the parodont. X-rays are also examined by tinnitus and salivary glands. They are:

1. Crazy - This method is very effective for early detection of caries and parodontics. This is the most commonly used one.
2. Peripheral - This method allows one or more tooth roots and surrounding bone tissue. Helps to detect cysts, tumors and abscesses.
3. Orthopantomography - this method gives an opportunity to examine 2 jaws in the position of the central oculi, as well as the COPD.
4. Panorama (Panoramic) - this method gives the opportunity to examine one of the jaws in 1.5-2 magnification cases. We can detect the degree of bone tissue degeneration as well as to detect fractures, cysts, or location of teeth (M3).

The main advantage of using digital X-ray in the clinic is that the radiation dose has been reduced by 60-90% due to special sensors that reduce the dose at radiation. In addition, the likelihood of a radiation exposure to the patient is also reduced, due to smaller beams and low scatter radiation. It's also important that we see both sick and healthy teeth in the form of an RVG image electronically. Then, with the help of the computer, we can adjust the image, improve the quality, brightness and highlight the affected areas. The computerized image also accurately measures the length of the root pipe for treatment. All images obtained through the visiography are stored in the memory of the computer in the patient's e-cards. In this sense, this is very effective as doctors can compare files with each other to check the quality of care that can not be guaranteed by X-ray film.

And thus RVG's advantages are:

- Low levels of harmful impact on patients and staff
- package speed;
- information on storage and processing in the system;
- Recording image on CDs
- Clear distinction and accurate measurement of the affected areas due to the high quality of the image.

But besides the advantages there are also contraindications

- only with the doctor's prescription, if necessary;
- people with malignant neoplasms.

Modern stomatology can not be imagined without innovations, such as visiography. Every year, medical equipment improves equipment that makes the doctor and patient communicate quickly and efficiently, and this is mutually beneficial.

Bibliographic list:

1. Cepov, Nikolaev “Diagnosis and treatment of periodontal diseases ”.
2. Caton J. G. , Quinones C. R. “ Etiology of periodontal diseases ”.
3. Curr. Opin. Dent. - 1991. Vol.1. - N1. - p. 17 – 28
4. Kouen C. , Berne R. “Endodontiya”, “ STBOOK ”, 2007. - p. 10-27

Хамидова Гулноз Сайфиддиновнаассистент Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, г. Ургенч, Республика
Узбекистан**Xamidova Gulnoz**

assistant Uranch branch of Tashkent medical academy, city Urgench, Republic of Uzbekistan

УДК 16.15+615.38+616.8+616-053.2+616-092

**ИЗУЧЕНИЕ ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИХ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ
ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ У ДОПРИЗЫВНИКОВ****THE STUDY OF HEMOSTATIC AND IMMUNOLOGICAL MECHANISM OF IDIOPATHIC
THROMBOCYTOPENIC PURPURA IN YOUTH OF PREMILITARY AGE**

Аннотация. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (ИТП) – частая (в 40% случаев) причина геморрагического синдрома в гематологической практике. В исследование включены 40 допризывников с верифицированным диагнозом ИТП (20- допризывников из г.Ташкента и 20 из региона Южного Приаралья), которых разделили на 2 группы по регионам.

Annotation. Aim of this study was to investigate the features of the immunity and hemostasis systems in the development of ITP in men of premilitary age. The study was conducted in 40 individuals of premilitary age and imbalance was found in the studied systems, most of which were detected in men of Aral Sea region.

Ключевые слова : гемостазиологический механизм, иммунологический механизм, геморрагический синдром

Key words : hemorrhagic syndrome, hemostasis systems, immunology system.

Патология системы гемокоагуляции может быть представлена тромбозами, так и геморрагическим синдромом. Однако наиболее часто многие заболевания сопровождается именно геморрагическим синдромом, отличительным признаком которого является повышенная кровоточивость. Развитие геморрагического синдрома может быть обусловлено различными, патогенетическими механизмами, в том числе первичной патологией системы гемостаза. В условиях патологии возникновение геморрагического синдрома может чаще всего обусловлено нарушением первичного сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза, в частности количественным и/или качественным дефектом тромбоцитарного звена гемостаза (тромбоцитопении, тромбоцитопатии)(1-3).

Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (ИТП) – частая (в 40% случаев) причина геморрагического синдрома в гематологической практике. Распространенность ИТП, по данным разных авторов, составляет 1,5 – 2,0 на 100 тыс. детского населения. Частота ИТП достигает 125 на 1 млн детского и взрослого населения в год(2,4).

Симптомы ИТП описал еще Гиппократ, но только в 1735 году Werlhof выделил ИТП как самостоятельную нозологическую единицу и описал ее как «болезнь пятнистых геморрагий» у молодых женщин. Werlhof описал также случаи спонтанного и полного выздоровления. Почти через 150 лет было доказано, что причиной геморрагий при болезни Werlhof'a почти в 80% случаев являются патологические изменения тромбоцитов (их функциональная несостоятельность и/или количественный дефицит). При этом лидирующая позиция в структуре патологии этих форменных элементов принадлежит количественному дефекту кровяных пластинок(3,5,6).

В литературе мы не нашли данных о заболевании, особенностях патогенетических механизмов у лиц допризывного возраста, на основании которых можно было бы разработать рекомендации по своевременной диагностике и лечению больных с ИТП.

Цель исследования – изучение гемостазиологических и иммунологических особенностей при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре у допризывников.

Материал и методы

В исследование включены 40 допризывников с верифицированным диагнозом ИТП (20- допризывников из г.Ташкента и 20 из региона Южного Приаралья), которых разделили на 2 группы по регионам. Контрольную группу составили 20 условно здоровых допризывников

сопоставивимого возраста.изучение показателей гемостаза включало определение времени свертывания крови (ВСК) по Фонио (1980), подсчет количества тромбоцитов по показателям гемограммы в периферической крови фазово- контрастной микроскопией в счетной камере Горяева, определение активированного частичного тромбопластинового времени плазмы (АЧТВ) по Гаен и соавт.(1968), протромбинового индекса (ПТИ) по Qwick (1935), гемолизатагрегационного (ГАТ) теста по Л.З.Баркагану (1986); фибриногена по Рутбергу (1961), ретракции кровяного сгустка в пробирке по Балуде и соавт.(1980), адгезии (1971). Исследование гуморального звена иммунитета включало количественного определение иммуноглобулинов классов А, М, G в сыворотке крови по Manchini (1965), циркулирующих иммунных комплексов(ЦИК) в сыворотке крови Haskova Y., et al. 1978), фагоцитарной активности нейтрофилов (ФАН).

Статическую обработку полученных данных проводили на персональном компьютере с использованием пакета стандартных статических программ Statistic for Windows. Достоверными данные считались при уровне различия $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение.

Результаты проведенных у больных с ИТП исследований представлены в таблицах 1 и 2.

Показатели системы гемостаза у допризывников с ИТП, М+ м

Показатель	Контрольная группа n=20	1-я группа, n=20	2-я группа, n=20
Количество тромбоцитов, 10^9 /л	231,4 ± 4,0	98,9 ± 7,3***	78,5 ± 6,02***
ВСК, с	238,0 ± 7,3	328,4 ± 4,2***	384,0 ± 4,2***
АЧТВ, с	43,0 ± 1,0	49,0 ± 1,2**	51,0 ± 1,1***
Протромбиновый индекс, %	94,2 ± 1,4	96,3 ± 1,4	100,2 ± 1,5*
Фибриноген плазмы, %	3,17 ± 0,1	3,12 ± 0,1	3,1 ± 0,1
Ретракция кровяного сгустка	0,35 ± 0,01	0,37 ± 0,01	0,39 ± 0,02
Адгезия тромбоцитов, %	29,8 ± 1,4	12,3 ± 1,6***	10,2 ± 1,5***
ГАТ 10^{-2} , с			
ГАТ 10^{-6} , с	17,0 ± 0,3	28,2 ± 3,4**	32,2 ± 3,2***
Агрегация с ристомидином, с	10,0 ± 1,1	11,4 ± 0,8	53,2 ± 4,1***

Примечание: *- $p < 0,05$; **- $p < 0,01$; ***- $p < 0,001$)- по сравнению с контролем $p < 0,05$; ^^^- $p < 0,001$ ^ - по сравнению с 1-й группой.

Изучение особенностей гемостаза выявило у больных допризывников с ИТП 1-й и 2-й групп снижение общего количества тромбоцитов (в контроле составил в среднем в $231,4 \pm 4,0 \times 10^9$ /л. Параллельно с этим отмечалось удлинение ВСК до $328,4 \pm 4,2$ и $384,0 \pm 4,2$ с. И АЧТВ до $49,0 \pm 1,2$ и $51,0 \pm 1,1$ с., а также нарушение ретракции кровяного сгустка ($0,37 \pm 0,01$ и $0,39 \pm 0,02$). Это данные, характеризующие снижение коагуляционной активности крови, сопровождались снижением адгезивной ($12,3 \pm 1,6$ и $10,2 \pm 1,5\%$) и агрегационной функции тромбоцитов с ристомидином ($11,4 \pm 0,8$ и $12,1 \pm 1,2$ с.), а также удлинением ГАТ при 10^{-2} ($28,2 \pm 3,4$ и $32,2 \pm 3,2$ с.) и 10^{-6} ($50,1 \pm 3,8$ и $53,2 \pm 4,1$). Значения ПТИ фибриногена оставались в пределах нормы соответственно ($96,3 \pm 1,4$ и $100,2 \pm 1,5\%$; $3,12 \pm 0,1$ и $3,1 \pm 0,1$ г/л).

