

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 №4

КЕМЕРОВО 2017

11 марта 2017 г.

ББК Ч 214(2Рос-4Ке)73я431

ISSN 2500-378X

УДК 378.001

Кемерово

Журнал выпускается ежемесячно. Научный журнал публикует статьи по медицинской тематике.

Подробнее на www.avicenna-idp.ru

За точность приведенных сведений и содержание данных, не подлежащих открытой публикации, несут ответственность авторы.

Редкол.:

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

Шмакова Ольга Валерьевна - кандидат 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 Владимировна доцент - 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

Содержание

1. КОМБИНИРОВАННЫЕ МЕТОДЫ В ТЕРАПИИ ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИИ	4
Бучаева З.К., Ханалиева И.А.	
2. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПОСЛЕРОДОВЫХ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ	6
Рыскельдиева В.Т., Торобаева М.Т.	
3. ЛАКТОФЕРРИН В ДИАГНОСТИКЕ ЛАТЕНТНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА.....	14
Шихрагимов М.И., Лозовская Н.А., Мирзабекова О.В., Топчиев А.М.	
4. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ.....	19
Афтаева Л.Н., Мельников В.Л., Улбутова А.С., Васильев К.А., Левашов И.А.	
5. ИЗМЕНЕНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА.....	21
Косяков Д.Ю.	
6. КОНЦЕНТРАЦИЯ ФИБРИНОГЕНА ПРИ ДИСТРАКЦИОННОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ ПО МЕТОДУ ИЛИЗАРОВА В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ К УСЛОВИЯМ ВЫСОКОГОРЬЯ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.....	23
Джумабеков С.А., Исаков Б.Д., Садырбеков Т.С., Нурудин у Б.	
7. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕПАРАТИВНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ НЕЙТРАЛЬНОМ ДИСТРАКЦИОННОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ ПО ИЛИЗАРОВУ.....	27
Джумабеков С.А. Исаков Б. Д. Нурудин Б. Садырбеков Т. С.	
8. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА.....	31
Мальков О.А., Фошня А.В., Фошня Э.Ю.	
9. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ В БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ.....	36
Армейская Д.В.	
10. ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ И ОСТРОЙ ФОРМ ПАНКРЕАТИТА.....	41
Дьячкова М.М., Улитина Н.Н., Федичева Н.А.	

Бучаева Зумруд Камиловна
Buchaeva Z.K.

аспирант кафедры кожных и венерических болезней ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет», врач высшей квалификационной категории, ГАУ РД «Республиканский лечебно-консультативный центр косметологии»

E-mail: buchaeva.67@mail.ru

Ханалиева Исита Адылмажитовна
Hanalieva I.A.

ассистент кафедры эстетической медицины, факультет повышения квалификации медицинских работников Российского университета дружбы народов.

УДК 616

КОМБИНИРОВАННЫЕ МЕТОДЫ В ТЕРАПИИ ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИИ

COMBINATION THERAPY METHODS IN ALOPECIA AREATA

Аннотация: В статье приводятся результаты комбинированных методов в терапии очаговой алопеции. Терапевтический эффект обусловлен патогенетической направленностью за счет противовоспалительного, иммуномодулирующего, трофогенного эффекта.

Abstract: The article presents the results of a combination of methods in the treatment of alopecia areata. The therapeutic effect is due to pathogenic oriented due to antiinflammatory, immunomodulatory, trophogenic effect.

Ключевые слова: очаговая алопеция, комбинированные методы, терапия

Keywords: alopecia areata, combined methods, therapy

В клинических условиях, 40 пациентам с очаговой алопецией (I и II степени тяжести) в возрасте от 19 до 57 лет (27 женщин, 13 мужчин), с положительностью заболевания от 1,5 месяцев до 2-х лет был назначен комбинированный комплекс лазероплазмолифтинга, продолжительностью воздействия 30 секунд и общей продолжительностью курса – 20 процедур, проводимых ежедневно. Методика основана на введении в проблемные места кожи, обогащенной тромбоцитами плазмы, посредством низкоинтенсивной инфракрасной лазеротерапии, способствуя тем самым стимулированию выработки собственных стволовых клеток кожи и усилению процессов метаболизма в тканях.

При оценке фототрихограммы до лечения, средняя плотность волос у пациентов составляла $126,44 \pm 25,5/\text{см}^2$, доля пушковых и стержневых волос в среднем 78% и 22% соответственно. После комплексного лечения плотность волос возросла до $253,57 \pm 32,8/\text{см}^2$, а доля пушковых и стержневых волос составила 19% и 81% соответственно. Подсчет стержневых и пушковых волос на площади 1 см^2 , у пациентов производился до и после лечения по цифровому фотоснимку, выполненному фотокамерой Canon PS5 с разрешением 8 Mps в режиме макросъемки.

Применение комплексной методики комбинированной лазеротерапии позволило снизить лекарственную нагрузку, и привело к утолщению межфолликулярного эпидермиса, увеличению количества капилляров с расширенными просветами, усилению митотической активности и к уменьшению клеточных инфильтратов вокруг волосяных фолликулов.

Библиографический список:

1. Зубкова С.М., Маяцкая Т.В., Миненков А.А. и др. Низкоинтенсивные лазерное воздействие в дерматологии и косметологии с применением лазерного аппарата «Орион». Пособие для врачей. М.: Жива, 1997, с.61
2. Круглова Л.С. Лекарственный форец: научное обоснование и клиническое применение. Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. 2012, №2, с.43-48.
3. Родионов В.Г., Гусак О.С. Опыт применения низкоинтенсивного лазерного излучения в дерматовенерологии. Матер. VI республ. научно-практ. конф. «Применение лазеров в медицине и биологии». Харьков, 1996, с.99-100.

Рыскельдиева Виктория Турарбековна
Ryskeldieva Viktoriya Turarbekovna

Доктор медицинских наук / директор Кыргызского научного центра репродукции человека.
Кыргызский научный центр репродукции человека

Торобаева Мадина Торобаевна
Torobaeva Madina Torobaevna
Аспирант/ врач акушер-гинеколог

УДК 618.5

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПОСЛЕРОДОВЫХ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

MODERN METHODS OF FORECASTING THE POSTPARTUM PURULENT-SEPTIC COMPLICATIONS

Аннотация: Материнская смертность, по причине гнойно-септических заболеваний не имеет тенденции к снижению, и остаются одной из нерешенных задач в Кыргызской Республике. Наиболее доступным путем решения данной задачи, является прогнозирование. В данной статье собраны современные методы прогнозирования как возможность снижения развития послеродовых гнойно-септических осложнений.

Annotation: Maternal mortality, cause of purulent-septic diseases has no tendency to decrease, and remain one of the unsolved problems in the Kyrgyz Republic. The most affordable way to solve this problem, is the prediction. This article contains modern methods of prediction as the possibility of reducing the development of postpartum purulent-septic complications.

Ключевые слова: прогнозирование, гнойно-септические заболевания, факторы риска.

Keywords: forecasting, purulent-septic diseases, risk factors.

