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 №20

КЕМЕРОВО 2018

11 июня 2018 г.
ББК Ч 214(2Рос-4Ке)73я431
ISSN 2500-378X
УДК 378.001
Кемерово

Журнал выпускается ежемесячно. Научный журнал публикует статьи по медицинской тематике. Подробнее на www.avicenna-idp.ru
За точность приведенных сведений и содержание данных, не подлежащих открытой публикации, несут ответственность авторы.

Редкол.:
Никитин Павел Игоревич - главный редактор, ответственный за выпуск журнала.
Шмакова Ольга Валерьевна - кандидат медицинский наук, ответственный за первичную модерацию, редактирование и рецензирование статей.
Хоботкова Татьяна Сергеевна - кандидат медицинский наук, ответственный за финальную модерацию и рецензирование статей.
Никитина Инна Ивановна – врач-эндокринолог, специалист ОМС, ответственный за первичную модерацию, редактирование и рецензирование статей.
Меметов Сервир Сеитягьяевич - доктор медицинских наук, профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФПКи ППС ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» .
Абдуллаева Асият Мухтаровна - кандидат биологических наук, доцент ФГБОУ ВО МГУПП.
Тахирова Рохатой - кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской педиатрии Ташкентского педиатрического медицинского института.
Ешиев Абдыракман Молдалиевич - доктор медицинских наук, профессор Ошской межобластной объединенной клинической больницы.
Федотова Елена Владимировнадоцент - кандидат медицинский наук, профессор РАЕ, врач-хирург ГБОУ ВПО "Северный государственный медицинский университет".
Тихомирова Галия Имамутдиновна - доктор медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии ФБГОУ ВО "Ижевская государственная медицинская академия".
Иванов Александр Леонидович – кандидат психологических наук, доцент кафедры психотерапии и сексологии РМАНПО.
Дурягина Лариса Хамидуловна - доктор медицинских наук, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии, заслуженный врач республики Крым, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»
Дегтярева Людмила Анатольевна - кандидат медицинских наук, доцент медицинской академии им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»
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 11.06.2018 г.
Формат 14,8×21 1/4. | Усл. печ. л. 3.2. | Тираж 300.
Все статьи проходят рецензирование (экспертную оценку).
Точка зрения редакции не всегда совпадает с точкой зрения авторов публикуемых статей.
Авторы статей несут полную ответственность за содержание статей и за сам факт их публикации.
Редакция не несет ответственности перед авторами и/или третьими лицами и организациями за возможный ущерб, вызванный публикацией статьи.
При использовании и заимствовании материалов ссылка обязательна

Оглавление

1. СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТАЯ И ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНАЯ ПАТОЛОГИЯ У РАБОТНИЦ ПРОИЗВОДСТВА ИСКУССТВЕННЫХ КОЖ И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ.4
Вагапова Д.М., Чурмантаева С.Х., Чурмантаева Г.Х.
2. ВЫБОР СПОСОБА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО НАГРУЖЕНИЯ ИМПЛАНТАТА – НЕМЕДЛЕННАЯ, РАННЯЯ, ОТСРОЧЕННАЯ НАГРУЗКА.....8
Зюлькина Л.А., Макарова Н.И., Грызункова Ю.Е., Патеева Ю.Н., Криушин А.Е.
3. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА В-ЛАКТАМНЫХ АНТИБИОТИКОВ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ…….. …….....14
Стяжкина С.Н., Злобин И.А., Титова Е.С., Багаутдинова А.В.
4. ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГОЛОВОКРУЖЕНИЕМ…… ….....18
Хайдарова Г.С., Тошпултов Ю.А., Ходжаева З.Х.
5. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ ИЗ РАЗНЫХ СТРАН В ГОРОДЕ АСТАНА (КАЗАХСТАН)…… ……...22
Жаксатова Н.А.
6. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЗА 2011-2016 гг…….. ……..……..……25
Мальцева И.О., Рыжаева В.Н.
7. СИНДРОМ ЖИЛЬБЕРА. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ……..28
Вовк Я.Р.
8. МЕТОДЫ ОСТАНОВКИ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ……..…….. ……..30
Шайхова Х.Э., Максудов С.М.
9. ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ВАСКУЛИТ: ПРОБЛЕМЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА И ТЕРАПИИ... .....….37
Беденко А.С.
10. ВОПРОСЫ ВЫБОРА ПОДХОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФЕКТОВ НОСА.....41
Боймурадов Ш.А., Вохидов У.Н., Маннапов А.Б., Рахимов А.А.
11. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ КСЕНОТРАНСПЛАНТАТА В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫМ ТИМПАНОПЛАСТИКЕ.....45
Маткулиев Х.М., Исроилов Р.И., Ботиров А.Ж.
12. ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО И НЕАЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА.....49
Бакиева Ш.Х., Жуменов Д.А.
13. ПРИЧИНЫ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ГОРТАНИ.....54
Абдуллаева Н.Н., Ишмухамедов З.М., Хуснидинов Р.О.
14. РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕНЩИН В УСЛОВИЯХ АДАПТАЦИИ К УХУДШЕНИЮ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ.....59
Холодков В.А., Могеладзе Н.О., Щуров В.А.
15. ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ОБРАЗОМ И КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ.....64
Әзірбаева П.С., Нургалиева Ж.Ж., Чуканова Г.Н.
16. СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ КОРЕНЕВСКОГО РАЙОНА КУРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2011-2016 гг.....68
Ляхова Е.Г., Рыжаева В.Н.
17. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ОСТРЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ БРОНХИТОВ.....71
Хамидова Г.С., Нурбоев Ж.А., Мадаминова И.И., Кайимова М.Э.
18. ЭФФЕКТИВНАЯ МУКОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ.....74
Хамидова Г.С., Назарова Ш.О., Шеркулов Ш.Х., Исматов Ж.Х.
19. УНИКАЛЬНЫЕ СВОЙСТВА ОКСИД АЗОТА И ЕГО ШИРОКОЕ ПРИМЕНЕНИЯ В МЕДИЦИНЕ....77

Вагапова Динара Маратовна
Vagapova Dinara Maratovna
врач – невролог консультатино – поликлинического отделения ФБУН «Уфимский НИИ медицины труда и экологии человека», г. Уфа, Россия. E-mail: dinarav77@mail.ru

Чурмантаева Светлана Хамитовна
Svetlana Khamitovna Churmantayeva
Кандидат медицинских наук, врач - профпатолог консультатино – поликлинического отделения ФБУН «Уфимский НИИ медицины труда и экологии человека», г. Уфа, Россия.

Чурмантаева Гузель Хамитовна
Guzel Khamitovna Churmantayeva
врач – эндокринолог консультатино – поликлинического отделения ФБУН «Уфимский НИИ медицины труда и экологии человека», г. Уфа, Россия

УДК 616.1:616.8-005:685

СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТАЯ И ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНАЯ ПАТОЛОГИЯ У РАБОТНИЦ ПРОИЗВОДСТВА ИСКУССТВЕННЫХ КОЖ И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ

CARDIO - VASCULAR AND CEREBROVASCULAR PATHOLOGY THE WORKERS IN THE PRODUCTION OF ARTIFICIAL LEATHER AND PREVENTION OF DISEASES

Аннотация. Цель работы заключалась в изучении условий труда с формированием сердечно - сосудистой и цереброваскулярной патологии у работниц производства искусственных кож. Наиболее распространенными среди всех выявленных заболеваний были заболевания органов кровообращения, представленные гипертонической болезнью, сочетающиеся с избыточной массой тела, повышенным уровнем холестерина. Необходима разработка системы профилактических мероприятий по сохранению их здоровья.

Abstract. The purpose of the work was to study the working conditions with the formation of cardio-vascular and cerebrovascular diseases in workers of artificial leather production. The most common among all the identified diseases were diseases of the circulatory system, represented mainly by hypertension, combined with overweight, high cholesterol. It is necessary to develop a system of preventive measures to preserve their health.

Ключевые слова: условия труда, сердечно – сосудистые заболевания, работницы производства искусственных кож.

Key words: working conditions, cardiovascular diseases, workers of artificial leather production.

Современного человека окружает огромное количество разнообразных товаров, изделий, материалов, полученных с использованием высокомолекулярных соединений (полимеров) — веществ с высокой молекулярной массой от нескольких десятков тысяч до нескольких миллионов, обладающих уникальным комплексом свойств. Искусственные кожи (ИК) — это широкий круг композиционных полимерных материалов, применяемых для изготовления обуви, одежды, головных уборов, галантерейных изделий, а также многочисленных материалов и изделий технического назначения. Производство искусственных кож и пленочных материалов на основе поливинилхлорида является одной из высокорентабельных отраслей экономики страны. Расширение производства ведет к концентрации на предприятиях рабочих, значительную часть которых составляют женщины. В процессе получения искусственных кож и пленочных материалов используется большое разнообразие химических веществ, из которых готовят многокомпонентные смеси. Производственная среда воздействует на работающих посредством комплекса производственных факторов, включая вредные химические вещества, избыточные физические нагрузки, нерациональную рабочую позу и т.д. [1,2]. В литературе давно и широко обсуждается вопрос влияния условий труда на развитие сердечно-сосудистой патологии, особенно гипертонической болезни. Однако достаточно убедительных данных в пользу профессионального генеза этой патологии с учетом ее многофакторности до сих пор не получено. С воздействием многих веществ, применяемых в производстве полимеров, часто связывают развитие заболеваний сердечно-сосудистой системы (артериальной гипертонии,

кардиалгии, миокардиодистрофии), эндокринных органов и др. Как правило, нет достаточных оснований все эти чрезвычайно распространенные в общей клинике формы патологии связывать с условиями труда, тем не менее, существует необходимость дальнейшего изучения влияния различных производственных факторов на развитие заболеваний сердечно- сосудистой, нервной, эндокринных систем с целью разработки профилактических мероприятий и сохранения здоровья нации.

Цель исследования. Изучение условий труда и состояния сердечной сосудистой и нервной систем женщин - работниц производства искусственных кож на основе комплексного клинико-гигиенического исследования и разработка системы профилактических мероприятий по сохранению их здоровья.

Условия труда на трикотажных предприятиях характеризуются комплексом неблагоприятных производственных факторов, таких как: наличие в воздухе рабочей зоны волокнистой хлопковой пыли и паров уксусной кислоты, шум; недостаточная и неравномерная освещенность; напряженный характер трудового процесса. Трудовые процессы женщин основных профессиональных групп (вязальщицы, раскройщицы, швеи-мотористки, гладильщицы) отличаются напряженным характером монотонной работы, высокими сенсорными нагрузками (сосредоточение внимания более 75%) времени смены со значительным напряжением зрения. В прядильно-отделочном цехе в воздух производственного помещения поступает пыль синтетического волокна. Из условий труда в крутильных, перемоточных, бобинажных цехах, как и в намоточной части прядильных цехов, наиболее неблагоприятным фактором является шум, создаваемый всеми крутильными и перемоточными машинами, при этом уровень и спектральный состав шумов на различных участках различны. Общим является то, что в течение рабочей смены шум действует непрерывно. На рабочих местах ткачих, операторов узловязальных машин, вальцовщиков, операторов сновального оборудования, сушильщиц имеют место превышение уровня шума на 2-5 ДБ. Машины обслуживаются работницами – крутильщицами или намотчицами, причем фронт обслуживания меняется в зависимости от вида обрабатываемого волокна. При обслуживании машин за смену работница проходит большие расстояния. Работа крутильщиц и намотчиц включает заправку машины, своевременное обнаружение обрывов нитей и устранение их, наблюдение за качеством намотки и своевременную смену бобин. Все операции проводятся быстро, в течение 10-25 секунд под контролем зрения.

Сотрудниками Уфимского НИИ медицины труда и экологии человека проведено амбулаторное обследование работниц производства искусственных кож. Анализ записей амбулаторных карт показал, что в структуре общей заболеваемости наиболее высокий уровень приходится на болезни органов дыхания. На втором месте стоят болезни сердечно-сосудистой системы. В разработку были взяты данные углубленного исследования состояния здоровья женщин в количестве 150 человек. Из них лица в возрасте до 40 лет составили 65 человек, старше 40 лет- 85 чел. Распределение по возрасту: 20-29 лет-27 чел. (18,2%); 30-39 лет-38 чел.(25,6%); 40-49 лет-56 чел. (37,8%); 50 и старше - 29 чел.(19,6%). Анализ материалов клинических наблюдений проводился в зависимости от возраста (до 40 лет и старше 40 лет) и производственного стажа (до 10 лет и свыше 10 лет). При общеклиническом обследовании было признано практически здоровыми 13,2 % от числа всех осмотренных. У подавляющего числа работников (41,3%) была выявлена та или иная патология со стороны органов и систем. Имеющие три и более диагноза составили 23,1%. Среди лиц, имеющих три и более заболеваний, преобладали стажированные работницы в возрастной группе 40 и более лет.

Активное выявление субъективных расстройств указывает на раннее появление жалоб, свидетельствующих об изменениях со стороны сердечно-сосудистой и центральной нервной системы. Преобладали жалобы астено - невротического характера: повышенная утомляемость к концу смены, снижение работоспособности, раздражительность, нарушение сна, головные боли, боли в области сердца, чаще ноющего и колющего характера и умеренной интенсивности.

У работниц со стажем свыше 10 лет и в старшей возрастной группе (старше 40 лет) заметно преобладали жалобы, отражающие патологию сердечно-сосудистой системы (29,1±3,0% против 11,3±7,4% , $p < 0,05$). Предъявляемые жалобы неврологического характера были однотипны и составили 58,6 % , с преобладанием их в возрастной группе 40 и более лет и со стажем работы свыше 10 лет.

При объективном осмотре вегетативные нарушения проявлялись сосудистой дистонией, преимущественно гипертонического типа; гипергидрозом конечностей; лабильностью вазомоторов;

нарушением дермографических реакций; дрожанием век и пальцев вытянутых рук; оживлением сухожильных рефлексов.

Повышение артериального давления сочеталось с умеренным сужением артерий сетчатки. Ангиопатия сетчатки имела место в 13,7±2,8% наблюдений в старшей возрастной группе (40 и более лет).

Изменения на ЭКГ различной степени выраженности были выявлены в 30,2 % случаев от числа всех обследованных. Чаще всего (40,1 %) выявленные изменения были представлены изменениями конечной части желудочкового комплекса в виде снижения, уплощения или инверсии зубца «Т». В 43,2 % случаев регистрировалась синусовая тахикардия. Нарушения проводимости были зарегистрированы в 10,3 % случаев по типу неполной блокады левой ножки пучка Гиса. На основании сочетания прямых и косвенных ЭКГ- признаков гипертрофия левого желудочка была установлена в 14,7% случаев. Проведенная эхокардиография в двух случаях выявила зоны асинергии в миокарде левого желудочка.

У каждого десятого выявлены эндокринно-обменные нарушения в виде избыточного веса. У 10,2% повышение холестерина крови. Уровень глюкозы в крови обследованных у большинства обследованных находился в пределах допустимой нормы. У двух имел место сахарный диабет второго типа. Вместе с тем, у каждого десятого зарегистрировано незначительное повышение сахара крови, что позволяло, при повторном обследовании, вынести заключение: нарушение толерантности глюкозы. У лиц, имеющих повышение артериального давления, избыточную массу, повышение холестерина крови, среди сопутствующей патологии основное место принадлежит заболеваниям костно – мышечной системы (14,8%). Среди всех осмотренных начальные проявления хронической цереброваскулярной недостаточности имели место в 33,3% случаев, хроническая ишемия головного мозга 1 стадии в 13,3% случаев, хроническая ишемия головного мозга 2 стадии в 6,0% случаев.

Анализ результатов обследования показал, что у обследованных при стаже до 10 лет и в возрасте до 40 лет в основном отмечалась патология функционального типа - расстройство вегетативной регуляции (чаще с наклонностью к гипертензии).

Достоверно выявляется более высокий показатель заболеваемости в группе старше 40 лет. Это относится к цереброваскулярной и сосудистой патологии. Более выраженные сдвиги артериального давления у рабочих старшей возрастной группы указывает на более напряженную деятельность сердца на фоне производственного утомления. В стажевой группе старше 10 лет и возрастной группе старше 40 лет имелось наибольшее процентное распределение лиц с явлениями астенизации - 23,5%.

Функциональные расстройства в виде неврастенического синдрома и вегето-сосудистой дистонии зарегистрированы среди всех обследованных в 42,1+3,0 случаев (в контроле 12,6±4,1%, $p<0,01$). В развитии как гипертонической болезни, так и невротических расстройств определенную роль играют и производственные факторы, связанные с напряженностью и ответственностью труда, нервно-эмоциональным напряжением, шумом.

Выводы. Углубленный медицинский осмотр с участием специалистов позволил выявить целый ряд хронических заболеваний у работниц производства. Наиболее распространенными были заболевания органов кровообращения, представленные гипертонической болезнью, сочетающиеся с избыточной массой тела, повышенным уровнем холестерина, а также с цереброваскулярной патологией.

Комплекс оздоровительных мероприятий должен включать гигиенические требования к технологическим процессам и оборудованию, вентиляции, строительно-планировочному решению, рациональному медицинскому обслуживанию рабочих, использованию средств индивидуальной защиты. Оздоровительные мероприятия должны быть направлены на снижение или полную ликвидацию возможного неблагоприятного воздействия факторов производства, в первую очередь пыли синтетических волокон, а также снижения шума на отдельных технологических участках.

Основными направлениями оздоровительных мероприятий в текстильных цехах являются усовершенствование машин с целью выбора малошумных кинематических схем, замены металлических веретен пластмассовыми, точная подгонка деталей машин.

Медицинские профилактические мероприятия направлены на предупреждение развития клинических проявлений заболеваний. Необходим строгий отбор в профессиях, связанных с воздействием неблагоприятных факторов труда и трудового процесса на этапе предварительного медицинского осмотра. На этапе периодического медицинского осмотра рекомендуется

формирование диспансерных групп наблюдения за лицами с ранними отклонениями в состоянии здоровья, такими как: подъемы артериального давления, преходящими нарушениями ритма сердца, избыточной массой тела, нарушением толерантности углеводов, поражением опорно-двигательного аппарата и позвоночника. Особое внимание должно быть уделено высокостажированным рабочим. Данная категория пациентов нуждается в профилактических курсах лечения. Профилактическое лечение направлено на увеличение сопротивления организма и включает закаливание, рациональное питание, регулярные занятия ЛФК с целью укрепления естественного мышечного корсета, систематическое занятие спортом (плавание в бассейне, дозированная ходьба на лыжах, терренкур и др.), рефлексотерапию, сухое тепло. Большая роль принадлежит санаториям – профилакториям, а также повышению качества медицинского обслуживания. Выявление ранних симптомов заболеваний, формирование группы риска, ежегодное динамическое наблюдение группы риска позволяет значительно снизить риск профессиональных и профессионально обусловленных заболеваний.

Библиографический список:

1.Алдырева М.В. Гигиена труда в производстве искусственных кож/ М.В. Алдырева, Ш.А. Гафуров.- М.:Медицина, - 1980.- 160 с.

2.Мартынова А.П. Гигиена труда в производстве и переработки синтетических волокон/ А.П. Мартынова.- М.: Медицина, - 1977. –168 с.

Зюлькина Лариса Алексеевна
Larisa Alekseevna Zyul'kina
кандидат медицинских наук, декан факультета стоматологии
ФГБОУ ВО « Пензенский государственный университет»

Макарова Надежда Игоревна
Makarova Nadezhda Igorevna
Старший преподаватель
ФГБОУ ВО « Пензенский государственный университет»

Грызункова Юлия Евгеньевна
Gryzunkova Julia Evgenievna
ФГБОУ ВО « Пензенский государственный университет»

Патеева Юлия Наилевна
PateevaYuliyaNailevna
ФГБОУ ВО « Пензенский государственный университет»

Криушин Артем Евгеньевич
Kriushin Artem Evgenievich
ФГБОУ ВО « Пензенский государственный университет»

УДК 616.314

ВЫБОР СПОСОБА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО НАГРУЖЕНИЯ ИМПЛАНТАТА – НЕМЕДЛЕННАЯ, РАННЯЯ, ОТСРОЧЕННАЯ НАГРУЗКА

SELECTION OF A METHOD OF FUNCTIONAL LOADING OF THE IMPLANT - IMMEDIATE, EARLY, OVERLOADED LOAD

Аннотация. Актуальным вопросом дентальной имплантологии на сегодняшний день является выбор метода нагружения внутрикостного дентального имплантата для достижения оптимальных результатов лечения.

Abstract. An actual question of dental implantology for today is the choice of method of loading forendosseous dental implants to achieve optimal treatment results.

Ключевые слова: имплантация, отсроченная нагрузка, одномоментная нагрузка, ранняя нагрузка, остеоинтеграция.

Key words: implantation, delayed loading, one-stage loading, early loading, osteointegration.

Введение. Учитывая необходимость ранней реабилитации пациентов с частичной и полной адентией, при использовании дентальных имплантатов актуальнойпроблемой является поиск оптимальных сроков функциональной нагрузки на имплантат.

В настоящее время, по данным Всемирной организаций здравоохранения, частота отсутствия одного или нескольких зубов среди населения достигает75 %. В нашей стране по результатам исследования Стоматологической Ассоциации России распространенность вторичной частичной адентии составляет от 40 до 75 %, распространенность полной адентии – 25-40%[1,2].

Большое распространение получил метод имплантации с отсроченной нагрузкой. Согласно классической концепции остеоинтеграции, предложенной основоположником научно-обоснованной дентальной имплантации, P.-I. Branemark, необходим период ожидания от имплантации до протезирования, который составляет на верхней челюсти 6 месяцев, на нижней челюсти 3 месяца. P.-I. Branemark считал, что за такой период времени произойдет перестройка, ремоделирование, заживление костного ложа, а также надежная остеоинтеграция[3,31].

Первым этапом лечения является препарирование костного ложа и внедрение внутрикостной части дентального имплантата, после чего проводится ушивание операционной раны и создание покоя на период интеграции имплантата. Период «покоя» имплантата на верхней челюсти составляет около 6 месяцев, на нижней челюсти – от 3до 4 месяцев.

Для замещения эстетического дефекта на время ожидания следующего этапа лечения

изготавливается временная ортопедическая конструкция. Период экспозиции временных конструкций в полости рта пациента при дентальной имплантации соответствует периоду «покоя» имплантатов, соответственно, конструкции должны сохранять высокие эстетичность и функциональность на длительный период времени. Таким требованиям отвечают следующие конструкции: частичный съемный пластиночный протез, адгезивный мост, пластмассовый мостовидный протез, мостовидный протез из металлопластмассы[10].

По истечению периода покоя изготавливают постоянную ортопедическую конструкцию и нагружают имплантаты. После чего происходит адаптация к постоянной конструкции и функционирование зубочелюстной системы, как единого комплекса [3,9,10].

При отсроченной нагрузке наблюдалась высокая степень интеграции имплантата в костную ткань и хороший результат окончательного протезирования. Высокий процент успешных результатов лечения обусловил популярность протокола отсроченной нагрузки при дентальной имплантации [1,2,3,4].

Однако данный метод наряду с достоинствами имеет недостатки:

1. Пациент подвергается оперативному вмешательству дважды.
2. Неоднократное травмирование мягких тканей.
3. Отсутствие жевательной нагрузки, что способствует медленной остеоинтегрции.

Ввиду данных недостатков был предложен метод ранней функциональной нагрузки на имплантаты.

Метод заключается в сокращении сроков ожидания нагружения имплантата ортопедической конструкцией. Ранняя нагрузка при этом рассматривается как стимул для репаративных процессов в костной ткани вокруг иплантата.

Добровольская О.В. (2007) считает, что перестройка костной ткани - это процесс, требующий большого количества энергии и адекватного кровоснабжения, а достигается это путем восстановления функциональности зубочелюстной системы, изменение структуры костной ткани не может начинаться без адекватного давления и функциональной нагрузки, при отсутствии нагрузки на костные структуры происходит атрофия кости [13].

По мнению ряда авторов, ранняя нагрузка на имплантаты дает возможность восстановить функциональные и эстетические недостатки в сроки от 3 до 5 недель, что является значимым преимуществом как для пациента, так и для врача[11,12,13].

Развитие стоматологии и рост информированности о современных технологиях и возможностях протезирования явилось причиной повышенных требований пациентов к стоматологическому лечению, эстетике и удобству применения ортопедических конструкций, а также сокращению сроков реабилитации [2,5,6,7].

В связи с этим в арсенале стоматологии появился метод имплантации с немедленной нагрузкой, который создает возможность для пациента выйти из кабинета врача с ортопедической конструкцией, замещающей дефект зубного ряда. Данная методика обеспечивает психологический комфорт, эстетичность, а также сокращение сроков лечения[7].

Группой исследователей в составе Кулакова А.А., Ашуева Ж.А., Капанадзе Г.Д.(2006) был поставлен экспериментна мини – свиньях. В результате проведеннойработы ими было уставлено, что после инсталляции имплантата с немедленной нагрузкой происходит образование соединительнотканной капсулы, которая уплотняется, а впоследствии истончается. Капсула является тем фактором, который смягчает механическое давление во время функции жевания. Из-за наличия в капсуле разнонаправленных коллагеновых пучков происходит сбалансированное распределение сил во время функциональной нагрузки. При немедленной нагрузке имплантат быстрее приспосабливается к альвеоле, физиологическое давление влияет на костную ткань, таким образом, что происходит ее перестройка, а затем утолщение. По мнению исследователей, данный опыт фиброостеоинтеграции имплантатов, в результате которой образуется тонкая капсула между поверхностью имплантата и костной тканью, очень близок с процессом остеоинтеграции[15,16,31].

Концепция немедленной нагрузки заключается в достижении хорошей первичной стабилизации имплантата – 35 Н /см², нагружении ортопедической конструкции уже на этапе установки имплантата, в наличии эстетического результата после оперативного вмешательства.

Требования для немедленной нагрузки:

1. Тип костной ткани D1 , D2
2. Длина имплантата 10 – 16 мм

3. Достаточный объем кератинизированной десны
4. Возможность выведения временной ортопедической конструкции на имплантатах из окклюзии.

Преимущества данного метода

1. Бережное отношение к мягким тканям
2. Сохранение межзубных сосочков
3. Удовлетворение высоких эстетических требований к результату лечения.

Мушеев И.У. (2008год) приводит данные о высокой успешности одномоментной нагрузки на имплантаты, достигающей98%, опираясь на практические результаты многих врачей-клиницистов. В исследованиях он установил, что успешная остеоинтеграция имплантатов не зависит от их исключения на определенный срок из жевательной нагрузки [3].

Шаймиева Н.И. и соавт. (2010) показали, что одномоментная нагрузка на имплантат является стимулом для репаративных реакций в костной ткани и хорошей остеоинтеграции [8].

Жан - Николя Ассон, Жак Ассид, Доминик Фрикер (2013) в своих наблюдениях выявили высокую результативность немедленной нагрузки при одноэтапном протоколе имплантации, а также показали, что оперирующий хирург должен самостоятельно планировать будущее протезирование на имплантатах[14].

Котенко Мария Викторовна(2011) в своем наблюдении проанализировала результаты немедленной нагрузки на имплантаты с использованием дентальных имплантатов с эффектом памяти формы. Выполняя немедленную имплантацию с протезированием в кратчайшие сроки, преследовали цель сохранить речевой аппарат и функцию жевания у пациентов [29,30]. Снижается атрофия альвеолярного отростка. Планирование лечения проводили в соответствии с указанными требованиями [17,18,19]. Под анестезией пациентам перед имплантированием конструкций с эффектом памяти формы подготавливали костное ложе, сглаживая острые края альвеол[17,20]. После имплантации свободные пространства заполняли остеопластическим материалом «Коллапан», а также использовалась резорбируемая мембрана «Пародонкол». Затем провели протезирование ортопедическими конструкциями. В послеоперационный период спустя пять дней отсутсвовал отек слизистой, устойчивость имплантатов была хорошей во всех направлениях, при нагрузке на имплантат болезненность отсутствовала. На рентгенограмме изменения в периимплантантых тканях отсутствовали. Проведя оценку результатов, выявлены высокие показатели остеоинтеграции имплантатов при немедленной нагрузке. Использование конструкций с эффектом памяти формы уменьшает сроки лечения пациентов [21].

Установление имплантата в лунку удаленного зуба и его немедленная нагрузка является актуальным решением стоматологической помощи в современном мире. Успешные результаты непосредственной нагрузки на имплантат указывают на возможность широкого применения данного метода в стоматологической практике [22,23,24,25].

В своем эксперименте по немедленной имплантации Сирак С.В, Слетов А.А, Гандылян К.С., Дагуева М.В.(2010) использовали системы:

1. Sapian Root Remover System дляэкстракциизубов
2. пористого титана «Natix» для первичной стабильности имплантатов, устанавливаемых в лунку удаленного зуба.

Данные системы использовались для повышения эффективности непосредственной дентальной имплантации. При планировании лечения клинические исследования дополнились рентгенографическими обследованиями, а также проведено санирование полости рта. Под анестезией раствором Ультракаина 4% - 1.8 мл с адреналином 1:100000 с помощью системы SapianRootRemoverSystem удалили зубы без повреждения стенок альвеолы и круговой связки зуба. Ультразвуковой аппарат «Явь-5» использовался с 0,05% раствором мирамистина для антисептической обработки раны и стимулирования регенераторных процессов. Гранулы пористого титана «Natix» (ф. TigranTechnologies, Швеция, www.tigran.se) размером 0,7-1,0 мм и пористостью 80% использовались для стимуляции остеогенеза, способствуя интенсивному росту новой костной ткани. После проведенных манипуляций пациентам в полости рта устанавливали винтовой титановый имплантат системы «ENDURE». Его устанавливали на 2-3 мм ниже десневого края альвеолы лунки удаленного зуба, свободные промежутки между имплантатом и стенками лунки заполняли без уплотнения гранулами титана «Natix». В послеоперационный период назначили полоскание полости рта 0.05% раствором мирамистина в течение пяти дней, прием

антибактериальных препаратов, десенсибилизирующих и антигистаминных средств, а также применение гипотермии и давящих повязок. По успешным результатам эксперимента данный способ имплантации явился оптимальным по срокам проведения. Разработанная методика не имеет патологического влияния на костную и мягкую ткани операционного поля, не ограничивается особенностями строения альвеол зубов и костной тканью. Размер и пористость гранул титана применяется для идентификации остеобластами и роста новообразованной кости. В результате вокруг имплантата образуется новая плотная костная ткань с высокой концентрацией минеральных веществ, что благоприятно влияет на остеоинтеграцию имплантата в костном ложе [26].

Протокол, который сокращает сроки реабилитации, допускает с наибольшей вероятностью получить положительный ответ от пациента на имплантологическое лечение. Немедленное протезирование пациентам, которым устанавливают имплантаты в альвеолу удаленного зуба, приводит к успешному лечению дефектов зубного ряда [27].

Определяя возможность применения немедленной нагрузки на дентальных имплантатах, оценивали отдаленные результаты лечения по данной методике. Исследовали двадцать клинических случаев с адентией на верхней и нижней челюстях. Внутрикостные дентальные имплантаты использовались фирмы AlphaBio SPI на верхней челюсти и AlphaBio ATID на нижней челюсти с немедленной фиксацией временной пластмассовой коронки. На верхней челюсти использовались имплантаты диаметром 3,3 и 3,75 мм и длиной 13 мм во фронтальном отделе и 4,2 мм в диаметре, 10 мм длиной в боковых отделах. На нижней челюсти во фронтальном отделе – диаметр 3,3 мм и длина 10 мм, а в боковых отделах – диаметр 4,2 мм, длина 13 мм. Оценка периимплантатных тканей проводилась с помощью аппарата OsstelISQ, работакоторого, основана на регистрации резонансных электромагнитных колебаний имплантата и окружающей костной ткани. Стабилизация имплантата определялась с помощью аппарата OsstellMentor, чья работа основана на вычислении разности резонансных частот между тестовым штифтом, фиксированным на имплантат и распознающим устройством. За пациентами проводили динамическое наблюдение и рентгенологическое обследование в течение четырех месяцев, через год после установки имплантата. На выходе получили высокие результаты лечения, хорошаяостеоинтеграцияимпланата в костное ложе, отсутствие резорбции костной ткани и признаков воспаления. Пациенты подтвердили свою удовлетворенность уменьшением сроков реабилитации в послеоперационном периоде [28].

Заключение. Таким образом, отсроченная нагрузка длительное время была общепризнанным методом в имплантологии. Тенденция к укорочению сроков лечения и получению высокоэстетичного результата привели к появлению протокола имплантации с немедленной нагрузкой ввиду хорошей остеоинтеграции имплантата в костное ложе. В последнее время все активнее внедряется одномоментная нагрузка на имплантат, что связано с появлением усовершенствованных и надежных имплантатов, обеспечивающих первичную стабилизацию, остеоинтеграцию, высокие результаты лечения и эстетичность.

Библиографический список:

1. Полупан, П.В. Применение одноэтапных дентальных имплантатов в лечении больных с дефектами зубных рядов и атрофией альвеолярных отростков челюстей: дисс. … канд. мед.наук : 14. 01.14 / Полупан Павел Витальевич. - Москва, 2017. – 190с.

2. Макарова Н. И., Иванов П. В., Костригина Е. Д., Илюнина О. О. Эффективность одноэтапной и немедленной дентальной имплантации в сравнении с классической двухэтапной методикой // Актуальные проблемы медицинской науки и образования (АПМНО-2017) Сборник статей VI Международной научной конференции / под ред. А. Н. Митрошина, С. М. Геращенко. – Пенза: Изд-во ПГУ, 2017. – 206с.

3. Мушеев И. У. Клиническое обоснование одномоментной нагрузки внутрикостных имплантатов на верхней челюсти // Проблемы стоматологии. 2008. №1. С. 63-69.

4. Давидян А.Л. Немедленная имплантация. Опыт применения и сравнительная эффективность// Парадонтология. 2006. №1. С.62-66.

5. Бер М., Миссика П., Джованьоли Ж.-Л. Устранение осложнений имплантологического лечения. – Москва, СПб., Киев, Алматы, Вильнюс: Азбука стоматолога, 2007. 356с.

6. Беляев С.Г. Одноэтапная имплантация и немедленная нагрузка – маркетинг или метод лечения // Институт стоматологии. 2012. № 1 (54). С.35-37.

7. Глюкман Х. Сокращенные сроки имплантологического лечения. Одномоментная установка имплантата Ankylos в лунку удаленного моляра // Клиническая стоматология. 2010. № 4(56). С.46-50.

8. Шаймиева Н. И., Андрюхина Н. В., Машина Н. Г. Немедленная нагрузка и изготовление временных конструкций в кресле (одномоментный протокол на примере системы имплантатов «Nobel») // ПМ. 2010. №41. С. 96-99.

9. Радкевич А. А., Галонский В. Г. Ортопедическое лечение больных с адентией, атрофией альвеолярных отростков и тел челюстей с использованием имплантатов из никелида титана // Сиб. мед.журн. (Иркутск). 2007. №3. С.94-97.

10. Нуриева Н. С., Головин Н. С. Временные ортопедические конструкции при протезировании на дентальных имплантатах. Сравнительная характеристика // Проблемы стоматологии. 2013. №1. С. 43-46.

11. Куцевляк В. И. Проблемы имплантации в стоматологии // Харьковский медицинский журнал. 1996. № 3. С. 46-48.

12. Султан М. П. Изучение влияния ранней нагрузки на опорные ткани при протезировании больных с применением внутрикостных имплантатов :Автореф. дис. … канд. мед.наук : 16. 01. 04 / Султан МатуаПарменович. – Киев, 1996. – 17с.

13. Добровольская О. В. Раннее протезирование на имплантатах // Актуальніпроблемисучасноїмедицини :Вісникукраїнськоїмедичноїстоматологічноїакадемії. 2007. №4 (20). С. 333-335.

14. Жан - Николя Ассон, Жак АссидTRIPOD – новый протокол немедленной нагрузки имплантатов // DentalTribune Россия. 2013. №2. С.1.

15. Ашуев Ж. А., Кулаков А. А., Капанадзе Г. Д. Использование мини-свиней в экспериментальной дентальной имплантологии // Биомедицина. 2007. №1. С.81-88.