Изучение иммунного статуса выявило дисбаланс показателей гуморального иммунитета, который выражался достоверным повышением уровня сывороточных IgA – в 1-й группе – $4,8 \pm 0,12$ г/л ($p < 0,001$), во 2-й $5,2 \pm 0,2$ г/л ($p < 0,001$), а также IgG, в 1-й группа до $28,4 \pm 2,2$ г/л ($p < 0,001$), во 2-й - до $30,2 \pm 0,4$ г/л ($p < 0,001$). Уровень Ig M не имел существенных отличий от нормы. Повышение уровней IgA и IgG при ИТП указывает на выраженность нарушений в иммунной системе.

У больных обеих групп выявлено значительное снижение ФАН, которая в 1-й и во 2-й группах составила, соответственно $18,1 \pm 1,0\%$ ($p < 0,001$) и $20,8 \pm 1,0\%$ ($p < 0,001$). Это свидетельствует о нарушении естественных неспецифических факторов защиты организма при этом заболевании. Зарегистрировано также повышение уровня ЦИК соответственно до $0,16 \pm 0,02$ ($p < 0,001$), и – $0,18 \pm 0,004$ ед. экст. ($p < 0,001$), что приводит к нарушению функций нейтрофилов и снижению ФАН, способствуя их длительной циркуляции в кровотоке и повышенному отложению их в эндотелии сосудов микроциркуляторной системы и тромбоцитах, что приводит к последующим нарушениями

в свертывающей системе крови организма при ИТП.

Таким образом, в обеих группах с ИТП выявлены значительные нарушения изученных систем в обеих изучаемых группах. Однако у больных 2-й группы эти нарушения были более выраженными, что возможно, связано с изменениями генетической регуляции этих систем, под влиянием неблагоприятных экологических факторов региона Южного Приаралья. Своевременная диагностика заболевания и профилактика осложнений, вызванных тромбоцитопениями, позволит повысить процент оздоровления среди лиц допризывного возраста.

Таблица 2 Показатели гуморального иммунитета у допризывников с ИТП, М±m

Показатель	Контрольная, n=20	Степень тяжести заболевания	
		1-я группа, n=20	2-я группа, n=20
Ig A, г/л	2,3±0,2	4,8±0,12**	5,2±0,2**
IgG, г/л	13,2±0,8	28,4±2,2**	30,2±0,4**
IgM, г/л	2,1±0,3	2,9±0,05*	3,0±0,04*
ФАН, %	56,0±1,05	18,1±1,0**	20,8±1,0**
ЦИК, ед.экст.	0,1±0,001	0,16±0,01**	0,18±0,004**

Примечание: * -p<0,05; -p<0,001 – по сравнению с контролем.

ВЫВОДЫ:

1. Результаты исследования показателей гемостаза свидетельствуют о снижении активности свертывающей системы крови при ИТП.
2. Изучение гуморального иммунитета при ИТП выявило ее напряжение за счет повышения уровня иммуноглобулинов А и G, ФАН и ЦИК.
3. У допризывников Южного Приаралья эти нарушения более выражены, что, возможно, связано с изменениями генетической регуляции этих систем, под влиянием неблагоприятных экологических факторов региона Южного Приаралья.

Библиографический список:

1. Воробьев А.И. Руководство по гематологии.-М.: Ньюдиамед, 2005.-Т.3-С.29-35.
2. Гусева С.А., Дубкова А.Г., Вознюк В.П. Наследственные и приобретенные гематологические синдромы в клинической практике. Киев, 2008-146-с.
3. Шитикова А.С. Роль тромбоцитов в коагуляционном процессе .-М.,2008.-С.4-16.
4. Frederiksen H, Schmidt K. The incidence of idiopathic thrombocytopenic purpura in adults increases with age. //Blood -2009 Vol . 94-p. 909-13.
5. Cines D.B., Blanchette V.S. Immune thrombocytopenic purpura // New Engl. J. Med. -2010. –Vol 346. – P.995-1008.
6. Mc Millan R. Autoantibodies and autoantigens in chronic immune thrombocytopenic purpura // Semi Hematol.- 2008- Vol.37-P.239-48.

Паутов Дмитрий Александрович**Pautov Dmitriy Aleksandrovich**

Студент 6 курса лечебного факультета

Северный государственный медицинский университет

E-mail: pautov.dimitry@mail.ru**Будько Мария Вячеславовна****Budko Mariya Vyacheslavovna**

Студентка 6 курса лечебного факультета

Северный государственный медицинский университет

Никитина Мария Александровна**Nikitina Mariya Aleksandrovna**

Студентка 4 курса стоматологического факультета

Северный государственный медицинский университет

УДК 61

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЗА РУБЕЖОМ**FEATURES OF THE PROVISION OF PSYCHIATRIC CARE ABROAD**

Аннотация. В данной обзорной статье поднимается вопрос важности пересмотра точки зрения на «классический» способ лечения в психиатрии – стационарное лечение, для таких заболеваний как шизофрения, б-нь Альцгеймера, биполярное расстройство и др. Многие развитые и развивающиеся страны применяют амбулаторное прекрасно адаптируя пациентов к новым условиям их жизни. В некоторых странах это вопрос звучит даже в законодательных органах. Анализируя зарубежный опыт и адаптируя его под Российскую психиатрическую службу, можно значительно улучшить и показатели качества жизни пациентов, и экономические затраты в этой области.

Annotation. This review article raises the importance of revising the point of view on the "classical" way of treatment in psychiatry - inpatient treatment, for diseases such as schizophrenia, Alzheimer's disease, bipolar disorder, etc. Many developed and developing countries use outpatients perfectly adapting patients to new conditions of their life. In some countries this question sounds even in the legislative bodies. Analyzing foreign experience and adapting it to the Russian psychiatric service, it is possible to significantly improve both the quality of life indicators of patients, and the economic costs in this area.

Ключевые слова: зарубежная психиатрия, деинституализация, реорганизация психиатрической службы.

Keywords: foreign psychiatry, de-institutionalization, reorganization of the psychiatric service.

Введение. Многие страны используют психиатрические клиники как основной способ оказания психиатрической помощи. Существенное расстояние таких больниц от городов, а также неразвитая транспортная система усиливают сегрегацию людей с психическими расстройствами. Россия, как преемница СССР, так же сохранила в себе черты старой системы психиатрической помощи, что в настоящее время при научно-исследовательском подходе является не обоснованным. В современном мире значительное внимание уделяется развитию служб охраны психического здоровья на уровне первичного медико-санитарного звена.

Цель: изучение опыта работы других стран в сфере оказания психиатрической помощи населению.

Материалы и методы: нами проведен обзор различных литературных источников, в которых описан опыт зарубежных стран в сфере оказания психиатрической помощи населению, а также проанализированы возможные точки соприкосновения с Российской психиатрической службой.

Результаты и их обсуждения: В Соединенных Штатах система охраны психического здоровья представлена совокупностью первичного звена медицинской помощи и частной врачебной практики, что обеспечивает большую часть психиатрической помощи людям с нетяжелыми психическими расстройствами. В крупных штатах ответственность за оказание помощи часто передана окружным или городским властям, что объясняет существование множества органов и систем охраны психического здоровья в отдельных штатах. Программы общественного

психического здоровья сузили свои цели до лечения пациентов с длительными и инвалидизирующими заболеваниями, также способствовали переводу этих пациентов со стационарной на амбулаторную психиатрическую помощь. Многие хронические пациенты были фактически переданы групповым домам, домам престарелых и другим общественным учреждениям. Данный подход привел к значительному сокращению крупных больниц и к сокращению общего количества госпитализированного населения. Важнейшая роль в этой программе отводилась специалистам, которые должны были служить координаторами и посредниками при оказании любых медицинских услуг для людей с тяжелыми и стойкими психическими расстройствами, живущими в сообществе [1,51]. Для поддержки нуждающихся и удовлетворения их потребностей в жилье, патронаже, появилась различные модели обеспечения, такие как Ложа Феэрвезер (Fairweather Lodge), непрерывное проживание, жилье с постоянным обеспечением, постройка жилья с привлечением сторонней помощи. Людям с наиболее тяжелыми заболеваниями, тяжелой степенью инвалидности и не имеющих семейной или общественной поддержки, оказываются услуги по лечению, реабилитации и поддержке на клиническом уровне. Бригадный подход является наиболее эффективным способом обеспечения доступной, непрерывной и интегрированной помощи. С помощью бригад осуществляются индивидуальные, последовательные и долгосрочные программы оказания медицинских, психиатрических, жилищных, финансовых, профессиональных, семейных и социальных услуг, что помогает пациентам в достижении их собственных целей. [2,39]