Послеродовые генерализованные гнойно-септические осложнения (ГСО) на сегодняшний день являются актуальной проблемой не только для Кыргызстана и стран постсоветского пространства, но и для многих экономически развитых стран. Лечение этой патологии зачастую сопровождается инвалидизацией молодых женщин, кроме того, оно требует больших расходов. Именно поэтому, наряду с разработкой способов ранней диагностики и лечения, имеется необходимость в поисках мер их профилактики и прогнозирования.

Суть прогнозирования (предотвращения) любого заболевания — это поиск информативных маркеров повышенного риска его развития, определение их характера и выраженности с последующим построением собственно прогноза [1;119].

Ключевыми моментами в прогнозировании развития послеродовых гнойно – септических осложнений являются тщательно собранный анамнез, полное обследование с выявлением сопутствующей патологии, скрининг лабораторных показателей, правильный выбор метода ведения родов, включающий определение, оценку и суммирование факторов риска.

Согласно определению Флетчера Р. [2; 122], под риском обычно понимают вероятность какого-то неблагоприятного события. Факторами риска называются особенности организма или внешние воздействия, приводящие к увеличению риска возникновения заболевания.

Известные методы прогнозирования послеродовых ГСО можно условно разделить на оценку факторов риска, оценку клинических наблюдений, лабораторных и функциональных исследований.

1. Оценка факторов риска

В современной хирургии, **кесарево сечение (КС)** является самой распространенной родоразрешающей операцией и выполняется чаще, чем холецистэктомия, хотя согласно рекомендациям ВОЗ, ее выполнение по медицинским показаниям не должно превышать 15% [3,53;4,106;5,5]. По данным Петриковского Б. и соавт. [6;78], предполагается, что к 2020 г. частота кесарева сечения по всему миру достигнет 56% от общего количества родов. Если ранее оперативное родоразрешение производили только по жизненным показаниям, то в настоящее время, в целях профилактики тяжелых осложнений со стороны матери и плода все чаще преобладают относительные показания или их сочетания, этим и объясняется высокий процент оперативного родоразрешения [3,53; 4,106; 7,43; 8,12]. Как и любое другое оперативное вмешательство, кесарево сечение, наряду с преимуществами, имеет и последствия, одним из которых является высокая частота гнойно-септических осложнений. Многими авторами отмечается прямая зависимость

развития послеродовых ГСО от возрастающего количества операций кесарева сечения [48,84; 49]. Phan G. [9] утверждает, что такой резкий рост ГСО связан непосредственно с увеличением числа операций КС и не зависит от периоперационной антибиотикопрофилактики. Согласно мнению Kasatpibal N. [10], гнойно – септические осложнения после кесарева сечения в сравнении с вагинальными родами имеют не только большую частоту развития, но и более тяжелое течение. По данным многочисленных исследований установлено, что гнойно – септические осложнения после кесарева сечения сопровождают течение послеоперационного периода в 6-10 раз чаще, чем после самопроизвольных родов, что соответствует 25,0 – 34,4%, а у женщин с высоким инфекционным риском она – 80,4% [3,53; 11,37; 12,54]. В свою очередь, имеет значение и срочность операции. По данным Sherstha S.[13], Farret T.C.[14], экстренные операции являются важным фактором риска развития заболевания. Другие иностранные исследователи сообщают и о важности длительности оперативного родоразрешения и степени квалификации специалиста. Согласно их мнению, операция, длящаяся более 60 минут и ее выполнение молодым врачом, являются предрасполагающими факторами в развитии ГСО [15, 16].

Аномалии родовой деятельности. Затяжные роды могут привести к плохой сократительной деятельности матки в послеродовом периоде, что в свою очередь, ведет к застойным явлениям и формирует «питательную» среду для ускоренного роста микроорганизмов [25]. Повышают риск развития ГСО при длительных родах и невольные, но необходимые многократные влагалищные исследования[15, 16].

Преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО), обеспечивающий входные ворота для микроорганизмов, облегчает самый распространенный путь инфицирования микроорганизмов – восходящий. Опасность ПРПО заключается в развитии хориоамнионита, который многократно увеличивает риск развития ГСО. По данным исследователей [11,37; 16, 17,22; 18,125; 19] имеет значение длительность безводного периода. Так, продолжительность безводного периода более 6 - 8 часов увеличивает риск развития послеоперационного эндометрита.

Инвазивные манипуляции во время родов и раннем послеродовом периоде также влияют на развитие ГСО. Так в исследованиях Ивановой О.В. с соавт. [20,8], Голубковой А.А. [21,68], Чернова А.В. с соавт. [22,54] установлено, что влагалищные исследования, ручные обследования полости матки, эпизиоррафии, ушивание разрывов слизистой оболочки влагалища, шейки матки и промежности увеличивали относительный риск развития послеродовых ГСО.

Кровотечения в родах, в послеродовом периоде, по мнению американских исследователей, является одним из важных факторов риска развития гнойно – септических осложнений. Одним из них, является [Naeri S.\[50\], который показал в своем наблюдении, что у женщин с гнойно-септическими осложнениями, отмечались послеродовые кровотечения.](#)

Исходя из работ Ивановой О.В. с соавт. [20,8], Чернова А.В. с соавт. [22,54], Владимировой Н.Ю. с соавт. [23,39], при прогнозировании послеродовых ГСО следует заострять внимание и на **особенностях течения беременности.** По результатам исследований, выявлено, что железодефицитные состояния беременных, ранние и поздние гестозы, угрозы невынашивания беременности, вагиниты различной этиологии, хронические воспалительные заболевания органов малого таза, острые респираторные заболевания и обострения хронических заболеваний, таких как пиелонефрит, значительно повышают риск развития послеродовых гнойно-септических осложнений.

В экономически развитых странах авторы акцентируют внимание на нарушениях в режиме введения периоперационной антибиотикопрофилактики [14, 16].

К факторам риска можно отнести артифициальные аборт в анамнезе, крупный плод, многоплодие, сопутствующие заболевания, такие как сахарный диабет, ВИЧ – инфекция, вирусный гепатит «В», заболевания сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем. Наличие сопутствующей патологии следует расценить как иммунодефицитные состояния, при которых ухудшаются репаративные свойства тканей.

Фактором риска, по данным иностранных авторов Margaret A.O.[25], Liu R.[48], Ивановой и соавт. [20, 8] и отечественных исследователей Рыскельдиевой В.Т. [26, 59], можно считать первые роды у молодых женщин. Большая частота развития ГСО у данного контингента родильниц связана с высокой частотой у них оперативного родоразрешения по экстренным показаниям (обструктивные роды) и травм шейки матки.

Существенным фактором риска острого эндометрита, по мнению Афаносовой Е.А. [27, 63], следует считать незанятость больных в трудовой сфере. Это же мнение разделяют и другие авторы. Низкий социально – экономический уровень жизни, при котором женщина не может себе позволить базовое обследование и лечение, является важным фактором риска развития гнойно-септических осложнений.

Не менее интересное заключение демонстрирует Jama A.L. [19], согласно которому, продолжительность труда женщин более 12 часов, повышает в последующем риск послеродовых ГСО.