16. Балуда И.В. Состояние тканей протезноголожау больных с концевыми дефектами зубных рядов при лечении с использованием имплантатов. – Автореф. дис. …канд.мед.наук. – М., 22 с. 1990.

17. Букаев М.Ф. Показатель функционирования мостовидного протеза. Оценка результатов протезированиямостовидными протезами // Новое в стоматологии. 2006. №3. С. 42.

18. Параскевич В.Л. Немедленная имплантация в лунки удаленных зубов (обоющение 10-летнего клинического опыта 2325 операций) // Стоматологический журнал. 2006. №2. С. 108 – 119.

19. Суров О. Н. Конструирование протезно – имплантатной жевательной системы // Новое в стоматологии. 1998. № 3. С. 29 – 34.

20. Мейснер Л. Л., Лотков А. И., Раздорский В. В., Котенко М. В., Никонова И. В., Макарьевский И.Г. Дентальный внутрикостный имплантат и материал с эффектом памяти формы для его изготовления // Патент России № 2397732. 2010. Опубл. Бюл. № 24.

21. Котенко М. В. Эффективность немедленной имплантации различными типами имплантатов // Сиб. мед.журн. (Иркутск). 2011. №4. С.88-92.

22. Булат, А.В., Параскевич В.Л. Ключевые факторы выбора внутрикостных имплантатов при частичной адентии // Новое в стоматологии. 2000. №8. С. 67-73.

23. Зуев, Ю.А. Обоснование выбора конструкции имплантатов для замещения одиночного дефекта зубного ряда / Ю.А. Зуев // Автореф. дисс. … канд. мед.наук. - Москва, 2003. - 24 с.

24. Кулаков, А.А. Особенности проведения непосредственной имплантации с применением имплантатов различных конструкций / А.А Кулаков, Ф.М. Абдуллаев // Новое в стоматологии. 2002. №5. С. 34-36.

25. Кулаков, О.Б.,Супрунов С.Н. Замещение одиночных дефектов зубных рядов при помощи остеоинтегрированных имплантатов. Хирургические и ортопедические аспекты // Институт стоматологии. 2008. №2. С. 46-48.

26. Сирак С. В., Слетов А. А., Гандылян К. С., Дагуева М. В. Непосредственная дентальная имплантация у пациентов с включенными дефектами зубных рядов // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2011. №1. С. 51-54.

27. Проблема воспаления в периимплантатных тканях и факторы, влияющие на его течение (обзор литературы) / Д. В. Михальченко, А. Т. Яковлев, Е. Ю. // Волгоградский научно-медицинский журнал. 2015. № 4 (48). С. 15–17.

28. Ходес К.И., Михальченко А.В., Бахарева Е.Г., Наумова В.Н. Результаты дентальной имплантации с немедленной нагрузкой // Волгоградский научно-медицинский журнал. 2016. №3. С. 35-37.

29. Патарая Г. Концепция одноэтапной имплантации с немедленной функциональной нагрузкой // DentalMarket. 2008. №1. С.57

30. GlauserR., Hildebrand Достоинства и недостатки метода немедленной имплантации // Новое в стоматологии. 2008. №3. С 96 – 101.

31. Калмин О.В., Розен М.А., Никишин Д.В. Особенности остеогенеза при вживлении титанового имплантата, подвергшегося микродуговому оксидированию в щелочных электролитах, содержащих Са и Р, с использованием « КоллапАн-гель» и без него // Медицинские науки. Клиническая медицина. 2013. №3. С. 115 – 125.

Стяжкина Светлана Николаевна
Styazhkina Svetlana Nikolaevna
доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии с курсом урологии Ижевской государственной медицинской академии.

Злобин Иван Александрович
Zlobin Ivan Alexandrovich
студент 406 группы лечебного факультета Ижевской государственной медицинской академии

Титова Елена Сергеевна
Titova Elena Sergeevna
студентка 406 группы лечебного факультета Ижевской государственной медицинской академии

Багаутдинова Алина Венеровна
Bagautdinova Alina Venerevna
Студентка 406 группы лечебного факультета Ижевской государственной медицинской академии
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, 426034, Ижевск, Россия

УДК 577.18

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА В-ЛАКТАМНЫХ АНТИБИОТИКОВ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF B-LACTAM ANTIBIOTICS IN SURGICAL PRACTICE

Аннотация: Антибиотики в медицине, в том числе в хирургической практике, стали абсолютно незаменимыми лекарственными средствами при лечении различных гнойно-септических инфекций. В данной работе представлен анализ резистентности и чувствительности бактерий к различным антибиотикам β-лактамного ряда.

Abstract: Antibiotics in medicine, including in surgical practice, have become absolutely indispensable drugs in the treatment of various purulent-septic infections. In this article, the analysis of the resistance and sensitivity of bacteria to various antibiotics of the β-lactam series is presented.

Ключевые слова: антибиотикорезистентность, антибиотики, β-лактамные антибиотики

Key words: antibiotic resistance, antibiotics, β-lactam antibiotics

Введение. Антибиотики в медицине, в том числе в хирургической практике, стали абсолютно незаменимыми лекарственными средствами при лечении различных гнойно-септических инфекций. Так же статистика показывает, что в структуре хирургических заболеваний, гнойно-воспалительные процессы остаются на лидирующих позициях [1, с. 19]. В связи с серьёзной проблемой антибиотикорезистентности различных микроорганизмов, стаёт вопрос о необходимости регулярного анализа чувствительности и резистентности микроорганизмов для более эффективного лечения гнойно-септических инфекций. Это связано прежде всего с тем, что характеристика возбудителя раневой инфекции в большей степени определяет течение и исход раневого процесса [2, с. 23; 6, с. 8].

Цель исследования: сравнительный анализ чувствительности и резистентности к β-лактамным антибиотикам бактерий, которые являются возбудителями раневой инфекции пациентов РКБ №1 УР.

Материалы и методы исследования. Источником материала работы послужили журналы лабораторных данных по определению чувствительности бактерий к антибиотикам методом дисков за 2016 и 2017 гг. на базе бактериологической лаборатории БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР» г. Ижевск. Для анализа были взяты результаты исследований материалов, взятых из ран пациентов стационара.

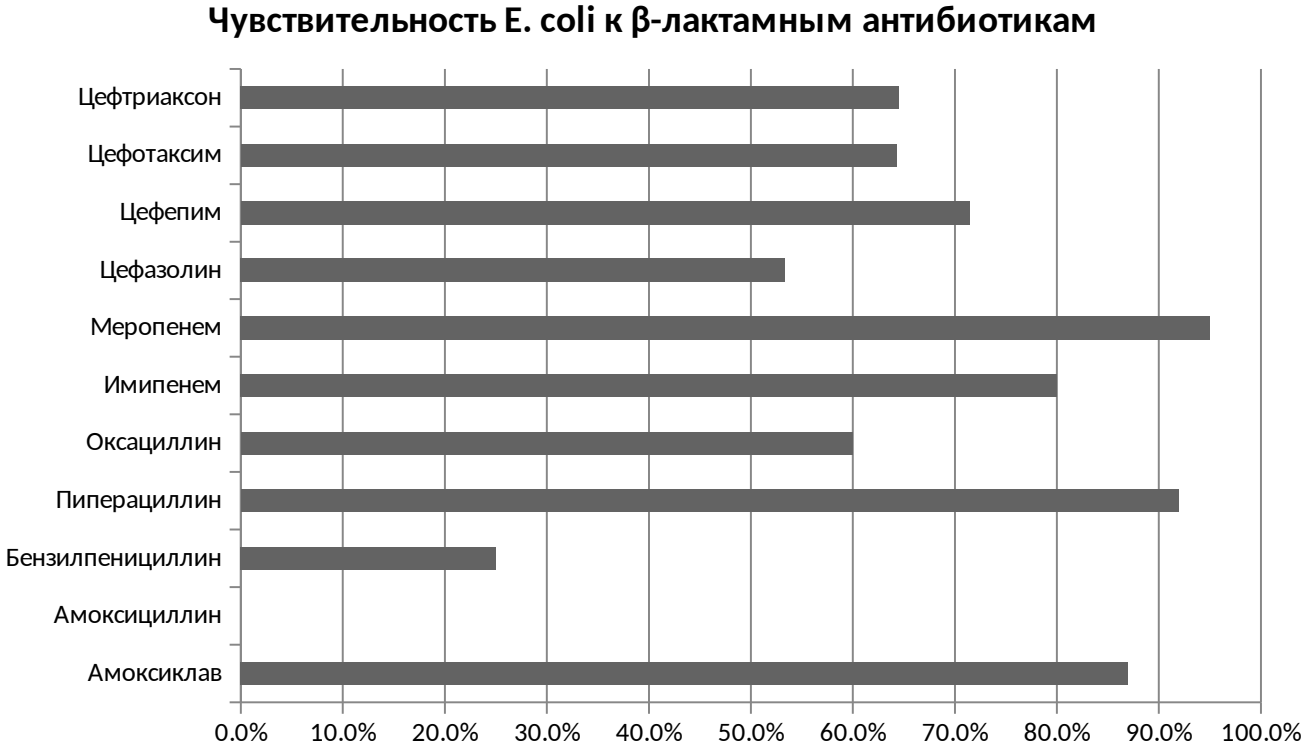
Результаты исследования.

В рамках исследования за 2015-2017 годах проведен анализ 13 выделенных возбудителя и 186 проб на чувствительность к антибиотикам.

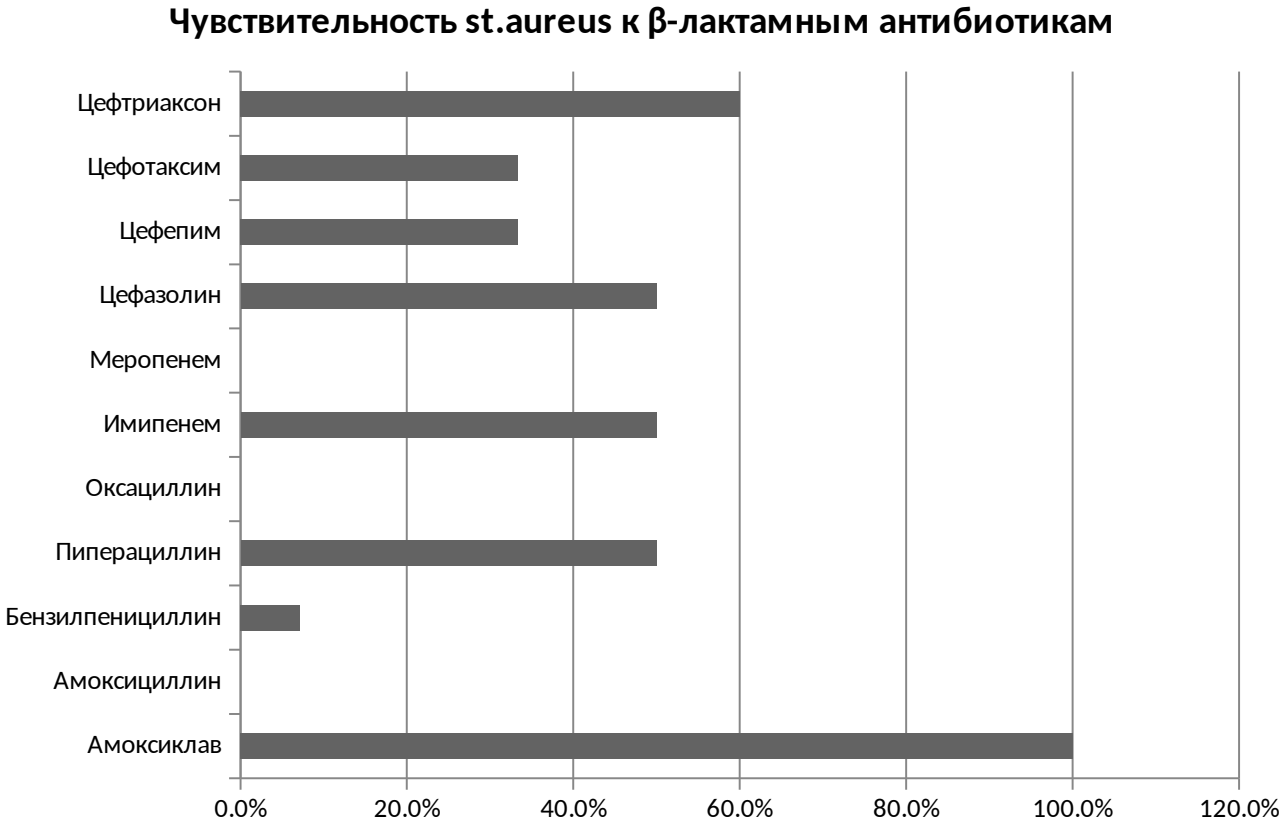
Среди возбудителей раневой инфекции идентифицированы следующие бактерии и грибы:

Achromobacter denitrificans, Acinetobacter haemolyticus, Candida krusei, Candida albicans, E. coli, Ent. faecalis, Ent. faecium, Klebsiella mobilis, Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa, Pseudomonas luteola, St. aureus, St. epidermidis, Streptococcus spp. По структуре возбудителей большую часть составили эпидемиологически и клинически значимые: кишечная палочка (29,6%), золотистый стафилококк (12,4%), клебсиелла пневмонии (8,3%).

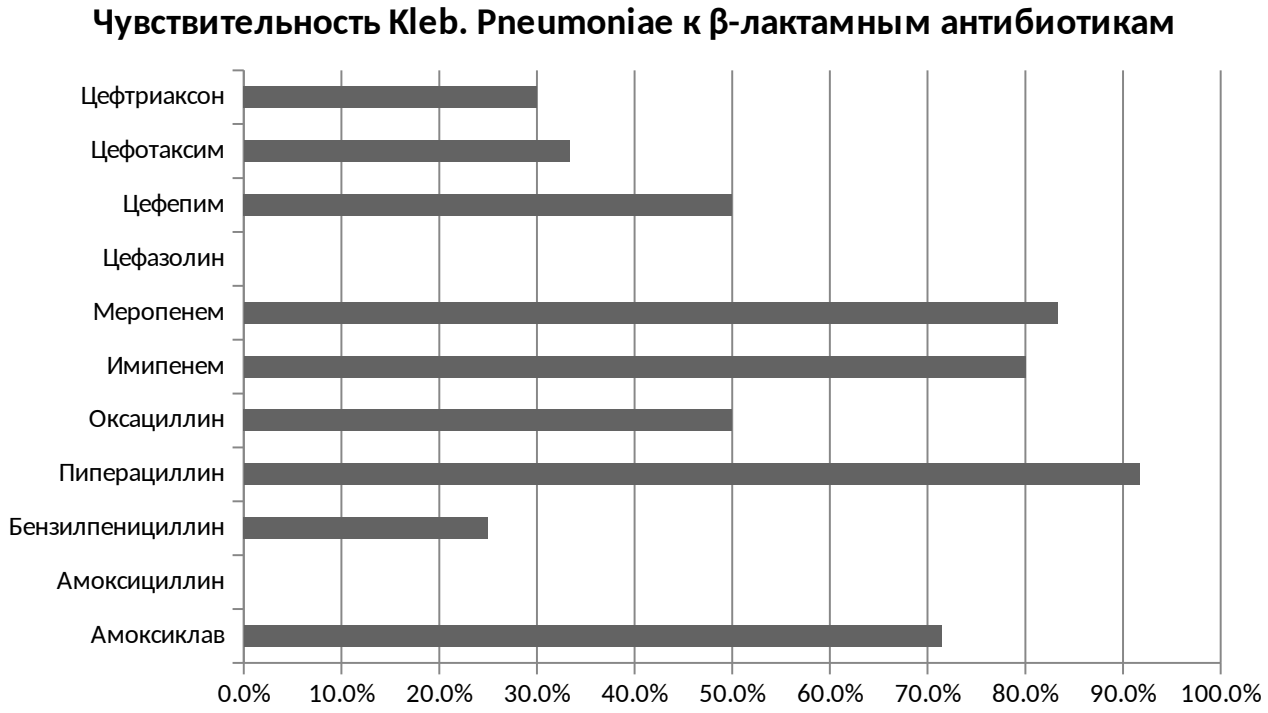
E. coli наиболее чувствительна к меропенему(95%), пиперациллину(91,9%), амоксиклаву(87%), имипинему(80%). Чувствительность к цефалоспоринам: цефепиму(71,4%), цефтриаксону(64,5%), цефотаксим(64,3%), цефазолин(53,3%). Наименее чувствительна E. coli к оксациллину(60%).

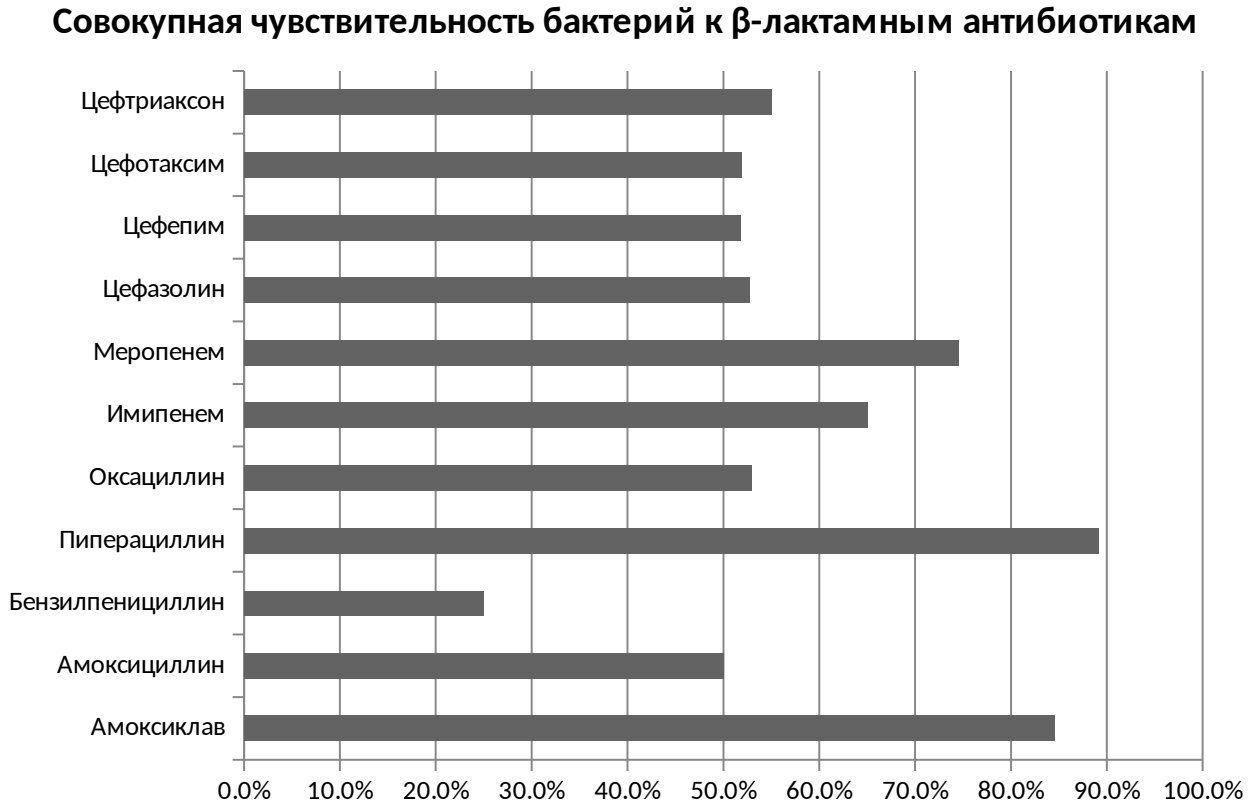


St. aureus наиболее чувствителен к амоксиклаву(100%), цефтриаксону(60%). Чувствительность к цефотаксиму и цефепиму(33,3%), цефазолин(50%), к пиперациллину(50%)



Kleb. Pneumoniae наиболее чувствительна к пиперациллину(91,7%), меропенему(83,3%), имипинему(80%), амоксиклаву(71,4). Чувствительность к цефалоспоринам: цефепиму(50%), цефтриаксону(30%), цефотаксим(33,3%), цефазолин(0%). Чувствительность к оксациллину(50%)





По совокупным данным возбудители раневой инфекции оказались наиболее чувствительны к пиперациллину (89,2%), амоксиклаву (84,6%), меропенему (74,5%), и имипенему (65%). К цефалоспоринам: цефтриаксону, цефотаксиму, цефепиму, цефазолину (около 50%)

Заключение. Причиной развития раневой инфекции в большинстве случаев стали эпидемиологически и клинически значимые возбудители, среди которых превалировали золотистый стафилококк, кишечная палочка и клебсиелла пневмонии. Большинство возбудителей оказались чувствительны к карбапенемам, амоксиклаву. Чувствительность к цефотаксиму, цефазолину и бензилпенициллину оказалась около 50%.

Библиографический список:

1. Привольнев В.В., Пасхалова Ю.С., Родин А.В., Митиш В.А. Местное лечение ран и раневой инфекции по результатам анонимного анкетирования хирургов России. Раны и раневые инфекции. Журнал имени проф. Б.М. Костючёнка 2016. №3(1):19-24.

2. Терехова Р.П., Пасхалова Ю.С., Складан Г.Е., Прудникова С.А., Блатун Л.А., Митиш В.А. Изменения в структуре возбудителей хирургической инфекции у больных сахарным диабетом в зависимости от стратегии их лечения. Раны и раневые инфекции. Журнал имени проф. Б.М. Костючёнка 2015. №2(3):22-29.

Хайдарова Гавхар Саидахматовна
доцент, Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан
Тошпултов Юсуф Ахмаджонович
врач-ординатор, Вторая клиника Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан
Ходжаева Захро Хусановна
резидент магистратуры, Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан
E-mail: oshernazarov@mail.ru

Xaydarova Gavxar Saidaxmatovna
Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan
Toshpulatov Yusuf Axmadjonovich
2nd Clinica Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan
Xodjayeva Zahro Xusanovna
Tashkent City Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan
E-mail: oshernazarov@mail.ru

УДК 616.281-008.55

ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГОЛОВОКРУЖЕНИЕМ

EVALUATION OF VEGETATIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH HEADBEAT

Аннотация: По данным литературы, постоянное головокружение и нарушения равновесия испытывают около 5% населения. Выраженные вегетативные расстройства могут негативно влияет на качество жизни пациента в целом . Цель данного исследования - оценка выраженности вегетативных нарушений у пациентов с периферическим вестибулярным головокружением до и после лечения. В исследование было включено 20 пациентов с головокружением в возрасте от 20 до 70 лет, оценке выраженности головокружения по шкале ВАШ Проводилась оценка выраженности вегетативных нарушений при периферическом вестибулярном головокружении. Полученные результаты показали клиническую эффективность и хорошую переносимость монотерапии препаратом Арлеверт. Отмечалось действие препарата уже в течение первой недели приема.

Abstract: According to the literature, constant dizziness and disequilibrium are experienced by about 5% of the population. Expressed autonomic disorders can adversely affect the quality of life of the patient as a whole. The purpose of this study is to assess the severity of autonomic disorders in patients with peripheral vestibular vertigo before and after treatment. The study included 20 patients with dizziness between the ages of 20 and 70 years, an assessment of the severity of vertigo on the VAS scale. An evaluation of the severity of vegetative disorders in peripheral vestibular vertigo was carried out. The results obtained showed the clinical efficacy and good tolerability of monotherapy with the drug Arlewert. The effect of the drug was noted during the first week of admission.

Ключевые слова: головокружение, вегетативные нарушения, оценка выраженности, качество жизни

Key words: dizziness, vegetative disorders, evaluation of expression, quality of life

Головокружение является субъективным симптомом, который сопровождает целый ряд заболеваний различных органов. По данным литературы, доля пациентов с головокружением у врача общей практики составляет 5%, у специалиста-оториноларинголога - 10% [1]. При обследовании пациентов с головокружением на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи только в 20% случаев удается установить окончательный диагноз [2]. В тоже время, социальная значимость вестибулярных нарушений несомненна, так как такие симптомы, как головокружение, тошнота, рвота могут быть причиной длительной нетрудоспособности, а в некоторых случаях - стойкой утраты. Поэтому для скорейшего избавления пациента от неприятной симптоматики необходимо своевременно и точно установить причину расстройства вестибулярного анализатора.

В последние годы для оценки состояния пациентом широко используются опросчики качества жизни (КЖ) [4]. В зарубежной литературе при оценке КЖ пациентов используются общие опросники DHI, MOS SF-36, Quality of Well-Being Index (QWB), Nottinghm Health Profile (NHP), Peds

QL ™ 4,0, Generic Care Scales (Peds QL). Общие опросники могут использоваться для оценки КЖ как здоровых, так и больных независимо от вида заболевания [7].

Существуют специальные опросники для исследования КЖ в оториноларингологии (Audiologal Disabilities Preference Index, Glasgow Hearing Aid Benefit Profile, Ear Infection Survey, Nijmegen Cochler Implant Questionnaire, Vertigo Handicap Questionnaire, Tinnitus Handicap Support Scales). К сожалению, они не прошли культурную и языковую адаптацию. Адаптированными опросниками в настоящее время являются DHI(Dizzines Handicap Inventory). Опросник DHI (Dizzines Handicap Inventory) разработанный G. Jacobson с соавт. в 1990 г. и широко применяется для оценки выраженности головокружения в различных клинических исследованиях [9]. Полученные результаты позволяют проводить динамическое наблюдение за эффективностью проводимого лечения. Учет параметров КЖ у пациентов с головокружением способствует улучшению качества медицинской помощи у данной категории больных [5].

Изложенное выше позволило определить и сформулировать цель данного исследования - оценка выраженности вегетативных нарушений у пациентов с периферическим вестибулярным головокружением до и после лечения.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе ЛОР- поликлиники 2-й клиники Ташкентской медицинской академии. В качестве мототерапии для лечения периферического вестибулярного головокружения был использован препарат Арлеверт компании «Берлин-Хеми АГ» (Германия). Основные интересующие позиции изменение тяжести симптомов периферического вестибулярного головокружения и вегетативных нарушений. Также в задачи исследования входила оценка КЖ больных, страдающих вестибулярным периферическим головокружением до и после проведенной терапии. При этом качество жизни пациентов определяли по шкале снижения качества жизни вследствие головокружения (DHI).

В исследование было включено 20 пациентов с головокружением в возрасте от 20 до 70 лет. Таким образом, средний возраст обследуемых составил 53,3±13,9 лет. В исследование включались пациенты с периферическим вестибулярным головокружением, старше 18 лет. Критерии исключения из исследования: противопоказания к применению Арлеверта, психические расстройства, влияющие на объективную оценку состояния пациента. Арлеверт назначался по 1 таблетке 3 раза в сутки.

Эффективность лечения оценивали по динамике выраженности головокружения и выраженности симптомов по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Тяжесть головокружения оценивалась по 5-балльной шкале выраженности головокружения. Инструментом исследования КЖ являлся опросник DHI, опрос проводился до назначения препарата, а также 7 и 28 дней терапии.

Полученные результаты и обсуждение. При оценке выраженности головокружения по шкале ВАШ были получены следующие результаты. При первичном обращении выраженность головокружения у пациентов с периферическим вестибулярным головокружением по шкале ВАШ составляла в среднем 2,2±0,9 баллов. Как было указано выше, динамическое наблюдение за выраженностью приступов головокружения проводилась на 7-е сутки проводимой терапии. Так было определено, что на 7 день терапии препаратом Арлеверт выраженность головокружения по шкале ВАШ снизилась, и в среднем составила 0,3±0,5 балла. При этом обследуемые пациенты отмечали уменьшение приступов головокружения. Эффект проводимой терапии наблюдался уже после 7-дневного курса терапии.

Повторный осмотр на 28 сутки терапии показал, что выраженность головокружения по шкале ВАШ составляла в среднем 0,1±0,2 баллов. Таким образом, полученные результаты указывают на достоверное снижение выраженности головокружения ($P<0,001$) на фоне терапии.

Помимо приступов головокружения, пациенты часто жаловались на проявление вегетативных симптомов. Задачей нашего исследования явилось определение эффективности влияния проводимой терапии на выраженность вегетативных симптомов. В ходе исследования было определено, что при первичном обращении выраженность вегетативных симптомов у пациентов с периферическим вестибулярным головокружением по шкале ВАШ в среднем составила 1,3±1,2 баллов.

После недельного курса фармакотерапии препаратом Арлеверт выраженность вегетативных симптомов по шкале ВАШ составляла в среднем 0,3±0,6 баллов. При повторном опросе на 28 сутки терапии, выраженность вегетативных симптомов по шкале ВАШ составила 0,1±0,3 баллов. Таким образом, на момент третьего визита было отмечено достоверное снижение выраженности вегетативных симптомом.

В целом надо отметить, что препарат переносился хорошо. В ходе нашего исследования было

установлено, что у 3 (15%) пациентов отмечалась сонливость на фоне приема препарата. Этот эффект наблюдался в течении первой недели приема препарата. Начиная со второй недели приема препарата, сонливость у пациентов не наблюдалась. Таким образом, все пациенты успешно закончили исследование.

Результаты оценки качества жизни пациентов с периферическим вестибулярным головокружением, представлены в табл. 1.

Таб. 1. Средние значения по шкале DHI при 1-3-м визитах в группах пациентов, получавших Арлеверт

	1-й визит	2-й визит	3-й визит
Средние значения по шкале DHI	69,92+5,21	31,83+4,51	16,24+6,18

Из табл. 1 видно, что средние значения по шкале DHI через 7 (2-й визит) и 28 (3-й визит) дней лечения Арелевертом уменьшились и значимо различались. Это свидетельствует о выраженном эффекте лечения на 7-й и 28-й день приема препарата. В ходе проведенного исследования были выявлены достоверные различия ($p<0,05$) по шкале DHI при 1-м и 3-м визите в группах пациентов, получавших Арлеверт, что указывает на достоверное улучшение качества жизни на 7-й день монотерапии.

Данные факторы необходимо учитывать при исследование показателей КЖ с помощью специальных опросников, которые могут быть использованы у пациентов с вестибулярной дисфункцией, как с диагностической целью, так и для сравнения эффективности проводимых методов лечения головокружения.

Данные о самочувствии пациента, полученные в процессе исследования, позволяют сформировать наиболее адекватные индивидуальные схемы лечения больных с вестибулярной дисфункцией, проводить мониторинг эффективности проводимого лечения и состояния пациента в различные периоды болезни. На основании полученных результатов возможен учет индивидуальных особенностей пациентов, что в свою очередь позволяет повысить эффективность проводимых лечебных мероприятий.

Необходимо отметить, что с учетом высокой вероятности возникновения рецидивов кохлеовестибулярных расстройств сосудистого генеза, требующих срочной госпитализации больных и проведения лечения в условиях стационара, вполне обоснована длительная курсовая поддерживающая монотерапия препаратом Арлевет в амбулаторных условиях (либо, при необходимости, назначение его в сочетании с другими препаратами), что не только предотвращает развитие рецидивов и препятствует прогрессированию заболеваний внутреннего уха, но и является экономически целесообразным [8].

Несомненно и то, что одним из главных направлений в практической вестибулологии должен быть диспансерный учет данной категории больных. В процессе динамического наблюдения за пациентами с вестибулярной дисфункцией с применением рекомендованных нами диагностических критериев (опросников) возможен весьма важный в клинической практике индивидуальный подход не только к лечению, профилактическим мероприятиям, но и к диспансерным осмотрам.

ВЫВОДЫ: Исследование подтвердило высокую клиническую эффективность препарата «Арлеверт», как вертиголитического средства при купировании вегетативных нарушений периферического вестибулярного головокружения.

Наш опыт применения препарата в отношении переносимости показал, в основном, отличную переносимость. Одним из преимуществ действия данного препарата можно отметить скорость наступления симптоматического действия, уже в течение первой недели проводимой терапии. Включение препарата Арлеверт в схемы лечения больных с периферическим вестибулярным головокружением способствует значительному уменьшению выраженности головокружения, уменьшению ощущение головокружения, улучшения слуха, уменьшению шума в ушах, но и значительно уменьшению психовегетативных (гипервентиляционных и эмоционально-аффективных) расстройств. Все перечисленное приводит к улучшению качества жизни пациентов, увеличению активности в повседневной жизни. Полученные результаты позволяют сделать вывод об улучшении качества жизни пациентов с периферическим вестибулярным головокружением на фоне проводимой монотерапии. Как видно из сказанного, головокружение для больных является эмоциональным стрессом и социально значимой проблемой. Поэтому этой категории пациентов должно применяться щадящее отношение и продуманные терапевтические воздействия.

Библиографический список:

1. Веселаго О.В. «Алгоритмы диагностики и лечения головокружения», Русский Медицинский Журнал, 2006
2. Левин О.С.,Штульман Д.Р. «Неврология» справочник практического врача, Москва,2011
3. Гафуров Б.Г., Аликулова Н.А. «Головокружение», методические рекомендации, Ташкент, 2011
4. Маджидова Ё.Н. «Современные подходы к лечению пациентов с головокружением». Научно-практический журнал «Неврология», Ташкент, 3/2014, стр.43-45.
5. Brandt T. Vertigo. Its Multicensory Syndromes. 2nded. London, 2000;251—80, 469—78.
6. Шток В.Н. «Фармакотерапия в неврологии» практическое руководство, Москва, 2010, стр.160-166.
7. Jacobson GP, Newman CW. The development of the Dizziness Handycap Inventory. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1990, 116(4): 424-7.
8. Eagger S., Luxon L.M., Davies R.A. et al. Psychiatric morbidity in patients with peripheral vestibular disorder: a clinical and neuro-oto-logical study. J Neurol Neurosurg Psychiat 1992;55:383-7.
9. Jacob RG. Panic disorder and the vestibular system. Psychiatr Clin North Am. 2000, 11(2): 361-74.

Жаксатова Нургуль Аманкелдикызы
Магистрант 1-курса
КМУ «Высшая школа общественного здравоохранения», Алматы

Zhaksatova Nurgul Amankeldykyzy
1st course of Master
Kazakhstan's Medical University "KSPH", Almaty, E-mail: nurgul-zhaksat@mail.ru

УДК 616-002.5

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ ИЗ РАЗНЫХ СТРАН В ГОРОДЕ АСТАНА (КАЗАХСТАН)

ANALYSIS OF MORBIDITY OF TUBERCULOSIS OF LABOR MIGRANTS FROM DIFFERENT COUNTRIES IN THE CITY OF ASTANA (KAZAKHSTAN)

Аннотация: Развитие туберкулеза определяется различными факторами риска и взаимодействием временных и пространственных распределений. Целью данного исследования было выявление уровня заболеваемости туберкулезом среди трудовых мигрантов из Средней Азии в городе Астана (Казахстан), а также их информированность о туберкулезе.
Abstract: Development of tuberculosis is determined by various risk factors and the interactions of temporal and spatial distributions. The purpose of this study was to identify the incidence of tuberculosis among labor migrants from Central Asia in the city of Astana (Kazakhstan), and their awareness of tuberculosis.
Ключевые слова: туберкулез, заболеваемость, трудовые мигранты, Астана, информированность.
Keywords: tuberculosis, morbidity, labor migrants, Astana, awareness.

В Казахстане высокий уровень туберкулеза в целом и один из самых высоких показателей в мире. Быстрое развитие страны притягивает трудящихся-мигрантов. Мигранты, как правило, подвергаются повышенному риску заболевания туберкулезом, поскольку они имеют ограниченный доступ к услугам здравоохранения, в том числе противотуберкулезную химиотерапию, и проживают в переполненных условиях, которые способствуют быстрой передаче туберкулеза. Также возможно, что иммигранты въезжают в Казахстан, зная, что они имеют туберкулез, потому что они считают, что услуги и лечение доступны, которые недоступны в их родных странах. Это может привести к увеличению числа случаев туберкулеза. [1]

Туберкулез является серьезной проблемой среди трудовых мигрантов, потому что они часто работают в закрытых офисах, строительных площадках, в те рабочих зонах, не имеющих доступа медицинских специалистов. [2]

Наша исследовательская работа проводился с целью раннего выявления туберкулеза среди мигрантов. в добровольном обследовании приняли участие 478 трудящихся-мигрантов. в качестве объектов исследования были рынки «Шанхай», «Саянур», строительные площадки.