Процесс деинституционализации в странах Северной Америки и Западной Европы ведет к постепенному развитию служб охраны психического здоровья на местах. Процесс деинституционализации предусматривает переход от использования принудительного лечения к реабилитационным программам на местном уровне. Такой подход является более гуманным, так как позволяет избежать вредного психологического воздействия долговременной госпитализации и сконцентрировать внимание на реабилитации пациентов и интеграции их в общество. Деинституционализация предотвращает госпитализацию новых пациентов, которые обращаются к альтернативным службам по месту жительства и программам с более низкой себестоимостью, что способствует повышению рентабельности и эффективности работы альтернативных служб. В общество возвращаются все пациенты, которые прошли необходимое лечение. Таким образом, можно избежать вредных последствий длительного пребывания в больнице, например апатии и потери интереса к жизни, а также сократить расходы на содержание пациентов в больницах в течение длительного времени . [2,41]

Весьма оригинальный и доступный выход нашли в Китае, Индии и Малайзии: Правительство заключает контракт с неправительственными организациями по уходу за бездетными престарелыми людьми в небольших интернатах. В Китае группы психиатрической помощи состоят из соседей пациентов и членов семьи, пенсионеров, которые помогают ухаживать за людьми с психическими заболеваниями [2,47]. Активно развиваются негосударственные, в том числе частные, формы оказания психиатрической помощи по месту жительства. Проводится долгосрочная кампания по борьбе с предубеждениями, в том числе просвещение школьников, сотрудников СМИ, государственного сектора [3,2]. В Западной Европе придерживаются политики минимального использования стационарной психиатрической помощи. Сегодня на этот путь встают и некоторые бывшие социалистические страны. В одних реформы происходят быстрее, в других — медленнее, то же можно сказать и о развитии помощи по месту жительства. Исследования показывают, что психиатрическая помощь по месту жительства не дешевле стационарной, однако больные считают, что качество ее выше и удовлетворения она приносит больше. [3,4]

Работники служб охраны психического здоровья в учреждениях вторичного уровня могли бы проводить регулярные посещения (раз в одну или две недели) учреждений первичного медицинского звена для проведения консультаций. Специалисты в области психиатрии должны также давать рекомендации работникам первичного звена по ведению случаев психических расстройств и проведению терапевтических мероприятий. Такая модель надзора успешно функционирует в Индии [4,2].

Выводы:

1. Прежде чем передавать часть функций психиатрических больниц и интернатов службам по месту жительства в России, необходимо предпринять меры по защите всех выделенных на

психиатрическую помощь средств, иначе возникнет искушение воспользоваться реформами, как средством личного обогащения.

2. Целесообразность вложения средств в психиатрическую помощь сегодня убедительно доказана. Затраты на нее оправданы не только тем, что бороться с социальной изоляцией и многочисленными последствиями психических расстройств для здоровья крайне важно, но и тем, что вкладывать в эту область средства выгодно, поскольку это позволяет больным вернуться к нормальной жизни и приносить пользу обществу.

3. Лишь некоторым странам удалось достигнуть оптимального сочетания предоставляемых услуг. Даже в пределах одной страны может существовать значительный дисбаланс в географическом распределении служб охраны психического здоровья, что является очень актуальным для РФ.

4. Прежняя система оказания психиатрической помощи ассоциируется с повышением, а не с понижением нетрудоспособности и инвалидности, со стигматизацией пациентов, членов семей и лиц, страдающих психическими расстройствами, а также с нарушениями прав человека. Россия в этом свете остается одной из представительниц подобной стигматизации. В этой связи при оказании услуг охраны психического здоровья необходимо снизить зависимость от психиатрических клиник.

Библиографический список:

1. Опыт развития психиатрических служб в Северной Америке. Robert E. Drake, Eric Latime. Журнал «World psychiatry», том 11, номер 1, 2012 год. С.51 – 54.

2. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Организация служб охраны психического здоровья. ВОЗ: Женева, 2006 год. С. 39 -47.

3. Психиатрическая помощь в Европе: политика и практика. Под ред. Martin Knapp, David McDaid, Elias Mossialos, Graham Thornicroft. Open University Press/McGraw Hill, 2005 год. С. 2-4.

4. Опыт, полученный в ходе развития психиатрической помощи в сообществах в Восточной и Юго-Восточной Азии. Hiroto Ito, Yutaro Setoya, Yuriko Suzuki. Журнал «World Psychiatry» том 11, номер 2, 2012 год. С. 2-3.

Рахманова Умида Улугбековна

Старший преподаватель кафедры “Факультетской и госпитальной терапии” Ташкентской
медицинской академии, г. Ургенч, Республика Узбекистан

Rahmanova Umida

Faculty of the faculty and hospital therapy
Urgench branch of the Tashkent medical academy in Urgench city, Republic of Uzbekistan

УДК 16.15+615.38+616.8+616-053.2+616-092

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ ПРИ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ

STUDY OF THE FEATURES OF GENETIC POLYMORPHISMS IN THROMBOCYTOPILIA

Аннотация: Известно, что в генезе тромбоцитопении немаловажную роль определяют генетические факторы. Значительные успехи в изучении генетических полиморфизмов при тромбоцитопении раскрывают многие неизвестные стороны механизма развития заболевания. Однако, большинство этих исследований имеют противоречивые данные. Это требует проведения дальнейших исследований по изучению роли генетических полиморфизмов при тромбоцитопении.

Ключевые слова: геморрагические диатезы, тромбоцитопении, диагностика, гены, полиморфизм.

Annotation. It is known that in the genesis of thrombocytopenia important role identify genetic factors. Significant advances in the study of genetic polymorphisms for thrombocytopenia reveal many unknown aspects of the mechanism of the disease. However, most of these studies are conflicting data. This requires further research to study the role of genetic polymorphisms for thrombocytopenia.

Keywords: hemorrhagic diathesis, thrombocytopenia, diagnostics, gene, polymorphism.

Введение

Тромбоцитопении являются довольно широко распространенной группой заболеваний среди геморрагических диатезов, проявляющиеся геморрагическим синдромом микроциркуляторного типа, обусловленным снижением числа тромбоцитов в крови больного, при отсутствии любых других значимых изменений в количественном и качественном составе системы крови. Заболевание считается наиболее распространенной иммунной гемопатией, с частотой развития около 16-32 случаев на миллион населения в год {1}. Несмотря на кажущуюся внешнюю “легкость” заболевания и относительную редкость фатальных кровотечений, оно приводит к существенной психологической и социальной дезадаптации пациента со снижением качества жизни вплоть до уровня, сопоставимого с таковым у больных с артритом и сахарным диабетом. Кроме этого при ИТП риск угрожающих жизни кровотечений достаточно высок и составляет 5,0%, а общий риск летального исхода относительно популяции, в целом, хотя и определяется невысоким коэффициентом (1.3), но он может достигать и 4,2 при длительно наблюдающемся уровне тромбоцитов менее $30 \times 10^9/\text{л}$ в течение 2 лет после верификации диагноза {1}.

Известно, что заболевание может иметь как первичный, так и вторичный генез и ассоциироваться при этом с различными факторами. Учитывая распространенность и медико-социальную значимость заболевания, вопросы изучения механизмов его развития занимают первое место.

Все большую актуальность в последние годы в изучении патогенетических аспектов развития многих заболеваний приобретает изучение генетических факторов. На сегодняшний день по современным литературным данным известно, что и при тромбоцитопении немаловажную роль в генезе заболевания также определяют генетические полиморфизмы различных генов. Вместе с тем, данные по изучению генетических аспектов при тромбоцитопении малочисленные, а существующие данные часто противоречивы {1,2}.

По сведениям некоторых авторов, в развитии тромбоцитопении определенную роль играет

наследственная предрасположенность качественной неполноценности тромбоцитов-передаваемая по аутосомно-доминантному типу {2}.

Зарубежными учеными изучены различные генетические полиморфизмы при тромбоцитопении, определяющие ту или иную роль в генезе заболевания {3,4,7}.

Известно, что важную роль в развитии некоторых аутоиммунных заболеваний играют воспалительные цитокины, а именно интерлейкин IL-17 F. В связи с чем, Saitoh T., Tsukamoto N., Koiso H. у больных с иммунной тромбоцитопенией провели исследования по изучению полиморфизма гена интерлейкина-17 F. Ученые изучили связь между хронической ИТП и частотой однонуклеотидного полиморфизма rs 763780 (7488T/C) гена интерлейкина-17F у 115 пациентов (50 -мужчин и 65- женщин, средний возраст 43 года) с диагнозом хроническая ИТП и 190 здоровых людей

(80 -мужчины, 110-женщины, средний возраст-38 лет). По сравнению с контрольной группой, у пациентов с хронической ИТП выявлена значительно более низкая частота генотипа 7488CC IL-17F (0% против 4,8%, $p < 0,05$). Частота аллелей 7488C IL-17F пациентов с хронической ИТП была также значительно ниже, в сравнении с контрольной группой (8,7% против 15,2%, $OR = 0,48$, $95\% CI = 0,27-0,84$, $p = 0,016$). Кроме того, у пациентов с наличием генотипа 7488TT IL-17F отмечен довольно низкий уровень тромбоцитов в сравнении с носителями генотипа 7488TC генотипа IL-17F (20,9% против 0%, $p = 0,04$). В заключении исследователи пришли к выводу, что наличие аллеля 7488T в гене IL-17F ИТП {7}.