Mrogogo F.J. [15] в своем исследовании, проведенном в Танзании, выявил в качестве косвенного фактора риска ГСО после родов длительное нахождение больной в стационаре во время беременности.

Прогностическим критерием развития ГСО, по результатам исследования Л.Ф. Можейко с соавт. [28, 66], является любой тип реакции дискомфорта у беременных женщин, который в 2,7 раза повышает риск развития послеродового эндометрита, поскольку нарушается формирование гестационной доминанты.

По заключениям Margaret A. O. [25], и Kelley C. [29] нарушение углеводного обмена, а именно индекс массы тела – превышающий 30%, является фактором риска, хотя и сомнительным. Нарушение углеводного обмена, является проблемой экономически развитых стран, поэтому именно этот фактор, является значимым в оценке прогноза развития ГСО.

В прогнозировании гнойно-септических осложнений помогает оценка клинических, лабораторных и инструментальных исследований [17,22; 30,75; 31,13; 33,5; 38,44; 39,122; 43,32; 45,84].

2. Данные объективного осмотра.

Способ оценки инволюции послеродовой матки путем определения отношения высоты стояния дна матки относительно уровня лонного сочленения является классическим в акушерстве и самым распространенным [50,162].

3. Лабораторные исследования.

Инфекционный процесс ведет к сложным адаптационным механизмам, таким как перераспределение железа, нарушение процессов перекисного окисления липидов и свободнорадикальных реакций. На основании этого, авторы Тирская Ю.И., Баринов С.В., Долгих Т.И. и соавт. [30;75] предложили биохимические критерии для оценки прогноза развития ГСО, включающие определение лактоферрина и TNF α сыворотки крови и в амниотической жидкости.

Работа Аноховой Л.И. [31;13] посвящена изучению содержания белков острой фазы с определением $\alpha 1$ – антитрипсина, $\alpha 2$ - макроглобулина, орозомукоида, преальбумина, С-реактивного белка, С3- компонента комплемента с целью определения стадии воспалительного процесса. Согласно заключению данного исследования, выявлены изменения соотношения белкой острой фазы, что можно отнести и к методам прогнозирования развития ГСО.

Иммунная система включает в себя скопления лимфоидной ткани и лимфоидных органов, которые участвуют в активации иммунной защиты [32;8]. Именно эта система, по заключению многих авторов, нарушается при реализации острого эндометрита. По результатам исследований Вербицкой М.С. [17;22] и Горина В.С. с соавт. [33;5] определение иммунокомпетентных клеток CD3+, CD4+, CD8+, CD19+, ИЛ служит диагностикой иммуносупрессивного состояния, а значит может явиться прогностическим критерием ГСО. По данным Агаркова Н.М. [34;15], определение иммунокомпетентных клеток служит и важным критерием для прогнозирования, и предопределяет начало целенаправленной иммунотерапии.

Патофизиологическим основам развития ГСО посвящено исследование соотечественницы Абдужабаровой Ш.А. [35], которая демонстрирует проявления реакции ответа острой фазы воспаления. У рожениц с гнойно-септическими осложнениями, реакции острой фазы характеризуются активацией цитокинового каскада, являющегося проявлением несоответствия микробной нагрузки возможностям фагоцитарной системы и иммунологической реактивности: резкое повышение ИЛ - ip , коррелирующее со степенью тяжести гнойно-септических осложнений, повышение ИЛ-6 ФНО- α , снижение ИЛ -5.

В исследовании Тузлукова И.И. и соавт. [36;146], на 4-5 сутки, всем женщинам исследовали общий анализ крови для определения функциональной активности нейтрофильных лейкоцитов. У

здоровых людей количество НСТ положительных нейтрофильных лейкоцитов составляет от 3 до 10%. При утяжелении течения послеродового периода выявлено снижение резерва функциональной активности нейтрофилов, что может служить прогностическим критерием в развитии ГСО.

Достаточно популярный на сегодняшний день тест на прокальцитонин, который был впервые обнаружен у лиц с медуллярным раком щитовидной железы. Его использовали в качестве маркера неопластического процесса. Повышение концентрации ПКТ при инфекционном процессе было открыто случайно. Это позволило использовать ПКТ в качестве маркера бактериальных инфекций. Установлено, что источником синтеза ПКТ помимо клеток щитовидной железы, могут быть и нейтрофилы, моноциты, лимфоциты, нейроэндокринные клетки печени, легких, кишечника и других тканях. Наиболее сильным стимулятором выработки ПКТ являются бактериальные тела, что по заключению Моррисона В.В. [37;261], Гогсадзе И. Г. и соавт. [38;44], позволяет использовать данный маркер с целью прогнозирования развития послеродовых ГСО.

На основании расчета лейкоцитарного индекса интоксикации по формуле Я.Я. Кальфа-Каллифа, по мнению Манухина И.Б. [39,122], можно также предполагать развитие септического заболевания.

Реактивный ответ нейтрофилов (РОН) [49] является модификацией ЛИИ и равен произведению суммы миелоцитов и юных на палочкоядерные и сегментоядерные нейтрофилы, поделенному на произведение суммы лимфоцитов, базофилов и моноцитов на процент эозинофилов. Нормальное значение РОН равно $10,6 \pm 2,1$. Показатели РОН 15–25 указывают на компенсирование эндогенной интоксикации, 26–40 — субкомпенсацию, более 40 — на декомпенсацию.

Индекс соотношения лейкоцитов и СОЭ (ИЛСОЭ). По показателям ИЛСОЭ можно судить о наличии интоксикации [49], связанной с инфекционным (снижение индекса) или аутоиммунным (повышение индекса) процессом. Норма = $1,87 \pm 0,76$.

Функциональные исследования.

По данным Гребенкина Б.Е. и соавт. [40;182], УЗИ с определением передне-заднего размера матки и величину М-эхо в мм в первые 2 часа и на 3-и сутки послеродового периода позволяет предположить развитие осложнения. Исследователи Крамарский В.А. с соавт. [41] проводят ультразвуковое определение длины тела матки и ее переднезаднего размера на 3-е и 7 сутки послеоперационного периода, и тоже свидетельствуют о возможности прогнозирования ГСО. В противовес этим исследованиям, хотелось бы отметить результаты исследования Братчикова О.А. [42;65], который утверждает о сложности ультразвуковой диагностики стертых форм эндометрита со скудной клинической картиной. Эти наиболее распространенные формы пуэрперального эндометрита нередко характеризуются условно чистой полостью матки, что ведет к позднему выявлению заболевания.

Метод лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ), предложенный в работе Михайлова Ю.В. [43, 32], позволяет оценивать область состояния регенерирующей раны. Итогом исследования явилось выявление возможности анализа комплекса показателей микроциркуляции послеоперационной раны на 1-е и 3-и сутки для своевременного выявления воспалительного процесса.