По резултатами опросов было выявлено, что Киргизстан лидирует в количество трудовых мигрантов. Из всех 478 трудовых мигрантов гражданами Киргизстана являются (55%) 263 мигранта, 153 (32%) мигрантов гражданами Республики Узбекистан, 29 мигрантов (6%) из Таджикистана, а из Туркменистана 19 мигрантов (4%) и 14 мигрантов (3%) граждане других стран (Россия, Украина, Китай) [3]

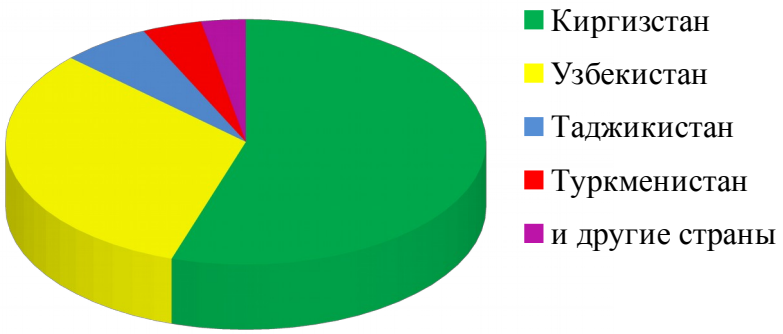
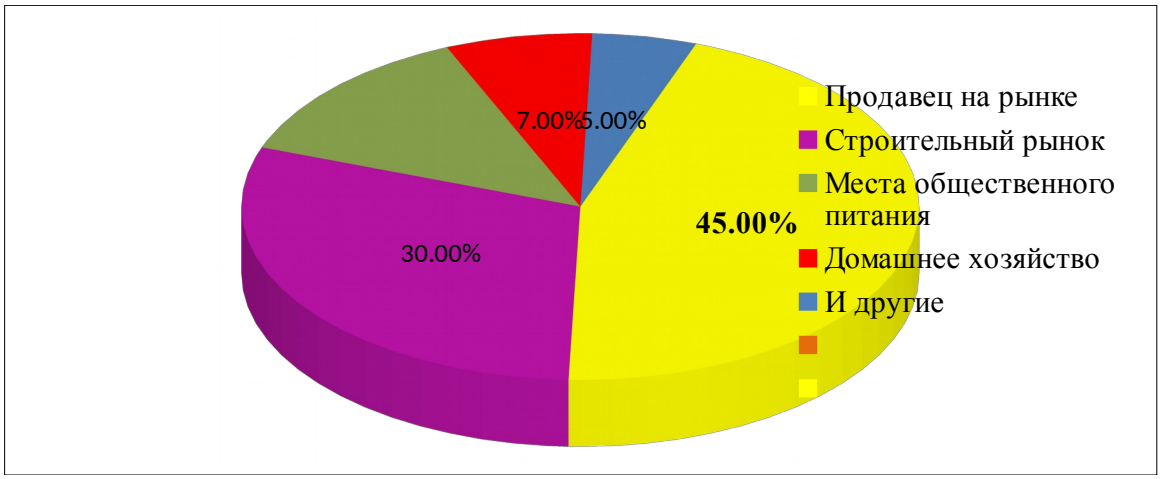
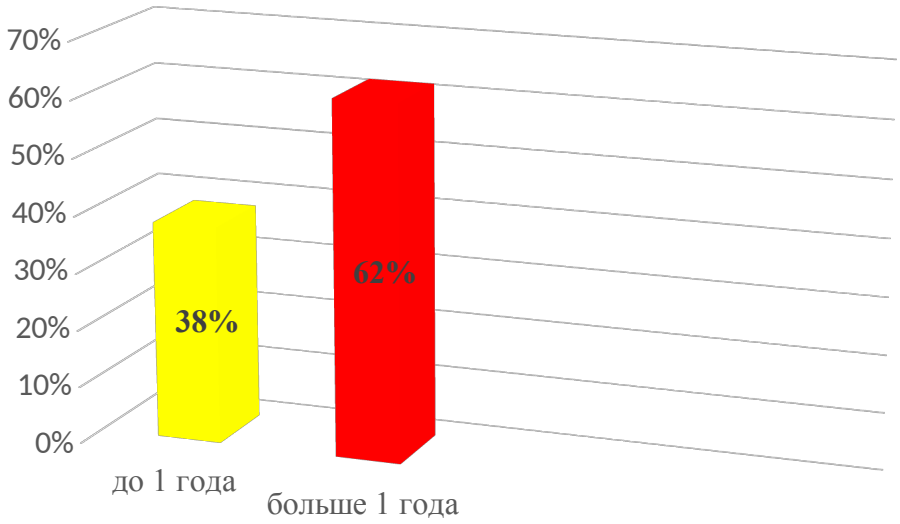


Рисунок 1. Страны трудовых мигрантов

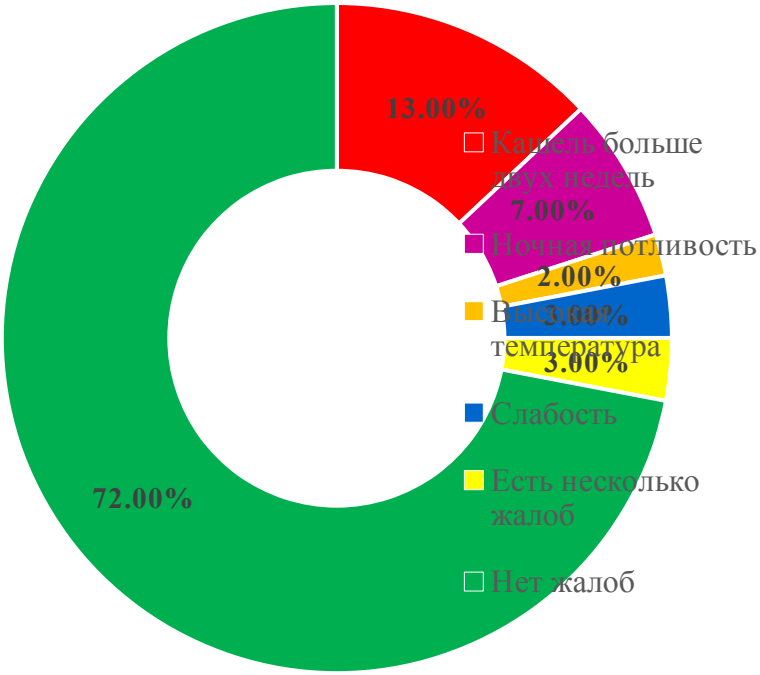
Казахстан, для соседних стран, особенно для тысяч трудовых мигрантов из Узбекистана и Кыргызстана стал вторым по величине трудовым рынком после России. Число легальных и нелегальных мигрантов, работающих в Казахстане говорят, что более чем на 1 миллион. Это всего лишь 10 процентов трудящихся-мигрантов регистрируются при устройстве на работу. Результаты обследования рабочих мест, рабочих-мигрантов:



215 рабочих-мигрантов работают продавцами на рынке (45%), 143 (30%) мигрантов на стройке, 62 мигрантов (13%) в местах общественного питания, 33 человека (7%), в домах и в квартирах владельцов кооперативов и 24 рабочих-мигранта выполняют (5%) другие функции работы. Они всегда работают в холоде, в тяжелых условиях, живут в неблагополучных районах, плохо питаются, эти различные факторы являются факторами риска, которые могут привести к заболеваниям как туберкулез или туберкулезу с осложнениями хронических заболеваний дыхательных путей и рецидиву туберкулеза. Для раннего выявления заболеваемости туберкулеза важно ежегодное флюорографическое обследование. [4] На этом рисунке мы видим количественные показатели трудовых мигрантов по флюорографическим исследованиям.



Были опрошены 478 мигрантов, из них 62% из 296 человек, на вопрос «Когда в последний раз проходили флюорографическое обследование?» ответили что они прошли флюорографию больше года назад, некоторые граждане даже не проходили это обследование в течение последних 10-15 лет, были такие, что впервые слышали про такое обследование. Из всех 478 мигрантов лишь 38% - 182 человека каждый год проходят флюорографическое обследование.



В ходе исследования по основным жалобам туберкулеза были получены следующие результаты:

344 трудовые мигранты (72%) ответили, что нет никаких жалоб, 62 (13%) жаловались на кашель больше 2 недель, 34 мигрантов (20%) беспокоили ночной кашель без мышечного напряжения, потливость, 10 (2%) жаловались на лихорадку. 14 людей беспокоили (3%), усталость, и несколько признаков туберкулеза.

Согласно результатам исследования, большинство мигрантов, опрошенных ответили «нет претензий». Главной целью их визита являются работа и улучшения финансового состояния, поэтому боязнь «потери работы» и «отправки обратно» их вынуждают ответить, что у них нет никаких жалоб. Таким образом, во время опроса мигранты с рентгеновскими обследованиями в течение года не жаловались ни на что. В ходе медицинского обследования из 28% мигрантов было выявлено 2 случая туберкулеза, один БК+ и один случай БК-.

Заключение

По результатом исследование мы выявили, что заболеваемость мигрантов туберкулёзом увеличивает показателей города**.** Астана быстро развивающий город. Каждый год в Астану приезжают очень много количество трудовых мигрантов. В нашей стране действует программа «Комплексного плана контроля за туберкулезом в Республике Казахстан 2014-2020 годы». Одним из ее пунктов является контроль заболеваемости среди трудовых мигрантов, который реализуется путем правительственных структур, международных организаций, НПО и медицинских учреждений.[6] Для профилактики туберкулеза и для снижения показателя города важно в строгом порядке каждый год провести рентгеновское обследование грудной клетки и провести профилактические мероприятия среди трудовых мигрантов.[7]

Библиографический список:

1. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/69025/fs07R_TBmigration.pdf
2. http://www.mz.gov.kz/ru/news/bolee-44-tysyach-trudyashchihsya-migrantov-obsledovany-v-kazahstane-na-tuberkulez-za-tri-goda
3. Материалы международного центра «Жария» по поддержке мигрантов
4. С.А.Сакыбаева «О диагностике туберкулеза легких в учреждениях лбщей лечебной сети»
5. Материалы МЗ РК Института «Национальная проблема туберкулеза»
6. https://www.inform.kz/ru/1600-bol-nyh-tuberkulezom-trudovyh-migrantov-za-3-goda-vyyavleno-v-kazahstane_a3221347
7. «Стратегия и организация Национальной программы по контролю над туберкулезом в РК» Ш.Ш.Исмаилов, К.Х.Баймуханова, Н.И. Назирова (Руководство по контролю над туберкулезом в РК 15 с, 2010 г.)

Мальцева Ирина Олеговна
Maltseva Irina Olegovna
студентка 1 курса лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет», г. Курск. E-mail: irina061099@yandex.ru

Рыжаева Валентина Николаевна
Ryzhayeva Valentina Nikolaevna
кандидат биологических наук, доцент кафедры биологии, медицинской генетики и экологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет», г. Курск

УДК 61.616.4.43

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ЗА 2011-2016 гг.

THE PREVALENCE AND MORBIDITY OF THE POPULATION OF KURSK REGION DIABETES FOR 2011-2016

Аннотация. Сахарный диабет –одно из самых распространенных заболеваний эндокринной системы организма человека. Неуклонность роста показателей заболеваемости в разных возрастных группах. Проблема сахарного диабета является актуальной, каждые 10-15 лет количество больных только увеличивается. В результате проведенного исследования, получен вывод о том, что в Курской области заболеваемость сахарным диабетом ниже, чем в стране.

Annotation. Diabetes mellitus is one of the most common diseases of the endocrine system of the human body. The steady increase in morbidity rates in different age groups. The problem of diabetes is urgent, every 10-15 years the number of patients only increases. As a result of the study, it was concluded that in the Kursk region the incidence of diabetes is lower than in the country.

Ключевые слова: Сахарный диабет, население, Щигровский район, Курская область, динамика, наблюдение.

Key words: Diabetes mellitus, population, Sgigrovsky district, Kursk region, dynamics, observation.

Введение: За последние годы сахарный диабет опередил по показателям ВИЧ, онкологию и сердечно-сосудистые заболевания. Общая заболеваемость сахарным диабетом (на 1000 населения) возросла на 14 %. Среди всего населения самый высокий рост общей заболеваемости характерен в категории от 18 лет и старше. Заболеваемость инсулинозависимым диабетом в городе Курске возросла почти на 12% за исследуемый период.

Заболеваемость населения сахарным диабетом –это одна из важных проблем современного здравоохранения, обусловленная как с его широкой распространенностью, так и с тяжестью заболевания. Болезни эндокринной системы, а именно сахарный диабет, по-прежнему занимают лидирующие позиции среди причин летальных исходов, а также ранней инвалидизации населения.

Цель исследования: изучение динамики заболеваемости сахарным диабетом населения Курской области.

Материалы: отчеты Щигровской больницы, отчеты по Курской области, материалы Федеральной службы государственной статистики «Здравоохранение в России».

Методы исследования: анкетирование, статистический метод.

Результаты исследования: Исключительная роль эндокринной системы в регуляции различных жизненных процессов обуславливает значение эндокринологии как важнейшей общебиологической науки. В связи с тем, что расстройства эндокринных функций занимают значительное место в человеческой патологии, изучение эндокринной системы представляет важное значение в отрасли клинической медицины. [1]

Несмотря на успехи современной медицины, на сегодняшний день проблема эндокринных заболеваний является актуальной как для большинства стран мира, так и для Российской Федерации.

Актуальность лечения, диагностики и профилактики эндокринных заболеваний на современном этапе обусловлена их социальной значимостью и распространенностью в популяции.

Так, на территории Российской Федерации в 2013 г. было зарегистрировано 1.526.711 больных с диагнозом болезней эндокринной системы, расстройствами питания и нарушения обмена веществ, установленным впервые в жизни. Показатель заболеваемости был 1063,9 на 100.000 всего населения.

В 2014 г. было зафиксировано 1.635.865 больных с установленным впервые в жизни диагнозом болезней эндокринной системы. Показатель заболеваемости составил 1.118,4 на 100.000 всего населения. [2]

Развитие сахарного диабета имеет тесную взаимосвязь с нарушениями в функционировании эндокринной системы. В процессе прогрессирования недуга развивается абсолютная или относительная недостаточность инсулина.

При сахарном диабете развивается в первую очередь сбой в углеводном обмене, за которым следует возникновение нарушений белкового и жирового обмена. [3]

В настоящее время заболеваемость по области составляет 34000 человек. Исключением не стал и Щигровский район, но так как в Щигровском районе городского и сельского населения проживает практически поровну, заболеваемость в районе ниже среднего показателя по области. Сахарный диабет практически в 70 % случаев встречается чаще у городского населения, чем у сельского в связи с тем, что сельское население не всегда обращается за медицинской помощью из-за некоторых трудностей.

Среди заболеваний эндокринной системы населения Щигровского района, сахарный диабет составляет 53 %. Подавляющее число пациентов с сахарным диабетом находятся в возрастной категории от 50 до 59 лет. Но болезнь молодеет, встречаются случаи выявления сахарного диабета у подросткового населения. Практически все больные с инсулинозависимым сахарным диабетом (рис.1).

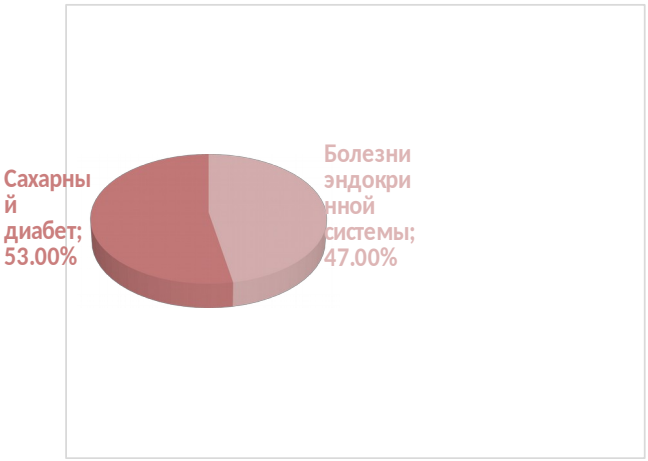


Рисунок 1. Заболеваемость населения

В Щигровском районе заболеваемость сахарным диабетом за исследуемый период составляла (рис.2)

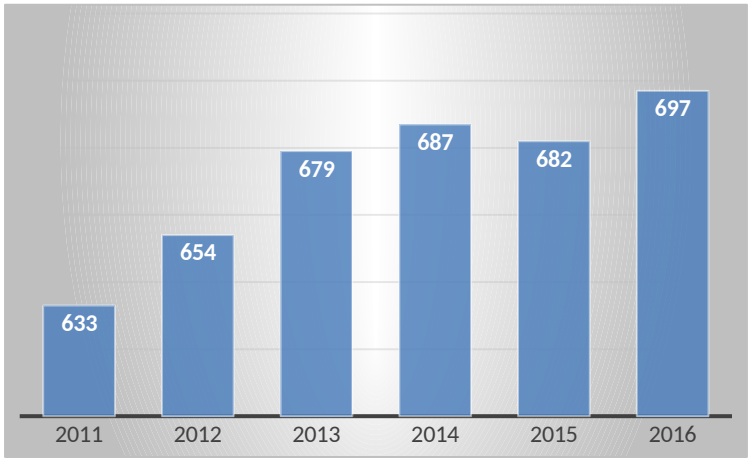


Рисунок 2. Заболеваемость населения Щигровского района сахарным диабетом.

Выводы: Курская область является субъектом РФ, концентрирующим негативные эпидемиологические факторы. Это следствия интенсивного развития промышленно-экономического комплекса КМА, последствия аварии на Чернобыльской АЭС, а также загрязнения окружающей среды от энергетики, транспорта и промышленности. Это может оказывать влияние на высокую

распространенность и рост заболеваемости сахарным диабетом Курской области. За исследуемый период заболеваемость населения сахарным диабетом имела тенденцию к увеличению. Показатель заболеваемости Щигровского района и области в целом ниже относительно Российской Федерации.

Библиографический список:

1. Дедов, И.И. Эндокринология: учебник для студентов медицинских вузов / И.И. Дедов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 432 с.

2. Цаликова, А.А. Анализ заболеваемости болезнями эндокринной системы в Российской Федерации в 2013-2014 гг. / А.А. Цаликова // Инновационная наука.-2016

3. Питерс-Хармел, Э. Сахарный диабет: диагностика и лечение / Э. Питерс-Хармел, Р. Матур ; пер. с англ. под ред. Н.А. Федорова.- М.: Практика, 2008.-496 с.

Вовк Яна Руслановна
Vovk Yana Ruslanovna
Студент
Белгородский государственный национальный исследовательский университет
Факультет Лечебного дела и педиатрии
E-mail: yana.vovk510@yandex.ru

УДК 616.36-002.12

СИНДРОМ ЖИЛЬБЕРА. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ

GILBERT'S SYNDROME. FEATURES OF CLINIC AND DIAGNOSTICS

Аннотация. В данной статье описан достаточно часто встречающийся во врачебной практике синдром Жильбера, который характеризуется эпизодическими повышениями в крови больного концентрации непрямого биллирубина, что фенотипически проявляется желтухой. Раннее выявление данной патологии крайне важно, так как ошибки в дифференциальной диагностике могут привести к ятрогенному нанесению вреда пациенту. Поэтому целью данной работы послужило наиболее полное описание патогенеза, клиники, а главное – диагностики данного синдрома.

Abstract. This article describes the often occurring in medical practice Gilbert's syndrome, which is characterized by episodic increases in the blood of the patient's concentration of indirect billirubin, which is phenotypically manifested in the form of jaundice. Early detection of this pathology is extremely important, because errors in differential diagnosis can lead to iatrogenic damage . Therefore, the aim of this work was the most complete description of the pathogenesis, clinic, and most importantly – the diagnosis of this syndrome.

Ключевые слова: синдром Жильбера, гипербиллирубинемия, желтуха.

Key words: Gilbert syndrome, hyperbilirubinemia, jaundice.

Введение. Синдром Жильбера – это наследственно обусловленная недостаточность глюкуронирования непрямого биллирубина, в результате чего возникает состояние гипербиллирубинемии. Синдром впервые был описан Августином Жильбером в 1901 году [3]. Его распространённость среди популяции имеет различия: так в странах Европы встречаемость составляет 3-5%, в то время как в странах Африки 36%. Также среди мужчин данная патология встречается чаще [4, 5].

Долгое время считалось, что синдром является доброкачественным, так как не приводит в финале к фиброзу печени. Однако, согласно данным последних исследований Синдром Жильбера играет определённую роль в развитии желчекаменной болезни[1, 2].

На сегодняшний день существует достаточное количество методов для выявления данного синдрома. Ранняя диагностика имеет очень важное значение для дальнейшей тактики ведения пациента врачом. Во-первых, она помогает исключить развитие заболеваний, предпосылками которых является синдром Жильбера. Во-вторых, ранняя диагностика позволяет исключить у пациента заболевания, проявлениями которых может быть желтуха, а значит и предотвратить ненужное данным пациентам лечение с последующим нанесением ятрогенного вреда.

Исходя из этого, целью моей работы является освещение сущности данной патологии, её клинических проявлений и диагностики медицинскому обществу для предотвращения диагностических ошибок со стороны практикующих врачей.

Материалами для исследования явились отечественные и зарубежные источники по данной проблеме.

Синдром Жильбера – это наследственная патология. В основе её патогенеза лежит мутация гена, расположенного на 2-ой аутосоме и отвечающего за синтез фермента печени – глюкоронилтрансферазы. Однако, существует несколько аллелей данного гена, что объясняет не полное отсутствие данного фермента у пациентов с синдромом Жильбера, а лишь снижение его количества. Данная патология наследуется по аутосомно-рецессивному типу[6].

В нормальных (не стрессовых для организма) условиях количество глюкоронилтрансферазы хватает для обезвреживания физиологически образованного непрямого биллирубина. Он превращается в прямой биллирубин и вместе с желчью поступает в кишечник, а затем выводится из

организма. При воздействии неблагоприятных факторой глюкоронилтрансфераза не справляется со своими функциями, в результате в крови накапливаются большие концентрации непрямого биллирубина, что проявляется желтухой [6].

Симптоматически данная патология в большом количестве случаев (30%) протекает бессимптомно. Однако наиболее частым её проявлением является желтуха. Эта особенность клиники связана, как было сказано ранее, с воздействием неблагоприятных факторов (голодание, тяжёлый физический труд, вирусные заболевания). Также пациенты могут предъявлять жалобы на дискомфорт в эпигастрии, быструю утомляемость, нарушение стула. В моменты клинических проявлений уровень сывороточного биллирубина, как правило, превышает 34-43 ммоль/л [7].

Диагностика синдрома Жильбера опирается на клинические данные – периодическая желтуха и повышение в крови фракции непрямого биллирубина. Однако, существуют и лабораторные методы, подтверждающие данную патологию.

1. Тест Petrella. Натощак определяют количество биллирубина в крови. Затем пациент голодает 36 часов, и вновь определяется концентрация биллирубина в крови. Его значения при наличии синдрома будут выше исходных на 25-30%.

2. Никотиновый тест. У пациента натощак берут кровь и определяют количество биллирубина. Затем внутривенно вводится 50 мг никотиновой кислоты. Определяется уровень биллирубина, который при наличии синдрома будет выше исходного на 111%. Затем спустя 5 часов вновь определяется уровень биллирубина, и он снова будет повышен по сравнению с исходными значениями.

3. Тест с фенобарбиталом. Натощак берётся кровь у пациента и определяется исходный уровень биллирубина. Затем ему назначается фенобарбитал в дозе 3 мг/кг в течение 5 дней. Далее вновь берётся кровь и определяется концентрация биллирубина, при наличии синдрома его уровень будет ниже по сравнению с исходным [8].

В качестве ещё одного метода диагностики можно использовать тонкослойную хроматографию, которая выявляет значительно более высокую долю неконъюгированного билирубина среди пациентов с синдромом Жильбера по сравнению с пациентами, страдающими хроническим гепатитом или гемолитическими желтухами [5].

Однако, на данный момент «золотым стандартом» диагностики синдрома Жильбера остаются внедрённый в 2000 году в практику метод молекулярно-генетического исследования [1, 2].

Медикаментозного лечения данной патологии, как следует из всего вышесказанного, нецелесообразно. Главным методом лечения является здоровый образ жизни.

Заключение. Синдром Жильбера – это патология, требующая внимания со стороны медицинского общества. Хотя и сама по себе патология существенного вреда организму не наносит, диагностические ошибки при её выявлении могут служить основой для ятрогенного нанесения вреда пациенту.

Библиографический список:

1. Клёпикова, Т.А. Формирование желчнокаменной болезни у ребенка с синдромом Жильбера и аномалией желчного пузыря / Т.А. Клёпикова, О.И. Вотякова, А.А. Чекалова и др. // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2014. – №4(19). – С. 69-71.

2. Рейзис, А.Р. Синдром Жильбера: современные воззрения, исходы и терапия / А.Р. Рейзис, О.Н. Хохлова, Т.С. Никитина // Гастроэнтерология. – 2012. – № 3(71). – С. 42-45.

3. Gilbert, A. La cholemie simple familiale / A. Gilbert, P. Lereboullet // Semaine Medicale. – 1901. – Vol. 21. – P. 241– 243.

4. Farago, B. Gilbert’s syndrome / B. Farago, B. Melegh // Orv. Hetil. – 2008. – Vol. 149. – № 27. – P. 1277–1282.

5. Sieg A, Arab L, Schlierf G, Stiehl A, Kommerell B. Prevalence of Gilbert's syndrome in Germany. Dtsch Med Wochenschr, 1987; 112(31—32): p. 1206—1208.

6. Шерлок Ш, Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей. / М.— ГЭОТАРМЕД. — 2002. — 859 с.

7. Губергриц Н.Б. Функциональные гипербилирубинемии: патогенез, клиника, диагностика, лечение. / Здоровье Украины. — 2004. — №89. — с.15-16

8. Шамов, И.А. Синдром Жильбера // Вестник ДГМА. – 2015. – № 2 (15). – С. 71-74.

Шайхова Холида Эркиновна
Профессор, Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан
Максудов Суннат Мирзалим угли
резидент магистратуры, Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан
E-mail: sunnatmaksudov@mail.ru

Shaykhova Holida Erkinovna
Tashkent medical academy, Tashkent, Uzbekistan
Maksudov Sunnat Mirzalim ogli
Tashkent medical academy, Tashkent, Uzbekistan
E-mail: sunnatmaksudov@mail.ru

УДК 616.211-005.1-089-085

МЕТОДЫ ОСТАНОВКИ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

METHODS OF STOPPING NASAL BLEEDING

Аннотация: Проблема носовых кровотечений (НК) не теряет своей актуальности, о чем свидетельствуют данные литературы (Фейгин Г.А., 2009; Аксенов В.М. и соавт., 2010; Овчинников Ю.М. и соавт., 2012; Арефьева Н.А., 2012; Rudert H., Maune S., 2013) и наши статистические исследования (Бойко Н.В. и соавт., 2013). НК — это наиболее распространенное показание для экстренной госпитализации в ЛОР стационары (Миронов С.Н., Кузнецов В.А., 2010; Meyer F., 2012). Количество больных с НК, поступающих в специализированные отделения, не имеет тенденции к уменьшению (Волков А.Г. и соавт., 2009). Доля носовых кровотечений колеблется от 3 до 8% в общей структуре госпитализированных больных (Lewandowski A.S., Sliwinska-Kowalska M., 2013). По материалам ЛОР-клиники РГМУ на базе многопрофильной 1-й Городской клинической больницы им. Н.И. Пирогова больные с НК составляют 14,3% от общего числа госпитализированных больных и 22.5% от скоропомощной группы (Пальчун В.Т. и соавт., 2008).

Abstract: Nasal bleeding (epistaxis) is one of the most common causes of patient hospitalization in therapeutic and special ENT departments. There are mechanical, chemical, physical, biological, pharmacological, surgical and combined methods of bleeding control. Different treatment modes of epistaxis, from the most traditional and conservative to the most recent techniques, are presented in the review. The advantages and disadvantages of each method are evaluated, according to the experience of Russian and foreign otolaryngologists.

Ключевые слова: носовое кровотечение, тампонада носа, медикаментозная терапия носовых кровотечений, эндоваскулярная эмболизация.

Key words: epistaxis, nasal packing, drug therapy of epistaxis, endovascular embolization.

Носовое кровотечение (НК), или эпистаксис (epistaxis, от греч. «капля за каплей»), занимает важное место среди патологии ЛОР-органов и является одной из наиболее частых причин госпитализации больных в терапевтические и специализированные оториноларингологические отделения. По данным отечественных авторов, частота этой патологии среди госпитализированных больных составляет от 4 до 14% [5,6]. НК занимает первое место среди спонтанных кровотечений [7].

В большинстве случаев кровотечение из носовой полости не является болезнью, но представляет собой симптом какого-либо общего или местного заболевания или воздействия. К местным причинам НК относятся травма (в том числе пальцевая, инородные тела, хирургические вмешательства), инфекции верхних дыхательных путей, аллергия, полипы носа, низкая влажность воздуха, опухоли (в том числе ювенильная назофарингеальная ангиофиброма, назальная гемангиома, назальная папиллома, эстезионей- робластома), вдыхание раздражителей и другие.

К системным причинам относятся артериальная гипертензия (АГ), различные нарушения коагуляции (в том числе связанные с болезнями печени, химиотерапией, антикоагулянтной терапией), приобретенная тромбоци- тарная дисфункция (например, после применения аспирина, других нестероидных противовоспалительных препаратов, клопидогрела, дипиридамола), применение ингибиторов ангиогенеза, истинная полицитемия, уремия, сосудистая патология (наследственная геморрагическая телеангиэктазия или синдром Ослера—Вебера—Ренду, нарушения структуры

коллагена, сосудистые мальформации, другие васкулиты), системные инфекции (брюшной тиф, дифтерия носа, врожденный сифилис, туберкулез, инфекционный мононуклеоз, папилломавирусная инфекция, коклюш, малярия, ревматическая лихорадка, грипп, острый тонзиллит, геморрагические лихорадки, корь, ветряная оспа).

Кровотечения из носа чаще бывают однократными и крайне редко заканчиваются летальным исходом. Однако рецидивирующие, упорные, а также профузные кровотечения из носа могут иногда представлять угрозу для жизни [5]. Профузные НК приводят к глубоким нарушениям гемостаза и требуют проведения передне-задней тампонады и хирургического вмешательства [3]. Несмотря на все виды гемостатических мероприятий, кровотечения этой локализации контролируются с трудом.

Независимо от этиологии носового кровотечения, начальные лечебные мероприятия должны быть направлены на его купирование и коррекцию гиповолемии [2,3]. Лечение НК включает консервативные и хирургические методы. Способы остановки кровотечения любой локализации в зависимости от природы применяемых методов делятся на механические, химические, физические (термические), биологические, фармакологические, хирургические и смешанные [2]. Чаще всего приходится прибегать к комбинированию различных методов.

Первая помощь при НК включает зажатие носа (воздействие прямого давления на передний отдел носовой перегородки) в течение 5—20 мин и закладывание в пораженную половину носа кусочка марли или ваты, смоченного топическим деконгестантом [4]. Еще Гиппократ писал, что кровотечение из носа остановится, если на некоторое время зажать нос и попросить пациента дышать ртом. Эффект может быть усилен при накладывании на пораженную половину носа холодного компресса или льда [4]. Наклон головы вперед предотвращает стекание крови в глотку и, как следствие, тошноту и обструкцию воздухоносных путей [4, 8]. Во многих случаях для остановки кровотечения достаточно распылить в носовой полости сосудосуживающий препарат (фенилэфрин, оксиметазолин и т.п.). Эти средства особенно полезны при носовых кровотечениях, возникающих после хирургических вмешательств (ринопластики, пластики носовой перегородки) [1].

Для выявления и лечения причины НК необходимо правильно подготовить носовую полость, т.е., в первую очередь, осторожно удалить из нее кровяные сгустки, лучше всего — с помощью отсоса. На слизистую оболочку переднего отдела носовой перегородки (зона Киссельбаха — Литтла) некоторые авторы рекомендуют нанести местный анестетик. В идеале он должен содержать вазоконстриктор [4]. Обычно для осмотра носа не требуется общий наркоз, однако у пациентов с АГ и повышенной тревожностью возможна легкая седация (например, небольшими дозами диазепама [8]).

Химические методы. Ранее при упорных НК под кровоточащую слизистую оболочку рекомендовалось вводить склерозирующие вещества. Их нежелательным эффектом является способность вызывать сухой некроз тканей, сухость в носу и накопление корок, провоцирующих рецидивы НК. В настоящее время эти методы не рекомендуются [3].

В зарубежных источниках наиболее часто описанным методом остановки НК, применяемым в том числе врачами общей практики, является каутеризация кровоточащего участка слизистой оболочки нитратом серебра. Часто этого достаточно для остановки переднего НК. Каутеризация является хорошим методом только при условии ясно визуализируемого места НК и относительно несильной интенсивности кровотечения. При геморрагических диатезах химические методы не применимы, так как они формируют дополнительный участок повреждения [2].

Физические методы. Термические методы остановки НК, в основе которых лежит температурное воздействие на кровоточащие сосуды перегородки носа (локальная гипо- и гипертермия), характеризуются кратковременной клинической эффективностью. Местная гипотермия оправдана лишь при передних носовых кровотечениях, тогда как локальная гипертермия эффективна при кровотечениях из задних отделов носовой перегородки [1, 5,7].

К методам локальной гипертермии относится горячая ирригация [5], применяемая для лечения НК уже более 100 лет. При этом хоана обтурируется раздуваемым баллоном, а носовая полость орошается горячей водой (50°С). По сравнению с классической тампонадой эта процедура менее болезненна, менее травматична и требует меньшего срока госпитализации, обладает сходной эффективностью, однако не исключает риск аспирации. Способ эффективен при лечении задних НК благодаря развитию под действием горячей воды отека слизистой оболочки, сужения носовых ходов и сдавления кровоточащего сосуда, вазодилатации сосудов слизистой оболочки, приводящей к снижению давления в окружающих сосудах, и механическому вымыванию сгустков из носа. Такой эффект оказывает применение воды температурой 46—52°С; использование более горячей воды

опасно развитием некрозов эпителия.

Криовоздействие является щадящим методом, так как на слизистой оболочке после него не остается грубых рубцов и не возникает ее атрофии. Наиболее эффективен метод при лечении кровоточащих полипов [1, 3].

Электрокоагуляция — достаточно распространенный и эффективный метод, не лишенный, однако, своих недостатков. Применение электрокаутеризации с двух сторон носовой перегородки увеличивает риск перфорации. Обильное кровотечение затрудняет поиск сосуда для коагуляции.

Физические методы остановки НК не лишены недостатков. Во-первых, для эффективного их использования требуются условия, близкие к «сухому полю», т.е. предварительное уменьшение носового кровотечения, что не всегда возможно при обильной геморрагии из носа. Во- вторых, чаще всего эти методы используются при кровотечениях из передних отделов носа, так как задние отделы плохо обозримы и труднодоступны для воздействия, а источник кровотечения нередко очень трудно выявляем или не устанавливается вовсе. В-третьих, кровотечения из носа часто носят распространенный, диффузный характер, что ограничивает использование данных методов гемостаза [5].

Механические методы. При неэффективности каутеризации или невозможности ее проведения ввиду необозримости источника кровотечения рекомендуется произвести тампонаду носа. Эффективность ее, по данным Purushothaman, составляет 80—90% [4].

В нашей стране тампонада носа остается первым и самым распространенным методом остановки НК. Она классифицируется на переднюю и заднюю тампонаду в зависимости от источника кровотечения. Используются различные варианты материалов для носовых тампонов.