Ученые Wu K.H., Peng C.T., Wan L. (2007) изучили полиморфизм интерлейкина IL-1 beta экзон 5 и IL-1 рецепторов у 30 китайских детей с хронической тромбоцитопенией и 50 детей с острой тромбоцитопенией, в результате чего выявили, что полиморфизм рецепторов IL-1 связан с развитием заболевания {3}

Rocha A.M., De Souza C., Rocha G.A. et al. (2010) на основании своих исследований проведенных у 122 больных с тромбоцитопенией, пришли к заключению, что повышенные уровни IL-2-330G и IL-1 RN играют определенную роль в патогенезе развития тромбоцитопении {7}.

Египетские исследователи Каирского университета Anis S.K., Abdel Ghany E.A., Mostafa N.O., Ali A.A., (2011), изучая полиморфизм гена RPTN 22 у 50 детей с тромбоцитопенией, обнаружили высокую частоту нуклеотидного полиморфизма 1858C>T в изучаемом гене, в результате которого пришли к выводу, что это можно рассматривать как генетический фактор риска в развитии тромбоцитопении у египетских детей {3}.

Китайские ученые Zhao H., Du W., Gu D. et al. (2009), изучая роль полиморфизма промотора DNMT3B 579>T среди больных тромбоцитопенией китайского населения, не выявили существенных различий в распределении генотипов и аллелей гена между больными и контрольной группой {4}.

Немецкие (2007) {7}, китайские (2010), {1} и египетские (2011) {2} исследования представляют факты. Что В-клеточный фактор активации (BAFF) является важным патогенетическим фактором в развитии тромбоцитопении, проведенных у 53 пациентов с тромбоцитопенией, у которых выявили повышение полиморфного участка промотора (-871) BAFF в сравнении с контрольной группой.

Во многих зарубежных источниках приводятся противоречивые данные о роли фактора некроза опухоли в патогенезе тромбоцитопении. Так, ученые Кембриджского университета изучили у 206 пациентов с тромбоцитопенией, выявили высокую частоту (95%) полиморфизма фактора некроза опухоли TNFA-308g>a {4}. Японские ученые также в своих исследованиях по изучению полиморфизма TNF-beta (+252G/A) у 84 больных японцев выявили высокую частоту полиморфизма данного гена. Турецкими учеными {3} проведено изучение полиморфизма генов TNF-alfa, TGF-beta 1, IL-10, IL-6, IFN-gamma, MBL, GPIA и IL-1A у 71 больного с ИТ. В результате проведенного исследования ими обнаружен высокий уровень экспрессии TNF-alfa (-308) фенотипа AG, уменьшение генотипа TTTGF-beta 1, высокие уровни генотипа BBMBL, генотипа A1/A2 IL-1 RA у больных с ИТ, что позволило их определить как гены, предрасполагающих развитию заболевания. Тогда как Atabay B., Oren H., Irken G., et al. (2003), изучая полиморфизм трансформирующего фактора роста бета 1 (TGF-beta1) у 40 детей с ИПТ, не обнаружили достоверных различий с контрольной группой, что свидетельствует о том, что полиморфизм данного гена не может являться генетическим фактором риска в развитии тромбоцитопении {4}.

Японские ученые Nomura S., Matsuzaki T., Ozaki Y. et al. (1998) на основании своих исследований отмечают у 111 японских пациентов с тромбоцитопенией высокую частоту полиморфизма HLA-DRB1*04, что свидетельствует о влиянии этих генетически детерминированных факторов на

развитии тромбоцитопении. Эти данные подтвердились также в исследованиях Negi R.R., Bhoria P., Pahuja A et al. (2012) {3,5}.

В свою очередь, Negi R.R., Bhoria P., Pahuja A et al. (2012) в своих исследованиях на основе генотипирования аллелей HLA-DRB1 не выявили связи между антигенами HLA и тромбоцитопенией среди населения Индии

Анализируя вышеприведённые данные можно заключить, что значительные успехи в изучении генетического полиморфизма при тромбоцитопении раскрывают многие ее неизвестные стороны. Вместе с тем большинство этих исследований имеют противоречивые данные. В этой связи, очевидна необходимость дальнейших исследований с целью устранения данного противоречия и совершенствования диагностики, способов мониторинга и прогнозирования тромбоцитопении.

Библиографический список:

1. Шумихин А.В. Клинико-лабораторные показатели иммунной тромбоцитопении, ассоциированной с *Helicobacter Pylori*-инфекцией, возможности оптимизации терапии. // Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Пермь 2011. С 24.
2. Abrams C.S. et al. Platelet signal transduction. 2011, Ch.31:541-559
3. Dogan M, Oner AF, Acikgoz M, Uner A. Treatment of chronic immune thrombocytopenic purpura with rituximab in children. // Indian J Pediatr. 2009 Nov; 76(11):1141-4
4. Heemskerk J.W.M. et al. Platelet activation and blood coagulation. // Thromb. Haemost. 2012; 88(2):186-193.
5. Noris P, Perrotta S, Ser M, et al. Mutations in ANKRD26 are responsible for a frequent form of inherited thrombocytopenia: analysis of 780 patients from 21 families. // Blood 2011; 117(24):6673-6680.
6. Punzo F, Mientjes EJ, Rohe CF, et al. A mutation in the acyl-coenzyme A binding domain-containing protein 5 gene (ACBD5) identified in autosomal dominant thrombocytopenia. // J. Thromb. Haemost (JTH) 2010; (9):2085-2087
7. Saitoh T, Tsukamoto N, Koiso H. Interleukin-17F gene polymorphism in patients with chronic immune thrombocytopenia. // Eur. J. Haematol. 2011 Sep; 87(3):253-8. Do:10.1111/j.1600-0609.2011.01651.x
8. Scully M, Brown J, Patel R. Human leukocyte antigen association in idiopathic thrombotic thrombocytopenic purpura: evidence for an immunogenetic link. // J. Thromb. Haemost. 2010 Feb; 8(2):257-62. Epub.

Файзуллаева Нодира Илхамовна

Ассистент кафедры “Факультетской и госпитальной терапии” Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии, г. Урганч, Республика Узбекистан

Fayzullayeva Nodira

Faculty of the faculty and hospital therapy

Urgench branch of the Tashkent medical academy in Urgench city, Republic of Uzbekistan

УДК 16.15+615.38+616.8+616-053.2+616-092.

ТРОМБОЦИТОПЕНИИ**THROMBOCYTOPENIA**

Аннотация. Литературные данные свидетельствуют о том, что развитие тромбоцитопений определяется сложным взаимодействием различных экзо и эндогенных факторов. Причины и механизм развития тромбоцитопений многообразен, неоднозначен, сложен и до настоящего времени до конца не разработан, не смотря на то, что эта патология изучается в течение столетия. Это требует дополнительного изучения патогенетических механизмов заболевания.

Annotation. Literature data indicate that the development of thrombocytopenia determined by a complex interaction of various exogenous and endogenous factors. The causes and mechanism of thrombocytopenia is diverse, ambiguous, complex, and so far has not been fully developed, despite the fact that this pathology is studied in the course of the century. This requires further study of the pathogenetic mechanisms of disease.

Ключевые слова: тромбоцитопении, патогенез, экзогенные факторы, механизм развития, патология

Key words: thrombocytopenia, pathogenetic mechanisms, exogenous factors, mechanism of development, pathology

Патология тромбоцитов является причиной кровоточивости почти в 80 % случаев. При этом тромбоцитопения - наиболее частое ее проявление. Принято считать, что в норме количество тромбоцитов должно быть в пределах $(150-400) \times 10^9/\text{л}$. В нормальных физиологических условиях количество тромбоцитов в крови может колебаться. Оно зависит от физической нагрузки, пищеварения, гормонального фона. Продолжительность жизни тромбоцитов - 9-10 дней. Около 1/3 кровяных пластинок депонируется в нормальной селезенке. В тех случаях, когда количество тромбоцитов менее $150 \times 10^9/\text{л}$, следует констатировать тромбоцитопению. Частота этого феномена достаточно велика - от 10 до 130 новых случаев на 1 млн населения [1,4].

По литературным данным этиология и патогенез тромбоцитопении (ТП) во многом определяются тем, какой — наследственный или приобретенный — характер носит заболевание. Чаще всего, в том числе и при наследственной тромбоцитопении (НТ), наблюдается повышенное разрушение тромбоцитов (95%), обусловленное антителами, механическими проблемами или внутрисосудистым свертыванием. Реже (5%) ТП обусловлены снижением продукции тромбоцитов или имеют смешанный генез [1,3, 5, 9].