Учитывая изменение оптического свойства того или иного органа при воздействии патологического раздражителя, в основном за счет нарушения микроциркуляции, метод лазерной биофотометрии является прогностическим знаком в развитии ГСО. Торчинов А.М. и соавт. [44] рекомендуют метод лазерной биофотометрии не только для прогнозирования, но и для ранней диагностики послеродовых гнойно-септических осложнений.

Прогнозировать ГСО исследователи предлагают и с помощью разрабатываемых шкал. Тирской Ю.И. с соавт. [11,37] и Вербицкой М.М. [17,22] была предложена шкала оценки инфекционного риска у беременных и родильниц, тем самым облегчив тактику введения послеродового периода. Предлагают суммировать и оценивать по бальной системе и зарубежные исследователи Margaret A. O. [25], Kelley C. [29].

Как видно из представленного обзора литературных источников, способов прогнозирования пуэрперальных гнойно-септических осложнений, равно как и способов их профилактики множество, но, несмотря на это, уровень этих осложнений не снижается.

Сегодня мы говорим о ситуации в Кыргызской Республике, где достаточно часто женщины не планируют свою беременность, соответственно и не обследуются. В большинстве случаев они

считают обследование дорогостоящим и не могут себе его позволить.

Низкий социально-экономический уровень страны, отсутствие финансовой возможности уязвимых слоев беременных женщин (мигранты, одинокие, безработные) в прохождении дорогостоящих важных анализов из-за лимитированного бюджета, диктуют необходимость продолжения исследований по поиску эффективных и приемлемых методов прогнозирования гнойно – септических осложнений.

Библиографический список:

1. [Апанасенко Г.Л., Попова Л.А. Медицинская валеология / Серия «Гиппократ». Ростов на Дону. 2000. Феникс — 248 с.](#)
2. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. 1998. С.121-140
3. Краснопольский В.И., Логотова Л.С., Буянова С.Н., Чечнева М.А. Результаты оперативной активности в современном акушерстве. Журнал акушерства и женских болезней, выпуск №2/2015
4. Перцева Г.М., Борщева А.А., Иванова Н.Б. Место операции кесарева сечения в современном акушерстве. VIII Всероссийский научный форум «Мать и дитя», 2014.
5. Стрижаков А.Н., Тимохина Т.Ф., Белоусова В.С. Возможно ли снизить частоту кесарева сечения? Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии выпуск №3/ 2013
6. Petrikovsky B, Ruggiero R, Medvedeva P, Kozlov I. Cesarean Section in 21 st Century. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, выпуск №1/ 2015
7. Самигуллина А.Э., Выборных В.А. Кесарево сечение: история и проблемы современности. Журнал Известия ВУЗов Кыргызстана №7, 2015
8. Орлова В.С., Калашникова И.В., Булгакова Е.В., Сухих Н.В., Современная практика операции кесарева сечение за рубежом. Научные ведомости. Серия медицина и фармация №18(161) Выпуск 23/2013
9. Ilhan G, Verit Atmaca F.F., Kaya A., Ergin A.H., Gökmen Karasu A.F., Turfan M. Risk factors and microbiology of wound infections following cesarean delivery: Experience of a single institution. Электронный ресурс . PubMed.gov/ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27496602/> 2016
10. Assawapalanggool S., Kasatpibal N., Sirichotiyakul S., Arora R., Suntornlimsiri W. Risk factors for cesarean surgical site infections at a Thai-Myanmar border hospital. Электронный ресурс . PubMed.gov/ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26975715/> 2016
11. Тирская Ю.И., Баринов С.В., Долгих Т.И., Пьянова Л.Г., Чернышев А.К., Ковалева Ю.А., Корнеев Д.В., Шамина И.В. Прогнозирование и способ профилактики послеродового эндометрита у родильниц инфекционного риска. Научно – практический журнал акушерства и гинекологии №5/2014
12. Рыскельдиева В.Т. Основные причины септических осложнений и медицинской смертности после абдоминального родоразрешения у женщин Кыргызстана. Вестник КГМА им.И.К.Ахунбаева № 3/2013
13. Shrestha S., Shrestha R., Shrestha B., Dongol A. Incidence and risk factors of surgical site infection following cesarean section at Dhulikhel Hospital. Электронный ресурс. Kathmandu University Medical Journal. <http://www.nepjol.info/index.php/KUMJ/article/view/13656/> 2014
14. Farret T.C., Dallé J., Monteiro Vda S., Riche C.V., Antonello V.S. Risk factors for surgical site infection following cesarean section in a Brazilian Women's Hospital: a case-control study. Электронный ресурс . PubMed.gov/ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25529364/> 2015
15. Mrogoro F.J., Mshana S.E., Mirambo M.M., Kidenya B.R., Gumodoka B., Imirzalioglu C. Incidence and predictors of surgical site infections following caesarean sections at Bugando Medical Centre, Mwanza, Tanzania. Электронный ресурс . PubMed.gov. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25126415/> 2014
16. Gong S.P., Guo H.X., Zhou H.Z., Chen L., Yu Y.H. Morbidity and risk factors for surgical site infection following cesarean section in Guangdong Province, China. Электронный ресурс . PubMed.gov/ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22353388/> 2012
17. Вербицкая М. С. Особенности течения, диагностики и прогнозирования послеродового эндометрита. Медицинский журнал №3 / 2011
18. Гребенкин Б.Е., Устюжанина Н.В., Определение прогноза послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний. Медицинский альманах №4 / 2010