Классическая марлевая тампонада полости носа до сих пор широко применяется оториноларингологами для остановки НК. Преимуществом марлевых тампонов является возможность прижатия сосудов к стенкам полости носа, а также ускорение образования кровяного сгустка. Достоинством марли является ее сетчатая структура, которая служит своеобразной искусственной матрицей сгустка, обеспечивая формирование одного большого «белого тромба», выполняющего полость носа [5]. Различные авторы рекомендуют оставлять тампон в носу для формирования адекватного сгустка на 1—3 [1], 3—5 [4] и даже 4—6 дней [7]. При тугой тампонаде всегда рекомендуется тампонировать и вторую половину носа, чтобы не произошло смещения носовой перегородки [2].

При длительной тампонаде рекомендуется использование местной антистафиллококковой мази ввиду риска развития синдрома токсического шока [40]. Также при длительной тампонаде профилактика инфекционных осложнений может осуществляться с помощью повторного пропитывания тампонов антибиотиками без их извлечения из носовой полости через вкалываемую в них иглу [3].

Среди недостатков марлевой тампонады необходимо отметить болезненность при введении и удалении тампонов, травмирование слизистой оболочки полости носа с образованием в этих участках грануляционной ткани, что может стать причиной рецидива кровотечения после удаления тампонов. Кроме того, марлевые тампоны прилипают к слизистой оболочке и раневой поверхности, быстро пропитываются раневым отделяемым и слизью, что создает условия для роста микроорганизмов [3,4]. Повторные марлевые тампонады оказывают выраженное травмирующее действие [2,7]. При ретампонаде не рекомендуется держать марлевые тампоны более двух суток, так как постоянное поступление тромбопластина из форменных элементов сгустка, а также резкая активация фибринолитической активности вокруг него приводят к нарушению равновесия гемостатического потенциала [5, 8].

Для преодоления недостатков марлевой тампонады применяют пропитывание тампонов вазелиновым маслом, различными антисептическими (растворы антибиотиков, диоксидин, йодоформ, ксероформ) и гемостатическими средствами: аминокапроновой кислотой, феракрилом, капрофером, трансамином [2, 3, 4]. Однако существует мнение, что при нормальных показателях коагулограммы не следует пропитывать тампоны растворами гемостатических препаратов [2,7].

Стремление избежать возобновления кровотечения после удаления тампонов заставляет искать новые модификации щадящей тампонады. Попытки применить для тампонады носа поролон в расчете на то, что он не будет прилипать к слизистой оболочке носа, не признаны успешными. В связи с этим предложена тампонада по принципу Микулича — с использованием поролоновых тампонов в перчаточной резине [5, 7]. Такие тампоны легко устанавливаются и извлекаются, оказывая

хороший гемостатический эффект при адекватном подборе размера тампона.

Применение обычной тампонады носа нецелесообразно при НК низкой интенсивности с механизмом *per diapedesin.* Крюковым и Карельской предложен подтвердивший свою эффективность метод эластической тампонады полости носа с использованием тахокомба, который состоит из коллагеновой пластины, покрытой фибриногеном, тромбином и апротинином, как компонента тампонады для применения при НК у больных с нарушением свертывания крови (в частности при острых лейкозах).

Для остановки НК из зоны Киссельбаха Макариной был предложен альтернативный бестампонный механический способ [1]. Для этого специально была разработана «клипса» оригинальной конструкции, позволяющая прицельно безболезненно прижать с адекватной дозированной силой зону Киссельбаха с учетом ее топографической анатомии, не выключая при этом носового дыхания. К плюсам этого метода относится возможность регулирования силы давления браншей, применимость при двустороннем кровотечении, минимальный риск инфицирования.

При кровотечениях из задних отделов носа применяют заднюю тампонаду. Рекомендуемый размер заднего тампона — одна [3] ипи две [4] ногтевых фаланги большого пальца руки больного. После задней тампонады необходимо постоянное наблюдение и мониторинг жизненных показателей из-за возможности нарушения возду- хопроведения [3,8]. Перед тампонадой нужно убедиться в проходимости дыхательных путей. Заднюю тампонаду должен проводить врач, владеющий техникой интубации, поскольку в любой момент может возникнуть непроходимость дыхательных путей [1,5]. Некоторые авторы рекомендуют проводить заднюю тампонаду после премедикации атропином, димедролом и промедолом или даже под интубационным наркозом в связи с ее плохой переносимостью пациентами.

Осложнениями любых видов тампонады являются: сильная головная боль, гематомы и абсцессы носовой перегородки при излишне травматичной тампонаде, синуситы, нейрогенные синкопы во время тампонирования, некрозы слизистой при слишком тугой тампонаде, гиповентиляция [4,7]. Одним из существенных недостатков различных видов тампонады носа, в основном повторных, является выключение вентиляции ОНП и полостей уха, что нередко становится причиной тубарной дисфункции, воспалительных изменений в среднем ухе, возникновения гнойных синуситов, некроза слизистой оболочки полости носа, перфорации мягкого неба, острого дакриоцистита, образования пиогенной гранулемы, подкожных абсцессов лица [5, 8]. В качестве чрезвычайных осложнений, особенно после задней тампонады, описываются серьезные сердечно-сосудистые нарушения, менингит, эпилептиформный синдром, сепсис, эндокардит и др. [1, 2,3].

Существенным недостатком всех видов носовых тампонов, за исключением пневматических, является невозможность проведения контроля над внутриносовым тампонным давлением, которое не должно превышать 42 мм рт. ст., так как избыточная компрессионная нагрузка на слизистую оболочку перегородки носа ведет к ее ишемии [1,8]. В связи с этим марлевая тампонада может быть заменена пневматическими тампонами [3,5] и их модификациями (например, катетером «ЯМиК», специально разработанным для остановки носового кровотечения катетером «Эпистоп»), которые легко вводятся в полость носа, не прилипают к слизистой оболочке носовой полости, легко удаляются. Из пневматического баллона можно периодически выпускать часть воздуха, обеспечивая тем самым «отдых» слизистой оболочке [2]. Возможность сдувания баллонов также позволяет при необходимости устанавливать назогастральный зонд, не удаляя катетер. Кроме того, пневматические катетеры, в отличие от марлевых тампонов, в меньшей степени вызывают гипоксию и гиперкапнию, не требуют седации [3]. Собственные исследования авторов показали преимущество использования катетера «Эпистоп» по сравнению с традиционной марлевой тампонадой.

В иностранной литературе описано «двухбаллонное устройство»: задний баллон после введения катетера в нос заполняется 7—10 мл физиологического раствора и закрывает хоану, затем передний баллон заполняется 15—30 мл физиологического раствора и раздувается в полости носа, предотвращая ретроградный ход заднего баллона и обструкцию воздухоносных путей [4]. При недоступности специализированного пневматического устройства предложено использование катетера Фолея (14 или 16 F) с 30-миллилитровым баллоном. Катетер вводится в пораженную ноздрю и визуализируется в ротоглотке перед заполнением баллона 10—15 мл физиологического раствора [1,5]. Баллон затем подтягивается к хоане и выполняет роль заднего тампона. Катетер фиксируется перед ноздрей, носовая попость допопнительно тампонируется. Катетер Фолея не должен давить на край ноздри, чтобы не вызвать ее некроз.

Тем не менее, и пневматические тампоны не лишены недостатков. В их числе указываются выраженный отек слизистой оболочки полости носа, образование распространенного фибринозного налета после удаления тампонов, распространенная ишемия слизистой оболочки за счет давления тампона и развитие в связи с этим выраженных реактивных изменений. Если баллон раздут слишком сильно и оставлен на длительное время, он сдавливает носовую перегородку и может привести к некрозу слизистой оболочки [5]. Кроме того, пневматический тампон не всегда позволяет обеспечить прицельное воздействие на определенный участок слизистой оболочки [3].

Крюков описал использование при послеопеорационных НК двухкамерного (секционного) гидротампона, представляющего собой два баллона, находящихся в едином блоке тампона, с раздельными каналами для наполнения [8]. Секционность тампона позволяет независимо воздействовать механически на задние и передне-средние отделы полости носа. Преимущества этого типа тампонов заключаются в целенаправленном механическом воздействии на локусы носовой кровоточивости.

Биологические методы. Для тампонады носа успешно применялись биоматериалы, в частности формалинизированные и сублимированные кадаберные гомогенные и гетерогенные биоткани: консервированная кадаберная фасция, брюшина, твердая мозговая оболочка, импрегнированная растворами ингибиторов протеаз (контри- кал, трасилол), антисептиками (диоксидин, йодоформ) или антибиотиками широкого спектра действия [6]. Эти методы позволяют раньше отказаться от гемоста- тической терапии, что важно для пациентов, склонных к гиперкоагуляции (часто при ЧМТ). Биотампонада может оказать эффект при многократных рецидивах НК (в результате обширного повреждения структур носа или основания черепа, возможно, без повреждения крупных сосудов), когда обычная тампонада не эффективна. Важным аспектом биотампонов является их стимулирующее влияние на раневую поверхность за счет стимуляции репаративных процессов в слизистой оболочке полости носа непосредственно под биотампоном [3,4].

По данным Погосова (2014), при НК, связанных с АГ, тампонада носа была эффективной в 100% случаев. При ангиофиброме носоглотки, напротив, эффективность тампонады сводилась к 0%. При профузных НК длительная тампонада и общие лечебные меры (переливание жидкостей, антибиотикотерапия) эффективны в 2/3 случаев [3].

Медикаментозная терапия является одним из основных этапов оказания помощи при носовых кровотечениях любой этиологии. Патогенетической является терапия, направленная на коррекцию локального внутрисосудистого свертывания [2]. К «стандартному гемостатическому набору» относят дицинон, викасол, аминокапроновую кислоту (АКК), хлористый кальций.

При однократном рецидиве НК рекомендуется внутривенное введение ингибиторов протеаз (контрикал, трасисол, гордокс) [2,7]. При ЧМТ это может быть особенно эффективным, так как в этом случае отмечается нарушение кинин-калликреиновой системы, а ингибиторы протеаз уменьшают повреждающее действие кининов.

По данным Храппо, Петрова (2011), у больных с рецидивирующими травматическими НК снижен уровень антиоксидантов крови, повышен уровень свободных радикалов. Вероятно, это связано с тем, что при церебральной травме в нейронах нарушается пуриновый обмен и происходит усиление продукции гипоксантина, способного генерировать супероксидные радикалы и перекись водорода [7]. На основании этих данных они рекомендуют включить в патогенетическую терапию рецидивов ТНК токоферол. Кокарбоксилаза (стимулятор пентозного цикла к синтезе пуринов) и глютаминовая кислота усиливают синтез пуринов и реутилизацию гипоксантина клетками *de novo*.

Использование гепарина в лечении НК — вопрос, открытый среди отоларингологов [2]. По мнению Петрова [7], применение малых доз гепарина (1000 ед. п/к) оправдано благодаря нейтрализации тромбина, стимуляции фибринолиза, улучшению микроциркуляции, а также предотвращению перехода ДВС синдрома во вторую стадию.

Базисную и патогенетическую терапию рецидивов травматических НК целесообразно потенцировать эндоназальным введением свежезамороженной плазмы [2,6].

Восполнение жидкости следует осуществлять при подозрении на значительную кровопотерю при обнаружении признаков гиповолемии. Бойко и соавт. предлагают использование гемодилютирующих растворов у всех пациентов с АГ и рецидивирующими НК, так как у них нарушение гемостаза усугубляется относительным недостатком плазменных факторов свертывания из-за эритроцитоза, что приводит к формированию рыхлых эритроцитарных тромбов, легко отторгающихся при удалении тампонов из полости носа [6].

В тяжелых случаях (к которым относятся профузные кровотечения, клинико-лабораторные признаки ДВС синдрома, упорные рецидивы кровотечений, патология плазменных факторов свертывания крови) коррекция нарушений гемостаза осуществляется дополнительным введением препаратов крови: свежезамороженной плазмы, тромбоцитарной массы, криопреципитата.

При НК, развившихся на фоне АГ, важнейшим этапом является гипотензивная терапия. Основным ее принципом является снижение АД до нормальных или «рабочих» цифр. Важно обеспечить быстрый гипотензивный эффект [3,4].

Следует избегать применения спазмолитиков миотропного действия (но-шпа, спазган, баралгин), так как выраженный сосудорасширяющий эффект этих препаратов может приводить к усилению кровотечения. В литературе описана опасность использования препаратов нейротропного действия (дроперидол), поскольку в состоянии нейроплегии, особенно у пожилых пациентов, возможно «скрытое» кровотечение из задних отделов полости носа или западение конца тампона в гортаноглотку, что приводит к аспирации и явлениям асфиксии [5, 8].

Существуют данные об эффективности использования в комплексной терапии НК индинола — препарата, избирательно активного в отношении вирусов-онкогенов [1], однако тема требует дальнейшего изучения.

К другим консервативным методам лечения относят повышение влажности воздуха с помощью увлажнителей, активное лечение аллергических заболеваний.

Хирургические методы. Неэффективность консервативной терапии требует оперативного вмешательства. Зарубежные авторы считают что показаниями к хирургическому лечению задних НК являются неэффективность задней тампонады в течение 48 ч и/или снижение гема- токрита ниже 38% [3].

Самым простым и наименее инвазивным является подслизистое или субперихондральное введение лекарственных веществ: растворов лидокаина, новокаина, спленина [5].

Эффективной бывает отслойка мукоперихондрия перегородки носа [2,3], подслизистая резекция хряща носовой перегородки при наличии шипов или гребней [1].

Еще одним методом является пересечение кровоточащего сосуда — ангиотомия. На основании разработанной клинико-анатомической классификации микрососудов подэпителиального слоя зоны Киссельбаха — Литтла Петровым предложена новая модификация этого метода: во время ангиотомии пересекается не только сосуд, непосредственно являющийся источником кровотечения, но и все приносящие сосуды, наиболее близко прилегающие к нему [2,8]. Этот принцип не совпадает с более старым утверждением: «пересекается только аномальный сосуд, идущий к кровоточащей зоне» [2].

При рецидивах НК или их профузном характере прибегают к перевязке магистральных сосудов или их ветвей на протяжении. Следует отметить, что большинство хирургических методов, пусть и нечасто, но способны привести к тяжелым осложнениям, поэтому применение их должно рассматриваться как вынужденная экстренная мера, необходимая для спасения жизни больного.

Перевязка НСА была впервые применена Pilz в начале XX в. Эта процедура приводит к снижению давпения в конечной ветви наружной сонной артерии (НСА) — верхнечелюстной артерии (ВЧА). К сожалению, большое количество анастомозов максиллярной артерии приводит к значительному проценту неудач этого метода лечения. По данным Spafford, Durham (2012), частота повторных НК при перевязке НСА составляет 45% [6]. Кроме того, описаны серьезные осложнения процедуры, в том числе повреждение крупных сосудов и нарушение мозгового кровообращения. Помимо анастомозов между ветвями наружной и внутренней сонных артерий, существуют анастомозы между сосудами правой и левой половин носа, что может стать причиной персистирующего НК даже после односторонней перевязки артерии.

Прямая перевязка ВЧА через гайморову пазуху с помощью доступа Колдуэлла — Люка была описана Seiffert в 1929 г., однако до 1960-х гг. активно не применялась. Метод включает визуализацию артерии и наложение металлических клипс на конечные ее ветви, особенно клиновидно-небную и нисходящую небную артерии. Это более эффективно, чем перевязка НСА, однако частота осложнений достаточно высока (25—30%), что связано, в том числе, с технической сложностью идентификации и клипирования сосудов. Частота рецидивов составляет 10—20% [3,7]. Перевязка ВЧА противопоказана у детей из-за риска повреждения непрорезанных зубов. Отдаленные результаты перевязки наружной сонной и верхнечелюстной артерий показывают наибольшую частоту рецидивов после лигирования НСА.

Считается, что если источник НК расположен выше средней носовой раковины, первязки наружной сонной или максиллярной артерии может быть недостаточно из-за высокого риска кровотечения из решетчатых артерий. Поэтому часто одновременно с ВЧА перевязывают переднюю и заднюю решетчатые. При кровотечении из решетчатых артерий возможно проведение этмоидэктомии наружным или внутренним подходом с дальнейшей тампонадой.

На современном этапе развития оториноларингологии, нейрохирургии, ангиологии к наиболее перспективным и высокоэффективным методам хирургического лечения НК относятся ангиография с поспедующей селективной эндоваскулярной эмболизацией терминальных ветвей ВЧА, позвопяющей прицепьно блокировать участок кровотечения в непосредственной близости от него [4].

С успехом проводится перевязка и коагупяция клиновидно-небной артерии в месте выхода ее через одноименное отверстие под контролем эндоскопа.

В 1960 г. Saunders был предложен метод септапьной дермоппастики: хрупкая спизистая оболочка переднего отдепа носа заменяется на расщепленный кожный лоскут, более прочный и обеспечивающий защиту от травм и НК [4,6].

Принято применять хирургические методы после неудачи консервативных. Однако в последнее время некоторые авторы отметили преимущества ранних сосудистых вмешатепьств на основании оценки комфорта пациента, дпительности госпитапизации и эффективности [4]. Тем не менее, это мнение оспаривается многими исследователями. Так, Goddard и Reiter определили, что средняя стоимость пребывания в стационаре одного больного с НК при остановке кровотечения тампонадой носа в 2 раза ниже, чем при произведении перевязки артерий, и в 3 раза — чем при артериальной эмболизации [4]. Другое исследование [7] показало, что при применении нехирургических методов лечения НК среднее пребывание в стационаре меньше по сравнению с группой пациентов, у которых применялись хирургические методы лечения (соответственно 8,1 и 11,8 койко-дней).

Таким образом, многообразие методов остановки НК позволяет лечащему врачу выбрать подходящий дпя каждого пациента в зависимости от этиопогии, патогенеза, клинических проявлений кровотечения, собственного врачебного опыта и оснащения лечебного учреждения. Однако ни один из существующих методов не лишен недостатков и не обладает 100%-й эффективностью. Зачастую более эффективные методы оказываются более трудновыпопнимыми, требующими специальных навыков и оборудования. Консервативные же методы нередко плохо переносятся пациентами и имеют немалый процент рецидивов. Поэтому совершенствование способов остановки НК, обладающих достаточной эффективностью, быстротой, простотой осуществления, применимых в широкой практике и не представляющих собой тяжелый стресс для пациента, не теряет своей актуальности.

Библиографический список:

1)Архипова Ю.В. Профузные носовые кровотечения: авто- реф. дис. ... канд. мод. наук. — М., 2012. — 17 с.

2)Бойко Н.В. К патогенезу возникновения рецидивов носового кровотечения // Российская ринология. — 2010. — № 3 — С. 39-43.

3)Патогенетическое лечение рецидивирующих носовых кровотечений на фоне гипертонической болезни / Н.В. Бойко [и др.] // Российская ринология. — 2009. — № 2. — С. 58.

4)Бойко Н.В., Шатохин Ю.В. Алгоритм оказания неотложной помощи больным с носовым кровотечением // Российская ринология. — 2011. — № 1. — С. 40—14.

5)Волков А.Г., Бойко Н.В., Киселев В.В. Носовые кровотечения. — М.: АПП «Джангар», 2012. — 276 с.

6)Волков А.Г. Совершенствование способов остановки носовых кровотечений // Вестник оториноларингологии. — 2010. — №4 . — С. 9—12.

7)Рецидивирующие носовые кровотечения: значение гемос- тазиологических нарушений в патогенезе. Лечебная тактика / А.В. Гапонюк [и др.] // Российская ринология. — 2013. — № 1. — С. 10—15.

8)Перспективы терапии носовых кровотечений /А.П. Давыдова [и др.] // Российская ринология. — 2015. — № 2. — С. 126.

Беденко Анна Сергеевна
Anna Bedenko
врач-невролог
ИМЧ РАН им. Н. П. Бехтеревой
197376, РФ, Санкт-Петербург, ул .академика Павлова, 12А
E-mail: mailanna91@yandex.ru

УДК 616

ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ВАСКУЛИТ: ПРОБЛЕМЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА И ТЕРАПИИ

CEREBRAL VASCULITIS: PROBLEMS OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS AND TREATMENT

Аннотация: Церебральный васкулит - это тяжелое, в ряде случаев, инвалидизирующее заболевание. Редкая встречаемость этой нозологии в сочетании с разнообразием клинической картины, зачастую, создает определенные трудности для дифференциального диагноза. Однако, своевременная диагностика этих состояний очень важна, т. к. разработаны эффективные схемы терапии.

Данная статья посвящена проблемам диагностики, верификации диагноза и терапии церебрального васкулита. В статье приведены необходимые эпидемиологические данные, описаны алгоритмы диагностики и верификации церебрального васкулита, в том числе приведены утвержденные критерии первичного васкулита центральной нервной системы. Особое внимание отведено проблемам дифференциального диагноза, в том числе такому редко диагностируемому заболеванию, как синдром обратимой церебральной вазоконстрикции.

Abstract: Cerebral vasculitis is severe, in many cases, disabling disease. Rare occurrence of this nosology and diversity of clinical picture create, often, some difficulties for differential diagnosis. However, it is very important to diagnose this condition well in time, because there are exist some effective therapeutical opportunities for reduction of inflammation and prevention of diseases relapse.

This article is dedicated to problems of diagnosis, verification of diagnosis and therapy of cerebral vasculitis. There are in the article necessary epidemiological data was given. Necessary procedures of diagnosis and verification of cerebral vasculitis was described, for example, criteria of primary angiitis of the central nervous system. Author pays especial attention to differential diagnosis of vasculitis of central nervous system. For instance, so rare disease as reversibal vasoconstriction syndrome was depicted.

Ключевые слова: церебральный, васкулит, ангиография, нейровизуализация, головная боль, синдром обратимой вазоконстрикции, глюкокортикостероиды

Keywords: cerebral, vasculitis, angiography, neurovisualisation, headache, reversibal vasoconstriction syndrome, glucocorticoids.

Церебральный васкулит – это тяжелое, инвалидизирующее и, потенциально, жизнеугрожающее заболевание. Выделяют изолированный (первичный) васкулит ЦНС, не сопровождающийся признаками вовлечения других органов и систем. Церебральные васкулиты могут развиться в следующих клинических ситуациях [1,С. 81-82, 2, С.417]:

1. Инфекционная патология:

Вирусная патолгия: вирус Варицелла-Зостер, Эпштейна-Барр, цитомегаловирусная инфекция, гепатит С, ВИЧ-инфекция.

Бактериальные инфекции: туберкулез, лайм-боррелиоз, нейросифилис, риккетсиозы.

Микозы: аспергиллез, кокциоидомикоз, кандидоз.

Паразитарные инфекции: цистециркоз

2. Ревматическая патология:

Первичные васкулиты: болезнь Такаясу, болезнь Хортона, узелковый периартериит, синдром Чарджа-Стросса, болезнь Вегенера, криоглобулинемический васкулит, пурупура Шенляйн-Геноха

Системные заболевания соединительной ткани: ревматоидный артрит, системная красная волчанка, системная склеродермия, дерматомиозит и полимиозит, синдром Шегрена, смешанное заболевание соединительной ткани (синдром Шарпа)

3. Васкулиты, ассоциированные с гиперсенсибилизацией вследствие приема экзогенных веществ: кокаин, амфетамин, героин. Описаны случаи развития васкулита ЦНС при приеме некоторых лекарственных препаратов: антибиотиков (азитромицин, миноциклин), антигипертензивных (гидралазин), антитиреоидных препаратов (пропилтиоурацил), антилейкотриеновых препаратов

4. Паранеопластические васкулиты.

Васкулит центральной нервной системы также описан воспалительных заболеваниях кишечника [3,С.476], нейросаркоидозе [4, С.90], лучевой терапии.

Клинические проявления вариабельны, чаще всего наблюдаются следующие синдромы [1, С.83, 2, С.418]:

Головные боли: при васкулите ЦНС головные боли, чаще всего, легкой либо умеренной интенсивности, резкое усиление головных болей может указывать на вовлечение мозговых оболочек, развитие тромбоза венозного синуса [6, С.340]

Судорожные припадки

Прогрессирующие когнитивные нарушения. Описаны случаи развития деменции, преимущественно фронто-темпорального типа [7, С.93].

Угнетение сознания, дезориентация

Афазия

Снижение зрения

Диплопия

Невропатии черепных нервов

Дизартрия

Парезы (гемипарезы)

Экстрапирамидные нарушения: хорея, миоклонусы.

Атаксия

Лабораторные признаки:

Для изолированного васкулита ЦНС не характерны изменения в сыворотке крови. Изменения в сыворотке крови: синдром ускоренной СОЭ, повышение С-реактивного белка более характерны для вторичного васкулита. При подозрении на васкулит центральной нервной системы показано исследование на вич-инфекцию, сифилис, лайм-боррелиоз. целью дифференциального диагноза первичного васкулита ЦНС с вторичными васкулитами на фоне ревматологической патологии необходимо проводить исследование антинуклеарного фактора (АНФ), ревматоидного фактора, антинейтрофильных цитоплазматических антител (АНЦА), маркеров антифосфолипидного синдрома. [2, С.420] В дифференциальном диагнозе с нейросаркоидозом может помочь исследование активности ангиотензинпревращающего фермента в ликворе и сыворотке крови. [4,С.90] При исследовании цереброспинальной жидкости может быть выявлено повышение белка, в 80-90% случаев выявляется умеренный моноцитарный плеоцитоз [8, С.37]. Примерно в половине случаев возможно выявление умеренно повышенного ликворного давления [1, С.90]

Инструментальные исследования

Церебральная ангиоргафия: для васкулита цнс типичны чередующиеся участки стеноза с участками сосудов нормального или расширенного диаметра. Характерно симметричное поражение крупных артерий. При первичном васкулите ЦНС в отличие от системных васкулитов микроаневризмы встречаются редко.[2, С.419] Бесконтрастная мр- ангиография может быть информативна при поражении крупных сосудов, однако при при поражении сосудов мелкого и среднего калибра этот метод неинформативен. [2, С.419,9, С.90]

Нейровизуализация: МРТ – более чувствительный метод в диагностике васкулита ЦНС, чем компьютерная томография. Очаги наиболее часто выявляются на Т2 и FLAIR. Характерны множественные, часто двусторонние инфаркты в коре головного мозга, белом веществе. Характерно усиление сигнала от мозговых оболочек. При нормальной мрт-картине диагноз васкулита ЦНС маловероятен. Режим SWI информативен в выявлении множественных микрогеморрагий [8, С.39, 12, С.151]. При системных васкулитах с поражением ЦНС описаны случаи вторичных демиелинизирующих очагов, затрудняющих дифференциальный диагноз. Описаны случаи опухолеподобных очагов на МРТ с явлениями масс-эффекта. [1,С.91, 2, С.420, 11, С.116, 12,С.558]

Золотым стандартом диагностики первичного васкулита ЦНС остается биопсия головного мозга. Этот метод обладает высокой специфичностью, однако его чувствительность невысока (50-

70%) [9, С.90].

Критерии диагностики изолированного васкулита цнс:

1. Наличие неврологического дефицита или психических нарушений, которые невозможно объяснить другими причинами.
2. Наличие классических ангиографическиъх или гистопатологических особенностей васкулита ЦНС
3. Отсутствие признаков системного васкулита и других заболеваний, которые могут вызвать симптомы или ангиографические признаки васкулита.

Для постановки диагноза изолированного васкулита ЦНС необходимо наличие всех трех критериев.

Дифференциальный диагноз изолированного васкулита ЦНС [1, С.91, 2, С.421,10, С.151]:

1. Вторичные васкулиты на фоне системной ревматической патологии (СКВ, синдром Шегрена, ревматоидный артрит). ЦНС относительно часто вовлекается при СКВ. При ревматоидном артрите частота неврологических ассоциируется с длительностью течения и высокими уровнями ревматоидного фактора [13, С.532-533, 14, С.1532].
2. Первичные васкулиты с поражением ЦНС (периферический узелковый периартериит, болезнь Такаясу и другие)
3. Васкулиты, как проявление инфекционного заболевания (Васкулиты описанный при сифилисе, лайм-боррелиозе, риккетсиозах и. т. д)
4. Острые нарушения мозгового кровообращения, болезнь Бисвангера.
5. Демиелинизирующие заболевания ЦНС: острый диссеминированный энцефаломиелит (ОДЭМ), рассеянный склероз.
6. Нейросаркоидоз
7. Митохондриальные энцефаломиопатии (MELAS-синдром и другие)
8. Лимфоматоидный грануломатоз, Ходжкинская лимфома (с поражением ЦНС), злокачественный эндотелиоз.
9. CADASIL-синдром
10. Clippers- синдром
11. Моа-Моа синдром, синдром Элерса-Данло
12. Тиреоидная энцефалопатия.
13. Объемное образование головного мозга (описаны случаи васкулита ЦНС с клинической и нейровизуализационной картиной “масс-эффекта”, псевдоопухолевый подтип)
14. Синдром обратимой церебральной вазоконстрикции

Синдром обратимой вазоконстрикции диагностируется редко: это состояние характеризуется выраженными головными болями в сочетании с неврологическим дефицитом (или без него). При ангиографии обнаруживается обратимые стенозы (признаки церебрального вазоспазма), однако, в отличии от воспалительных заболеваний ЦНС в ликворе изменения не обнаруживаются. Заболевание характеризуется благоприятным течением, симптомы регрессируют в течение 4-12 недель. Синдром обратимой вазоконстрикции чаще возникает у женщин (факторами риска являются прием пероральных контрацептивов, послеродовой период), потребителей симпатомиметиков (кокаин, амфетамин) [15, С.149]

Терапия

В связи с редкостью заболевания, схемы лечения васкулита центральной нервной системы недостаточно разработаны: существует лишь небольшое количество рандомизированных исследований, во многих клинических ситуациях врачу приходится опираться на исследования с небольшой выборкой пациентов, либо единичные описанные случаи. Однако, в большинстве случаев первичного васкулита центральной нервной системы используется сочетание высоких доз глюкокортикостероидов (метилпреднизолон) в сочетании с циклофосфамидом. [5, С.775] Предлагается двухступенчатая терапия: индукционный режим терапии (сроком от 9-12 недель до 4-6 месяцев, в среднем – 3 месяца) и поддерживающий режим терапии (сроком до 10 месяцев). В индукционный период применяется метилпреднизолон в дозировке 1000 мг в сутки в течение 3 дней в сочетании с переходом на пероральный прием метилпреднизолона из расчета 1 мг/кг массы тела. Также одновременно применяется циклофосфамид внутрь в дозировке 2-2,5 мг/кг ежедневно. Пероральный прием возможно заменить внутривенной пульс-терапией (0,75 мг/м^2 циклофосфамида ежемесячно в течение полугода).[1, С.92, 13, С.534] В период поддерживающей терапии пациент

получает преднизолон 10-20 мг внутрь через день. Вместо циклофосфамида используется азатиоприн в дозировке 2 мг/кг. Метотрексат в дозировке 10-25 мг в неделю может быть использован как замена циклофосфамида или азатиоприна. [13, С.535] Описаны положительные случаи применения внутривенного иммуноглобулина в дозировке 0,4 г/кг/сутки в течение 5 дней. Целесообразно применение плазмафереза, особенно при выявлении повышения криоглобулинов плазмы крови. [1, С.92] Описаны случаи положительного ответа на терапию алемтузумабом (кэмпас) [14, С.1530].

Заключение

Васкулит центральной нервной системы – это гетерогенная группа заболеваний, включающая в себя различные по этиологии процессы. Практически все аутоиммунные заболевания, прежде всего, ревматические, могут проявляться в виде васкулита с вовлечением ЦНС, иногда это оказывается ведущим, либо манифестирующим синдромом в клинической картине. Ряд неврологических заболеваний обладают сходной с васкулитом ЦНС клинической картиной, что усложняет дифференциальный диагноз. Первичный васкулит ЦНС, таким образом, является диагнозом исключения, требующим значительного диагностического поиска. Безусловно, врачам всех специальностей следует помнить о данной группе заболеваний, диагностических критериях первичного васкулита ЦНС, особенностях терапии.

Библиографический список:

1. Joseph F. G., Scolding N. J. Cerebral vasculitis a practical approach.//Practical Neurology. – 2002. – № 2. – P.80-93.
2. Hajj-Ali R.A. Primary angiitis of central nervous system: differential diagnosis and treatment.//Best practice&research clinical rheumatology. – 2003. – № 24. – P.416-423.
3. Sy A, Khalidi N, Derhan N et al. Vasculitis in patients with inflammatory bowel disease: A study of 32 patients and systematic rewiewof the literature.//Seminars in arthritis and rheumatism – 2016. – Vol.4 – № 45 – P.475-482.
4. Joaquim P., Macêdo O. M., Calil da Silveira V. et al. Isolated Central Nervous System Vasculitis as a Manifestation of Neurosarcoidosis // Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases. – 2016. – Vol 6. – P.89-92.
5. Salvarani C., Brown Jr R. D., Hunder G. G. Adult primary central nervous system vasculitis // Lancet. – 2012. – № 380. – P.767-777.
6. Younger D.S. Headaches and Vasculitis // Neurol Clin. – 2014. – Vol.2 – № 32. – P.321-362.
7. Bonstrup M., Ott K. et al. Frontal lobe dementia syndrome as a first manifestation of primary angiitis of central nervous system (PACNS) // Clinical neurology and Neurosurgery. – 2016. – № 141. –P.92-94.
8. Тотолян Н.А., Готовчиков А.А., Кодзаева А.Ю. и др. Диагностика изолированного ангиита центральной нервной системы. //Журнал неврологии и психиатрии. – 2013 – №2. – С.32-41.
9. Пизова Н. В. Первичный (изолированный) ангиит ЦНС // Медицинский совет. – 2013 – № 4 – С. 89-91.
10. Hajj-AliR.A., CalabreseL.H. Diagnosis and classification of central nervous system vasculitis // Journal of autoimmunity. – 2014. – Vol. 48, 49. – P.149-152.
11. Wolfgang A. Shmidt. Imaging in vasculitis // Best Practice&Research Clinical Rheumatology. – 2013. – Vol.1., № 27. –P.107-118.
12. Lei Niu, Lewi Wang et al. Role of magnetic resonance imaging in the diagnosis of primary central nervous system angiitis.// Expeerimental and therapeutic medicine. – 2017. – Vol.14. – P.555-560.
13. Scolding N. J. Central nervous system vasculitis // Semin Immunopathol. – 2009. – № 31. – P.527-536.
14. Gan C, Maingard J, Giles L et al. Primary angiitis of central nervous system presenting as a mass lesion // Journal of clinical neuroscience. – 2015. – № 22. – P.1528-531.
15. Garcin B., Clouston J. et al. Reversible cerebral vasoconstriction syndrome// Case report journal of clinical neuroscience. – 2009. – №16. – P.147 -150.

Боймурадов Шухрат Абдужалилович
профессор, Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан
Вохидов Улугбек Нуриддинович
ассистент, Ташкентский государственный стоматологический институт, г. Ташкент, Узбекистан
Маннапов Абдумавлон Баходирович
резидент магистратуры, Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан
E-mail: ruleboy7177@inbox.ru
Рахимов Акмал Алишерович
резидент магистратуры, Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Boymuradov Shuhrat Abdujalilovich
Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan
Vokhidov Ulugbek Nuriddinovich
Tashkent State Dental Institute, Tashkent, Uzbekistan
Mannapov Abdumavlon Bahodirovich
Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan
E-mail: **ruleboy7177@inbox.ru**
Rakhimov Akmal Alisherovich
Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

УДК 616-007.29/616.889:616.211-08

ВОПРОСЫ ВЫБОРА ПОДХОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФЕКТОВ НОСА

QUESTIONS OF ELECTION OF APPROACHES OF SURGICAL TREATMENT OF NOSE DEFECTS

Аннотация: Реконструктивная хирургия средней зоны лица и носа является мультидисциплинарной проблемой, в решении которой вовлечены представители многих специальностей - оториноларингологи, челюстнолицевые хирурги, пластические хирурги, офтальмологи, травматологи, нейрохирурги, эндоскописты и другие.

Основные принципы современной хирургии носа - это полное анатомофункциональное восстановление деформированных и утраченных структур.

Анализ данных литературы, посвященной реконструктивной хирургии деформаций носа и внутриносовых структур, показывает, что выбор методов хирургической коррекции дефектов носа и профилактики послеоперационных осложнений по-прежнему остается предметом дискуссий, о чем свидетельствует высокая частота неудовлетворительных результатов хирургического лечения больных.