В 1879 году американская женщина-врач Moschcowitz Elli, описала злокачественную форму тромбгемолитической-тромбоцитопенической пурпуры у 16-летней девушки. Заболевание имело острое начало и проявлялось лихорадкой, нарушением функции почек и ЦНС, явлениями сердечной недостаточности при выраженной тромбоцитопении. На вскрытии выявлено множество тромбов в капиллярах и мелких артериолах, почти целиком состоящих из тромбоцитов и небольшого фибринового компонента. Заболевание характеризовалось сочетанием выраженной тромбоцитопении с внутрисосудистым гемолизом (с множеством фрагментированных эритроцитов) и неврологические проявления - от нерезкого нарушения сознания, двигательных и чувствительных

функций до судорог и комы. На сегодня известно, что эти клинические проявления в 70-90 % случаев бывают однократными, и лишь у 10-30% пациентов они рецидивируют при беременности, различных инфекциях, химиотерапии. У отдельных больных они могут рецидивировать через регулярные интервалы [9,10].

В 1916 г. Казнельсон предположил, что при тромбоцитопенической пурпуре повышается интенсивность разрушения тромбоцитов в селезенке. Многие годы более популярной была гипотеза Франка. Однако последующие исследования установили, что продолжительность жизни тромбоцитов при любом типе тромбоцитопенической пурпуры остро уменьшается. В норме продолжительность существования данных форменных элементов крови составляет 7–10 суток, а при развитии патологии – всего несколько часов [5].

При дальнейших исследованиях было выявлено, что в большем проценте случаев тромбоцитопений содержание кровяных пластинок, формирующихся в единицу времени, не уменьшается, как предполагали раньше, а значительно возрастает по сравнению с нормальным их количеством – в 2–6 раз. Увеличение количества мегакариоцитов и тромбоцитов связано с увеличением количества тромбоцитопоэтинов (факторов, способствующих формированию и росту указанных выше клеток крови) в ответ на снижение количества тромбоцитов. Число функционально полноценных мегакариоцитов не уменьшено, а увеличено. Большое количество молодых мегакариоцитов, быстрое отщепление тромбоцитов от мегакариоцитов и быстрый их выход в кровоток создают ошибочное впечатление, что функция мегакариоцитов при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре нарушается [5,6].

Известно, что при наследственных формах тромбоцитопенической пурпуры продолжительность жизни тромбоцитов укорачивается в результате дефекта в строении их мембраны или в результате дефекта энергетического обмена в них. Согласно данным Г. Езутачана, Д.О. Добрянского (2002), основной причиной НТ являются инфекционно-воспалительные заболевания — 64,8%, в том числе и внутриутробные (особенно TORCH) инфекции (ВУИ) — 7%. ТП при тяжелых бактериальных инфекциях у новорожденных — очень частое явление; ее выявляют более чем у 50% больных с сепсисом. Она обусловлена сниженной продукцией тромбоцитов, ретикулоэндотелиальной гиперплазией с секвестрацией, угнетением мегакариоцитарного ростка токсинами возбудителя, гиперспленизмом, ДВС-синдромом и повышенным разрушением [1, 6, 7, 9].

При иммунных тромбоцитопениях по данным многих авторов [2,3] при аутоиммунной тромбоцитопении вырабатываются антитела против неизмененных тромбоцитарных антигенов, т. е. причиной их продукции является не изменение антигенной структуры тромбоцитов, а нарушение толерантности иммунной системы больного к собственным антигенам. Чаще всего аутоантитела бывают направлены против главных и наиболее иммуногенных белков тромбоцитов - комплекса мембранных гликопротеидов (ГП) Пв-IIIa и ГП Пв. Развитие тромбоцитопении по аутоиммунному механизму, характерному для ИТП, может наблюдаться и при других патологиях, таких как системная красная волчанка и лимфопролиферативные заболевания. В последнем случае главной причиной снижения числа тромбоцитов в крови является угнетение мегакариоцитарного ростка костного мозга, однако присоединение иммунного механизма усиливает тромбоцитопению. В этих случаях речь идет о вторичной, в отличие от первичной или идиопатической, аутоиммунной тромбоцитопении [4].

Гетероиммунные тромбоцитопении возникают в результате воздействия вирусов чаще всего встречаются у детей. До 70% случаев тромбоцитопении у детей ассоциировано с предшествующими вирусными инфекциями, такими как ветрянка, корь, аденовирусная инфекция и др. Иногда тромбоцитопения может быть следствием вакцинации. У взрослых известна ассоциация тромбоцитопении с ВИЧ-инфекцией. Предполагается, что вирусы могут изменять антигенную структуру тромбоцитов, как в результате взаимодействия с мембранными белками, так и вследствие неспецифической фиксации на поверхности тромбоцитов. В результате может происходить, во-первых, выработка антител против измененных тромбоцитарных антигенов, во-вторых — перекрестное взаимодействие собственно противовирусных антител с тромбоцитами. Эти механизмы пока еще являются предположительными, их доказательство требует дальнейших исследований. У большинства детей тромбоцитопения, ассоциированная с вирусной инфекцией или вакцинацией, носит острый характер и проходит через несколько недель или месяцев. Однако у 10-20% детей тромбоцитопения приобретает хроническую форму, что обычно предполагает развитие аутоиммунного, неаггенового механизма заболевания [3,4].

По данным О.К. Головки, Г.Л. Линчевского и О.В. Воробьева (2006) при неонатальной аллоиммунной тромбоцитопенической пурпуре антитела вырабатываются в результате иммунизации матери аллоантигенными детерминантами, содержащимися на тромбоцитах отца и ребенка, но отсутствующими на материнских тромбоцитах. Аллоантитела вызывают развитие тромбоцитопении у плода, которая сохраняется и у новорожденных детей в течение 2-3 недель после родов. Наиболее частой причиной продукции аллоантител (до 70-80% в европейских популяциях) является несовместимость родителей по аллоантигену HPA-1 (Human Platelet Alloantigen 1, или PLA согласно старой классификации), который представлен в двух аллельных формах: HPA1a и HPA1b (PLA1 и PLA2). Обычно происходит иммунизация матери, гомозиготной по более редкому аллоантигену HPA1b, аллоантигеном HPA1a, присутствующим на тромбоцитах отца и плода. Риск аллоиммунизации по такому механизму ассоциирован с наличием у матери антигена гистосовместимости HLA- DR3 (w52a). Частота развития неонатальной аллоиммунной тромбоцитопении составляет 1/5000 новорожденных, а количество тяжелых осложнений, в первую очередь, внутрисерепных кровоизлияний доходит до 20%. В отличие от несовместимости по Rh-антигену, эта патология может развиваться уже при первой беременности [6].

Имеются данные [7] по лекарственным препаратам, способных стимулировать выработку гаптенных антител и лекарственную тромбоцитопению (препараты хинин/хинидинового ряда и гепарин). Известно, что хинин/хинидин связывается с GPIIb, а гепарин с тромбоцитарным IV фактором. Образующиеся в результате этих взаимодействия комплексы тромбоцитарных белков с лекарствами- гаптенами стимулируют образование гаптенных аутоантител и последующую тромбоцитопению. Лекарственные тромбоцитопении носят временный характер и обычно исчезают после прекращения приема препаратов [7].

Определение антиромбоцитарных антител (антител против тромбоцитов) сопряжено с большими методическими трудностями, что обусловило большинство расхождений в классификациях тромбоцитопений [1]. Так, во многих работах болезнь Верльгофа делят на две формы: иммунную и неиммунную. Для доказательства иммунной формы болезни Верльгофа определяют тромбоагглютинины сыворотки (вещества, способствующие «склеиванию» тромбоцитов). Однако при иммунных тромбоцитопениях антитела в большинстве случаев прикрепляются на поверхности тромбоцитов, нарушая тем самым их функцию и приводя к их гибели. При всем этом антитела не вызывают агглютинации тромбоцитов. Метод тромбоагглютинации позволяет определить только антитела, вызывающие агглютинацию («склеивание») тромбоцитов при смешивании сыворотки больного с кровью донора. Нередко «склеивание» возникает при воздействии не только исследуемой, но и контрольной сыворотки. Это связано со способностью тромбоцитов агрегировать (образовывать различного размера агрегаты), и их агрегация практически неотличима от агглютинации. В связи с этим оказалось невозможным использовать для определения антиромбоцитарных антител не только тромбоагглютинацию, но и прямую и непрямую пробы Кумбса [1,2].

Тест Штеффена широко использовали для определения антител против тромбоцитов, однако его чувствительность оказалась незначительной. Результаты часто оказывались ложноположительными и при использовании донорской сыворотки и сыворотки больных с другими заболеваниями [3].

За последние годы были предложены новые, более чувствительные и более надежные, пробы для определения антител против тромбоцитов (антиромбоцитарных антител) [3]. Часть методов основана на определении способности антител сыворотки больного повреждать тромбоциты здоровых людей, а также на определении продуктов распада тромбоцитов. У 65% больных тромбоцитопенической пурпурой в сыворотке обнаруживаются антитела, относящиеся к классу IgG. Установлено также, что эти антитела можно выделить из экстрактов селезенки, удаленной у больного тромбоцитопенической пурпурой. Все эти методы определяют лишь антитела, присутствующие в сыворотке крови, что, во-первых, снижает чувствительность, так как в сыворотке далеко не у всех больных имеются антитела, а во-вторых, не позволяет дифференцировать алло- и аутоантитела [4].