19. Al Jama F.E. Risk factors for wound infection after lower segment cesarean section. Электронный ресурс . PubMed.gov/ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3991032/> 2012
20. Иванова О.В., Баринов С.В., Особенности клинического течения ПЭ на современном этапе. Журнал Медицинская наука и образование Урала №3 / 2012
21. Голубкова А.А., Смирнова С.С., Манькова О.А., Жилина Е.В. Факторы риска развития ПЭ в современном акушерском стационаре. Медицинский альманах №5 / 2015
22. Чернов А.В., Бригадирова В.Ю., Коротких И.Н. Медико – социальные аспекты послеродовых гнойно – септических осложнений. Российский медико - биологический вестник академика И.П. Павлова №2 / 2013
23. Владимирова Н.Ю., Ступак М.В., Супрун С.В. Факторы, влияющие на развитие послеродовых эндометритов при родоразрешении путем операции кесарева сечения. XIV Всероссийский научный форум «Мать и Дитя», 2013
24. Ешходжаева А.С., Мусуралиев М.С., Стакеева Ч.А., Рустембекова С.С., Барыктабасова Б.К. Послеродовый сепсис. Национальный клинический протокол для родовспомогательных учреждений, 2015.
25. Margaret A. O., Anne M. B., Denise M.W., Gilad A. G., Preetishma D. and Victoria J.F. Risk Factors for Endometritis Following Low Transverse Cesarean Section. Электронный ресурс. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3618675/> 2010
26. Рыскельдиева В.Т., Сапарбаев А.С. К вопросу о прогнозировании послеродового эндометрита у женщин после кесарева сечения в Кыргызстане. Российский вестник акушер – гинеколога №1 / 2013
27. Афанасова Е.А. Информативные и прогностические социально – экономические факторы риска острого эндометрита. Журнал. Известия Юго - Западного государственного университета № 4 / 2014
28. Можейко Л.Ф., Вербицкая М.С., Вербицкий В.С., Захарийчук Ю.В. Психологические особенности женщин с риском развития послеродового эндометрита. // Здравоохранение №1 / 2012.
29. Kelley C., Angela F.K., Yan-Hong Yu, Amy C., Hee J.L. and Errol R.N. Infectious Morbidity After Cesarean Delivery: 10 Strategies to Reduce Risk. Электронный ресурс. PubMed.gov/ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3410505/> 2012
30. Тирская Ю.И., Баринов С.В., Долгих Т.И., Новиков А.А., Иванова О.В., Овчинникова Е.М. Профилактика развития послеродового эндометрита у родильниц группы инфекционного риска. Научно – практический журнал акушерства и гинекологии №3 / 2013
31. Анохова Л. И., Патеюк А.В., Загородняя Э.Д. Прогностическое значение содержания белков острой фазы в развитии послеродового эндометрита. Журнал клиническая лабораторная диагностика №7 / 2012
32. Китаев М.И., Майназарова Э.С., Сатиева Н.С., Алымкулова А.Д., Алиева Д.У. Основы иммунологии. Учебное пособие / 2015
33. Горин В.С., Матвеева И.В., Дремова И.В. Роль иммунной системы в патогенезе гнойно-воспалительных заболеваний пуприя. Сибирский медицинский журнал №1 / 2012
34. Агарков Н.М., Афанасова Е.П., Будник И.В. Диагностика и прогнозирование острого эндометрита по параметрам клеточного иммунитета. Журнал акушерства и женских болезней, выпуск 6 / 2014
35. Абдужабарова Ш.А. Патологические основы развития гнойно-септических осложнений у родильниц. Бишкек, 2008
36. Тузлуков И.И., Коваленко М.С., Наумова Н.В. Особенности течения и методы прогнозирования послеродового эндометрита. Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова №1 / 2015
37. Моррисон В.В. Значение определения концентрации прокальцитонина плазмы крови в диагностике септических состояний. Саратовский научно-медицинский журнал, №2 / 2010
38. Гогсадзе И.Г., Манухин И.Б., Пономарева Ю.Н. Использование прокальцитонинового теста в комплексной диагностике эндометрита после кесарева сечения. XIV Всероссийский научный форум «Мать и Дитя», 2013
39. Манухин И.Б., Гогсадзе И.Г., Пономарева Ю.Н. Совершенствование лечебно –

диагностического подхода к тактике ведения родильниц с эндометритом после кесарева сечения. XIV Всероссийский научный форум «Мать и Дитя», 2013

40. Гребенкин Б.Е., Устюжанина Н.В., Определение прогноза послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний. Медицинский альманах №4 / 2010

41. Крамарский В.А., Кулинич С.И., Трусов Ю.В., Машакевич Л.И., Дудакова В.Н. Прогнозирование, профилактика и лечение послеродового эндометрита. LAP Lambert Academic Publishing 2014

42. Братчикова О.А., Чехонацкая М.Л., Яннаева Н.Е. Ультразвуковая диагностика послеродового эндометрита. Саратовский научно – медицинский журнал № 10 / 2014

43. Михайлов Ю.В., Суворова Г.С., Салов И.А. Информативность показателей микроциркуляции в диагностике и прогнозировании раневых осложнений после кесарева сечения VIII Всероссийский научный форум «Мать и Дитя», 2015

44. Торчинов А.М., Исаев А.К., Цахилова С.Г., Мурадова В.С. Лазерная биофотометрия – метод диагностики и прогнозирования течения эндометрита после оперативного родоразрешения. Электронный ресурс. <https://milta-f.ru/mil/articles/gynekology/lbfm/>

45. Буянова С.Н., Щукина Н.А. Пучкова Н.В. Особенности клинического течения эндометрита после кесарева сечения и его исходы. Российский вестник акушера -гинеколога №5 / 2012

46. Liu R., Lin L., Wang D. Antimicrobial prophylaxis in caesarean section delivery. Электронный ресурс. PubMed.gov/ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27446303/> 2016

47. Haeri S., Baker A.M. Estimating risk factors and causes for postpartum febrile morbidity in teenage mothers. Journal Obstet Gynaecol. 2013 Feb; 33(2):149-51

48. Чернуха Е.А. Нормальный и патологический послеродовый период. Руководство. Москва, 2006, стр.79-81

49. Сперанский И.И., Самойленко, Г.Е. Лобачева М.В. Общий анализ крови — все ли его возможности исчерпаны? Интегральные индексы интоксикации как критерии оценки тяжести течения эндогенной интоксикации, ее осложнений и эффективности проводимого лечения. Институт неотложной и восстановительной хирургии имени В.К. Гусака АМН Украины, отдел термической травмы и пластической хирургии. Журнал «Острые и неотложные состояния в практике врача»г. Донецк, №6, 2009

50. Бодяжина В.И., Жмакин К.Н., Кирющенков А.П. Акушерство. Курск.1995, с.162-163

Шихрагимов Магомед Исабегович

аспирант кафедры хирургических болезней педиатрического факультета,
Астраханский ГМУ.

Shikhragimov Magomed Isabegovich

post-graduate student of the surgical diseases chair of pediatric faculty, Astrakhan state medical
University. E-mail: maga_sochi91@mail.ru

Лозовская Нина Александровна

к.м.н., заведующая отделением лучевой диагностики, врач-рентгенолог, ГБУЗ АО АМОКБ.

Lozovskaya Nina Aleksandrovna

k.m.n., head of the radiology Department, radiologist, GBUZ AO AMOCB.

Мирзабекова Ольга Викторовна

д.п.н., доцент, заведующая кафедрой физики, математики, и медицинской информатики,
Астраханский ГМУ.

Mirzabekova Olga Viktorovna

d.p.n., associate Professor, head of chair of physics, mathematics, and medical Informatics,
Astrakhan state medical University.

Топчиев Андрей Михайлович

студент 5 курса лечебного факультета Астраханского ГМУ.

Topchiev Andrei Mihailovich

student of 5 course of medical faculty of Astrakhan state medical University.

УДК 616.366

ЛАКТОФЕРРИН В ДИАГНОСТИКЕ ЛАТЕНТНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА.

LACTOFERRIN IN THE DIAGNOSIS OF LATENT FORMS OF OF ACUTE CHOLECYSTITIS.

Аннотация: Диагностика и варианты лечения скрытых форм острого холецистита до настоящего времени остаются недостаточно изученными. Послеоперационная смертность при остром холецистите варьирует в пределах 7-11%. Главным образом это связано с несвоевременной госпитализацией, ошибками в диагностике, неоправданно длительным консервативным лечением, поздними по срокам операциям. Отсутствие достоверных лабораторных методов ранней и своевременной дифференциальной диагностики и контроля терапии заставляет задуматься о выборе врачебной тактики. На основании результатов разработанной схемы оценки иммунохимических тестов на лактоферрин (ЛФ), была изучена степень выраженности воспалительно-деструктивного процесса при латентных формах острого холецистита.