Abstract: Reconstructive surgery of the middle zone of the face and nose is a multidisciplinary problem, involving representatives of many specialties - otorhinolaryngologists, maxillofacial surgeons, plastic surgeons, ophthalmologists, traumatologists, neurosurgeons, endoscopists and others.

The basic principles of modern nose surgery are a complete anatomical restoration of deformed and lost structures.

Analysis of literature data on reconstructive surgery of nasal deformities and intranasal structures shows that the choice of methods for surgical correction of nose defects and prevention of postoperative complications is still a matter of debate, as evidenced by the high incidence of unsatisfactory results of surgical treatment of patients.

Ключевые слова: реконструктивная хирургия носа, ринопластика, дефект носа, аутотрансплантат, аллотрансплантат.

Key words: reconstructive nose surgery, rhinoplasty, nose defect, autograft, allograft.

Общепризнанным является мнение, что нос относится к числу наиболее важных субъединиц лица, а некоторые его травмы и поражения - к тяжким телесным повреждениям.

Деформации наружного носа могут быть как врожденными (в результате родовых травм, генетических синдромов), так и приобретенными (вследствие травм, инфекции).

Нос играет функциональную роль в акте дыхания. Выраженная деформация приводит к затруднению носового дыхания, нарушению аэрации полости носа, околоносовых пазух, полостей среднего уха, оказывает негативное влияние на вентиляцию бронхов и лёгких, сопровождается застойными явлениями в упомянутых органах, включая полость черепа, что, в конечном итоге, приводит к развитию хронической гипоксии. В свою очередь, хронически протекающая кислородная недостаточность отрицательно влияет на обменные процессы в организме и на функционирование сердечно-сосудистой, дыхательной, кроветворной и других его систем.

Многие клиницисты акцентируют внимание на психологической, эмоциональной и социальной важности формы носа, как центрального элемента лица [8]. Особенности анатомического строения носа и относительная хрупкость его костного скелета обусловливают повышенную вероятность развития деформаций, как внутренних структур, так и его формы, которые почти неизбежно приводят к нарушению носового дыхания. В настоящее время, в эпоху индустриальных технологий, очень большой акцент делается на восстановление формы наружного носа. Эстетическая неудовлетворенность формой носа служит, пожалуй, самым частым поводом для обращения пациентов к хирургам с целью выполнения реконструктивного вмешательства. Еще в 1956 г. Ф.С. Бокштейн писал: «Если первый момент вызывает расстройство функций носа, а иногда и тяжелые неврозы, то второй момент оставляет на пострадавшем не менее тяжелый для него психический след, от которого он нередко страдает больше, чем от расстройства функции».

Поэтому комплексное восстановление полноценного носового дыхания у пациентов путём устранения деформации наружного носа и его перегородки является важной задачей хирургии. В связи с этим, выполняя ринопластику, хирург ставит перед собой цель - функционально эстетическое восстановление носа. Несмотря на то, что ринопластика является весьма распространенным хирургическим вмешательством, и, как казалось, отточенная техника выполнения операции сводит к минимуму возможные осложнения, однако в литературе сообщается о частоте послеоперационных осложнений, составляющей не менее 8-15% [4, 7, 11]. Осложнения ринопластики подразделяются на функциональные и эстетические, часто встречается их сочетание.

Проблемы после ринопластики часто связаны с недостаточной резекцией, избыточной резекцией, а также с неточным восстановлением контуров. Легче исправить ситуацию с «недостаточной» резекцией, так как хирургу нужно только «...резецировать немного больше». Проблемы, связанные с избыточной резекцией, требуют применения имплантатов или трансплантации [6]. Излишнее уменьшение кончика носа может нарушить его важнейшие опорные механизмы, что приводит к такому осложнению, как опущение кончика носа [8]. Напротив, избыточная резекция каудальной части носовой перегородки может привести к излишней вздернутости кончика носа со значительным укорочением носа. Излишняя резекция может также приводить к другим осложнениям, таким как неровности, спадение крыльев носа и, как следствие, затруднению носового дыхания [3, 10]. Неточная резекция хрящевой спинки может привести к клювовидной деформации носа [7,12]. Лечение осложнений, связанных с опущением носа, спадением его крыльев, основано на восстановлении поддержки хрящевого отдела носа, что требует применения имплантатов или трансплантатов [2,6].

Втянутая колумелла может быть проявлением существовавшей ранее неисправленной деформации, она может быть также вызвана чрезмерной резекцией мягких тканей, четырехугольного хряща или носовой ости. Для устранения такой деформации потребуется применение трансплантатов или имплантатов [2, 10].

Излишнее уменьшение костного и хрящевого компонентов свода носа может привести к уплощению профиля носа или вызывать ятрогенную седловидную деформацию. Седловидный нос - это вид, который приобретает нос после утраты поддержки свода с последующим спадением костных и хрящевых элементов. Эта деформация была описана после излишней резекции перегородки, которая приводила к неспособности сохранить адекватную L-образную подпорку. Другие причины развития седловидной деформации носа включают гематому перегородки, абсцесс перегородки, травму носа. Избыточная резекция горбинки носа приводит к седловидной деформации. При уменьшении профиля носа необходимо сохранять поддержку средней части носового свода, в отсутствие которой могут развиться такие осложнения, как спадение носового клапана и деформация в виде перевернутой буквы «V» [2, 7]. Исправление этой деформации представляет большие трудности и требует применения накладных имплантатов или трансплантатов, которые могут эффективно скрыть и исправить небольшие и умеренные седловидные деформации [9, 12].

Внутренний носовой клапан удерживается каудальным краем верхнего бокового хряща и перегородкой. Наружным носовым клапаном называется область, ограниченная кожной и скелетной поддержкой подвижной стенки крыла кпереди от внутреннего носового клапана. Излишнее сужение или прогиб любого из этих клапанов может вызвать затруднение носового дыхания вплоть до полной его остановки [3]. Ослабление может привести к спадению дыхательных ходов под действием отрицательного давления вдоха и их перекрытию. Лечение коллапса внутреннего носового клапана может включать применение трансплантатов-распорок, которые действуют как прокладки между верхним боковым хрящом и перегородкой, исправляя слишком узкий средний свод или предотвращая излишнее сужение при проведении ринопластики пациентам с высоким риском [4, 9, 12]. Трансплантаты, устанавливаемые для поддержки краев крыльев носа, могут исправлять коллапс наружного носового клапана [5, 8].

В процессе остеотомии, одним из специфических осложнений является симптом «открытой крыши» вследствие удаления горбинки носа. Костные неровности спинки носа являются типичным осложнением ринопластики. В поиске подхода, который мог бы надежно гарантировать плавный контур носа без острых краев, неровностей или асимметрий, хирурги сообщали о применении различных накладных синтетических имплантатов, а также биологических трансплантатов, включая гомологичную склеру, желатиновую пленку, височно-теменную фасцию и поверхностный мышечно-апоневротический комплекс тканей [10, 11].

Многочисленные публикации, посвященные этой проблеме, могут говорить об отсутствии полной удовлетворенности способами ее решения.

Со стороны перегородки носа наиболее часто встречаются такие осложнения операции как: кровотечения; гематома перегородки носа; вторичная деформация; синехии; флотация; инфекционные осложнения; перфорации; отторжение имплантата. К одним из наиболее частых из них следует отнести перфорацию и флотацию перегородки носа, встречающиеся в 20% и 18% случаев, соответственно. Для устранения их требуется применение имплантационного материала.

Реконструктивная хирургия носа практически всегда сопряжена с необходимостью использования дополнительных пластических материалов, при этом в большинстве случаев неудовлетворительные результаты связаны именно с применением различных имплантатов и трансплантатов [1, 5].

Требования к пластическим материалам, используемым в хирургии, различны и, во-многом, определяются специфическими особенностями тканей и структур, для замещения которых они предназначены. Так, помимо биологической совместимости или, как минимум, инертности, имплантаты должны обладать соответствующей гибкостью или, напротив, нести каркасную функцию, а иногда - выполнять обе задачи одновременно (3, 7, 11).

В качестве пластического материала для реконструктивной хирургии носа и внутриносовых структур применяют аутоткани [5, 12].

Большинство специалистов едины во мнении, что наилучшими свойствами обладают аутотрансплантаты, т.е. изготавливаемые из собственных тканей человека. Однако, зачастую, дефицит собственных тканей (в частности, хрящей) или отказ пациентов от взятия аутотрансплантатов в областях, находящихся за пределами зоны выполнения основного вмешательства, вынуждают хирургов заниматься поиском новых пластических материалов [7, 11].

В качестве аутотрансплантатов, применяемых в реконструктивной хирургии носа, чаще всего используют удаленные участки хряща и кости структур носа [4]. Однако, далеко не всегда возможно сформировать трансплантат, достаточный по величине и размерам, из удаленной части костно-хрящевого скелета носа, к тому же деформированной [8]. Более того, фрагменты реимплантируемого хряща, как правило, лишены надхрящницы, в этих условиях нарушенной трофики хрящ при заживлении скручивается и деформируется, сводя на нет результат операции [3]. В свою очередь, реимплантируемые аутокостные структуры подвержены значительной и неконтролируемой резорбции [7].

Алломатериалы для имплантации представлены, в основном, костной и хрящевой тканью, полученной из трупного материала, прошедшего процессы высокотемпературной обработки и гамма-облучения, деминерализации и лиофилизации, обработки оксидом этилена и прочие. Несмотря на высокую степень обработки алломатериалов, а также тщательный контроль перед их использованием, в литературе описаны осложнения, вызванные передачей гепатитов В и С, ВИЧ, а также случаи остеонекроза и остеоартрита, связанные с применением аллотрансплантатов [4, 9, 11].

Использование синтетических материалов (пластмассы, силикон, углеродные конструкции и др.) ограничено ситуациями, сопровождающими устранение поверхностных деформаций носа и его перегородки, так как в большинстве случаев наблюдается их инфицирование, прорезывание швов, смещение, образование свищей [7, 8].

По данным специальной литературы, частота осложнений после хирургической коррекции перегородки носа колеблется от 10% до 27%. Из характерных осложнений отмечены перфорация и флотация перегородки носа, встречающиеся в 20% и 18% наблюдений, соответственно. Вторичная деформация внутриносовых структур имеет место от 8% до 15% случаев. Повреждения слизистой оболочки во время пластики перегородки носа встречаются в 30% случаев, и из них около 7% приводят к образованию перфорации. По данным ряда авторов, осложнения ринопластики составляют от 1,7% до 18% наблюдений (3, 6).

Таким образом, до настоящего времени проблема поиска адекватного пластического материала, отвечающего предъявляемым требованиям, имеющегося в достаточном количестве, остается весьма актуальной в реконструктивной хирургии носа вследствие недостаточной освещенности многих вопросов, связанных с их получением и применением.

Таким образом, функциональная ринопластика неразрывно связана с применением трансплантатов и имплантатов, однако проблема выбора пластического материала по-прежнему стоит перед хирургами.

Библиографический список:

1. Апостолиди К.Г, Епифанов С.А., Крайник И.В., Михайлов В.В., Бекша И.С. Клеточные технологии в хирургическом лечении деформации перегородки носа // Folia otorhinolaryngologia. - 2012. - V. 18, № 3. - p. 50.
2. Русецкий Ю.Ю. Функциональные и эстетические аспекты диагностики и реконструктивного хирургического лечения свежих травм наружного носа. - Автореф. дисс. д-ра мед. наук. - М., 2009. - 45 с.
3. Noel W., Duron J.B., Jabbour S. et al. Should we consider the hemi-tip as a proper aesthetic subunit in a nasal reconstruction? *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2017 Feb 27.
4. Moolenburgh S.E., McLennan L., Levendag P.C., Munte K., Scholtemeijer M., Hofer S.O. et al. Nasal reconstruction after malignant tumor resection: an algorithm for treatment. *Plast Reconstr Surg*. 2010 Jul. 126(1):97-105.
5. Davis R.E. Nasal tip complications. *Facial Plast Surg*. 2012 Jun. 28(3):294-302.
6. Lindsay K.J., Morton J.D. Flap or graft: The best of both in nasal ala reconstruction. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2015 Jun 17.
7. Fulco I., Miot S., Haug M.D. et al. Engineered autologous cartilage tissue for nasal reconstruction after tumour resection: an observational first-in-human trial. *Lancet*. 2014 Jul 26. 384(9940):337-46.
8. Hsiao Y.C., Huang J.J., Zelken J.A. et al. The Folded Ulnar Forearm Flap for Nasal Reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 2016 Feb. 137 (2):630-5.
9. Menick F.J. Nasal reconstruction with a forehead flap. *Clin Plast Surg*. 2009 Jul. 36(3):443-59.
10. Denis souto Valente, Niveo Steffen, Sibelie S. Valente. Abstract: 3D Domestic Printer Use in Rhinoplasty// Plast Reconstr Surg Glob Open. 2017 Sep; 5(9 Suppl): 180-181.
11. Carlos Oscar Uebel, Renato Matta. Alar cartilage—an alternative for spreader graft in primary rhinoplasty// Eur J Plast Surg. 2017; 40(5): 417–426.
12. Ali Manafi, Ali Kaviani, Zahra Sadat Hamedi, Afsaneh Rajabiani, Navid Manafi. Evidence-Based Efficacy of Autologous Grated Cartilage in Primary and Secondary Rhinoplasty// World J Plast Surg. 2017 May; 6(2): 137–143.

Маткулиев Хайитбай Маткулиевич
профессор, Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан
Исроилов Ражаббой Исроилович
профессор, Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан
Ботиров Абдурасул Жумаевич
соискатель-исследователь, Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан
E-mail: oshernazarov@mail.ru

Matkuliev Hayitbay Matkulievich
professor, Tashkent medical academy, Tashkent, Uzbekistan
Isroilov Rajabboy Isroilovich
professor, Tashkent medical academy, Tashkent, Uzbekistan
Botirov Abdurasul Jumayevich
aspirant-reseacher, Tashkent medical academy, Tashkent, Uzbekistan
E-mail: oshernazarov@mail.ru

УДК 616-089.844:616.285-089.844:611.74

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ КСЕНОТРАНСПЛАНТАТА В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫМ ТИМПАНОПЛАСТИКЕ

MORPHOLOGICAL RESULTS BY USING XENOGRAFT IN EXPERIMENTAL TYMPANOPLASTY

Аннотация: До настоящего времени нет единого мнения в вопросе о том, какие ткани целесообразнее использовать для пластики барабанной перепонки. Мы решили изучить применение ксенотрансплантата из перикарда овцы при тимпанопластике у кроликов в эксперименте с хроническим сухим мезотимпанитом. Экспериментально -морфологические исследования с применением ксенотрансплантата проведены у 28 кроликов. В эксперименте положительный результат получен у 25 (89,3%), отрицательный у 3 (10.7 %) кроликов.

Abstract: There is still medical opinion varies on what tissue is better to use for eardrum plasty. We decided to study sheep pericardium xenograft usage in myringoplasty of rabbits with chronic dry mesotympanitis in the experiment. Experimental and morphological studies carried out in 28 rabbits by using xenograft. In the experiment positive results are obtained in 25 (89,3%) rabbits, negative results in 3 (10.7 %) rabbits.

Ключевые слова: ксенотрансплантат, тимпанопластика, фасция височной мышцы, лоскут.

Key words: xenograft, tympanoplasty, temporal muscle fascia, flap.

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в реконструктивно-восстановительной хирургии среднего уха за последние два - три десятилетия, проблема хирургического восстановления целостности барабанной перепонки по-прежнему остается актуальной. Не менее важной, является и проблема выбора эффективного пластического материала для формирования неотимпанальной мембраны.

Большинство отохирургов отдает предпочтение аутофасции височной мышцы, которая является близкой по природе барабанной перепонке и удобной в использовании [9]. Однако она, как и все мягкотканые трансплантаты нередко атрофируется, из-за чего возникает рецидив перфорации или превращается в дряблый рубец, что значительно снижает функциональный эффект операции [11]. По этой причине в последние годы стали применять более жесткие, как правило, многослойные трансплантаты, которые обеспечивают достижение лучших морфологических результатов.

Однако в силу использования нескольких разнородных тканей, сформированная неотимпанальная мембрана по своим физическим и акустическим свойствам отличается от естественной, что неизбежно отражается на функциональном результате мирингопластики.

Таким образом, современное состояние проблемы реконструктино- восстановительной хирургии среднего уха, в частности пластики дефектов барабанной перепонки диктует настоятельную необходимость дальнейшего поиска, как более адекватных трансплантатов, так и совершенствования способов хирургических вмешательств.

Достижения реконструктивной хирургии и консервации тканей нашли свое выражение в применении лоскутов - гомотрансплантатов, главным образом из соединительной ткани [1] (перикард, аортальный клапан, твердая мозговая оболочка, склера, роговая оболочка глаза и др.). Наиболее популярна консервированная твердая мозговая оболочка, которая обладает малой антигенностью, хорошей реваскуляризацией, устойчивостью к инфекциям и быстро вступает во взаимодействие с воспринимающей ложей [4,8].

Так В.И. Родин и соавт.[5] используя консервированную твердую мозговую оболочку добились закрытия дефекта барабанной перепонки у 93% больных, но по мнению M. Tos[7] твердая мозговая оболочка достаточно ригидный, плотный и толстый материал, и в этом один из её основных недостатков. Также при мирингопластике применялись аллотрансплантаты: твердая мозговая оболочка взрослого и плода [6], барабанная перепонка взрослого и плода. Аллотрансплантаты могут быть передатчиками таких опасных инфекций, как СПИД, гепатит, сифилис, а также генетических заболеваний.

Многолетний клинический опыт использования перечисленных трансплантатов при хирургических вмешательствах на среднем ухе выявил ряд недостатков: отторжение пластического материала, рецидив перфорации в неотимпанальной мембране, необходимость дополнительных операций для забора трансплантата, что негативно отражается на анатомических и функциональных результатах хирургического лечения больных. Поэтому в современной отохирургии разработка новых высокоэффективных трансплантатов для пластики дефектов барабанной перепонки является актуальной и важной проблемой.

В последнее время при мирингопластике многие зарубежные авторы применяют ксенотрансплантаты [10,11]. В нашей республике Р.О.Мухамадиевым создан ксенотрансплантат [2] из перикарда овец (авт. свид. № 002-03/145 от 28.03.2003), который использован автором экстрасклерально при различной патологии органа зрения. Ксенотрансплантат привлекает к себе внимание доступностью и практически неограниченным запасом пластического материала.

Целью нашего исследования является экспериментальное обоснование эффективности применения ксенотрансплантата из перикарда овцы при тимпанопластике.

Экспериментально-морфологические исследования проведены на 28 кроликах с применением ксенотрансплантата из перикарда овцы при сухом мезотимпаните на правом ухе (основная группа). Контрольную группу составили эти же кролики (левое ухо), у которых смоделирован сухой мезотимпанит. Морфологические особенности приживления ксенотрансплантата у экспериментальных животных мы производили на 3-, 7-,14-,21- сутки, через 1 месяц и 3 месяца после операции. В сроки от 3 дней до 3 месяцев после операции животных усыпляли воздушной эмболией и подвергали патологоанатомическому исследованию. Извлеченный ксенотрансплантат изучали макро- и микроскопически. Кусочки фиксировались в 10% растворе нейтрального формалина. После промывания в проточной воде производилось обезвоживание в спирте и хлороформе, а затем заливались парафином с воском. Гистологические срезы окрашивались гематоксилином-эозином. Коллагеновые волокна выявлялись методом Ванн-Гизона.

Результаты морфологического исследования:

На 3-й день после тимпанопластики в зоне и окружности ксенотрансплантата отмечались дисциркуляторные изменения в виде полнокровия сосудов микроциркуляторного русла, диапедезного кровоизлияния в периваскулярную зону, расширения посткапиллярных венул и краевого расположения белых кровяных клеток. Непосредственно в окружности пересажанного перикарда эти изменения сопровождались кровоизлияниями, разрыхлением и фибриноидным некрозом наружной оболочки перикарда. Волокнистые структуры средних оболочек перикарда были подвергнуты отеку, разрыхлению и умеренному набуханию. Вышеуказанные морфофункциональные изменения мягких тканей среднего уха свидетельствуют о развитии острых дисциркуляторных, отечно-деструктивных изменений на операционное повреждение и ксенотрансплантат.

На 7-й день после тимпанопластики в зоне и окружности ксенотрансплантата дисциркуляторные изменения переходят на ответные воспалительные процессы в виде гиперемии сосудов микроциркуляторного русла, истончения стенок их и миграции как полинуклеарных, так и мононуклеарных лейкоцитов в периваскулярные зоны. На границе перикарда и окружающей его ткани формируется воспалительный инфильтрат. Со стороны ксенотрансплантата отмечалось разрыхление и деструкция наружной оболочки его в виде фибриноидного некроза, в составе которого появляются активизированные лимфоидные и макрофагальные клетки. В средней оболочке перикарда

на фоне разрыхления и гомогенизации волокнистых структур отмечалось появление активных клеток, как собственно перикардиального, так и реактивного происхождения.

На 14 день после тимпанопластики по краям ксенотрансплантата отмечается сращение тканевых структур перикарда с окружающей мягкой тканью и костной основой. При этом тканевые структуры перикарда полностью разрушены и перемешены с окружающими структурными элементами как мягкой, так и костной ткани. Со стороны кожи наружного слухового прохода также отмечалось полное сращение перикарда со структурными элементами кожи. Лишь в зонах операционного разреза наблюдается появление небольшой пролиферативной инфильтрации, состоящей из грануляционной ткани и воспалительных клеток.

21 день после тимпанопластики. Отмечалось уменьшение объема деструктивных изменений в составе ксенотрансплантата. Наблюдалось созревание и дифференцировка юных гистиоцитарных клеток воспаленных очагов перикарда в зрелые гистиоциты и фиброциты с выработкой волокнистых структур, которые сливаясь с волокнистыми элементами перикарда формируют плотные и толстые фибриллярные структуры. Со стороны костной ткани определялось появление тонкого слоя, аналогичного надкостницы, состоящего из клеточно-волокнистой соединительной ткани. Со стороны кожи наружного слухового прохода также отмечалось формирование зрелой соединительной ткани из воспалительно-грануляционной ткани и слияние её с фиброзной тканью гиподермы и дермы.

Через 1 месяц после эксперимента отмечалось развитие в составе тимпанопластики и окружающих тканей регрессивных явлений в виде исчезновения воспалительных клеток, созревания и дифференцировки камбиальных гистиоцитарных клеток в зрелые гистиоциты и фиброциты. Причем, такая регрессивная дифференцировка соединительнотканных клеток сопровождалась уменьшением их численности. Также уменьшилось количество тонкостенных сосудов со стабилизацией гемодинамических и отечных явлений. Волокнистые структуры в составе новообразованной соединительной ткани и перикарда также уменьшались в объеме, превращались в отдельные пучки, которые плотно и тесно связывались с одной стороны костной тканью, а с другой с дермой кожи.

Через 3 месяца после тимпанопластики перикардом в операционном поле мы видели полное исчезновение всех видов общепатологических, воспалительных и регенераторных изменений. Отмечалось полное сращение ткани перикарда с окружающими тканями и микроскопически как по составу, так и по зрелости не отличались от местной соединительной ткани. Лишь наблюдалось сохранение небольших участков с умеренно дифференцированными фиброцитарными клетками и признаками ангиоматоза.

Макроскопические изменения ксенотрансплантата оценили при помощи отоскопа и микроскопа. По результатам экспериментальных исследований отмечено: полное отторжение трансплантата 1 (3,57%) 3-день, выпадение трансплантата в барабанной полости 1(3,57%) 14-день, неполное заживление трансплантата 1(3,57%) 21-день. У остальных эксперименталный животных получен положительный макроскопический результат, то есть составило заживления ксенотрансплантата из перикарда овцы при мирингопластике 89,3% .

Вывод. Получен положительный макроскопический результат заживления ксенотрансплантата из перикарда овцы при тимпанопластике у 89,3% кроликов. При анализе приведенных микроскопических данных можно отметить, что в ранние сроки в зоне и окружности ксенотрансплантата развиваются реактивные патоморфологические изменения защитного и восстановительного характера в виде дисциркуляции, отека и разрыхления тканевых структур. Эти изменения в ближайшие сроки эксперимента переходят в воспалительно-восстановительный процесс в виде формирования на границе ксенотрансплантата воспалительной грануляционной ткани с последующим сращением с тканевыми элементами перикарда, а со стороны наружного слухового прохода покрывается кожей.

Библиографический список:

1.Карпов В.П., Енин И.П. Новый материал для пластики субтотальных дефектов барабанной перепонки: 6-й Международный симпозиум «Современные проблемы физиологии и патологии слуха» Суздаль 2007. С.-116-117.

2. Мухамадиев Р. О. Разработка и внедрение ксенотрансплантата в клиническую офтальмохирургию: Автореф. Дис. на соиск. учен. степ. док. мед. наук: 14.00.04 МЗ РУ, ТМА. –Т, 2005. с. -4-5.

3. Нечипоренко В.П., Нечипоренко П.В. Вариант тимпанопластики с костным

экранированием. //Журн. ушньгх, носовых и горловых болезней/. - 2000. - №6. - С. 87-8

4. Островский И.И., Островский А.И. Тимпанопластика: проблемы и реализация //Вестник оторинолар. - 2000. - № 1. - С.7-10.

5. Родин В.И., Боенко С.К., Ткач Ю.Н. Пластика барабанной перепонки с применением твердой мозговой оболочки эмбриона //Вестник оторинолар. -1990. - № 3. - С. 60-62

6. Ситников В.П., Бизунков А.Б., Хусам Э.Р. Динамика акустических свойств двухслойного трансплантата в различные сроки после мирингопластики // Вестник оторинолар. - 1998. - №3. -С. 21-22.

7.Тос. М., Руководство по хирургии среднего уха. В 4 томах. Том 1. Подходы: мирингопластика, оссикулопластика и тимпанопластика Перевод с английского, под редакцией А. В. Старохи-Томск, 2004. С. -88-127.

8. Цурикова Т.В., Болгов Д.Ф., Бугаева Т.Э. Аллобрефотимпанопластика при хроническом среднем отите у детей // Вестник оторинолар. -2004.-№3.-С. 27-28.

9. Indorewala S. Dimensional stability of free fascia grafts: clinical application / S: Indorewala // Laryngoscope. - 2005. - Vol. 115, N2. - P. 278-282.

10. Gérard J.M, Gersdorff M. // The Tutopatch graft for transcanal myringoplasty. B-ENT. 2006;2(4):177-9.Department of Oto-Rhino-Laryngology, University Hospital Saint-Luc, Brussels.

11. Tos M., Everberg G, Henrichsen J Autologous tissue seal in myringoplasty // Laryngoscope. - 1987. - Vol. 97, N3. - P. 370-371

Бакиева Шахло Хамидуллаевна
проффесор, Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан
Жуменов Даулет Азатбекович
асс. Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан
E-mail: **ruleboy7177@inbox.ru**
Bakiyeva Shaxlo Xamidullayevna.
Prof.Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan
Jumenov Daulet Azatbekovich
E-mail: ruleboy7177@inbox.ru

УДК 616.211-002

ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО И НЕАЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

DEFINITIONS OF DIAGNOSTIC MARKERS FOR DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF ALLERGIC AND NONALLERGIC RHINITIS

Аннотация: Аллергическим и неаллергическим ринитом страдает примерно 32% населения в мире. Несмотря на то, что аллергический ринит имеет четкое определение и его патофизиология тщательно изучена, неаллергический ринит требует более глубокого определения и понимания.

Согласно консенсусу, неаллергический ринит состоит из вариабельных и гетерогенных состояний - фенотипов. Правильное определение фенотипа поможет назначить соответствующую адекватную терапию и предупредить плохую приверженность и разочарование пациента. Пока, на сегодняшний день, нет единых подходов к диагностике неаллергических ринитов, делаются попытки предложить определение ключевых биохимических показателей в качестве маркеров различных фенотипов. Целью нашего обзора явилось суммирование последних имеющиеся сведений и научных наблюдений по неаллергическому риниту, оценка их диагностической ценности и практической применяемости.

Таким образом, различные фенотипы неаллергического ринита по-разному отвечают на проводимую терапию, которая должна базироваться на определении биомаркеров, связанных с внутренними механизмами, происходящими в слизистой полости носа. К тому же, лучшая идентификация фенотипа позволит индивидуализировать лечение каждого пациента и направить его непосредственно против определенных патофизиологических процессов, что потенциально повысит результаты терапии и благоприятные исходы по выздоровлению пациентов с неаллергическим ринитом.

Abstract: Allergic and nonallergic rhinitis affect approximately 32% of the population. Although allergic rhinitis has a clear definition and its pathophysiology has been thoroughly investigated, nonallergic rhinitis remains poorly defined and understood. There is consensus, however, that nonallergic rhinitis consists of a variety of heterogeneous conditions.Correct definition of the phenotype will help to prevent poor adherence and frustration of patients. The purpose of this revue is to summarize the most relevant and scientific evidence on nonallergic rhinitis and to evaluate their diagnostic value and practical applicability.

Thus, different nonallergic rhinitis phenotypes can be characterized by differences in responsiveness to different treatment and can be based on different biomarkers that are linked to underlining mechanisms in nasal mucosa. In addition, better identification phenotypes might permit individualization of therapy that may by targeted against the pathophysiologic processes, with potential for more effective treatment and patient's outcomes.

Ключевые слова: аллергический ринит, неаллергический ринит, хронический ринит, патогенез, маркеры неаллергического ринита, назоцитограмма, биохимия назального секрета, локальный иммунитет слизистой оболочки носа, локальный иммуноглобулин Е, лечение неаллергического ринита, пробиотики, пребиотики.

Key words: allergic rhinitis, nonallergic rhinitis, chronic rhinitis, pathogenesis, markers of non-allergic rhinitis, nasocytogram, nasal secretion biochemistry, local immunity of nasal mucosa, local immunoglobulin E, treatment of non-allergic rhinitis, probiotics, prebiotics.

Под термином «хронический ринит» подразумевается хронический воспалительный процесс слизистой оболочки полости носа., проявляющееся одним или несколькими симптомами -

заложенность носа, водянистые выделения из носа, чихание, зуд носа. Традиционно хронический ринит подразделяется на две основные формы - аллергический и неаллергический. Будучи хорошо изученным, аллергический ринит имеет четкие критерии диагностики, классификации и соответствующего лечения. Неаллергический ринит включает в себя множество подтипов, которые продолжают изучаться до сегодняшнего времени. Тем не менее, распространенность неаллергического ринита (НАР) достаточно высока (около 7%). SettipaneR. A., KalinerM.A., исключив инфекционный ринит как проявление системных заболеваний, выделяют следующие категории НАР: пищевой ринит, НАРЕС, атрофический ринит, лекарственно-индуцированный ринит, гормоно-индуцированный ринит, синильный ринит, ринит ассоциированный с хроническим риносинуситом с и без полипов, вазомоторный ринит [1].

Столь разнообразное клиническое проявление и течение неаллергических ринитов определяют цель работы - обобщить имеющиеся знания в настоящее время.

Задачи:

1)провести сравнительный анализ имеющихся классификаций хронических ринитов и выделить их отдельные подтипы;

2)суммировать методы исследования различных подтипов хронических ринитов, выделить критерии диагностики для каждого типа;

3)проанализировать известные методы лечения и их эффективность, чтобы определить новые направления для лечения псевдоаллергических ринитов.

Трудности диагностики и лечения хронического ринита ранее во многом были обусловлены отсутствием ясных представлений об этиологии и патогенезе различных заболеваний полости носа, имеющих сходную клиническую симптоматику. Несмотря на то, что термин «ринит» характеризуется воспалением слизистой оболочки носовой полости, патологические изменения при некоторых видах ринитов не ассоциируются с воспалением. Так, например, недавно открытое явление гипер-чувствительности, связанное с сенсоневральной дисрегуляцией, при которой капсаицин-чувствительные нервные волокна играют центральную роль. Поэтому некоторые авторы ставят вопрос об изменении терминологии и расширении понятия «ринит», включая другие формы патологических изменений, считая термин «ринопатия» более приемлемым для данного вида ринита [2].

Сложности изучения ринита обусловлены ототсутствием верифицированных маркеров и критериев диагностики различных форм ринитов.

Использование общепринятой классификации помогает практическому врачу эффективнее решать вопросы диагностики и лечения той или иной формы хронического ринита. Вместе с тем, классификация ринита должна быть основана на этиологии и патогенезе данного заболевания. Многочисленные попытки создать приемлемую классификацию хронических ринитов, учитывающую особенности этиологии, патогенеза, морфологических и типических вариантов, еще не получили полного завершения и продолжаются до настоящего времени. В 1993 г. Международная рабочая группа из 18 оториноларингологов, занимающихся проблемами ринологии, предложила свою классификацию, согласно которой риниты были выделены в три группы: аллергический, инфекционный и другие формы. В классификации ринита, принятой консенсусом, одна из его форм обозначена словом «другие». Именно в эту группу включено большое количество его разновидностей, вплоть до атрофического ринита (NARES, идиопатический, профессиональный, гормональный, медикаментозный, вызванный веществами раздражающего действия, пищевой, психогенный, атрофический) [3].

В последних рекомендательных согласительных документах (APRACTALLdocumentoftheEuropeanAcademyofAllergyandClinicalImmunologyandtheAmericanAcademyofAllergy, Asthma, 2013) вместо термина «ринит» вводится новое понятие - «риносинусит» и изменены подходы к классификации. Экспертная группа предлагает подразделять все хронические риносинуситы на две формы - хронический риносинусит с полипами и хронический риносинусит без полипов. Исходя из таких позиций, ученые изменили подходы к патогенетическим основам ринита и предлагают новые критерии диагностики и лечения хронических риносинуситов, включая ринит [4].

На сегодняшний день нет единого мнения, какой критерий является ключевым в дифференциальной диагностике различных видов ринитов.Так, GelardiM., IannuzziL., предлагают использовать мазки из носа с окрашиванием для определения клеточного состава. Согласно преобладающим клеткам в мазке, со слизистой носа можно выделить различные формы ринитов: AR-аллергический ринит (при эозинофилии выше 5%), NARES-неаллергический ринит с эозинофильным

синдромом, NARESMA-неаллергический ринит с эозинофилами и тучными клетками, NARMA-неаллергический ринит с преобладанием тучных клеток, NARNE-неаллергический ринит с нейтрофилами. Сравнивая нормальное содержание клеток и их градацию при увеличении с изменёнными 2017, том 20, №3значениями, вышеупомянутые авторы предлагают свою характеристику этих фенотипов ринитов [5]:

Аллергический ринит - преобладают эозинофилы свыше 25%, могут присутствовать нейтрофилы;

NARNE- в мазке находят инфильтрацию нейтрофилами без бактериальных или грибковых клеток. Этот вид, по-видимому, связан с внешними ирритантами и поллютантами, влияющими на слизистую носа;

NARES- инфильтрация эозинофилами слизистой носа достигает 50-70%.

NARESMA- это вид ринита, при котором в мазке из носа находят эозинофилы и тучные клетки. Особенностью данной формы является то, что она часто сочетается с полипами носовой полости, бронхиальной астмой и риносинуситами, что свидетельствует о неблагоприятном течении и частых рецидивах болезни, трудно поддающиеся консервативному лечению.

NARMA-микроскопически эта форма характеризуется присутствием тучных клеток с частичной дегрануляцией. В клинической картине преобладает выраженная заложенность носа, ринорея, чихание, зуд носа и частым сочетанием с бронхиальной астмой и/или назальным полипозом. Может быть транзиторной формой для NARESи NARMA, приводящей к NARESMA.