Наибольший интерес представляет метод Диксона. В основе данного метода лежит количественное определение антител, расположенных на мембране тромбоцитов. В норме на мембране тромбоцитов содержится определенное количество иммуноглобулина класса G. При иммунных тромбоцитопениях его количество возрастает в несколько десятков раз. Метод Диксона

представляет большую информативную ценность, но он более трудоемок и не может использоваться в широкой практике. К тому же существует определенная нижняя граница количества тромбоцитов, при которой можно исследовать антитела на их поверхности. При очень низких цифрах метод Диксона неприемлем [4,5].

С целью исследования антитромбоцитарных антител рекомендуется использовать иммунофлюоресцентный метод. В данной методике используется параформальдегид, который гасит неспецифическое свечение, образующееся при образовании комплексов «антиген + антитело», оставляя лишь связанное с антитромбоцитарными антителами [6].

При помощи всех перечисленных методов на поверхности тромбоцитов у большинства больных тромбоцитопенической пурпурой выявляются антитромбоцитарные антитела.

Таким образом, анализируя литературные данные, становится ясным, что причины и механизм развития тромбоцитопений многообразен, неоднозначен, сложен и требуют дополнительного исследования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексеев П.В. Геморрагические диатезы и тромбофилии. СПб: Гиппократ; 2005.
2. Аряев М.Л. Неонатологія (посібник). — Київ, 2003. — С. 325-331.
3. Бокарев И.Н. Тромбоцитопении // Клиническая медицина. —1999. — №6. — С. 55-59.
4. Воробьев А.И. Руководство по гематологии. Т.3.М.:Ньюдиамед; 2005, С.29-35.
5. Гайдукова С.М., Видиборець С.В., Пясецька Н.М. Тромбоцитопенії новонароджених / Профілактика, діагностика і корекція вроджених вад розвитку у новонароджених // Матеріали науково-практичної конференції. — Київ, 2001 р. 17-18 квітня. —С. 28-31.
6. Головки О.К., Линчевский Г.Л., Воробьева О.В. // Журнал «Здоровье ребенка» 2(2) 2006 / Клинические лекции.
7. Заплатников А.Л., Вирихева З.Н. Синдром тромбоцитопении в неонатологической практике // Новое в трансфизиологии. —1997. —Вып. 19. — С. 65-69.
8. Шитикова А.С. Роль тромбоцитов в коагуляционном процессе. СПбГМУ; 2003. 4-16.
9. Abrams C.S. et al. Platelet signal transduction. 2001, Ch.31:541-559/
10. Heemskerk J.W.M. et al. Platelet activation and blood coagulation. Thromb. Haemost. 2002; 88 (2): 186-193.

Нурметова Юлдуз Балтаевна

ассистент Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии
Кафедра “Факультетской и госпитальной терапии”, г. Ургенч, Республика Узбекистан

Nurmetova Yulduz

Faculty of the faculty and hospital therapy
Urgench branch of the Tashkent medical academy in Urgench city, Republic of Uzbekistan

УДК: 616.611-002-036.12+053.2/.5

ИЗУЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ

STUDY OF SOME PECULIARITIES OF COGNITIVE AT-TREATMENTS IN CHRONIC CLOMERULONEPHRITIS IN CHILDREN

Аннотация: У детей с С1 и С2 стадиями ХБП имелись нарушения в когнитивной сфере, проявляясь эмоционально-поведенческими расстройствами, снижением памяти и внимания, обусловленные эмоциональным состоянием ребенка. В группе детей с С3а и С3б стадиями ХБП, особенно с наличием ПЭ, низкая продуктивность внимания и ее устойчивость четко взаимосвязаны с расстройствами в эмоциональной сфере и нарушениями различных видов памяти.

Annotation: Children patients with chronic renal failure of C1 and C2 stages were observed with lesions of the cognitive functions, which were evident by emotional and behavioral disturbances, deprivation of memory and attention caused by emotional state of the patients. In groups of children with C3a and C3b stages of chronic renal failure, especially with renal encephalopathy, low attention performance and lack of its stability were evidently dependent on disturbances of the emotional sphere and deprivation of different types of memory patterns.

Ключевые слова: дети, хронический гломерулонефрит, почечная энцефалопатия, интеллектуально-мнестический синдром.

Key words: children, chronic glomerulonephritis, renal encephalopathy, intellectual disability syndrome.

Среди всех заболеваний мочевыделительной системы у детей хронический гломерулонефриты (ХГН) занимают ведущее место, частота их не имеет тенденции 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 и почечной 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 75 детей с нефротической формой (НФ) ХГН, в возрасте 7-10 лет, лечившихся в 1-клинике ТМА и в городском нефрологическом центре с 2008 по 2011 гг. с различными формами ХГН. Продолжительность ХГН составила в среднем $4,32 \pm 0,78$ лет и колебалась от 1 до 12 лет. Контрольную группу составили 30 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 24 больных с ХБП С3б стадии (существенное снижение уровня СКФ). Поэтому все пациенты по стадиям были разделены на 4 группы: 1-я группа – ХБП С1 (6 пациента); 2-я группа – ХБП С2 (40 больных); 3-я группа – ХБП С3а (17 детей); 4-я группа – ХБП С3б и наличием явных признаков ПЭ (12 пациентов). Психологическое состояние больного осуществляли с помощью специальных тестов: опосредованной памяти с помощью теста «Пиктограмма», внимания – «Корректирующая проба», личностных характеристик – тест Дж. Бака тест «Дом, Дерево, Человек» (ДДЧ) [6, 7]. Цифровой материал обработан методом вариационной статистики с помощью компьютерной программы Excel-70, используя t критерий Стьюдента. Статистически 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-й и 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 симптомокомплексам.

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 симптомокомплекса – 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 выявляются 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 имела 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. Расстройства в эмоционально-поведенческой сфере также характеризовалась быстрой физической и умственной утомляемостью, нервозностью и бедностью других психомоторных реакций.

Внимание характеризует динамику любого психического процесса; это фактор, который обеспечивает селективность, избирательность протекания любой психической деятельности [6, 7,9]. Его можно оценить по методике «корректирующая проба». Данный тест предназначен для определения продуктивности и устойчивости внимания. Проведенные исследования показали, что 73,3% детей контрольной группы отмечены очень высокие значения продуктивности и устойчивости внимания. В 1-й группе детей с оптимальной СКФ 66,7% обследованных больных показали очень высокий уровень развития продуктивности и устойчивости внимания. У пациентов 2-й группы число детей с очень высоким, высоким и средним показателем внимания составило 50; 25 и 17,5%, а число детей с низким и очень низким уровнем развития продуктивности и устойчивости внимания возросло до 7,5%. У пациентов 3-й группы число детей с очень высоким, высоким и средним показателем внимания составило 29,4; 29,4 и 20,0%, а число детей со средним, низким и очень низким уровнем развития продуктивности и устойчивости внимания возросло до 17,6%. Наихудшие результаты продуктивности и устойчивости внимания установлены у детей 4-й группы. Так, число детей с очень высоким, высоким и средним уровнем продуктивности и устойчивости внимания составило 16,7; 16,7 и 16,7%, а число детей с низким и очень низким уровнем возросло до 50,0%.

Можно предположить, что в группе детей с ХГН с сохранной функцией почек имеются нарушения в когнитивной сфере, но на первый план выступают эмоционально-поведенческие расстройства. Снижение памяти и внимания у данной группы детей могут быть в большей степени обусловлены эмоциональным состоянием ребенка. Так, выраженная конфликтность, трудности в общении приводят его к нежеланию правильно выполнить тест, игнорировать врача, также неверие в свои силы – незащищенность и неуверенность в себе влияют на результаты исследования когнитивных функций. В группе детей с ХГН с нарушенной азотовыделительной функцией и, особенно с наличием почечной энцефалопатии, низкая продуктивность внимания и ее устойчивость четко взаимосвязаны с расстройствами, как в эмоциональной сфере, так и нарушениями различных видов памяти. Системный принцип психологического строения высших психических функций, предложенный А.Р. Лурия, позволяет обратиться к синдромальному анализу полученных результатов [7]. На этом основании данные нарушения ВМФ у пациентов с ХГН можно разделить на 2 группы. Первую группу составляют нейродинамические нарушения в виде легкой отвлекаемости, трудности сосредоточения, скорости воспроизведения и запоминания, неравномерной эффективности выполнения заданий. К динамической группе симптомов относятся также быстрая истощаемость, астения. Вторая группа симптомов включает в себя тесную взаимосвязь нарушения памяти (кратковременная, ассоциативная), внимания и эмоциональных процессов. В других познавательных процессах имеются только динамические нарушения.

Нарушения памяти носят больше модально-неспецифический характер, т.е. не зависят от стимульного материала [9, 10]. Выявленные результаты расстройства внимания, а именно его продуктивности и устойчивости в сочетании с эмоциональными дефектами также позволяют отнести

их к группе модально-неспецифических нарушений внимания. Эмоциональные нарушения проявляются в виде повышенной конфликтности, возбудимости, тревожности и реактивности. Иногда имеет место эмоциональное оскудение, депрессивность, что свидетельствует о вовлечении неспецифических срединных структур с заинтересованностью медиобазальных отделов лобной доли. Таким образом, представленные все изменения согласно системному подходу можно отнести больше к нарушению первого функционального блока, который воспринимает и перерабатывает интероцептивную информацию о состоянии внутренней среды организма и регулирует эти состояния с помощью нейрогуморальных, биохимических процессов.