Abstract: However outcomes of treatment of a sharp cholecystitis remain unsatisfactory. Postoperative at a sharp cholecystitis reaches 7-11 %. It is caused, mainly, by errors in diagnostics, untimely hospitalisation, unfairly long conservative treatment, late operations, tactical errors on a course of operation and in the postoperative period. Thus absence of reliable laboratory methods of early and timely differential diagnostics and the treatment control complicates a choice of medical tactics. Studying of degree of expressiveness of vospalitelno-destructive process at a sharp cholecystitis, on the basis of the developed ball estimation иммунохимических tests on lactoferin, tactics of conducting the patient influencing a choice was the purpose of the given work.

Ключевые слова: острый холецистит, лактоферрин (ЛФ), дифференциальная диагностика

Keywords: acute cholecystitis, lactoferrin (LF), differential diagnosis.

Введение

На нынешний день разработка достоверных методов своевременной диагностики латентных форм острого холецистита является актуальной проблемой [1,30;2,42;6,91]. Не мало важное значение имеет разработка лабораторных панелей оценки степени тяжести и остроты патологического процесса при обострении хронических или латентно протекающих форм [4,40;6,91].

Для оценки функционального состояния органов гепатобилиарной системы в клинической лабораторной диагностике используется достаточно много биохимических тестов и маркеров [5,402]. Однако большое количество индикаторов определенных функций печени не исключило проблему качественной лабораторной диагностики в urgentной хирургии.

В связи с этим в хирургической практике вновь возник интерес к иммунохимическим маркерам воспаления, в том числе лактоферрину (ЛФ), играющему не маловажную роль в его патогенетических механизмах.

Целью данного исследования является изучение динамических показателей уровня ЛФ в сыворотке крови у пациентов с острой и хронической формами холецистита в до- и послеоперационном периоде, а также выявление его показателей в диагностике латентно протекающей деструктивной формы холецистита.

Материал и методы исследования

В клиническом опыте принимало участие 498 больных в возрасте от 20 до 74 лет с острым холециститом (ОХ) и хроническим холециститом (ХХ) прошедших через хирургическое отделение НУЗ ОБ на ст Астрахань -1 ОАО «РЖД»

В контрольную группу вошли 165 практически здоровых людей (доноров СПК, медицинских работников, рабочих и служащих государственных учреждений, студентов).

Анализ заболеваемости острым и хроническим холециститом по возрасту выявил, что на возрастной период (15-20 лет) соответствует около 0,6-0,7% с прогрессированием процента заболеваемости в старших возрастных группах, особенно старше 50-ти лет - до 44,1% при остром холецистите, 27,3% - при остром панкреатите и 20% - при хроническом холецистите.

В группе больных с острым холециститом (324 больных) количество оперированных составило 182 (56,2%) пациентов. Из 174 пациентов с хроническим холециститом оперированы 150 (86,2%), (табл 1). Остальным пациентам проводилось медикаментозное лечение. Из 150 прооперированных больных с хроническим холециститом у 37 (24,7%) выявлены деструктивные формы острого холецистита.

В сыворотке крови и слюне больных дважды: за сутки до оперативного лечения или непосредственно в день операции и повторно через 3-5 дней после оперативного вмешательства методом иммуноферментного анализа (нг/мл) исследовались концентрацию лактоферрина (ЛФ).

Лечение больных, поступивших с диагнозом острый холецистит и острый панкреатит, проводилось следующим образом: стол № 0, холод на эпигастрий и правое подреберье. Назначались спазмолитики: р-р папаверина 2%-2,0 x 2 р. в/м, р-р атропина 0,1%-1,0 x 1 р в/м., инфузионная терапия: глюкозо-новокаиновая смесь, гемодез, р-р Рингера, проводилась параумбиликальная блокада: раствором новокаина 0,25 %-80,0 или паранефральная двухсторонняя блокада раствором новокаина 0,25% - 60 мл.

При появлении температуры и возникновения инфильтрации к лечению добавлялись антибиотики аминогликозидного, тетрациклинового ряда. При отсутствии положительного эффекта и появлении клиники перитонита, больные подвергались оперативному лечению.

Кровь для клинического исследования сыворотки получали пункцией кубитальной вены. Сыворотку отделяли от форменных элементов крови методом центрифугирования при 3000 об/мин в течение 10 мин в первые 2 часа после взятия крови, консервировали 1% раствором азида натрия и хранили до исследования при температуре -18⁰ С. В качестве контрольных объектов использовали сыворотку крови здоровых людей (добровольных доноров).

Полученные результаты исследований обработаны с помощью пакета статистического анализа Statistica 6, SPSS V 10.0.5, программ «STATLAND», «EXCEL-97», «Basic Statistic» с учетом стандартных методик вариационной статистики, включая вычисление критерия t Стьюдента для оценки достоверности различий. Данные представлены в виде $M \pm m$, достоверные различия обсуждались при $t < 0,001$.

Обсуждение полученных результатов

Как показано в таблице 2, из оперированных по поводу острого холецистита 45,6% приходится на катаральную, 44,5% - на флегмонозную и 9,9% - на гангренозную формы.

Таблица 1. Количественные показатели оперативной активности по заболеваниям

Оперативная активность	Холецистит	
	Острый	Хронический
Число больных	182	150
% от общего числа больных	56,2	86,2

Таблица 2. Количественное соотношение катаральных и деструктивных форм острого

холецистита и панкреатита

Всего оперированных больных (с летальным исходом)	Формы острого холецистита		
	Катаральная	Флегмонозная	Гангренозная
182 (10)	83	81 (8)	18 (2)

Как видно из таблиц 3,4 в исследуемой группе больных лейкоцитоз наблюдали в 9,5% как при остром холецистите. А уровень СОЭ был повышен у 12,2% больных острым холециститом.

Таблица 3

Лейкоцитоз при деструктивных формах острого холецистита и панкреатита

Флегмонозный холецистит	34	23	20	4
Гангренозный холецистит	3	5	7	3
Лейкоцитоз	< 8,0	8,0 – 11,0	11,1 –15,0	15,1 –20,0

Таблица 4

СОЭ при деструктивных формах острого холецистита и панкреатита

СОЭ мм/час	< 7	7 -15	16-25	26-35	36-45	45-55	56-65
Флегмонозный холецистит	17	29	23	7	2	1	2
Гангренозный холецистит	2	8	5	2	1	0	0

Температурная реакция на воспаление наблюдалась у 9,8% больных острым холециститом.

Анализ вышеуказанных традиционных клинических показателей свидетельствует, что СОЭ, лейкоцитоз, температура не являются достоверными критериями оценки воспалительного процесса и контроля лечения наблюдаемых больных (рис 1).

Результаты иммунохимического тестирования ЛФ сопоставлены с данными общеклинического обследования и представлены в таблице 5, 6.

У больных с острым холециститом концентрация ЛФ в сыворотке крови выше, чем у больных с хроническим холециститом. Уровень ЛФ в крови пациентов с диагнозом хронический холецистит составляет 1752 нг/мл до операции и 610 нг/мл после операции, что достоверно ниже, чем их концентрация у больных с диагнозом острый холецистит 4175 мг/мл в до- и 2220 нг/мл послеоперационном периоде.