Вместе с тем, исследователи акцентируют внимание на существовании «параллельных ринитов», когда сочетается несколько форм одновременно. Знание таких особенностей необходимо для планирования патогенетической терапии этим пациентам, учитывая превалирующие клетки в мазке, что в будущем улучшит результаты лечения данной группы пациентов [5]

К сожалению, на сегодняшний день нет четких критериев для каждой из форм хронического неаллергического ринита. Поэтому практическим врачам приходится прибегать к методу исключения. Учитывая преобладание аллергических форм над неаллергическими, по данным исследования, проведенного в 2008 году ScaddingG.K., DurhamS.R., это соотношение составляет 1:4, и в первую очередь следует тщательно обследовать больного ринитом на предмет атопии[6]. Только проведя весь комплекс диагностических мероприятий можно быть уверенным в отсутствии у пациента аллергического воспаления слизистой носа. В соответствии с Федеральными клиническими Рекомендациями (2013 г.) по диагностике и лечению аллергического ринита, используются следующие методы лабораторной диагностики: общий анализ крови, цитологическое исследование носового секрета на наличие эозинофилии, аллергологические исследования - кожные пробы с аллергенами, определение уровня общего и аллерген-специфичного иммуноглобулинов Е в сыворотке крови, провокационные назальные тесты с аллергенами [7].

В клинической практике чаще используется подразделение неаллергических ринитов на фенотипы в зависимости от причинного фактора, вызывающего его. Следовательно, важную роль в диагностике играет опрос пациента. Предложены ключевые вопросы, которые помогут дифференцировать аллергический от неаллергического ринита:

1)с НАР чаще отмечают заложенность носа и насморк, а не чихание и зуд, которые являются преобладающими симптомами аллергического ринита;

2)у пациентов с НАР симптомы, как правило, начинают развиваться в более зрелом возрасте, а не в детстве, как у больных с АР;

3)общими триггерами НАР являются изменения в погоде и температуре, воздействие продуктов питания, парфюмерии, запахов, дыма и т. п.;

4)контакт с животными, как правило, не приводит к появлению симптомов;

5)у пациентов с НАР меньше жалоб на сопутствующие симптомы аллергического конъюнктивита (зуд, слезотечение, покраснение и припухлость);

6)многие пациенты с НАР отмечают неэффективность антигистаминных препаратов;

пациенты с НАР не имеют других атопических заболеваний, таких как экзема или пищевая аллергия, и не имеют семейного анамнеза атопии. Также, зная триггерный фактор, легко определить фенотип неаллергического ринита согласно принятой классификации: вазомоторный, лекарственно-индуцированный, гормональный, атрофический, пищевой, профессиональный, гормональный, неаллергический ринит с эозинофильным синдромом. Такая классификация помогает контролировать симптомы ринита, т.к., зная пусковой фактор,пациентам рекомендуют избегать его воздействия.

Одной из форм псевдоаллергического ринита является НАРЕС, который характеризуется наличием типичных симптомов аллергического ринита без специфической сенсибилизации. Установлено, что патогномоничным признаком данного типа является высокий уровень эозинофилов в слизистой носа (более 25%), эозинофильного катионного белка и триптазы. Важность выявления этого ринита заключается в том, что он является предшественником бронхиальной астмы, аллергии на аспирин и полипоза носа, а присоединение этих заболеваний значительно ухудшает качество жизни таких пациентов. Механизм формирования и факторы риска у таких больных пока до конца не выявлены, продолжаются исследования в данном направлении. Так, например, ZambettiG. a!ec. предположили связь эозинофильной инфильтрации слизистой оболочки носа с неспецифической гиперреактивностью.

Проводя неспецифический назальный провокационный тест с гистамином, они доказали рольэозинофилов в повреждении слизистой носовой полости и мукоцилиарного транспорта. Причем они проследили четкую корреляцию между этими двумя явлениями и предложили 5 степеней выраженности назальной реактивности. По мнению авторов, это поможет и практическому врачу в определении прогноза для данной группы пациентов, и объективному контролю лечения.

Важно дифференцировать НАРЕС с персистирующим аллергическим ринитом, так как эти виды ринита имеют различные механизмы и,соответственно, лечение должно различаться. M.Groger, C.Klemens, S.Wendt, проанализировав результаты своих исследований, выявили высокий уровень эозинофильного катионного белка при НАРЕС по сравнению с персистирующим аллергическим ринитом и контрольной группой. При этом очень интересным оказалось значительное увеличение ИЛ-17 при НАРЕС, свидетельствующее о важной роли нейтрофильной активации и пролиферации при формировании неатопических полипов и астмы .

Благодаря интересу исследователей к неаллергическому риниту выделена новая форма ринита - локальный аллергический ринит (ЛАР), которая на сегодняшний день активно обсуждается в публикациях.Принято считать, что ЛАР - это ограниченное воспаление слизистой носа, характеризующееся выработкой локального sIgEбез системной сенсибилизации.

Было подчеркнуто, что, по данным предыдущих исследований Европейских центров, от 46% до 63,5% пациентов с диагностированным ранее ИР или НАРЕС имеют ЛАР. Поэтому на сегодняшний день существует проблема гиподиагностики ЛАР .

Проанализировав предыдущие исследования ЛАР, были уточнены некоторые аспекты этого заболевания.Предварительно можно прогнозировать, что диагностическими критериями для ЛАР являются неаллергический провокационный тест с контролем акустической риноманометрией и повышением уровнем с sIgEи стимуляцией повышенной секреции эозинофилов, тучных клеток, эозинофильного катионного белка, триптазы. Более того, C.Rondon, P. Campoetec., предлагают усовершенствовать НАРТ, применяя несколько аэроаллергенов заодну сессию, что повысит его чувствительность и позволит использовать для повседневной врачебной практики. В заключение авторы делают вывод, что все пациенты с НАР должны быть обследованы на ЛАР, и только назальный провокационный тест с аллергенами является достоверным показателем для выявления этого заболевания.

Ряд исследователей отождествляет ЛАР с профессиональным аллергическим ринитом, аргументируя это тем, что при профессиональном аллергическом рините в слизистой носа определяются те же специфические медиаторы, характерные для аллергического воспаления. Трудности диагностикиаллергического профессионального ринита связаны с тем, что в провокации аллергического воспаления принимают участие не только аллергены с высоким молекулярным весом, которые можно подтвердить традиционными методами диагностики аллергического ринита - приктест с аллергенами и иммунологическое определение аллергенов в сыворотке крови, но и с низким молекулярным весом, которые сложно выявить. В данном случае исследователи F.Gomez, C.Rondon, M.Salashнастоятельно рекомендуют проводить провокационный тест с аллергенами данной группе пациентов. В том числе этот тест будет положителен для тех профессий, в которых присутствует контакт с низкомолекулярными аллергенами-производство антибиотиков и дезинфицирующих веществ, химикаты, древесная пыль, металлы и т.п. Таким образом, проведение провокационного теста будет еще и подтверждать неаллергические механизмы в развитии профессиональных ринитов, т.к. низкомолекулярные вещества не приводят к выработке специфического sIgE[13].

Тем не менее, основной проблемой является поиск новых подходов к патогенетическому (или таргетному) лечению неаллергического ринита.В последних обзорах по данному вопросу

KushnirN.M. рассматривает эффективность применения следующих фармакологических групп препаратов: деконгестантов, кромонов, гвайфенизина, солевых ирригаций, капсаицина, лейкотриенов, фитопрепаратов и нетрадиционных методик лечения [14].

RamakrishnanV.R. и соавторы уточняют, что лечение должно быть согласно классификационным типам ринитов. Во-первых, идентификация триггеров очень важна, так как избегание контакта с раздражителем - одна их первых и эффективных мер. Во-вторых, каждой форме ринита соответствуют определенные патогенетические изменения, которые можно корригировать с помощью лекарственных препаратов или даже хирургического лечения. Так, например, при вазомоторном рините следует прибегать к ирригации носовым спреем(вытяжка из красного перца 0,15 мг/0,5 мл- капсаицина дважды в день в течение 2 недель), а при отсутствии эффекта - возможна хирургическая коррекция нижних носовых раковин или нейроэктомия Видиевого узла. В-третьих, существуют различные подходы к лечению разных групп пациентов - детей, взрослых, беременных, основанные на осо-бенностях их реагирования сучетом измененного гомеостаза [15].

Интересным и перспективным, по мнению *C. Rondon, P. Campoetec.,*является лечение пациентов с ЛАР методом специфической иммунной терапии, но это требует дальнейшего изучения и подтверждения эффективности .

Кроме этого, предлагают использовать нетрадиционные методы лечениях хронического ринита - пробиотики - по аналогии с аллергическим ринитом. Базируясь на том факте, что лакто и бифидобактерии играют ключевую роль в наследственном мукозальном иммунитете и опосредованно через лимфатический аппарат кишечника стимулируют Тх-1 типа, подавляют Тх-2 типа истимулируют продукцию секреторного IgA. KramerM.F. предполагает, что использование пребиотиков при лечении хронических ринитов и риносинуситов тоже будет эффективным, особенно тех его форм, кото-рые связаны с контаминацией - *Staph. epidermidis*и *Staph. aureus*.

Заключение

В заключение можно сказать, что тема дифференциального диагноза аллергического и не-аллергического ринита является актуальной на сегодняшний день, так как в этом направлении ведется множество исследований, проливающих свет на отдельные звенья патогенеза и диагностики хронического неаллергического ринита. Продолжаются дискуссии по поводу общепринятой классификации для хронических ринитов, которая позволит более целенаправленно проводитьдиагностику и соответствующее лечение различных форм ринитов. Уже выделены новые формы ринита, такие как, например, локальный аллергический ринит, требующие дальнейшего изучения. Уточнены некоторые аспекты патогенетической терапии различных фенотипов ринитов. Однако, пока еще нет единого общепринятого мнения по этому поводу, требуются дополнительные изыскания по данной проблеме. Мнения по выбору диагностических маркеров аллергического и неаллергического ринита противоречивы. Разработка диагностического алгоритма даст возможность более точно формулировать диагноз и сформировать приемлемую для практических врачей классификацию хронического ринита, что позволит проводить направленную патогенетическую терапию аллергических и неаллергических ринитов.

Библиографический список:

1) Settipane R.A. Chapter 14: Nonallergic rhinitis. American Journal Rhinology and Allergy. 2013;27(3):48-51.doi: 10.2500/ajra.2013.27.3927.

2) Betul S., Alkis T. Pathophysiology of Allergic and Nonallergic Rhinitis. ProceedingsoftheAmericanThoracicSociety. 2011;8(1):106-114.

3) Отчётомеждународномконсенсусеподиагностикеилечениюринита. Рос. Ринология. 1996;4:5-41.

4) AkdisC.A., BachertC., CingiC.,DykewiczM. S., HellingsP. W., NaclerioR. M., SchleimerR. P, LedfordD. Endotypes and phenotypes of chronic rhinosinusitis: A PRACTALL document of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology and the American Academy of Allergy, Asthma & Immunology. Journal of Allergy and Clinical Immunology.2013;131(6):1479-1490. doi: 10.1016/j.jaci.2013.02.036.

5)Gelardi M., Iannuzzi L., Quaranta N., Landi M., Passalacqua G.NASAL cytology: practical aspects and clinical relevance. Clinical and Experimental Allergy. 2016;46:785-792. doi: 10.1111/cea.12730.

6) Scadding G. K., Durham S. R., Mirakian R., Jones N. S., Leec S. C. BSACI guidelines for the management of allergic and non-allergic rhinitis.Cl inical&ExperimentalAllergy.2008;38(1):19-42. doi: 10.1111/j.1365-2222.2007.02888.x.

7) Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению аллергического ринита. Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов. УтвержденоПрезидиумом РААКИ 23 декабря 2013 г. 18 с. Доступно по: http://nrcii.ru/docs/2.allergic_rhinitis.pdfССылка активна 30.06.17.

Абдуллаева Нигора Нусратовна
доцент, Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан
Ишмухамедов Зиёвуддин Мухиддинович
резидент магистратуры, Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан
Хуснидинов Равшанбек Ортикалиевич
студент медико-педагогического факультета, Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан
E-mail: ruleboy7177@inbox.ru

Abdullaeva Nigora Nusratovna
Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan
Ishmuhamedov Ziyovuddin Mukhiddinovich
Tashkent City Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan
Husniddinov Ravshanbek Ortikalievich
Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan
E-mail: ruleboy7177@inbox.ru

УДК 611.831.819:616-007.271-08

ПРИЧИНЫ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ГОРТАНИ

REASONS OF RUBY STENOZES OF GORTANY

Аннотация: Из общего числа оториноларингологических больных больные с рубцовым стенозом гортани (РСГ) составляют наиболее сложную для лечения и реабилитации группу, что обусловлено сложностью восстановления анатомической структуры гортани и нормализации ее функций. С развитием медицины, увеличением возможностей оказания медицинской помощи тяжелым категориям пациентов возрастает и количество больных РСГ, при этом меняется структура этиологических факторов РСГ. В данной статье представлены результаты ретроспективного анализа историй болезни больных РСГ за 1998 — 2008 гг. и за 2008 — 2018 гг., находившихся на лечении в клинике ТМА в отделении оториноларингологии которые дает понимание о возможных предпосылок и причин развития РСГ необходимо для разработки обоснованных мер профилактики развития РСГ.

Abstract: Of the total number of otorhinolaryngological patients, patients with cicatricial stenosis of the larynx (CSL) constitute the most difficult group for treatment and rehabilitation, due to the difficulty of restoring the anatomical structure of the mouth and normalizing its functions. With the development of medicine, the increase in the capacity to provide medical care to severe categories of patients, the number of patients with CSL increases, and the structure of the etiological factors of the CSL is changing. This article presents the results of a retrospective analysis of the histories of patients with CSL for 1998-2008. and for 2008 - 2018, who were on treatment at the TMA clinic in the department of otorhinolaryngology which gives an understanding of the possible prerequisites and reasons for the development of the CSL is necessary for the development of justified measures to prevent the development of the CSL.

Ключевые слова: **Рубцовый стеноз гортани,** эндотрахеальная интубация, туберкулоиды, трахеостомия

Keywords: Cicatricial laryngeal stenosis, endotracheal intubation, tuberculoids, tracheostomy

Из общего числа оториноларингологических больных больные с рубцовым стенозом гортани (РСГ) составляют наиболее сложную для лечения и реабилитации группу, что обусловлено сложностью восстановления анатомической структуры гортани и нормализации ее функций. С развитием медицины, увеличением возможностей оказания медицинской помощи тяжелым категориям пациентов возрастает и количество больных РСГ, при этом меняется структура этиологических факторов РСГ. Понимание возможных предпосылок и причин развития РСГ необходимо для разработки обоснованных мер профилактики развития РСГ.

Рубцовый стеноз гортани — патология, которая является в большинстве случаев осложнением инфекционных заболеваний, причем как специфических, так и неспецифических. Он возникает после того, как у человека обнаруживают флегмону, абсцесс, туберкулоиды, гуммы,

волчанку и прочие заболевания.

Одной из наиболее частых причин развития РСГ на протяжении многих лет является продленная эндотрахеальная интубация [2, 18]. В настоящее время стало возможным выполнение хирургических операций у исходно тяжелой группы больных, что чаще всего в послеоперационном периоде требует проведения искусственной вентиляции легких (ИВЛ), либо трахеостомии. В отделениях реанимации и интенсивной терапии трахеостомия является одной из наиболее часто проводимых хирургических вмешательств у больных. При этом самое распространенное показание для проведения трахеостомии — длительная дыхательная недостаточность. Так, C. G. Durbin в своем исследовании приходит к выводу, что не менее чем у 10 % больных, нуждающихся, по крайней мере, в 3 днях ИВЛ, в конечном счете, выполняется трахеостомия с целью обеспечения проходимости дыхательных путей и длительной механической вентиляции [17]. Однако до сих пор нет единого мнения о сроках проведения продленной интубации, очень часто меры профилактики стенозов малоэффективны. В изученной нами литературе сроки проведения трахеотомии варьируют в пределах от 1—3 дней до 3 недель. При этом в большинстве работ существуют понятия «ранней» и «поздней» трахеостомии, данные по которым разнятся от 1 до 10 дней и от 10 дней до 3 недель.

L. Plummer et al. в своей работе говорят, что больным, нуждающимся в проведении ИВЛ в сроки до 10 дней, предпочтительна трансларингеальная интубация трахеи, в то время как больным, нуждающимся в проведении ИВЛ больше 21 дня, рекомендована трахеостомия [20]. Другая группа врачей решение о проведении трахеостомии принимает только в том случае, когда предполагает, что больной не может быть экстубирован в течение 7—10 дней или больше [21]. Ряд авторов в последнее время считают, что вопрос о трахеостомии должен быть рассмотрен в зависимости от клинической ситуации уже в 1—2-е сутки после интубации [14], не позже 3-х суток интубации [9]. Некоторые авторы считают, что частота развития осложнений после трахеостомии зависит только от опыта хирурга [8, 13].

В.В.Кривонос и др. указывают, что для профилактики осложнений во время трахеостомии важно рассекать сразу все слои стенки трахеи, чтобы не отслоить слизистую оболочку; величина разреза трахеи должна соответствовать размеру канюли, так как увеличение длины разреза может привести к развитию подкожной эмфиземы, а уменьшение — к некрозу слизистой оболочки и прилегающих хрящей трахеи [13]. Убедительных данных о преимуществах того или иного способа трахеостомии в плане частоты поздних осложнений нет. В исследованиях, сравнивающих трахеостомию и чрескожную дилятационную трахеостомию (ЧДТ), говорится о превалирующем количестве ранних осложнений и меньшем количестве поздних осложнений при ЧТД [15, 19]. После наложения ЧДТ отмечалось меньшее число случаев раневой инфекции в области тра- хеостомы и меньше стенозов гортани и трахеи [16]. Однако A. Koitschev et al. считают, что проведение ЧДТ, наоборот, связано с высоким риском развития стенозов гортани трахеи по сравнению с хирургической методикой трахеостомии [23].

Эндоларингеальные эндоскопические вмешательства могут в ряде случаев привести к рубцовым сужениям просвета гортани в случае удаления эпителия на большом протяжении [3, 10]. В частности, многократное удаление папиллом приводит к развитию рубцовых изменений и рубцовому стенозу гортани [1, 7]. В работе М. С. Плужникова и др. были проанализированы результаты 52 операций у 33 больных по поводу папилломатоза гортани. Выявлено, что при удалении папиллом гортани эндоскопическим доступом при помощи полупроводникового лазера контактным путем на мощности 5 Вт в постоянном режиме ни в одном случае не было формирования рубцов в просвете гортани [10]. Высокоэнергетическое лазерное излучение позволяет уменьшить частоту развития рубцовых стенозов гортани после эндоскопических вмешательств, что говорит о преимуществах лазерной хирургии перед использованием традиционного «холодного» инструментария. Сама по себе лазерная техника удаления рубцов гортани не предотвращает рестенозирование, но правильно подобранный режим лазерного воздействия позволяет оперировать бескровно, с минимальной затратой времени, а также сохранять анатомические осбенности. Бескровность вмешательства позволяет экономно прецизионно удалять патологические участки слизистой, оставляя минимальную раневуюповерхность. Отсутствие выраженных воспалительных явлений в гортани после лазерного удаления рубцов способствует быстрой эпителизации, что является профилактикой рестенозирования [4, 10].При проведении резекций гортани по поводу рака гортани в 20–33% случае возникают рубцовые стенозы в послеоперационном периоде, делающие гортань функционально непригодной [3]. При комбинации хирургического и лучевого лечения опухолевых заболеваний гортани неизбежно

развивается лучевой эпителиит гортани, который не только усугубляет течение хронического стеноза гортани, но и накладывает определенный отпечаток на лечебную тактику – на выбор сроков хирургического лечения стеноза гортани. Отек гортани в результате воздействия проникающей радиации на межтканевые, клеточные и сосудистые элементы соединительной ткани, эпителия вокруг опухоли сохраняется длительно, иногда пожизненно. В ряде случаев такие отеки сочетаются с нарушением подвижности перстнечерпаловидных суставов вследствие рубцовых изменений в зоне излеченной опухоли [10].Некоторые соматические заболевания могут быть предпосылкой к развитию РСГ.

Так, D.Volpietal. считают, что наличие сопутствующих заболеваний влияет на развитие РСГ во время продленной эндотрахеальной интубации. По их мнению, пациенты с сахарным диабетом больше подвержены риску развития стеноза гортани при длительной интубации и, в отличие от других пациентов, требуют более ранней трахеостомии [22]. Фаринголарингеальный рефлюкс вследствие наличия гастроэзофагеальной рефлюксной болезни также является предпосылкой развития РСГ [5,6, 11]. При лечении данной группы больных Н блокаторами и ингибиторами протоновой помпы в предоперационном и послеоперационных периодах удается достичь отсутствия рестенозирования. У пациентов отделений интенсивной терапии, находящихся на продленной интубации для профилактики хронического РСГ, в схему ведения рекомендуется включать прием ингибиторов протонной помпы, внутривенной формы омепразола [6].Рубцовый стеноз гортани формируется после химической или термической травмы (дым на пожаре, пар, производственные травмы в горячих цехах).

Структура причин РСГ

Таблица 1

	1998-2008 гг.		2008-2018 гг.	
Причины РС1	абс.	%	абс.	%
Ятрогенные	32	88,9	71	91
Неятрогенные	4	11,1	7	9
Всего	36	100	79	100

При термических ожогах стеноз гортани нарастает в течение первых 12 часов, далее всегда присоединяется бактериальное воспаление. Отек тканей сохраняется до 7 дней. Даже при применении антибактериальной и противовоспалительной терапии есть риск развития хондроперихондрита гортани и РСГ [10].

Наличие системных аутоиммунных заболеваний соединительной ткани у больного (системная красная волчанка, болезнь Бехчета, гранулематоз Вегенера) может являться этиологическим фактором в развитии РСГ [24, 25].

К редким формам относятся идиопатические рубцовые стенозы гортани, этиология которых остается неизвестной. Данным заболеванием страдают чаще женщины, у которых в анамнезе отсутствует факт интубации, травмы, операции на верхних дыхательных путях [11].

Цель исследования: провести ретроспективный анализ причин развития РСГ у больных, находившихся на лечении в клинике ТМА в отделении оториноларингологии в период с 1998 по 2008 г. и в период с 2008 по 2018 г.

Материал и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ историй болезни больных РСГ за 1998 — 2008 гг. и за 2008 — 2018 гг., находившихся на лечении в клинике оториноларингологии.

Результаты исследования и их обсуждения

В период с 1998 по 2008 г. в клинике о находились на лечении 36 больных (22 женщины и 14 мужчин) в возрасте от 15 до 71 года с диагнозом РСГ. Причины рубцовых стенозов следующие: у 10 больных сужение просвета дыхательных путей развилось после продленной или травматичной интубации гортани; у 12 больных — после эндоскопических хирургических вмешательств на гортани,

в том числе и под местной анестезией при непрямой ларингоскопии; у 6 — после операций на гортани наружным доступом по поводу рака гортани; у 2 — после травматичной бронхоскопии; у 2 — в результате высоко наложенной трахеостомии; у 4 рубцовые стенозы гортани развились в результате немедицинской травмы (в 1 случае — последствие огнестрельного ранения шеи, у 2 — тупой травмы шеи, у 1 — химического ожога гортаноглотки уксусной кислотой) [10]. В период с 2008 по 2018 г. находились на лечении 78 первичных больных с РСГ, 37 женщин и 41 мужчина в возрасте от 17 до 73 лет. Причины рубцовых стенозов следующие: у 30 больных сужение просвета дыхательных путей развилось после операций на гортани и трахее (14 — после резекций гортани по поводу рака и 16 – после эндоскопического хирургического лечения рецидивирующего папилломатоза гортани), у 24 – постинтубационные стенозы гортани и трахеи, у 17 больных – вследствие трахеотомии, у 4 больных – после механической немедицинской травмы гортани (во всех 4 случаях в результате наезда мотоциклистов на натянутый тросс), у 3 больных –в результате ожога дыхательных путей на пожаре [12].За последние 10 лет (2008–2018 гг.) в структуре причин развития РСГ доля ятрогенных причин остается доминирующей (табл. 1).

В структуре причин РСГ продленная или травматичная интубации в период 2008–2018 гг. по сравнению с периодом 1998–2008 гг. составили примерно одинаковый процент. Отмечается тенденция роста РСГ после эндоскопических хирургических вмешательств на гортани. В период 2008–2018 гг. по сравнению с периодом 1998–2008 гг.количество больных с РСГ по данной причине увеличилось на 4,6 %. Возможно, это связано с распространением методик эндоскопической хирургии гортани с несовершенной хирургической техникой, неправильным использованием лазерного излучения, отсутствием стандартизированного лечения данной группы пациентов в дооперационном и послеоперационном периодах. По сравнению с 1998–2008 гг. за последние 10 лет на 15,9 % увеличилось количество больных РСГ в результате трахеотомии. Нельзя исключить, что неправильная техника наложения трахеостомы может являться одним из наиболее важных факторов. Надо понимать, что чаще всего погрешности техники наложения трахеостомы возникают при экстренном вмешательстве, но в анализируемой группе больных во всех случаях трахеостома накладывалась на фоне продленной интубации или у больных с паралитическими стенозами гортани, что стратегически позволяло оперировать в плановом порядке. Более того, в половине случаев отсутствие доступности квалифицированной медицинской помощи на местах, отсутствие адекватного наблюдения и ухода за больными, перенесшими трахеотомию, внесло особую лепту в увеличение посттрахеостомических РСГ. За период с 2008 по 2018 г.нам не встретился ни один больной с развитием РСГ после проведения бронхоскопии, тогда как за период с 1998–2008 гг. было 2 таких больных. Структура развития РСГ в результате ятрогенных причин отражена в табл.2.

Таблица 2. Структура ятрогенных причин развития РСГ

Этиологический фактор развития РСГ	1998-2008 гг.		2008-2018 гг.	
	абс.	%	абс.	%
После продленной или травматичной интубации гортани	10	27.8	24	30.3
После эндоскопических хирургических вмешательств на гортани, в том числе и под местной анестезией при непрямой ларингоскопии	12	33.3	30	37.9
После операций на гортани наружным доступом	6	16.7	0	0
После травматичной бронхоскопии	2	5.6	0	0
Вследствие трахеотомии	2	5.6	17	21.5
Итого	32	88.9	71	89.9

Увеличения количества больных в результате механической немедицинской травмы гортани за последние 10 лет не отмечено. Структура немедицинской травмы гортани как причины развития РСГ существенно не изменилась (табл.3).

Таблица 3. Структура ятрогенных причин развития РСГ

Этиологический фактор развития РСГ	1998-2008 гг.		2008-2018 гг.	
	абс.	%	абс.	%
Последствие огнестрельного ранения шеи	1	2.7	0	0
В результате механической травмы гортани	2	5.6	4	5.1
В результате химического ожога гортаноглотки уксусной кислотой	1	16.7	0	0
В результате ожога дыхательных путей на пожаре	0	2.7	3	3.9
Итого	4	11.1	7	9

Выводы

1. Ятрогенные причины остаются основными в развитии РСГ.

2. Существенно увеличилось количество больных РСГ в результате технически плохо наложенной трахеостомии, что свидетельствует о низком уровне подготовки врачей, проводивших это вмешательство.

Библиографический список:

1. Врожденный ювенильный папилломатоз гортани /М. Р. Богомильский [и др.] // Вестн. оториноларингол. –2010. – № 6. – С. 28–29.

2. Гюсан А. О. Этиология стеноза гортани и трахеи у больных реанимационного отделения // Росс. оторинолар. – 2009. – № 5. – С. 64.

3. Злокачественные опухоли полости рта, глотки и гортани / А. И. Пачес [и др.]. – М.: Медицина, 2008. – 303 с.

4. Карпищенко С. А., Рябова М. А., Шумилова Н. А. Сравнительная оценка биологических эффектов лазерного излучения, радиоволновой аппаратуры и электроножа // Folia3 Otorhinolaryngologica. – 2011. – Vol. 17. – № 2. – С. 55–64.

5. Кислото зависимые заболевания желудочно-кишечного тракта в практике оториноларинголога / К. И. Нестерова [и др.] // Folia Otorhinolaryngologica. – 2014. – № 20. –С. 81–85.

6. Кокорина В. Э. Диагностика и лечение заболеваний ЛОРорганов, обусловленных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью: автореф. дис.дра мед. наук. – Хабаровск, 2010. – 34 с.

Холодков Валерий Андреевич
Kholodkov Valery Andreevich
канд. мед. наук. Главный акушер-гинеколог Курганской области, главный врач ГБУ Курганский роддом № 2. Тел. 8912833 38 52.
E-mail: Holodkov-valeryy@rambler.ru

Могеладзе Нато Омариевна
Mogeladze Nato Omarievna
канд мед наук, Заведующая родильным отделением ГБУ роддом № 2.
Тел. 8912524 38 88 E-mail: Mogeladze-nato@yandex.ru

Щуров Владимир Алексеевич
Shchurov Vladimir Alekseevich
докт. мед. наук, проф. гл. наук. сотр. лаборатории коррекции деформаций и удлинения конечностей ФГБУ РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А.Илизарова.
Тел . 8919571 49 43. Email: shchurovland@mail.ru
Город Курган. 640001. Ул. Коли Мяготина дом 95. Кв. 49.

УДК 614:33:616-053.31-055.26

РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕНЩИН В УСЛОВИЯХ АДАПТАЦИИ К УХУДШЕНИЮ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ

REPRODUCTIVE FUNCTION OF WOMEN IN CONDITIONS OF ADAPTATION TO DEGRADING QUALITY OF LIVING POPULATION

Аннотация:

Целью работы было выявление эффекта адаптационных изменений роста и развития новорожденных города Кургана в условиях затянувшегося на 30 лет состояния экономической нестабильности и снижения качества питания населения региона.

Методика. Проанализированы данные акушерских обследований рожениц, по 100 человек ежегодно, за 1989-2012 и 2018 годы.

Результаты. Антропометрические показатели рожениц и детей существенно снизились в условиях экономической нестабильности и ухудшения качества питания населения. Это привело в течение нескольких лет к снижению с 13,4‰ до 8,3‰ коэффициента рождаемости, уменьшению на 3% продольных размеров тела женщин, на 4% длины и массы тела плода, на 5,5% показателя Апгар-1. Однако в последующие 2 десятилетия адаптации к изменению качества питания произошло постепенное восстановление показателя рождаемости и появилась тенденция к увеличению функциональной зрелости новорожденных.

Abstract:

The aim of this work was to identify the effect of adaptive changes in growth and development of newborns of the city of Kurgan in terms of 30 years on the state of the economic instability and deterioration of the nutrition of the population of the region.

Method. Analyzed data and obstetric examination of pregnant women, 100 people every year for 1989-2012 and 2018.

Results. Anthropometric indicators of women in childbirth and children have significantly decreased in the conditions of economic instability and deterioration of the quality of nutrition of the population. This led to a decrease in the fertility rate from 13.4‰ to 8.3‰ within a few years, a decrease of 3% of the longitudinal body size of women, 4% of the length and weight of the fetal body, by 5.5% of the Apgar-1. However, in the next two decades of adaptation to changes in the quality of nutrition, there was a gradual recovery of the birth rate and a tendency to increase the functional maturity of newborns.

Ключевые слова. Антропометрия новорожденных, функциональная зрелость, рождаемость.

Keyword. Anthropometry of newborns, functional maturity, fertility.

Важнейшим показателем качества жизни является годовое потребление мяса на душу населения [1, 2, 3]. По данным Госкомстата, потребление населением России мяса после 1989 года

снизилось с 70 до 45 кг, и стало в 2 раза меньше регионального гигиенического норматива и в 3 раза ниже показателя потребления мяса жителями развитых стран Европы и Америки [4].

Протеиновая недостаточность питания сопровождалась снижением показателя рождаемости за 10 лет с 13,4‰ до 8,3‰ [5]. Обнаружено, что продольные размеры тела женщин в городе Кургане в год достижения ими 18 лет, увеличивались до 1989 года в связи с феноменом акселерации по 0,134 см в год. В 1989 году они составляли 166,5±1,5 см, но к 1993 году снизились на 5 см ($p \leq 0{,}001$). Такое снижение отбросило антропометрические показатели назад, к уровню, характерному для 1953 года. Соответственно на 1,3 см ($p \leq 0{,}01$) уменьшалась дистанция трохантерика на 0,6 см ($p \leq 0{,}001$) стала короче наружная коньюгата. Одновременно на протяжении 20 лет с каждым годом (**t,** год) уменьшались продольные размеры тела новорожденных (**L**, см) и обхват их головы (**O**, см): ***L = 814,5-0,33*t; r =-0,794; O =123-0,045*t; r=-0,678.***

Из данных литературы известно, что многие страны с высоким уровнем благосостояния населения имеют крайне низкий уровень рождаемости (Япония-7,8‰, Германия-8,5‰), в то время как в странах Центральной Африки коэффициент рождаемости достигает 28‰. Очевидно, что антропологические и демографические изменения наступают не сразу после изменения качества жизни, а через определенный период времени. Возникло предположение, что для перехода к высокой рождаемости при снижении качества питания населения необходимо преодолеть временной интервал, постоянную составляющую демографической динамики.

Методика

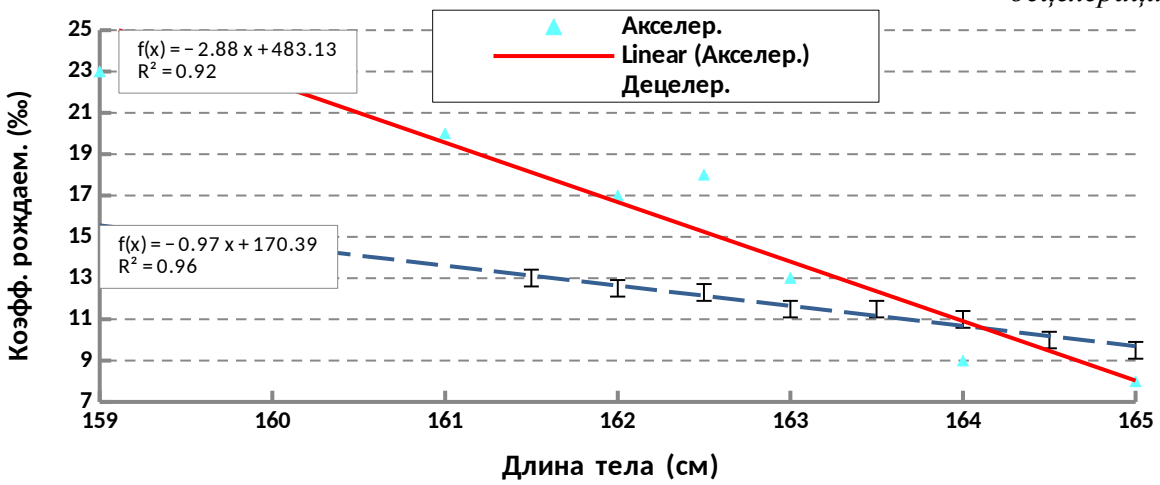
Проведен статистический анализ акушерских антропометрических исследований рожениц и новорожденных (по 100 человек ежегодно), родившихся в июне месяце в ГБУ города Кургана, в больнице № 2 в 1989-2012 и 2018 годах.

Статистическая обработка результатов исследований проводилась с помощью пакета анализа данных «Microsoft Exell-2010. На графиках приведены средние значения показателей. При анализе динамики изменения показателей применяли методы корреляционного и линейного регрессионного анализа (с обозначением индекса детерминации $\mathbf{R^2}$). Для оценки статистической значимости различий результатов в случае анализа двух независимых выборок использовали t-критерий Стьюдента.

Результаты исследования

Изменение качества питания отражаются на продольных размерах тела рожениц. Проведен анализ зависимости коэффициента рождаемости от продольных размеров тела рожениц в периоды акселерации роста тела во второй половине 20-го века и в период децелерации роста в начале 21 века (рис. 1). В обоих случаях оказалось, что коэффициент рождаемости увеличивался по мере уменьшения продольных размеров тела женщин.