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).

Резюме: У детей с С1 и С2 стадиями ХБП имелись нарушения в когнитивной сфере, проявляясь эмоционально-поведенческими расстройствами, снижением памяти и внимания, обусловленные эмоциональным состоянием ребенка. В группе детей с С3а и С3б стадиями ХБП, особенно с наличием ПЭ, низкая продуктивность внимания и ее устойчивость четко взаимосвязаны с расстройствами в эмоциональной сфере и нарушениями различных видов памяти.

Resume: Children patients with chronic renal failure of C1 and C2 stages were observed with lesions of the cognitive functions, which were evident by emotional and behavioral disturbances, deprivation of memory and attention caused by emotional state of the patients. In groups of children with C3a and C3b stages of chronic renal failure, especially with renal encephalopathy, low attention performance and lack of its stability were evidently dependent on disturbances of the emotional sphere and deprivation of different types of memory patterns.

Библиографический список:

1. Игнатова М.С. Гломеруллопатии у детей. Педиатрия 2011 (3): 125-127.
2. Комарова О.В. Хроническая болезнь почек. Современные представления. Рос. педиатр. журнал 2011 (4): 47-49.
3. Нефрология. Национальное руководство. Под ред. НА. Мухина. ГЭОТАР-Медиа, М., 2009; 720 с.
4. Глориозова Е.Г., Хонджариан 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 когнитивные нарушения. Методич. пособие для врачей. РК Соверо-пресс, М., 2004; 36 с.
10. Дубовская Н.Г. Классификация болезней нервной системы. Триада-Х, М., 2002; 254 с.

Попова Наталья Митрофановна

Ropova Natalya Mitrofanovna

Д.м.н. профессор, заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ

ВО «ИГМА»

426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281

e-mail: kafedra-ozz@mail.ru;

Камалова Наталья Рудольфовна

Kamalova Natalya Rudolfovna

Студент ФГБОУ ВО «ИГМА»

426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281

e-mail: kamalova.nata@yandex.ru;

Семенюта Вячеслав Владимирович

Semenyuta Vyacheslav Vladimirovich

Студент ФГБОУ ВО «ИГМА»

426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281

e-mail: semenyuta0@gmail.com;

Шубина Кристина Максимовна

Shubina Kristina Maksimovna

Студент ФГБОУ ВО «ИГМА»

426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281

e-mail: kriisschubina@yandex.ru

УДК61

ОЦЕНКА РАЦИОНАЛЬНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

EVALUATION OF RATIONALITY OF ANTIBACTERIAL THERAPY IN MEDICAL ORGANISATIONS OF UDMURT REPUBLIC

Аннотация: Врач любой специальности периодически использует для лечения антибиотики. Врачи стационаров вольны в выборе только тех антибактериальных препаратов, которые закупает больница. При закупке антибактериальных препаратов не учитывается чувствительность к ним бактерий в данном регионе. В данной работе представлено сравнение чувствительности бактерий к антибиотикам с используемыми в медицинских организациях антибактериальными препаратами.

Abstract: The doctor of any specialty periodically uses antibiotics for treatment. Doctors of hospitals are free in the choice only of those antibacterial medicines, which are bought by hospital. When purchasing antibacterial medicines the sensitivity of bacteria to them in this region is not considered. The article describes comparison of sensitivity of bacteria to antibiotics with the antibacterial medicines used in the medical organizations.

Ключевые слова: антибактериальная терапия; чувствительность к антибиотикам; антибиотики; рациональная терапия; антибиотикорезистентность.

Key words: antibacterial therapy; sensitivity to antibiotics; antibiotics; rational therapy; antibiotic resistance.

Введение. Рациональность антимикробной терапии на современном этапе медицины является очень важным критерием лечения инфекционных патологий. Особенно актуально вопрос ставится в крупных медицинских организациях, в которых проводится оперативное лечение [1,99]. От выбранного антимикробного препарата и устойчивости бактерий к нему напрямую зависит течение и

прогноз заболевания, результат выполненного оперативного вмешательства, риск развития гнойно-септических осложнений, длительность пребывания больного в стационаре и в целом экономические затраты на лечение [2,15; 3,43].

Число инфекционных заболеваний неуклонно растет, а чувствительность микроорганизмов к существующим антибиотикам снижается. Специалисты в разработке антимикробных средств тратят до 10 лет на открытие и внедрение новых препаратов, бактериям же требуется около 1 года на частичную адаптацию к ним. ВОЗ приводит число 25 тысяч - именно столько человек ежегодно умирает по причине резистентности бактерий к антибиотикам. На современном этапе развития медицины не найдены достаточно эффективные пути борьбы с антибиотикорезистентностью бактерий. Решение данного вопроса в настоящее время опирается лишь на рациональное использование уже существующих антибактериальных средств, постоянный мониторинг устойчивости бактерий к ним и периодическое чередование применяемых препаратов [4,173; 5,64]. С каждым годом возрастает необходимость повышения эффективности антимикробной терапии [6,60].

Цель исследования: оценить рациональность использования антибактериальных препаратов в медицинских организациях Удмуртской Республики.

Материалы и методы исследования. В работе использованы журналы лабораторных данных по определению чувствительности бактерий к антибиотикам методом дисков на базе бактериологических лабораторий БУЗ УР «Воткинская ГБ№1 МЗ УР», отделенческой больницы на ст. Ижевск ОАО «РЖД», БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР» г. Ижевск. Полученные лабораторные данные были сопоставлены с перечнем антибиотиков, которые используются в отделениях исследуемых больниц. Для исследования были взяты следующие отделения: детское инфекционное, гинекологическое, хирургическое отделения ГБ№1 города Воткинска; гематологическое, неврологическое, гинекологическое отделения РКБ№1; терапевтическое, хирургическое, гинекологическое отделения отделенческой больницы «РЖД» города Ижевска. Всего в базе данных за 2016 год 1362 выделенных возбудителя, на которых пришлось 6735 проб на чувствительность с 22-мя антибиотиками 11-ти разных групп.

Результаты исследования и их обсуждения. Детское инфекционное отделение БУЗ УР «Воткинской ГБ№1 МЗ УР». Из антибиотиков, не используемых отделением, выделенные возбудители в 91% случаев оказались чувствительны к имипенему, к цефепиму – 90%, цiproфлоксацину – 69%, оксациллину – 17% и абсолютно не чувствительны оказались бактерии к бензилпенициллину. Из препаратов, используемых для антибактериальной терапии в отделении к левофлоксацину (лефлобакт) оказались чувствительны 50% выделенных возбудителей, к азитромицину – 40%, цефазолину – 25%. К используемым препаратам амикацин, гентамицин, цефотаксим, амоксилав и амоксициллин чувствительность бактерий определить не удалось ввиду малого количества проведенных анализов. В отделении дополнительно используются препараты, к которым не проводился анализ на чувствительность, это цефтриаксон, меропенем (мерексид, меронем) и ванкомицин. Используются антибиотики, к которым анализ на чувствительность бактерий либо не проводился, либо чувствительность менее 50%. При этом некоторые используемые антибиотики имеют более современные аналоги, с большим показателем чувствительности. Рекомендуется заменить лефлобакт (350 руб./шт.) на ципринол (67,06 руб./шт.) или цiproлет (54,18 руб./шт.). Заменить меропенем (509 руб./шт.), мерексид (656 руб./шт.), меронем (5687 руб./10 шт.) на цилапенем (338 руб./шт.), имипенем+циластатин (671 руб./шт.), тиенам (5000 руб./10 шт.). Заменить цефазолин (19 руб./шт.) и цефтриаксон (22 руб./шт.) на цефепим (80,30 руб./шт.), при финансовой возможности медицинской организации. Проводить анализы материалов из отделения на чувствительность к цефтриаксону, меропенему и ванкомицину.

Гинекологические отделения БУЗ УР «Воткинской ГБ№1 МЗ УР», отделенческой больницы на ст. Ижевск ОАО «РЖД», БУЗ УР «Первой Республиканской клинической больницы МЗ УР» г. Ижевска. Из не используемых антибиотиков выделенные возбудители к фосфомицину оказались чувствительны во всех случаях, к левофлоксацину – 82%, амикацину – 74%, тетрациклину – 69%, фурадонину – 64%, цiproфлоксацину – 60%, амоксициллину – 58%, кларитромицину – 38%, азитромицину – 31%, эритромицину – 21%, ампициллину и оксациллину – по 17%, бензилпенициллину – 12%, не определена чувствительность к клиндамицину. Из используемых препаратов к имипенему чувствительны 88% выделенных возбудителей, цефепиму (кефпим) – 81%, гентамицину – 75%, цефотаксиму – 75%, цефтриаксону – 74%, амоксилаву (варклав) – 61%, цефазолину – 53%, ванкомицину – 46%. Не проводились анализы на чувствительность к следующим

используемым антибиотикам – меропенем (мерексид, меронем), пиперациллин (тациллин), цефаклор. Антибиотики используются в соответствии с наибольшей чувствительностью бактерий к ним, кроме ванкомицина (чувствительность 46%) и цефазолина (53%), но данные антибиотики не имеют аналогов в соответствующей фармакологической группе в доступном ценовом диапазоне. Рекомендуется направлять материал на анализ чувствительности бактерий дополнительно к меропенему, тациллину, цефаклору.