Таблица 5. Частота обнаружения и концентрации (M±m) ЛФ в сыворотке крови доноров и больных с острым и хроническим холециститом в до- и послеоперационном периоде

Белок	ОХ n=205		ХХ n=103		доноры n=165
	n=109 до	n=96 после	n=58 до	n=45 после	
ЛФ, (ИФА)	78,9%	50,0%	77,6%	37,8%	0,6%
Сыв-ка, нг/мл	4175±1676	2220±730	1752±607*	610±320	960±160

Примечание: * – P<0,05

P - достоверность различий между группами больных с острым и хроническим холециститом

Таблица 6. Частота обнаружения и концентрации (M±m) ЛФ в сыворотке крови доноров и больных с различными формами ОХ при поступлении и выписке

Белок	ОХ n=205	ХОЛЕЦИСТИТ		
		катаральный ОХ, n=85	флегмонозный ОХ, n=101	гангренозный ОХ, n=19

	n=109 до	n=96 после	n=46 до	n=39 после	n=51 до	n=50 после	n=12 до	n=7 после
ЛФ, (ИФА)	78,9%	50,0%	58,7%	41,0%	94,1%	58,0%	91,7%	42,9%
Сыв-ка, нг/ мл	4175 ±1676*	2220 ±730	3600 ±942	1778 ±505*	4540 ±1217	2550 ±961	4828 ±1459	2325 ±1453

Примечание: * – P<0,05

P- достоверность различий между значениями до- и после лечения

Повышение концентрации ЛФ в крови отражает наличие более тяжелых форм воспалительного процесса, в частности, деструктивных форм острого холецистита, при таких формах острого холецистита концентрация ЛФ – в 91% случаев до 4828 нг/мл, тогда как при катаральных формах, частота выявления ЛФ составляет 58,7%, концентрация-3600 нг/мл. В процессе лечения (в том числе оперативного) регистрировалось снижение уровня ЛФ.

Мы обнаружили значительное повышение уровней ЛФ сыворотке крови, коррелирующее со степенью выраженности воспаления, деструкции и нагноения. При этом, частота случаев положительных тестов на ЛФ достоверно выше при деструктивных формах, чем такие общепринятые лабораторные показатели, как лейкоцитоз, СОЭ. В процессе лечения отмечается снижение уровня ЛФ до нормальных цифр у большинства больных.

Приведённые клинические примеры показывают достаточно высокую информативную ценность иммунохимических тестов на ЛФ по сравнению с обычными лабораторными анализами. Определение этого белка в сыворотке крови больных холециститом, позволяет более точно судить о выраженности воспалительного процесса, наличии деструкции и гнойного осложнения в брюшной полости, а также прогнозировать исход заболевания.

Выводы

1. Своевременное использование методов клинико-лабораторной диагностики с применением иммунохимической диагностики скрытых форм острого холецистита, прогнозирования гнойно-септических осложнений при острой хирургической патологии поджелудочной железы и желчного пузыря позволит добиться улучшения тактики и результатов лечения.

2. Повышение концентрации ЛФ в крови отражает наличие более тяжелых форм воспалительного процесса, в частности скрытых деструктивных форм острого холецистит, что дает возможность применять данный тест в оценке степени деструкции ткани желчного пузыря, выборе тактики лечения и прогнозировании осложнений.

Библиографический список:

1. Гербов В.В., Кулиш В.А., Мешеша Берхане Редае. Возможности эндохирургического лечения распространенного перитонита // Миниинвазивные технологии в неотложной хирургии. Краснодар. 2002. – С. 30-31.
2. Кчибеков Э.А. Клинико-диагностическое значение белков острой фазы при остром панкреатите и холецистите // Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук // Астраханская государственная медицинская академия. Астрахань. 2005. – 42 с.
3. Кчибеков Э.А. Комплексная диагностика и прогнозирование осложнений острых воспалительных заболеваний органов брюшной полости // Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук // Астраханская государственная медицинская академия. Астрахань. 2011 – 45 с.
4. Лищенко А.Н., Ермаков Е.А., Дегтярев М.М., Талалай З.Ф. Диагностическая и лечебная тактика при осложнённом остром холецистите и холецистопанкреатите // Вопросы оказания экстренной и неотложной помощи: Материалы юбил. конф., посвящённой 35-летию Краснодарского городского центра скорой медицинской помощи. Краснодар. 1999. Т.1. – С. 39-44.
5. Назаров П. Г. Реактанты острой фазы воспаления// СПб.: «Наука». 2001.- С. 401-403.
6. Сердюков М.А. Результаты лапароскопической холецистэктомии по материалам клиники и качество жизни оперированных больных // Вестник новых медицинских технологий. 2008. Т. 15. № 2. С. 91.

Афтаева Лариса Николаевна
Aftaeva Larisa Nikolaevna

к.м.н., доцент каф. «Микробиология, эпидемиология и инфекционные болезни»
Медицинский институт Пензенского государственного университета
E-mail: l.aftaeva@mail.ru

Мельников Виктор Львович
Melnikov Viktor Lvovich

д.м.н., зав. каф. «Микробиология, эпидемиология и инфекционные болезни»
Медицинский институт Пензенского государственного университета
E-mail: meidpgumi@yandex.ru

Улбутова Алена Сергеевна
Ulbutova Alena Sergeevna

студент Медицинского института, 5 курс
Медицинский институт Пензенского государственного университета
E-mail: a.ulbutova@mail.ru

Васильев Константин Алексеевич
Vasilev Konstantin Alekseevich

студент Медицинского института, 6 курс
Медицинский институт Пензенского государственного университета
E-mail: meidpgumi@yandex.ru

Левашов Илья Андреевич
Levashov Ilya Andreevich

студент Медицинского института, 5 курс
Медицинский институт Пензенского государственного университета
E-mail: mesmerizz3d@gmail.com

УДК 616.523

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ

CLINICAL FEATURES OF HERPES ZOSTER

Аннотация: Исследуются клинические особенности течения 26 пациентов с опоясывающим лишаем. При исследовании установлено, что чаще поступали лица женского пола (70%), преобладали пациенты пенсионного возраста (77%), из которых 85% имели сопутствующую соматическую патологию. В 50% случаев высыпания локализовались на лице в зоне иннервации верхней ветви тройничного нерва. Постгерпетическая невралгия развивалась у 42 % больных, среди 12% заболевших течение заболевания осложнилось пиодермией, герпетический конъюнктивит отмечен в 15% случаев.

Abstract: Clinical features of 26 patients with Herpes zoster were researched. Research found that often there were female persons (70%) and prevailed retirement age patients (77%), which 85% had comorbid somatic pathology. The rash localized on the face in the area of innervation of the upper branch of

the trigeminal nerve in 50% of cases. Postherpetic neuralgia developed in 42% of patients, the disease complicated by pyoderma in 12% of cases, herpetic conjunctivitis revealed in 15% patients.