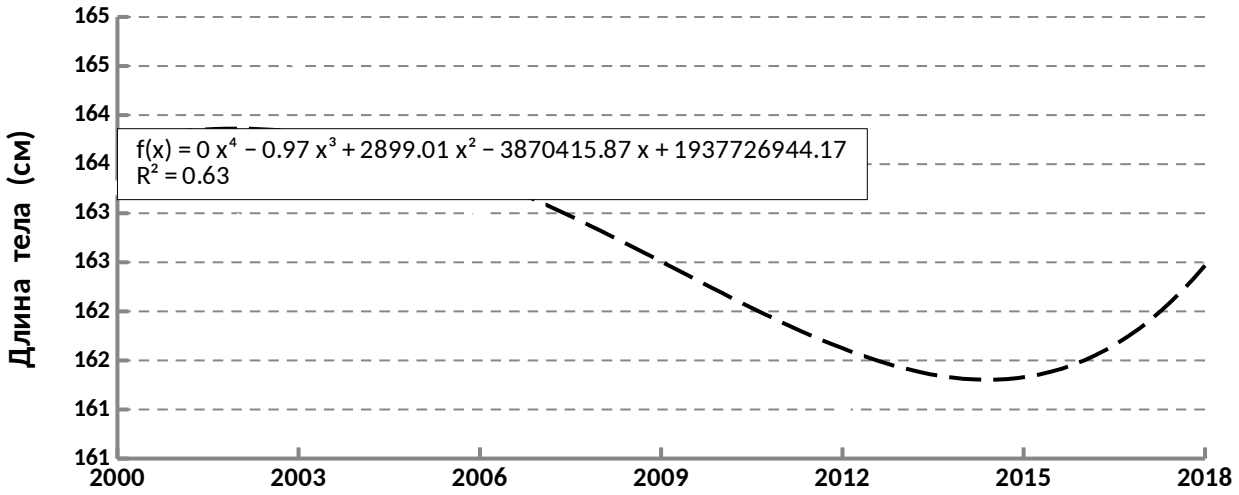
Рисунок 1. Взаимосвязь длины тела и коэффициента рождаемости в периоды акселерации и децелерации роста



Взаимное изменения размеров тела рожениц, в частности размеров таза, и размеров головы плода при изменении качества питания населения происходит сравнительно медленно, на

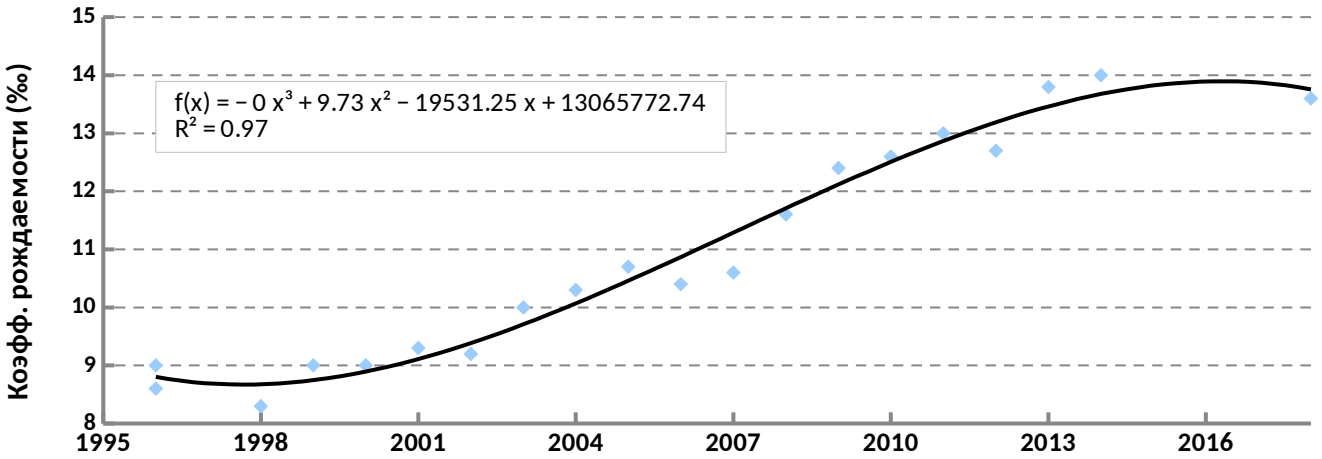
протяжении 10 лет [5]. Такой срок необходим для изменения скорости роста и развития плода. Поэтому влияние изменений питания, связанных с неурожаем, военными конфликтами, оказываются менее значимыми, чем менее существенные, но более длительные изменения экономической ситуации в регионе [5, 6].

Рисунок 2. Динамика продольных размеров тела рожениц в начале 21 века.



В последнее десятилетия экономические показатели жизни населения Курганской области остались практически неизменными. Потребление мясопродуктов достигло всего 51 кг. Тем не менее, произошло восстановлению показателя рождаемости (***P=0,43*t-846; R²=0,951***), коэффициент рождаемости достиг 13,8‰ (рис.2). Опыт Германии, прилагающей немалые материальные усилия для подъёма рождаемости, оказался малоэффективным. Это говорит о том, что в основе положительной динамике лежат общебиологические закономерности.

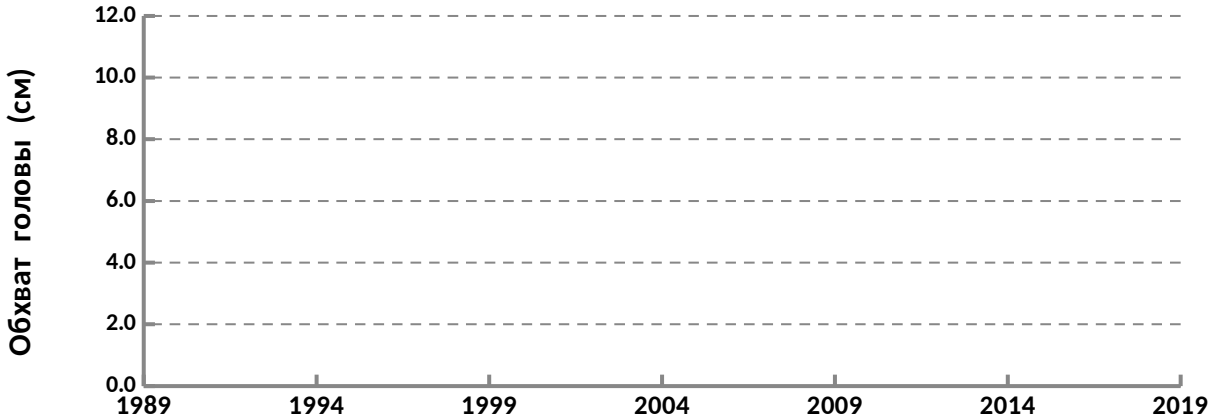
Рисунок 2. Динамика показателя рождаемости в городе Кургане за последние 20 лет.



Если решение вопроса о влиянии стабильного ухудшение качества жизни населения на количественные показатели репродуктивной активности населения представляется очевидным, то менее понятен вопрос о качественной характеристике данного явления, в частности о влиянии повышения рождаемости в таких условиях на размеры тела и функциональную зрелость мозга.

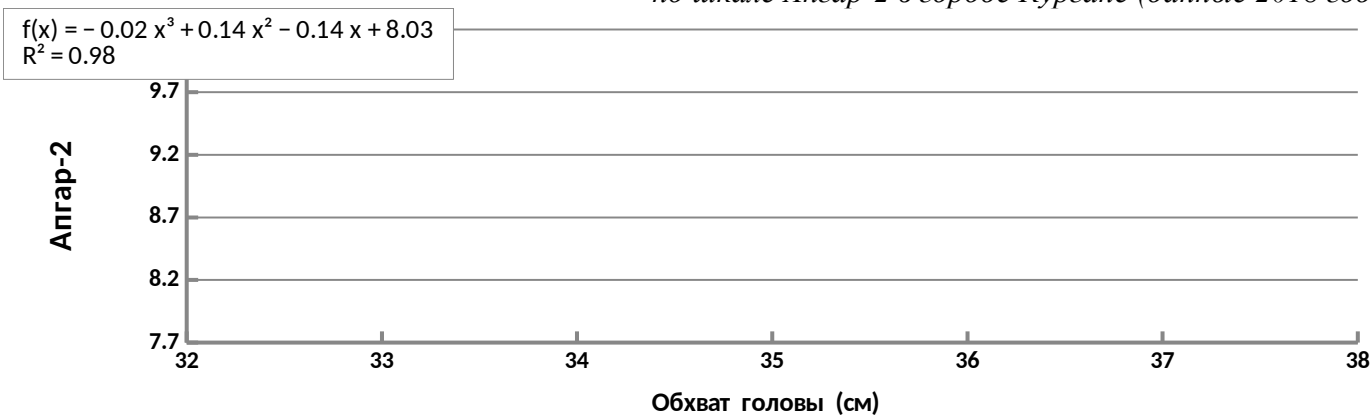
Оказалось, что по сравнению с 1989 годом длина и масса тела новорожденных стала меньше на 4%. В частности, продолжается уменьшение обхвата головы (рис. 3).

Рисунок 3. Динамика величины обхвата головы новорожденных за последние 30 лет наблюдений.



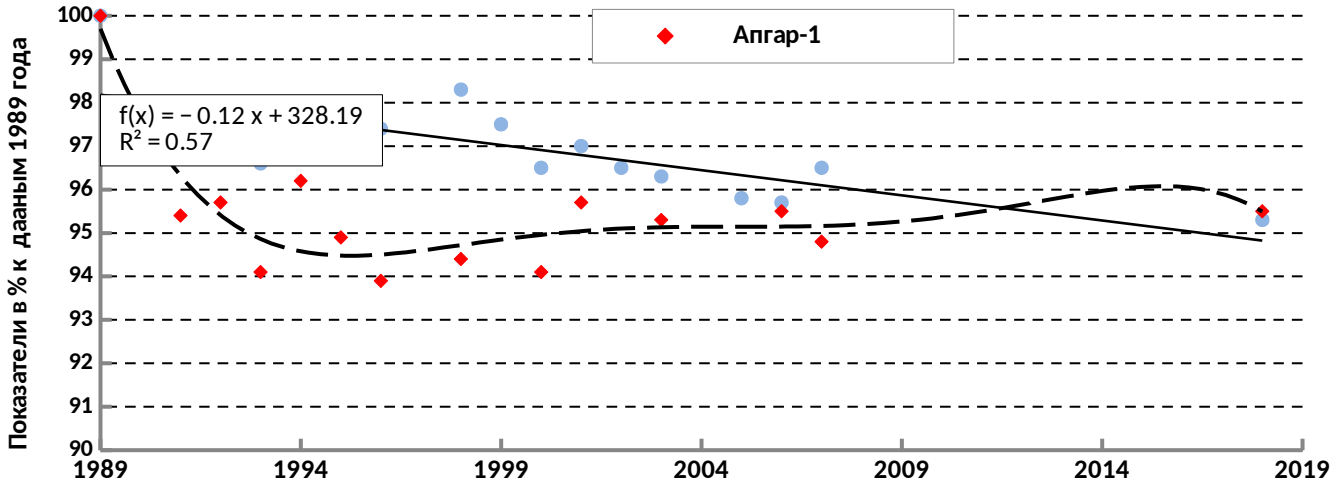
И звестно, что оптимальные показатели Апгар-2 для оценки функциональной зрелости новорожденных наблюдаются при величинах обхвата головы 35-37 см (рис. 4).

Рисунок 4. Взаимосвязь размеров головы новорожденных и показателя их функциональной зрелости по шкале Апгар-2 в городе Кургане (данные 2018 года).



Статистически значимое уменьшение длины и массы тела новорожденных на 4%. продолжается на протяжении 30 лет. В частности уменьшение обхвата головы (рис. 5). Что важно, величина показателя Апгар-1, существенно снизившаяся с 1989 по 1993 год, в последующие годы, несмотря на уменьшение размеров головы, имела тенденцию к увеличению. Такое несоответствие направлений изменений морфологических и функциональных характеристик возможно в условиях длительно существующих изменений внешней среды и обусловлено изменением программы развития мозга. Например у новорожденных девочек размеры головы меньше, а показатели Апгар выше {5]. То же наблюдается у детей профессиональных спортсменок (ра[меры новорожденных меньше, а уровень зрелости и последующая успеваемость в начальной школе выше [5].

Рисунок 5. Динамика показателей обхвата головы и Апгар-1 за последние 30 лет.



При этом показатель функциональной зрелости Апгар-1 у новорожденных города Кургана,

соответствовавший в 1989 году широтным географическим нормативам и равнявшийся 7,8±0,07, снизился на 6,5% (p≤0,001), составляя у новорожденных в сельской местности всего 6,8±0,11. В 2018 году Апгар-1 у новорожденных в городе Кургане восстановился до 7,5 ±0,03.

Показатель функциональной зрелости Апгар-2 снижался соответственно с 8,8±0,09 до 8,3±0,07 в 1998 году и восстановился к 2018 году до 8,5±0.05. Наше предположение, подтверждает и то, что показатели шкала Апгар оказались наиболее высокими у новорожденных из семей женщин с доходом в пределах минимальной потребительской корзины и сниженным как при сравнительно низких, так и при высоких доходах семьи.

Таким образом, в условиях затянувшегося периода снижения качества жизни, экономической нестабильности и ухудшении качества питания населения происходит явление задержки роста детей, которая представляет собой одно из проявлений морфологической адаптации населения к сложившимся условиям.

Представление о том, что снижение рождаемости является следствием перехода к современному типу здоровья в условиях индустриального общества, характерного для некоторых европейских стран, оправдано лишь частично. В условиях недостаточного качества питания населения, по мере завершения адаптивных морфологических изменений, связанных с ограничением потребностей организма в энергетических веществах и в пластических материалах, репродуктивная активность женщин восстанавливается.

Библиографический список:

1. Васильков А.А. Рост и развитие детей из разных социальных групп семей. /А.А. Васильков // Челябинск: ЧПО Книга, 2002. –539 с.

2. Воронцов И.М. Питание беременной женщины – главный фактор обеспечения оптимального развития и здоровья ребенка на последующие периоды жизни. //Материалы II республ. форума «Мать и дитя». Москва. 2001. С. 30-31.

3. Кахиани М.И. Нарушения питания у беременных – состояние проблемы. //Журналъ акушерства и женскихъ болезней. 2008. Т. LVII. Вып. 2. С. 121-124.

4. Уровень жизни населения Уральского федерального округа /под ред. Н.Д.Кремлева //Курган. Изд-во Курганстат. 2007. 118 с .

5. Щуров В.А., Кузнецов А.П., Холодков В.А. Влияние благосостояния на рост, развитие детей и здоровье населения. Курган. Изд-во КГУ. 2008. 170 с.

6. Новиков Ю.И., Абрамченко В.В., Фоминых В.А. и др. Динамика физического развития новорожденных детей Ленинграда за 45 лет (1933-1978) // Вопросы охраны материнства и детства. - 1981. – Т.26. - № 1. – С.62-64.

Әзірбаева Перизат Серікқалиқызы
Azirbayeva Perizat Serikkalikyzy
Магистрант 2 –го года обучения по специальности «Медицина» ЗКГМУ им.М.Оспанова
E-mail: azirbaevaperizat@mail.ru

Нургалиева Жансулу Жумабековна
Nurgaliyeva Zhansulu Zhumabekovna
к.м.н., руководитель кафедры фармакологии ЗКГМУ им.М.Оспанова
E-mail: nzhansulu@mail.ru

Чуканова Галина Николаевна
Chukanova Galina Nikolaevna
к.м.н., доцент кафедры фармакологии ЗКГМУ им.М.Оспанова
E-mail: kazga57@mail.ru

УДК 612:616-055-057.875:159.9

ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ОБРАЗОМ И КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ

EVALUATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN LIFESTYLE AND QUALITY OF LIFE OF STUDENTS WITH ACCOUNT OF GENDER DIFFERENCES

Аннотация: В настоящее время изучение образа и качества жизни студентов актуально и практически значимо. Целью проведенного исследования была оценка взаимосвязи между образом и качеством жизни студентов с учетом гендерных различий. В анкетировании приняли участие 400 студентов 1-го и 5-го курсов (возраст 17-26 лет). В работе использовали международный опросник КЖ MOS- Item Short-Form Health Survey (SF-36, русскоязычная версия) и опросник по образу жизни. Результаты исследования статистически обработаны с использованием методов описательной статистики, применения критерия Манна-Уитни для межгруппового сравнения независимых переменных и коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Обнаружена одна слабая отрицательная корреляционная связь между такой составляющей образа жизни как физическая активность студентов и показателем VT (жизнеспособность) по опроснику КЖ SF-36. Корреляционный анализ внутрикомпонентного состава КЖ позволил выявить гендерные различия в значимости самооценки КЖ у юношей и девушек исследуемых курсов. Полученные данные можно использовать для разработки персонифицированных профилактических мероприятий с целью улучшения адаптации обучающихся к условиям обучения в вузе, а также для оптимизации их гигиенического воспитания.

Abstract: Nowadays, the study of the lifestyle and quality of life of students are relevant and practically significance. The goal of research was to assess the relationship between lifestyle and quality of life of students with account of gender differences. 400 students of the 1st and 5th courses (age 17-26 years) took part in the questionnaire survey. In scientific work used an international questionnaire for quality of life the MOS-Item Short-Form Health Survey (SF-36, Russian version) and lifestyle questionnaire. The results of the study were statistically processed using the methods of descriptive statistics, the application of the Mann-Whitney test for the intergroup comparison of independent variables and the Spearman rank correlation coefficient. One weak negative correlation was found between the lifestyle component as the physical activity of students and the VT indicator (viability) on the SF-36 quality of life questionnaire. Correlation analysis of the intracomponent composition of the quality of life allowed to identify gender differences in the significance of self-esteem of the quality of life for men and women in the studied courses. Findings can be used to develop personalized preventive measures in order to improve the adaptation of students to the conditions of study in the university, as well as to optimize their hygiene education.

Ключевые слова: качества жизни студентов, образ жизни, взаимосвязь, гендерно-половые различие

Keywords: quality of life students, life style, relationship, gender differences

Введение

Проблема сохранения здоровья студенческой молодежи в настоящее время приобретает все большую актуальность. Причинами ухудшения здоровья могут быть разные факторы, в том числе и неправильное отношение человека к своему здоровью. С гигиенических позиций здоровье студентов в период обучения в высшем образовательном учреждении отражается на субъективном показателе качества жизни (КЖ). Кроме того, важным фактором для здоровья молодых людей является процесс адаптации к новым условиям проживания и питания в связи с резким изменением привычного образа жизни (ОЖ) и формированием межличностных отношений вне семьи. Сравнение определений качества и образа жизни показывает, что эти понятия логично связаны между собой. Качество жизни – интегральный показатель, включающий все сферы жизни человека. Факторы, влияющие на КЖ и здоровье студентов, могут быть эндогенными и экзогенными. Психологические, физические и физиологические нагрузки, связанные со здоровьем, учебным процессом, экзаменационной сессией, питанием, материальной обеспеченностью, условиями проживания, образом жизни, отражаются на качестве жизни. Кроме того, КЖ может иметь прогностическую значимость с учетом приоритетных факторов с целью оптимизации учебной деятельности и здоровья.

На наш взгляд, представляет интерес оценка взаимосвязи образа и качества жизни студентов, а также анализ внутрикомпонентных взаимосвязей КЖ, связанного со здоровьем, с учетом гендерных особенностей. Принимая во внимание тот факт, что в современном обществе гендерные роли изменяются и сближаются, в свете существующих различий между мужчиной и женщиной (несмотря на изменение гендерных ролей) представляется важным выявить возможные отличия в их качестве жизни.

Материалы и методы исследования:

В исследовании приняли участие 400 студентов ЗКГМУ им. М.Оспанова 1-го и 5-го курсов факультета «Общая медицина». После обработки анкет в базу данных вошли результаты анкетирования 98 юношей и 102 девушки 1 курса, 85 юношей и 115 девушки 5 курса, в возрасте 17-26 лет. В настоящей работе использован поперечный (одномоментный) тип исследования.

Качество жизни, связанное со здоровьем, изучали в сравнительном аспекте с помощью социалогического (анкетно-опросного) метода на основе применения международного валидизированного опросника MOS SF-36 (русскоязычная версия). Мы произвели оценку интегральных показателей КЖ - психологического компонента по шкалам: VT – жизнеспособность, SF – социальное функционирование, RE – ролевое эмоциональное функционирование, MH – психическое здоровье и физического компонента по шкалам: PF – физическое функционирование, RP – ролевое физическое функционирование, BP – боль, GH - общее здоровье [1]. Показатели шкал данного опросника варьируют от 0 до 100 баллов, где 100 баллов характеризуют наибольшее благополучие.

Образ жизни студентов анализировали по группе вопросов, включающих материальное положение, условия проживания во время учебы, а также таких составляющих образа жизни, как питание, отдых, сон, занятия спортом, желание учиться, наличие хронических заболеваний и др.

Статистическую обработку полученных результатов проводили методами математической статистики с использованием программы «STATISTICA 10.0» фирмы StatSoft, Inc. USA.

Для сравнения двух групп (девушек и юношей) использовали непараметрический критерий для двух независимых выборок Манна — Уитни [2]. При распределении значений в ряду, отличном от нормального, указывалась медиана (Me), нижний (Q1) и верхний (Q3) квартили. Для изучения взаимосвязи между переменными использовали коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r_s) [3]. Критерием для отбора «достаточно сильных» корреляций мы использовали абсолютное значение самого коэффициента корреляции от 0,4 до 1 [4]. За критический уровень значимости различий во всех процедурах статистического анализа принимали значение $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение:

Полученные данные показали, что студенты младших курсов испытывают постоянный дискомфорт, связанный с учебой. Их образ жизни говорит о том, что они пока не могут правильно организовать свою жизнь и распорядок дня, который бы отвечал санитарно-гигиеническим нормам. На неорганизованный ОЖ студентов-медиков указывают постоянное недосыпание (51,7%), недостаточная физическая активность (45,1%) и неправильное питание (34,1%).

При анализе корреляционных взаймоотношений между ОЖ и КЖ была выявлена лишь одна статистически значимая слабая отрицательная корреляция между физической активностью студентов

(по анкете ОЖ) с параметром их КЖ - VT. Данная корреляционная связь была обнаружена как у студентов 1 курса, так у студентов 5 курса. Это на наш взгляд, свидетельствует о том, что с повышением физической активности студенты чувствуют себя обессиленным. Следовательно, чрезвычайно важным является вовлечение студентов в занятия физкультурой и спортом, так как большинство опрошенных студентов – медиков (20,3%) не понимают их высокой значимости для сохранения здоровья.

Необходимо отметить, что в литературе встречаются сведения об исследовании корреляционных связей между показателями шкал опросника SF-36 у здоровых людей и лиц, страдающих различными заболеваниями [5]. Мы также попытались проследить эти связи между показателями шкал опросника SF-36 у студентов 1-го и 5-го курсов мужского и женского пола для выявления возможных гендерных различий. Нами были выявлены статистически значимые корреляции, присутствующие как в обеих группах (у студентов 1-го и 5-го курсов), так и по отдельности внутри каждой группы (у юношей и девушек). Следует отметить, что сильных корреляционных связей обнаружено не было. Поэтому мы акцентировали внимание, прежде всего, на связях средней силы (слабые связи не учитывали), которые имели место внутри той или иной группы и характеризовали гендерные особенности.

Полученные данные представлены в рисунках 1-2. Все обраруженные связи были положительными.

Как видно из рисунков у студентов 1-го курса существенно различались в группах корреляционные связи шкалы MH, которая является интегральным показателем психического здоровья. Для юношей и девушек выявили значимую корреляцию значений этой шкалы с показателями двух шкал, характеризующих физический компонент здоровья — GH (г=0,609; p<0,05) и BP (г=0,453; p<0,05). У девушек других связей обнаружено не было, а у юношей выявлены корреляции параметра BP с PF (г=0,551; p<0,05), а также двух шкал, отражающих психологический компонент здоровья: SF (г = 0,443; p<0,05) и RE (г = 0,544; p<0,05). У девушек значимых корреляций показателей шкалы BP со значениями других шкал опросника не установлено. Таким образом, можно предположить, что девушки в большей мере адаптированы к болевым ощущениям, нежели юноши, так как чаще испытывают их в повседневной жизни. При этом юноши, в силу гендерных особенностей, не демонстрируют значительных ограничений повседневной деятельности болевыми ощущениями, но в действительности их самоощущение состояния здоровья и психологическое самочувствие во многом определяется болью.

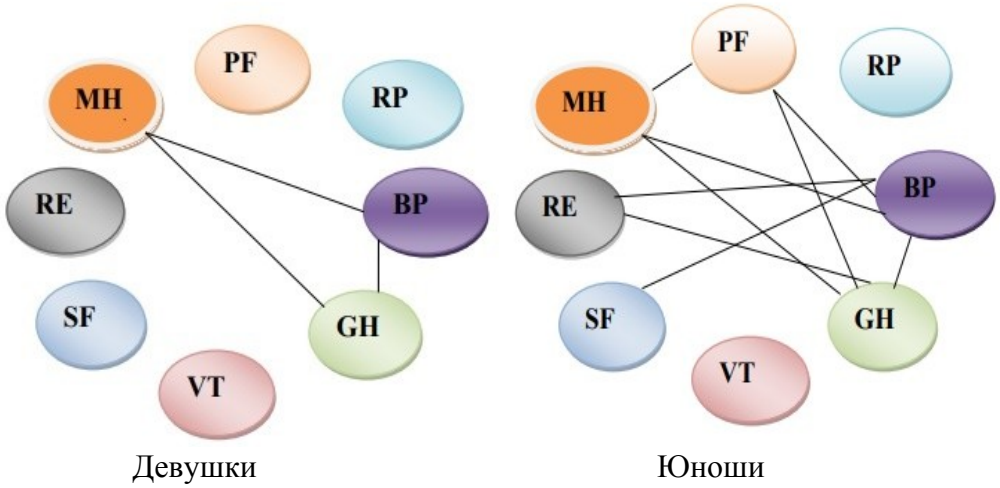
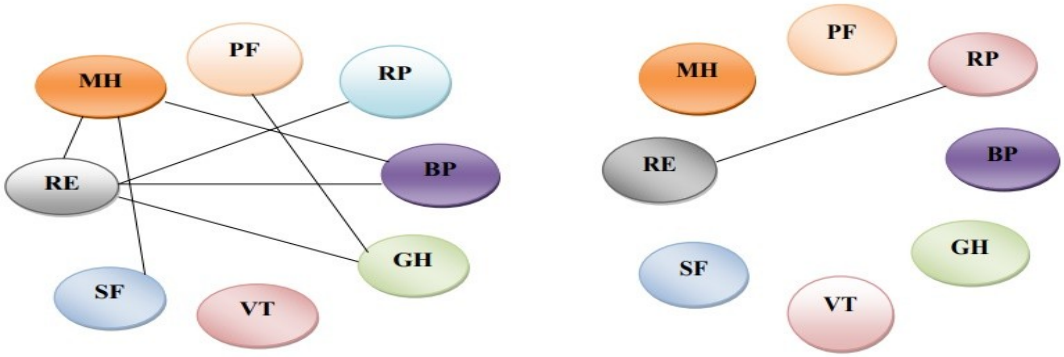


Рисунок 1. Корреляционный анализ между компонентами опросника SF-36 у студентов 1 курса



Девушки Юноши

Рисунок 2. Корреляционный анализ между компонентами опросника SF-36 у студентов 5 курса

При корреляционном анализе по Спирмену у студентов 5-го курса было выявлено следующее: шкала МН для девушек 5-го курса, как и 1-го курса является ключевой в самооценке КЖ и коррелирует со шкалами BP, SF и RE. Также у девушек 5-го курса для шкалы RE обнаружили значимую корреляционную связь с GH (г = 0,401; p<0,05), RP (г = 0,505; p < 0,05) и BP (г = 0,417; p < 0,05). Это свидетельствует о том, что индивидуально-личностные особенности респодентов оказывают существенное влияние на их субъективную оценку параметра RE. Для девушек 5-го курса основными взаимосвязями в самооценке КЖ являются их ролевое функционирование, определяемое эмоциональным состоянием, с аналогичным показателем, обусловленным физическим состоянием, а также показателями общего здоровья и интенсивностью боли.

У юношей 5-го курса выявлена лишь одна статистически значимая связь между RE и RP, значимых корреляций между значениями других шкал опросника не обнаружено. Следовательно, для юношей ключевыми в самооценке КЖ являются шкалы ролевого функционирования, связанного с их эмоциональным и физическим состоянием.

Заключение:

Таким образом, при анализе взаимосвязей ОЖ и КЖ, а также компонентного состава КЖ у студентов-медиков, обнаружены различия в значимости шкал самооценки КЖ у юношей и девушек исследуемых курсов, свидетельствующие о том, что юноши более адаптированы, чем девушки. На наш взгляд, полученные данные о гендерных особенностях внутрикомпонентных взаимосвязей параметров КЖ студенческой молодежи позволят выявить группы риска и разработать персонифицированные профилактические мероприятия с целью улучшения адаптации обучающихся к условиям обучения в вузе, а также оптимизировать их гигиеническое воспитание.

Библиографический список:

1. Горбунов В.И., Возженникова Г.В., Исаева И.Н., Верушкина А.С. Оценка показателей качества жизни студентов медицинского вуза // ульяновский медико – биологический журнал. – 2012.- №1.- С. 46-49.

2. Рубан Л., Ставицкий С. Оценка индекса качества жизни студентов // Слобожанський науково- спортивний вісник. – 2016. - №4(54).- С.89-93.

3. Капланова М.Т., Федин М.А. Оценка качеста жизни как показатель уровня адаптации студентов I и V курсов медицинского вуза // Международный стуенческий научный вестник. – 2017. - № 4-8. - С. 1198 – 1201.

4. Шаламова Е.Ю., Сафонова В.Р. Взаимосвязь шкал опросника SF-36 и показателей совладающего со стрессом поведения студенетов северного медицинского вуза // Экология человека, 2015. - №6.- С. 50-56.

5. Алексеенко С.Н., Дробот Е.В. Качество жизни и жизнестойкость студентов медицинского вуза в аспекте самооценки здоровья // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. - №8-1. – С. 135.

Ляхова Екатерина Григорьевна
Lyakhova Ekaterina Grigorevna
студентка 1 курса лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет», г. Курск.
E-mail: katena-lyakhova@mail.ru

Рыжаева Валентина Николаевна
Ryzhayeva Valentina Nikolaevna
кандидат биологических наук, доцент кафедры биологии, медицинской генетики и экологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет», г. Курск

УДК 616.3-008.1

СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ КОРЕНЕВСКОГО РАЙОНА КУРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2011-2016 гг.

STATE OF DIGESTING POPULATIONS OF THE POPULATION OF KORENEVSKYAREA OF THE KURSK REGION FOR 2011-2016

Аннотация. Изучена распространённость, и структура заболеваний органов пищеварительной системы в Кореневском районе Курской области за 2011-2016 гг. Заболевания органов пищеварения относятся к числу наиболее существенных проблем в клинике внутренних болезней и заслуживают внимания, особенно в наше время, когда спектр факторов, вызывающих этот класс заболеваний, значительно расширился.

Annotation. The prevalence and structure of diseases of the digestive system in Korenevsky district of the Kursk region for 2011-2016 have been studied. Diseases of the digestive organs are among the most significant problems in the clinic of internal diseases and deserve attention, especially in our time, when the spectrum of factors causing this class of diseases has significantly expanded.

Ключевое слово: пищеварительная система, исследование, структура, заболеваемость, распространённость.

Key words: digestive system, research, structure, incidence, prevalence.

Введение: Заболевания органов пищеварительной системы представляют собой серьезную проблему для всех стран мира в связи с их широкой распространённостью во всех слоях населения, с факторами риска, с огромной скоростью нарастающими в наше время.

Заболевания органов пищеварительной системы занимают 8 место среди причин временной нетрудоспособности населения, 7 место в структуре первичного выхода на инвалидность, 5 место среди причин смертности. Развитие данного класса заболеваний может быть обусловлен внешними и внутренними причинами. К внешним причинам относят неправильное, несбалансированное питание, потребление вредных, некачественных продуктов питания, злоупотребление алкогольными напитками, курение, длительное применение лекарственных препаратов, а также различные стрессовые ситуации, сопровождающие жизнь человека, травмы, паразитарные инвазии. А внутренние причины включают в себя наследственную предрасположенность, пороки внутриутробного развития, аутоиммунные реакции, новообразования, развивающиеся из любого органа этой системы, нарушения иннервации органов пищеварительной системы.

Цель исследования: провести комплексный анализ и оценку распространённости и структуры заболеваний органов пищеварения в Кореневском районе Курской области.

Материалы и методы исследования: материалом исследования послужили данные Росстата, отчеты ОБУЗ «Кореневская ЦРБ» по заболеваемости различных групп населения заболеваниями органов пищеварительной системы. Использованы основные методы научной статистики.

Результаты исследования: Заболевания системы органов пищеварения — это заболевания желудочно-кишечного тракта, являющиеся одними из самых распространенных в мире. По данным статистических исследований, от того или иного заболевания пищеварительной системы страдает около 95 % населения Земли. Но эти показатели в настоящее время стремительно растут в связи с

распространённостью факторов, провоцирующих данный класс заболеваний.

Патологии желудочно-кишечного тракта, в какой бы форме они не проявлялись, становятся причинами развития болезней и других систем организма, например, эндокринной, сердечно-сосудистой, иммунной. Они провоцируют заболевания крови, печени и даже нервной системы. От нормальной работы нашей пищеварительной системы зависит здоровье человека в целом. [1]

Демографическая ситуация в Центрально-чернозёмном экономическом районе, в который входит Курская область строится таким образом, что по численности населения область занимает 3 место (1 119 508 чел. (1 января 2016 г.)), уступая Воронежской (2 333 704 чел.) и Белгородской областям (1 549 581 чел.). С 2011 по 2015 год происходит снижение численности населения в Курской области, а уже с 2015 по 2016 год – постепенное повышение. Как и в России, в Курской области прослеживается постепенный выход из демографического кризиса. [2]

В Кореневском районе происходит постепенное снижение численности населения. Так в 2011 году население района составляло 18 180 человек, а уже в 2016 году - 16 299 человек, т.е. произошёл резкий спад практически на 2000 тысячи человек. Возможно, данная тенденция наблюдается в связи с тем, что большое количество людей переезжают из сёл в город, а молодежь не стремится вернуться.

Распространённость заболеваний органов пищеварительной в Кореневском районе составляет 9 %, превышая показатели по России – 7 % и по Курской области – 8 %.