Хирургические отделения БУЗ УР «Воткинской ГБ№1 МЗ УР», отделенческой больницы на ст. Ижевск ОАО «РЖД», БУЗ УР «Первой Республиканской клинической больницы МЗ УР» г. Ижевска. Из не используемых в отделениях антибиотиков к имипенему чувствительны 93% возбудителей, кларитромицину – 56%, оксациллину – 34%, бензилпенициллину – 3%. Из используемых антибиотиков к цiproфлоксацину (ципролет, ципринол) чувствительны 90% возбудителей, гентамицину – 87%, левофлоксацину (лефлобакт) – 85%, амикацину – 76%, цефотаксиму – 73%, азитромицину (суммамед) – 62%, цефтриаксону – 62%, цефепиму (кефпим) – 62%, амоксициллину – 40%, ванкомицину – 38%, цефазолину – 36%, амоксиклаву – 31%. К некоторым используемым антибиотикам анализов не проводилось, это ампициллин, меропенем (мерексид, меронем), цефуроксим, линкомицин и офлоксацин. Антибиотики в основном используются в соответствии с наибольшей чувствительностью бактерий, исключение составляют: амоксилав и ванкомицин, которые не могут быть заменены, и цефазолин, помимо которого применяются цефалоспорины более нового поколения. Рекомендуется заменить меропенем (509 руб./шт.), мерексид (656 руб./шт.), меронем (5687 руб./10 шт.) на цилапенем (338 руб./шт.), имипенем+циластатин (671 руб./шт.), тиенам (5000 руб./10 шт.). Рекомендуется направлять материал на анализ чувствительности бактерий дополнительно к меропенему, ампициллину, цефуроксиму, линкомицину и офлоксацину.

Гематологическое отделение БУЗ УР «Первой Республиканской клинической больницы МЗ УР» г. Ижевска. Из не используемых антибиотиков к сульбактаму оказались чувствительны 75% выделенных возбудителя, к цiproфлоксацину – 71%, азитромицину – 67%, амикацину – 64%, цефазолину – 63%, цефотаксиму – 59%, гентамицину – 55%, флуконазолу – 40%, бисептолу – 33%, не определена чувствительность к ванкомицину и вориконазолу. Среди используемых в отделении антибиотиков к имипенему и меропенему оказались чувствительны все выделенные возбудители, к пиперациллину (тациллин) – 79%, цефтриаксону – 58%. Не проводились анализы к цефоперазону, цефепиму, линезолиду, эртапенему (инванз), тигециклину (тигацил). Анализ на чувствительность бактерий проводится только к 4 из 9 используемых препаратов. Рекомендуется направлять материал на анализ чувствительности бактерий дополнительно к цефоперазону, цефепиму, линезолиду, эртапенему, тигециклину.

Неврологическое отделение БУЗ УР «Первой Республиканской клинической больницы МЗ УР» г. Ижевска. Из не используемых антибиотиков к гентамицину чувствительны 50% выделенных возбудителя, к цефазолину – 36%, цефотаксиму – 31%, азитромицину – 25%, не определена чувствительность бактерий к бисептолу, вориконазолу и флуконазолу. Среди используемых в отделении антибиотиков к пиперациллину (тациллин) чувствительны 67%, меропенему (меронем) – 50%, сульбактаму – 38%, тигециклину (тигацил) – 33%, цефтриаксону – 31%, цiproфлоксацину – 25%. Так же в отделении используется амикацин, к которому, по результатам анализов за взятый период оказались не чувствительны 100% выделенных возбудителей. Используются так же препараты, к которым не проводились анализы – ванкомицин, левофлоксацин, цефоперазон и цефепим. Чувствительность бактерий менее 50% к большинству исследованных антибактериальных препаратов. Для лечения используются препараты, не имеющие аналогов в соответствующей фармакологической группе в доступном ценовом диапазоне. При этом к 4 из 11 используемых препаратов анализ не проводился. Рекомендуется направлять материал на анализ чувствительности бактерий дополнительно к ванкомицину, левофлоксацину, цефоперазону, цефепиму.

Терапевтическое отделение отделенческой больницы на ст. Ижевск ОАО «РЖД». К не используемым в отделении антибиотикам оказались чувствительны к ванкомицину – все выделенные возбудители, оксациллину – 33%, ампициллину – 22%, не определена чувствительность к фосфомицину и норфлоксацину. Среди используемых для терапии антибиотиков к цефазолину чувствительны 95%, амоксициллину – 91%, цефтриаксону – 76%, левофлоксацину (лефлобакт) – 73%, цiproфлоксацину (ципринол) – 62%, гентамицину – 60%, амикацину – 56%, не определена чувствительность к цефотаксиму. Помимо этого, используются так же антибиотики амоксициллин с

клавуланатом (амоксиклав, панклав, флемоксин солютаб), азитромицин, кларитромицин, мидекамицин (макропен), нистатин. Анализ на чувствительность проводился только к 9 из 17 используемых препаратов. Чувствительность бактерий к этим антибиотикам наибольшая, за исключением цефотаксима, чувствительность к которому не определена ввиду малого количества проведенных анализов. Рекомендуются отправлять материал на анализ чувствительности бактерий дополнительно к амоксиклаву, азитромицину, кларитромицину, нистатину, мидекамицину.

Заключение. По результатам антибиотикограмм в среднем наиболее чувствительны выделенные возбудители оказались к фосфомицину (100%), имипенему (91%), левофлоксацину (82%), цефепиму (77%), гентамицину (76%), цефотаксиму (74%), пиперациллину (73%), меропенему (71%) и амикацину (70%). Наименее чувствительны бактерии оказались к ванкомицину (44%), кларитромицину (44%), азитромицину (40%), эритромицину (29%), оксациллину (26%), ампициллину (17%) и бензилпенициллину (13%).

Фосфомицин - антибиотик, к которому выделенные возбудители чувствительны в 100% случаев, не используется ни в одном из рассмотренных отделений. Имипенем (чувствительность 91%) используется в гинекологических отделениях ГБ№1 города Воткинска и РКБ №1 и в гематологическом отделении РКБ №1. Левофлоксацин (82%) используется в детском инфекционном и хирургическом отделениях ГБ№1 города Воткинска и в терапевтическом отделении «РЖД» больницы. Ванкомицин (44%) используется в хирургическом и гинекологическом отделениях ГБ№1. Азитромицин (40%) - в детском инфекционном, хирургическом отделениях ГБ№1, хирургическом и терапевтическом отделениях больницы «РЖД». Эритромицин, оксациллин, ампициллин, кларитромицин и бензилпенициллин не используется ни в одном из исследованных отделений, чувствительность бактерий к ним наименьшая из исследованных антибиотиков.

Такие антибиотики, как левофлоксацин, цефазолин, цефтриаксон и меропенем на данный момент имеют аналоги в соответствующих фармакологических группах, к которым бактерии более чувствительны.

Библиографический список:

1. **Киреев, Д. А.** Значение микробиологического анализа для рациональной антибактериальной терапии в урологическом отделении стационара высокотехнологичной медицинской помощи / Д.А. Киреев, Д.В. Писаненко, А.А. Данилов, Д.В. Абрамов, М.В. Хазов, С.В. Романов, О.В. Руина, А.Б. Строганов // ПМ. 2014. №3 (79). С.98-102.
2. **Попов, Д. А.** Послеоперационные инфекционные осложнения в кардиохирургии / Д.А. Попов // Анналы хирургии. 2013. №5. С.15-21.
3. **Чаленко, Я. М.** Исследование антибиотикорезистентности микро-организмов электрохимическими методами / Я.М. Чаленко, В.В. Шумянцева, С.А. Ермолаева, А.И. Арчаков // Биомедицина. 2012. №1. С.43-48.
4. **Игнатенко, А. В.** Анализ антибиотикорезистентности микроорганизмов E . Coli / А.В. Игнатенко, Н.М. Аль-хаммаш // Труды БГТУ. Серия 4: Химия и технология органических веществ. 2012. №4. С.173-175.
5. **Хасанова, Г. Ф.** Этиологическое значение и антибиотико-чувствительность неферментирующих грамотрицательных бактерий в клинической практике / Г.Ф. Хасанова, А.Р. Мавзютов, И.А. Мирсаяпова, С.Г. Хасанова, Г.Д. Хазеева, Р.Ш. Магазов, Н.Н. Ворошилова // Медицинский вестник Башкортостана. 2012. №1. С.63-65.
6. **Тец, В.В.** Микробные биопленки проблемы антибиотикотерапии/ В.В. Тец, Г.В. Тец // Практическая пульмонология. 2013. №4. С.60-64.

Научное издание

Коллектив авторов

ISSN 2500-378X

Научный медицинский журнал «Авиценна» Кемерово
2017