Анализируя данные Росстата по проблеме заболеваемости населения Российской Федерации болезнями пищеварительной системы можно отметить отсутствие закономерностей в динамике. С 2000-го года происходит увеличение количества людей, страдающих заболеваниями органов пищеварения, которое продолжается до 2002-го года, затем уровень заболеваемости незначительно снижается с 2002 по 2003 года, далее снова следует увеличение этого уровня. С 2004 года по 2007, затем с 2008 по 2011 уровень заболеваемости снижается. В 2016 году число человек, страдающих болезнями органов пищеварения составило 5229 человек. [3]

В заболеваемость органов пищеварения населения Кореневского района постепенно снижается. Так, в 2011 году число больных, страдающих болезнями ЖКТ, составило 719 человек, а в 2016 году – уже 520 человек, то есть снижения заболеваемости составило на 28 %. (рис. 1)

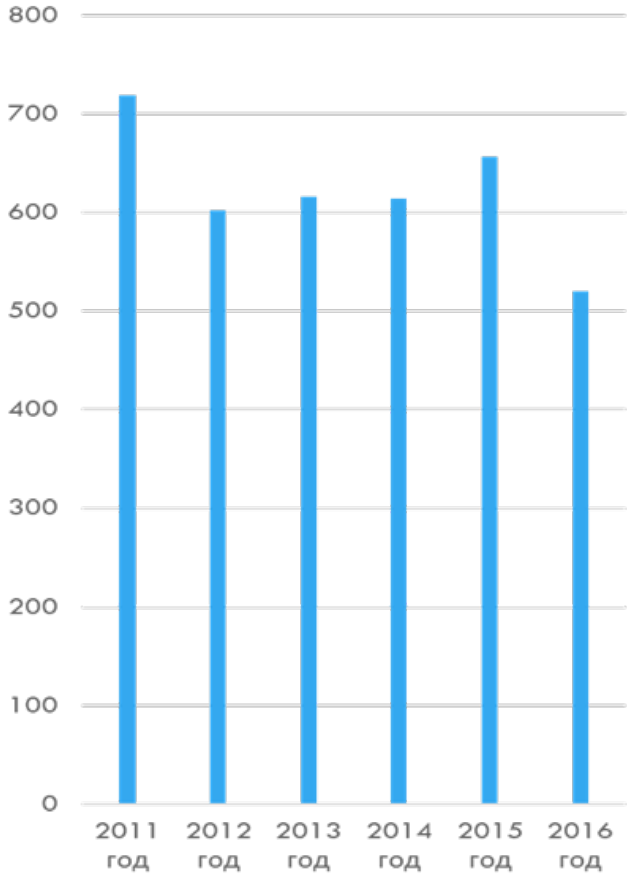


Рисунок 1. Заболеваемость пищеварительной системы в Кореневском районе Курской области

Структура заболеваний органов пищеварительной системы представлена следующими нозологическими формами:

•лидирующее место занимают гастрит и дуоденит, составляя 36%

•далее следует язва желудка и двенадцатиперстной кишки 26%

•болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей составляют 16 %, болезни поджелудочной железы – 14 %

•фиброз и цирроз печени, геморрой – 2 %, а грыжи – 3 %

•неинфекционный энтерит и колит – 1 %, перитонит – десятую процента (эти заболевания являются наиболее редко встречающимися)

Гастриты и дуодениты наиболее часто встречающиеся заболевания. (рис. 2)

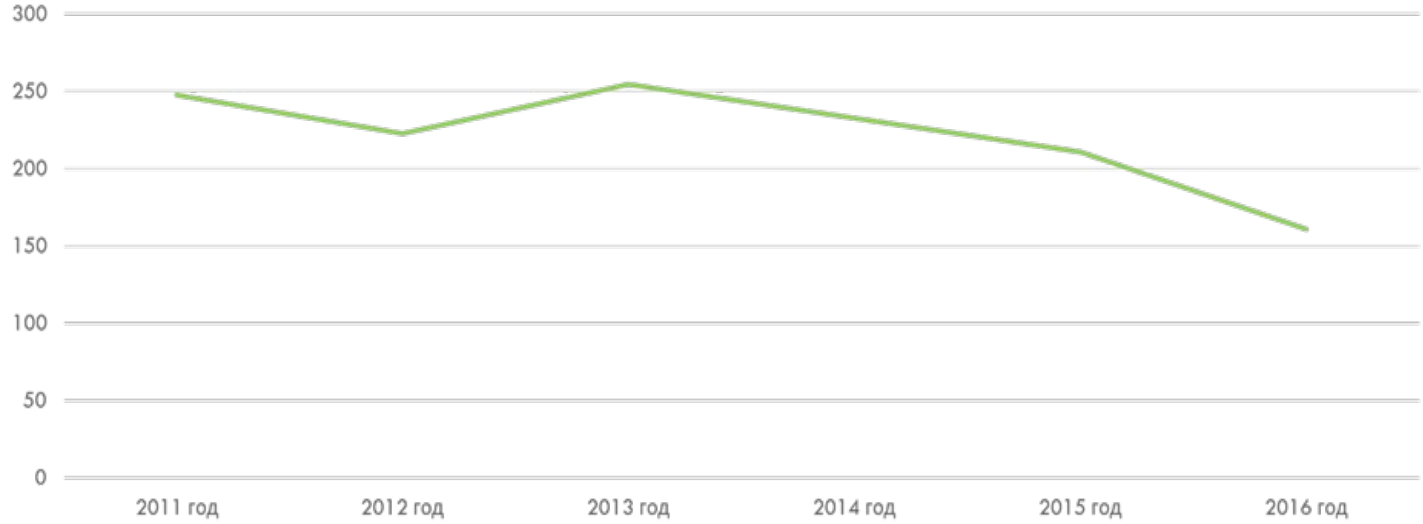


Рисунок 2. Динамика гастритов и дуоденитов в Кореневском районе Курской области

С 2013 года происходит постепенное снижение уровня заболеваемости населения по данным нозологическим формам. В 2016 году зарегистрирован 161 случай заболеваний, в 2013 году – 255, наблюдается снижение на 40 %.

Выводы: В Российской Федерации в последние годы наблюдается постепенный выход из демографического кризиса, что может быть вызвано повышением рождаемости вследствие внедрения государственных программ по поддержке материнства и детства, повышения уровня жизни. В Кореневском районе наблюдается снижение численности населения, что может быть связано с потребностью людей проживать в городах. В Кореневском районе не происходит значительных изменений в заболеваемости населения болезнями органов пищеварения. Показатель заболеваемости населения болезнями органов пищеварения соответствует средне статистическим значениям по Курской области и России в целом.

Библиографический список:

1. Докучаева, Г.Н. Здоровье пищеварительной системы/Г.Н. Докучаева. – М.: ЭНАС, 2007. – 112 с.

2. Демографический кризис в Российской Федерации. – [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://encyclopaedia.bid/википедия (Дата обращения: 15.01.2018)

3. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики. – [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.gks.ru/ (Дата обращения: (19.01.2018)

Хамидова Гулноз Сайфидиновна
ассистент, кафедры «Факультет и госпиталь терапия»
Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии,
г. Ургенч, Республика Узбекистан
Нурбоев Жасур Абдурасул угли
Мадаминова Иродахон Икромовна
Кайимова Муниса Эркин кизи
студенты 4-курса
Педиатрического факультета
Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии,
г. Ургенч, Республики Узбекистан

Xamidova Gulnoz
Assistant Urganch brench of Tashkent medical academy, Urganch city, Republic of Uzbekistan
Nurboyev Jasur
Madaminova Irodakhon
Kayimova Munisa
Students Urganch brench of Tashkent medical academy, Urganch city, Republic of Uzbekistan

УДК 616.233

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ОСТРЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ БРОНХИТОВ

MODERN APPROACH TO THE THERAPY OF ACUTE BACTERIAL BRONCHITIS

Аннотация: В силу различных причин в последнее десятелетие наблюдается тенденция к увилечению заболеваемости острыми бактериалными бронхитами . Так , в США Фиксируется в год приблизительно 27 млн. визитов и скоропомощных обращений по поводу этих заболеваний. Ежегодно ОБРС диагностируется у 16%взрослых,обратившихся к врачу по поводу заболеваний верхных дыхателных путей. Данная патология входит в список десяти состояний, требующих наибольших затрат для лечения.

Annotation: Due to various reasons in the last decate there has been a tendency to increase the incidence of acute bacterial bronchitis

Ключевые слова: терапия, бактерия, года, путь

Key words: therapy, bacteria, year, way

По данным амереканских ученых, расходы на ее лечение составляют 3,5мплд долларов в год.

Заболевания инфекционной природы занимают ведущее место в патологии ЛОР-органов. Острых и хронических бронхит , трахеит ,тонзиллит-наиболее распространненные нозологические формы,с которыми сталкиваются не только отоларингологи, но и терапевты, педиатры. Если проанализировать спектр ведущих диагнозов в амбулаторной практике, то картина будет следушей: гипертензия составляет74% от обшего числа, диабет- 35%,отит-25%,синусит-20%и бронхит-22%.То есть воспалительные заболевания верхних дыхательных путей и ЛОР-органов занимают следующее место после болезней ,масштабы которых во всем мире признаны глобальными.

Часто возбудителями этих заболеваний становятся бактерии, поэтому важное место в терапии занимают антибактериальные препараты. В амбулаторных условиях в большинстве случаев препараты этой группы назначаются эмпирически, их выбор должен базироваться прежде всего, на современных данных о наиболее частых возбудителях заболевания и их чувствительности к различным антибиотикам .Надо отметить ,что 14,1% назначений антибиотиков приходится на лечение бронхитов. В понятие "бронхит" входит спектр острых и подострых, рецидивирующих и хронических, нейтрофильных и эзинофильных, аллергический и неаллергический воспалительных процессов .При этом рецидивирующий бронхит чаще всего вызван агрессивной микрофлорой, не подающейся традиционному антимикробному лечение, или же его причиной является недостаточное лечение предыдущих эпизодов бронхита. Причинами рецидивирования может быть постоянное носителство резистентных и устойчивых к лечению возбудителей в верхних дыхательных путях. При небольшом количестве таких бактерий симптоматика отсуствует, однако при появлении

неблагоприятних пусковых факторов (вирусная ифекция, переохлаждение, переутомление) « дремлющая » инфекция активизируется и вызывает повторное воспаление. При рецидивирующем бронхите антибиотик следует назначать всегда, при этом первая попытка антимикробного лечения должна быть эмпирической, и только после неэффективности лечения необходимо произвести забор материала с последующим определением чувствительности возбудителей. Целью лечения является блокирование инфекции до ее прогрессирования и предотвращение серьезных последствий (например, лицевой остиомиелит, тромбоз кавернозного синуса, менингит, орбитальный целлюлит или абсцесс, абсцесс мозга). Важнее всего то, что антибиотикотерапия предотвращает переход рецидивирующего бронхита в хронический благодаря ликвидации микробного фактора в патогенезе заболевания, а также предупреждает длительное повреждение слизистой оболочки с последующей хронизацией процесса. Большинство пациентов с неосложненными инфекциями лечатся в амбулаторных условиях , без постоянного медицинского наблюдения, поэтому от правильного выбора антибиотика при первом обращении больного к врачу во многом зависит результат терапии. Цель антибактериальной терапии – это эрадикация (уничтожения) возбудителя, а не только купирования симптомов острого воспаления. Достижения эрадикации возбудителей предотвращает переход острой инфекции в хроническую, уменьшает частоту рецидивов при хронических заболеваниях, увеличивает интервал между обострениями. Неудача в эрадикации приводит к рецидиву и распространению инфекции, формированию резистентных штаммов. Непременных условиями надежной эрадикации микроорганизмов при лечении инфекций респираторного тракта являются: активность антибиотика в отношении основных возбудителей, достаточные концентрации антибиотика в очаге инфекции, поддержание подавляющей рост бактерий концентрации в течение необходимого времени . Только соблюдение всех этих условий обеспечивает достаточную эффективность препарата in vivo . Таким образом, самым актуальным вопросом антибиотикотерапии представляется выбор препарата для эмпирической терапии, который должен проводиться с позиций доказательной медицины. В последние годы завершены три самых больших микробиологических исследования: Alexander Project (1998-2000), в котором принимало участие 26 стран; PROEKT-1 (1999-2000), где было задействовано 69 центров в 25 странах, и российское исследование ПеГас-1 (2000-2001), включавшее 15 центров. По их данным, основными возбудителями бактериальных респираторных инфекций являются S. Pneumonia, H. Influenza, M. Catarrhalis. Частота этих микрооргонизмов может варьировать в зависимости от формы и локализации воспаления. Было показано, что среди В-лактамов и макролидов только Аугментин (амоксициллина\клавуланат) – препарат компании «GlaxoSmithKline», Великобритания – соответствует необходимым фармокодинамическим критериям эрадикации в отношение всех наиболее значимых респираторных патогенов, что и определяет его высокую клиническую эффективность. К Аугментину чувствительны 94-100% штаммов S. pneumoniae, 99,6-99,9% штаммов H. Influenza, 100% штаммов M. cararrhalis.

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

Дополнительным преимуществом Аугментина (Амоксициллина\клавуланата) является его провосходная активность в отношении анаэробных микроорганизмов,превосходящая клиндамицин и метронидазол,-антибактериальных препаратов,которые,по сути,были стандартом лечения в отношении анаэробов.В недавнем исследовании,в котором изучали активность антибактериальных препаратов в отношении анаэробных бактерий,включая Bacteriodes,Peptostreptococcus,Prevotella и рода Fusobacterium,было обнаружено,что Аугментин имеет самый высокий потенциал.Это обстоятельство представляется крайне важным в связи с тем,что при остром бронхите пневмококки,гемофильная палочка,моракселла нередко вступают в ассоциации с анаэробами.При обострении хронических инфекций этиологическая роль анаэробных бактерий значительно возрастает,что и обусловливает необходимость применения антибиотиков с антианаэробным спектром действия. Важную роль в развитии поддержании хронического воспаления в бронхолегочной системе играют именно простагландины и лейкотриены, способствующие нарушению клеточной регуляции, повышению секреции слизи в бронхах, сокращению гладких мышц

бронхов.Основные направления в лечении кашля при бронхолегочной патологии включает мероприятия по улучшению дренажной функции бронхов, восстановлению адекватного мукоцилиарного клиренса, противовоспалительной и при необходимости- бронхо-спазмолитической терапии.

Выбор антибиотика при сравнимой прогнозируемой клинической эффективности должен основываться на тенденции формирования резистентности к различным антибактиральным препаратам. Следует подчеркнуть, что к Аугментину (амоксициллина/ клавуланату) более чем за 20 лет применения уровень резистентности практически не изменился, актуальные возбудители сохраняют к нему высокую чувствительность, что в рамках стратегических задач делает его препаратом выбора эмпирической антибиотикотерапии. Это находит отражение в рекомендациях по антибиотикотерапии при острых бактериальных бронхитах. При легком течении бронхитов при приеме антибиотиков в последние 4-6 недель показано назначение амоксициллина/клавуланата (Аугментина), цефтриаксона, респираторных фторхинолонов; при отсутствии предшествующей антибиотикотерапии рекомендуется Аугментин (амоксициллина/клавуланат), цефуроксим, при аллергии к бета-лактамам-досициклин, макролиды. Среднетяжелое течение заболевания при условии отсутствия предшествующей антибиотикотерапии предполагает назначение амоксициллина/клавуланата, цефтриаксона или их комбинации, респираторных фторхинолонов, в противном случае препаратами первой линии терапии выступают респираторные фторхинолоны, кроме того, эффективным остается применение и амоксициллина/клавуланата.При лечении острых и хронических бронхитов, особенна при наличии навязчивого кашля эффективен также кроме антибактериальной терапии препараты спротивовоспалительной и антибронхоконстрикторнойными свойствами(инсперон). Адекватная антибактериальная терапия при острой инфекции позволяет достичь выздоровления, а при обострении хронических воспалительных заболеваний – увеличить продолжительность безрецидивного периода. Это способствует сохранению качества жизни пациентов, в значительной степени сокращению затрат на лечение как со стороны пациента, так и системы здравоохранения.

Библиографический список:

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

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

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

Хамидова Гулноз Сайфидиновна
ассистент, кафедры «Факультет и госпиталь терапии»
Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии,
г. Ургенч, Республика Узбекистан
Назарова Шабнам Отажон кизи
Шеркулов Шохрух Хамза угли
Исматов Жавохир Хабибуллаевич
студенты 5-курса
Педиатрического факультета
Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии,
г. Ургенч, Республика Узбекистан

Xamidova Gulnoz
Assistant Urganch branch of Tashkent medical academy, Urganch city, Republic of Uzbekistan
Nazarova Shabnam
Sherqulov Shokhrukh
Ismatov Javokhir
Students Urganch branch of Tashkent medical academy, Urganch city, Republic of Uzbekistan

УДК 616.2:616-053.2

ЭФФЕКТИВНАЯ МУКОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ

EFFECTIVE MUCOLYTIC THERAPY IN THE TREATMENT OF RESPIRATORY DISEASES IN CHILDREN

Аннотация. Очевидно, что у детей необходимость в подавлении кашля с использованием истинных противокашлевых препаратов возникает крайне редко, применение их, как правило, с патофизиологических позиций неоправданно.

Annotation : It is obvious that in children the need to suppress cough with the use of true antitussive drugs in extremely rare , their use, as a rule, with pathophysiological positions is unjustified.

Ключевые слова: Амброксол, кашель, терапия, препарат, орган

Key words : Ambroxol, cough, treat, drug, organ

Следует подчеркнуть, что у детей, особенно раннего возраста, непродуктивный кашель чаще обусловлен повышенной вязкостью бронхиального секрета, нарушением " скольжения" мокроты по бронхиальному дереву, недостаточной активностью мерцательного эпителия бронхов и сокращения бронхиол. Поэтому целью назначения противокашлевой терапии в подобных случаях является прежде всего разжижение мокроты, снижение ее адгезивных свойств и усиление тем самым эффективности кашля, то есть усиление кашля при условии перевода его из сухого, непродуктивного во влажный, продуктивный. Известно, что средства, стимулируюшие отхаркивание (преимущественно фитопрепараты), достаточно часто используются при лечении кашля у детей. Однако это не всегда оправдано. Во-первых, действие этих препаратов непродолжительно, необходимы частые приемы малых доз (каждые 2-3 ч). Во-вторых, повышение разовой дозы вызывает тошноту и в ряде случаев рвоту. В-третьих, лекарственные средства этой группы могут значительно увеличить обьем бронхиального секрета, который маленькие дети не в состоянии самостоятельно откашлять, что приводит к так называемому "синдрому заболачивания", значительному нарушению дренажной функции легких и реинфицированию. В тоже время механизм действия мукалтина отлично, потому они обладают разной эффективностью освобождение бронхиальных путей восстанавливая нормальные параметри мукоцилиарного клиренса способствует уменьшению воспаления в слизистой бронхов. Муколитический эффект ацетилцистеина выраженный и быстрый, препарат хорошо разжижает вязкую густую мокроту, облегчает ее отхождение с кашлем. Причем ацетилцистеин активен в отличие от других муколитиков, обладает способностью разжижат гной. Эффективность ацетилцистеина в отношении любого вида мокроты особенно важно при бактериальных инфекциях, когда следует быстро уменьшить вязкость мокроты с гнойными

включениями чтобы дать возможность эвакуировать ее из дыхательных путей предотвратить распространение инфекции. Кроме того ацетилцистеин тормозит полимеризацую мукопротеидов, снижает вязкость, адгезивность, тем самым оптимизирует функцию муколитиков транспорта и уменьшает степень повреждения бронхиального эпителия. ацетилцистеин обладает способностью ингибировать адгезивность бактерии на эпителий верхных дыхательных путей достоверно уменьшая частоту инфекционных осложнений ОРВИ у детей т.к снижает колонизацию бактериями слизистых оболочек тем самым предотвращая их инфицирование препарат также стимулирует синтез секрета мукозных клеток лизирующих фибрин и кровяные сгустки что безусловно повышает его эффективность при инфекционном воспалении в дыхательных путях. Высокая эффективность ацетилцистеина обусловлена его уникальным тройным действием муколитическим, антиоксидантным и антитоксическим. Антиоксидантное действие связано с наличием у ацетилцистеина нуклеофильной тиоловой SH группы, которая легко отдает водород нейтрализуя окислительные радикалы.Препарат способствует синтезу глутатиона-главной антиокислительной системы организма что повышает защиту клеток от повреждающего воздействия свободно радикального окисления свойственного интенсивной воспалительной реакции. С другой стороны прямое антиоксидантное действие ацетилцистеина оказывает существенный протективный эффект в отношении агрессивных агентов, поступающих в организме с дыханием: табачного дыма городского смога, токсических дымов и загрязнителей воздуха. Ацетилцистеин обладает выраженной неспецифической антитоксической активностью-препарат эффективен при отравлении различными органическими и неорганическими соединениями. Детоксикационные свойства ацетилцистеина используются при лечении отравлениий. Ацетилцистеин основной антидот при предозировке парацетамола. I Ziment описал предотвращение повреждений печени не только при передозировке парацетамола ,но и при гемморагических циститах, вызванных алкилирующими веществами(в частности ,циклофосфамидом). АЦЦ можно применять у детей с 2летнего возраста без рецепа,а у младенцев до 2 лет только по рекомендации врача. АЦЦ выпускается в гранулах и шипучик таблетках для приготовление напитка, в дозировках 100,200 и 600 мг и применяется 2-3 раз/суток. Дози зависят от возраста больного. Обычно рекомендуют детям от 2до 5 лет 100мг препарата на прием старше 5лет по 200мг обязательно после еды. АЦЦ 600назначают 1раз /сут. Но только детям старше 12лет. Длительность курса зависит от характера и течение заболевания и составляет при острих бронхитах и трахеобронхитах от 3до 14 дней при хронических заболеваниях 2-3недели. При необходимости куры лечением могут быть повторены. Способ применения и дозировка АЦЦ.в лекарственном форме гранулы для приготовление сиропа. Применят после еды. Детям в возрасте менее 2лет рекомендован прием 2-3 раза/сут.по 2.5 мг , детям в возрасте 2-5лет 2-3 раза/суток по 5мл, детям в возрасте 6-14лет 3-4раза/суток по 5мл. При изучении эффективности амброксола и ацетилцистеина при хронических заболеваниях легких было показано некоторое преимущество амброксола особенно при необходимости ингаляционного введение препарата однако про остром инфекционном процессе более высокая эффективность АЦЦ была очевидно . При каких случаях предпочтительно назначат АЦЦ детям и в частности АЦЦ в форме сиропа? Во-первых если необходимо быстро добиться эффекта разжижение и соответственно выведение мокроты из дыхателних путей. Именно АЦЦ благодаря своему прямому действию на реологический свойства мокроты действует быстро и эффективно. Амброксол обладая в основным мукорегулирушим действием воздействия на реологический свойства мокроты в сторону уменьшения ее вязкость через более продолжение время. Во вторых АЦЦ обладает способностью расщепляет гнойную мокроту что не является свойства амброксола, а это очень важно при бактериальный инфекции когда необходимости достаточно быстро помочь эвакуации гнойной мокроты из дыхателних путей и предотвратить распространение инфекции. Поэтому при назначения антибиотиков при бактериальной инфекции респираторного тракта в качестве препарата для лечения кашля рационально вибрать АЦЦ. С целью оценит безопасность и эффективность муколитиков в том числе с разными методами доставки нами в течение 3лет проводилось сравнительное исследования некоторых отхаркивающих и муколитических препаратов у детей различных возраста групп страдаюших острым и хронический бронхолегочными заболеваниям. Работа осуществляется под руководством сотрудников кафедры детских болезней Ургенческого филиала ТМА. Всего в исследования были включени 259 детей с острой и хроничемкой бронхолегочной патологией в возрасте с первых дней жизни до 15лет. Из них 92 ребенка получали АЦЦ,117 детей амброксол в виде таблеток, сиропа, ингаляционний, 50 пациентов составили группу сравнение. Методы введения препаратов зависели от характера респираторный патологии и возраста ребенка. Препарати

использовали в обичных терапевтических дозировках, длительность терапии составила от 5 до15 дней. Оценивали сроки появления продуктивного кашля, уменьшение его интенсивности и сроки выздоровления. Кроме того оценивалась вязкость мокроты. Критерием исключения из исследования являлось применение других муколитиков, отхаркиваюший или противокашлевих препаратов менее чем за 14 дней до начала исследования. В результате проведенных наблюдений было установлено, что наилучший клинический эффект у детей с острым бронхитам был получен при применении АЦЦ. Так,на 2-е сутки после назначения АЦЦ кашель несколько усиливался ,но становился более продуктивным,на 3-день лечения отмечалось ослабление кашля и его исчезновение на 4-5й день применение препарата. При назначении амброксола у половины детей интенсивность кашля значительно уменьшилось на 4-е сутки терапии ,на 5-6е сутки, как правило ,ребенок выздоравливал. Бромгексин в нашем исследовании продемонстрировал неплохой муколитический эффект, однако способствовал улучшению реологических свойств мокроты и уменьшению интенсивности кашля в среднем на 1-2суток позже амброксола и на 2-3суток позже АЦЦ. При назначения мукалтина кашель был достаточно выраженным на 6-8дней и выздоровление наступало к 8-10- му дню от начала заболевания. Нежелательных эффектов и побочных реакции в нашей работе выявлено не было.

Библиографический список:

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

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

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

4.ГеппеН.А.Малахов А.Б. Муколитические и противокашлевые средства в практике педиатра Детский доктор-1999№4 С42-45.

5.ФещенкоЮ.И.,Ящина Л.А.Хронические обстуктивные заболевания легких Доктор -2004№2 С27-30.

Хамидова Гулноз Сайфидиновна
ассистент, кафедры «Факультет и госпиталь терапии»
Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии,
г. Ургенч, Республика Узбекистан
Каюмов Лазизжон Мардон угли
Абдуллаев Шамсиддин Шукурберди угли
студенты 4-курса
Педиатрического факультета
Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии, г. Ургенч, Республика Узбекистан

Xamidova Gulnoz
Assistant Urganch branch of Tashkent medical academy, Urganch city, Republic of Uzbekistan
Kayumov Lazizjon
Abdullayev Shamsiddin
студенты 5-курса
Педиатрического факультета
Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии, г. Ургенч, Республика Узбекистан

УДК 615

УНИКАЛЬНЫЕ СВОЙСТВА ОКСИД АЗОТА И ЕГО ШИРОКОЕ ПРИМЕНЕНИЯ В МЕДИЦИНЕ

UNIQUE PROPERTIES OF NITRIC OXIDE AND ITS WIDE APPLICATION IN MEDICINE

Аннотация: Мало кто мог себе представить, что небольшая и простая молекула высокотоксичного вещества – оксиди азота (NO) – окажется «мастером на все руки» в биологических процессах.

Annotation: Few could imagine that a small and simple molecule of a highly toxic substance – nitrogen oxide (NO) would prove to be a “ master of all trades ” in biological processes.

Ключевые слова: молекула, цикл, терапия, препарат, орган

Key words: molecule, cycle, treat, drug, organ.

История изучения окиси азота, как биологической молекулы, началась в 1980 г. С открытия, сделанного Танненбаумом в Массачусетском технологическом институте. С того времени количество публикаций, посвященных NO, стало расти столь стремительно, что в 1994 г. Журнал «Science» назвал ее молекулой года. Исследования последних лет в области физиологии, патофизиологии, нейрологии, биохимии, фармакологии, иммунологии показали, что эта молекула обладает широким спектром биорегуляторного действия. В 1998 г. R. Furchgott, L. Ignarro и F. Murad были удостоены Нобелевской премии по физиологии и медицине за цикл работ по изучению роли оксида азота "как сигнальной молекулы сердечно-сосудистой системы"

Молекула NO имеет неспаренный электрон, поэтому NO относится к свободнорадикальным веществам. Маловыраженная поляризация молекулы NO — одна из причин плохой растворимости NO в воде. В химические реакции с водой NO не вступает, и NO не является солеобразующим окислом. Кислород (O_2) легко окисляет NO до солеобразующих окислов азота, в которых атом(ы) азота имеет(ют) более высокие валентности и более высокие степени окисления. Гидратация солеобразующих окислов азота приводит к образованию азотистой (HNO_2) и азотной (HNO_3) кислот. Супероксид-анион (O_2^{-}) окисляет NO до пероксинитрита ($ONOO^{-}$)

В свободном состоянии NO – короткоживущая молекула, период полужизни ее составляет 6-30 сек., после чего она быстро метаболизируется: газообразная – окисляется до NO_2 и более высоких окисей азота; растворенная – с переходом в нитриты и нитраты.

К настоящему времени известны 3 изоформы NOS: 1) нейрональная, или нервальная (NOS-1, nNOS, NOSn); 2) индуцибельная (NOS-2, iNOS, NOSi); 3) эндотелиальная (NOS-3, eNOS, NOSeНейрональная и эндотелиальная изоформы являются конституитивными или ингредиентными и обеспечивают синтез NO в нормальных условиях. Они кальцийзависимы.

Индуцибельная изоформа не зависят от уровня кальция в крови. В нормальных условиях они неактивны. Их синтез усиливается в ответ на действия определенных, часто патогенных стимулов.

Активность конститутивной NO-синтетазы, содержащейся в эндотелиальных, нервных клетках, тромбоцитах и некоторых других тканях, в условия физиологического покоя клетки постоянна и весьма низка. Однако, под влиянием ацетилхолина, брадикинина, серотонина, тромбина, АДФ, глутамата, стимулирующих вход кальция в клетку, ее кальцийзависимая активность заметно повышается, что приводит к синтезу небольшого количества (пмоль) и выделению на короткое (несколько минут) время окиси азота, выполняющей через цГМФ в клетках-мишенях субрегуляторные («сигнальные») функции.

Активность индуцируемой, кальцийзависимой NO-синтетазы повышается на уровне гена.

Из-за различий хромосомного аппарата млекопитающих и человека гены NOS млекопитающих отличаются от генов NOS человека хромосомной локализацией Эти сведения важны для проведения опытов на животных.

Можно отметить 5 основных факторов, влияющих на скорость NOS-зависимого синтеза NO: 1) скорость транскрипции генов, ответственных за синтез NOS, с ДНК на матричную РНК (мРНК); 2) созревание мРНК-NOS; экспорт мРНК-NOS в клеточные локусы, в которых происходит синтез белка; 3) содержание BH_4, НАДФН, ФАД, ФМН и протопорфирина IX в клетках, синтезирующих N0; 4) ферментная активность синтезированных молекул NOS, химическая устойчивость молекул NOS; 5) концентрация L-аргинина внутри клеток, синтезирующих NO. Факторы 1 и 2 влияют на количество синтезируемых молекул NOS, но не на их ферментную активность. Факторы 3, 4 и 5 — посттрансляционные. **[** Под влиянием иммуногенных и противоспалительных стимулов (эндотоксины, бактериальные липополисахариды, гамма-интерферон, интерлейкин-1, некротизирующий опухолевый фактор - TNFB) происходит экспрессия гена, ответственного за синтез индуцируемой NO-синтетазы. Стимуляция ядра клетки для этих целей включает несколько (малоизученных) регуляторных звеньев в цепи соответствующих внутриклеточных реакций, оканчивающихся образованием стимулирующих ядро факторов. При этом соответствующие клетки (макрофаги, нейтрофилы, моноциты, клетки Купфера, гепатоциты, фибробласты) продуцируют и выделяют на протяжении многих часов (иногда дней) окись азота в тысячу раз больше, чем под влиянием ингредиентной NO-синтетазы. Окись азота в данном случае оказывает мощное повреждающее, губительное действие на проникающие в организм микробные и другие инородные клетки, осуществляя таким образом защитную функцию организма.

Существует 3 группы мишеней для NO:

1) железосодержащие белки. Связывание NO с ними играет роль в цитотоксическом действии макрофагов, расслаблении мышц, синтезе АТФ и нервной передаче;

2) белки, содержащие SH-группы. Взаимодействуя с ними, NO регулирует активность ферментов;

3) кислородные радикалы. В результате связывания NO с кислородом образуются токсичные пероксинитриты.

Итак, небольшое количество NO, образуемое ингредиентной NO-синтетазой, действует как биологический регулятор – стимулирует цитозоловую гуаниловую циклазу и аккумулирует цГМФ, а индуцируемая NO – синтетаза образует огромное количество NO, которая в реакции со свободными радикалами (перекисными) образует пероксинитрат ($ONOO^-$). Он сокращает все биомолекулы на своем пути, разлагаясь до гидроксилового радикала и активированной двуокиси азота.

Оксид азота присутствует во внутренней среде организма и влияет не только на сердечно-сосудистую систему. В кровеносном русле, в межклеточном веществе и внутри клеток NO подавляет рост и размножение микроорганизмов многих видов **.** В присутствии N0 угнетаются синтез белка в клетках и митоз клеток , подавляется пролиферация атипических клеток [4, 7, 8 Chlighilia R., Peter M.E., Rocha M. et al., 1998]. Среди неадренергических и нехолинергических синапсов имеются синапсы, названные нитрергическими, их медиатором является N0. Нитрергические нервно-мышечные синапсы известны как стимуляторы миорелаксации. N0 содействует расслаблению гладких мышц трахеи, бронхов, кровеносных сосудов , способствуя гипотонии в большом и малом круге кровообращения. N0 — антикоагулянт, снижающий адгезию тромбоцитов лейкоцитов к сосудистому эндотелию, что не означает отсутствия способности лейкоцитов к адгезии к другим (не к эндотелиальным) клеткам Расслабление гладкомышечных элементов сосудов под действием нитроглицерина и его лекарственных аналогов объясняют высвобождением NO в процессе метаболизма этих лекарственных средств [оксид азота и атеросклероз]. Антимикробные свойства N0 позволяют интерпретировать повышенный синтез N0 при инфекционных болезнях как защитную

реакцию организма.

Умеренно повышенные концентрации NO и его метаболиты (нитриты, нитраты, пероксинитрит и др.), которые получили название «реактивные интермедиаты азота» (РИА) оказывают на микобактерии туберкулеза бактериостатическое действие, а высокие – бактерицидное . Помимо токсического воздействия на микобактерии туберкулеза , NO и РИА стимулируют апоптоз макрофагов, являющихся средой для персистирующих в организме микобактерий туберкулеза.

Однако избыточному синтезу N0 отводят важную роль в патогенезе артериальной гипотонии при инфекционно-токсическом шоке

Прямые доноры N0 эти биологически активные соединения содержат в своей молекуле нитрозо- или нитросильную группу и спонтанно высвобождают N0. К ним относятся NO-газ, нитропруссид натрия, триоксинитрат и др.

Диазендиолаты также спонтанно выделяют N0, оказывают нейропротективное действие при вызываемой водородными перекисями нейротоксичности в коре головного мозга **[**

Среди сиднониминов наиболее изученным представителем гетероциклических прямых доноров N0 является молсидомин. Этот препарат был впервые применен в ряде европейских стран для лечения стабильной стенокардии. Показано, что эти его эффекты опосредуются главным образом выделением N0.

Необходимо отметить, что при некоторых физиологических и патофизиологических состояниях возможно неферментативное образование N0. Так, при ишемии или наличии достаточных количеств восстанавливающих эквивалентов нитриты могут напрямую подвергаться восстановлению до образования N0 Было показано, что вызываемое непрямыми донорами N0 расслабление сосудов опосредуется повышением ими уровня N0, активацией гуанилатциклазы и торможением неспецифических катионных каналов в гладких мышечных клетках сосудов. Никорандил, в частности, открывает АТФ-чувствительные калиевые каналы, что ведет к расширению периферических и коронарных сосудов (артериол). В его молекуле имеется нитратная составляющая, которая выделяет N0, расширяет коронарные артерии и крупные вены .

Образование эфирами органических нитратов N0 осуществляется локализованной в микросомальных мембранах ферментной системой, активность которой зависит от наличия восстанавливающих эквивалентов, особенно тиолов и глутатион-5-трансфераза необходимы для осуществления метаболических процессов денитрирования и восстановления эфиров органических нитратов до образования N0 Показано, что тиолы потенцируют действие органических нитратов.

В настоящее время синтезированы препараты локального целенаправленного действия, состоящие из NO-доноров, «одетых» фибрином, гепарином и различными полимерами [кардиология, № 2011].

Следует помнить о генотоксических свойствах N0: о способности N0 повреждать химическую структуру ДНК . Высказываются предположения об участии N0 не только в защите от атипических клеток, но и в канцерогенезе Вместе с тем, оксид азота как натуральный адаптоген не может, очевидно, не защищать клетку от всего, что несет с собой угрозу ее жизнеспособности, в том числе от сигналов, запускающих самоубийственную программу. В норме эта протекторная функция NO обеспечивается главным образом eNOS и nNOS, в товремя как в лейкозных клетках, например, при В-клеточном лимфолейкозе, волосатоклеточном лейкозе остром Т-лимфобластном лейкозе , антиапоптозный эффект связан с активацией iNOS.

Библиографический список:

1. Hansson G. K, Jornvall H.} Lindahl S. G. The Nobel Prize 1998 in physiology or medicine. Nitrogen oxide as a signal molecule in the cardiovascular system. Ugeskr. Laeg. 1998; 160: 7571-7578., Alam M. SAkaike T., Okamoto S. et al. Role of nitric oxide in host defense in murine Salmonellosis as a function of its an¬tibacterial and antiapoptotic activities. Infect, and Immun 2002; 70: 3130-3142.].

2. Х.М. Марков // Оксид азота и ишемическая болезнь сердца.// Вестник российской Амн №2 2009 С 40-44].

3.В.И.Покровский, Н. А. Виноградов //Оксид азота, его физиологические и патофизиологические свойства// Терапевтический архив 2005 №1 С82-87.].)

4. [Schwartz S.M. // Cell death and the caspase cascade. Circulation. 1998; 97 : 227-229].

5. В.А. Метельская, Н.Г. Гуманова // Скрининг-метод определения уровня метоболитов оксида азота в сыворотка крови// Клиническая лабараторная диагностика №6 2005 С15-18

Научное издание

Коллектив авторов

ISSN 2500-378X

Научный медицинский журнал «Авиценна»
Кемерово 2018