Ключевые слова: Опоясывающий лишай, заболеваемость, клинические особенности

Keywords: Herpes zoster (shingles), morbidity, clinical features

Введение

Герпесвирусные инфекции, обусловленные Varicella Zoster virus являются актуальной проблемой здравоохранения в связи с ростом и распространением заболеваний, рецидивирующим течением и сложностью диагностики [1, 99]. Перенесенная в детском или подростковом возрасте ветряная оспа приводит к пожизненному инфицированию возбудителем и возможности реактивации инфекции в виде опоясывающего лишая [2, 301]. В настоящее время можно утверждать, что персистирующая герпетическая инфекция может приводить к развитию вторичной иммунной недостаточности с выраженной депрессией клеточного иммунитета, разнообразием клинических поражений с различной степенью тяжести и неблагоприятным исходом. [3, 31]

Цель исследования: изучить особенности клинического течения опоясывающего лишая.

Материалы и методы исследования: Проведен ретроспективный анализ 26 историй болезней больных с опоясывающим лишаем.

В структуре больных опоясывающим лишаем преобладали женщины в 70% случаев, мужчины составили 30% больных. Средний возраст пациентов был 64,4 года (от 34 до 88 лет). Средний койко-день пребывания на стационарном лечении составил 11,0±4 дня. Основную группу пациентов (77%) представили лица пенсионного возраста, из них 85 % (22 человека) больных имели сопутствующую патологию: сердечно-сосудистые заболевания-13 человек, сердечно-сосудистые заболевания в сочетании с сахарным диабетом II типа-4 человека, ВИЧ-инфекция в сочетании с хроническим вирусным гепатитом С - 2 человека, онкологические заболевания- 2 человека, бронхиальная астма-1 человек.

Заболевшие опоясывающим лишаем обращались за медицинской помощью в срок от 1 до 19 дней. В течение первых трех дней обратилось 5 человек (19%), на 4-7 день госпитализированы 13 больных (50%), на 8-14 день 6 заболевших (23%), после 14 дня 2 пациента (8%). Направительный диагноз соответствовал клиническому в 96% случаев, одна пациентка (4%) поступила с направительным диагнозом рожистое воспаление лица. В 100% случаев заболевание протекало в средней степени тяжести. Наиболее часто высыпания локализовались в области лица, а именно верхняя ветвь тройничного нерва (50%), в проекции поясницы у 19% пациентов, в области грудной клетки среди 15% госпитализированных, в области шеи - 8% больных, на ягодицах, бедрах и верхней конечности по 4% случая. Кожные проявления носили односторонний характер (100%). Наиболее частым осложнением была постгерпетическая невралгия у 42% больных, герпетический конъюнктивит развился среди 15% заболевших, пиодермия развилась у 12% больных. Сочетание постгерпетической невралгии и герпетического конъюнктивита имело место у 8% больных, а постгерпетической невралгии и пиодермии среди 12% заболевших.

Выводы:

1. Опоясывающий лишай наиболее часто возникает у лиц пенсионного возраста (77%), имеющих различную сопутствующую патологию (85%).
2. Чаще высыпания локализуются в области лица в проекции иннервации верхней ветви тройничного нерва (50%).
3. У 42 % больных после перенесенного опоясывающего лишая возникает постгерпетическая невралгия.

Библиографический список:

1. Гуменюк В.Т., Черниговцев Л.Ф. Ветряная оспа и опоясывающий лишай –клинические формы инфекции, вызываемые вирусом варицелла-зостер // Перспективы развития вакцинологии, 2012, Т.2, №1-2. – с. 99
2. Исаков, В.А. Герпесвирусные инфекции человека: руководство для врачей / В.А. Исаков, Е.И. Архипова, Д.В. Исаков. – СПб: Спецлит, 2006. – с. 301.
3. Свистунов, А.А. Современные подходы к фармакотерапии опоясывающего лишая // Саратовский научно-медицинский журнал, №2, 2008. – с.31-33.

УДК 612.84

ИЗМЕНЕНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА.

CHANGES IN THE EYE IN HYPERTENSIVE DISEASE IN YOUNG PATIENTS.

Аннотация: Исследование влияния гипертонической болезни у лиц молодого возраста на остроту зрения, поля зрения, темновую адаптацию. Также наблюдения за изменениями на глазном дне.

Annotation: Examination of influence of hypertension for young people to visual acuity, to field of sight and dark adaptation. Also observation of change on eye bottom.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, острота зрения, поля зрения, темновая адаптация.

Main words: hypertonic disease, visual acuity, field of view, fark adaptation

Изменение органа зрения у молодых людей, страдающих гипертонической болезнью, остаются до настоящего времени недостаточно изученными, особенно в части, касающейся функциональных расстройств.

Гипертоническую болезнь нельзя безошибочно диагностировать по состоянию глазного дна, так как ряд офтальмологических признаков глазного дна у больных гипертонической болезнью может встречаться также и у здорового контингента людей. Поэтому заключение о гипертоническом характере изменений глазного дна считается возможным только по совокупности с общей оценкой состояния всего организма.

При гипертонической болезни нередко функциональные нарушения органа зрения возникают значительно раньше, чем могут быть обнаружены какие-либо изменения глазного дна. Авторы, занимающиеся изучением данной патологии считают, что наиболее выраженные функциональные расстройства зрительного анализатора встречаются у больных, страдающих первой функциональной стадией заболевания.

Было обследовано 50 больных в возрасте от 16 до 30 лет, страдающих функциональной стадией гипертонической болезни. Среди них 36 мужчин и 14 женщин. По возрасту: от 16 до 20 лет — 20 человек, от 21 до 25 лет — 19 человек, от 26 до 30 лет — 11 человек. Все больные свое заболевание ни с чем не связывают, отмечают только напряженные условия труда.

Жалобы больных носили в основном невротический характер: головные боли, легкие головокружения, быстрая утомляемость, понижение работоспособности, снижение памяти, беспокойные сон. 6 человек жаловались на колющие боли в области сердца, 3 больного беспокоила быстрая утомляемость органа зрения при работе и мелькание «мушек» перед глазами. 5 человек жалоб не предъявляли.

Со стороны внутренних органов у 24 человек было отмечено расширение границы сердца влево, акцент 2 тона на аорте, у других людей изменений выявлено не было. Артериальное давление в среднем равнялось 130-150 мм.рт.ст - максимальное, минимальными 80-100 мм.рт.ст.

Обследование органа зрения заключалось в тщательном изучении глазного дна (при медикаментозном мидриазае), определение остроты зрения, полей зрения и темновой адаптации.

У 24 человек глазное дно не представляло отклонений от нормы, а у остальных 26 больных были обнаружены различные по характеру офтальмоскопические изменения. Только сосудистые расстройства в виде ангиоспазма наблюдалось в 13 случаях. У 6 больных наряду с суженными артериями были отмечены легкая завуалированность контуров диска зрительного нерва и радиальная исчерченность перипапиллярной области сетчатки (что говорит о ее отечности), у 3 человек был обнаружен отек сетчатки. В 8 случаях изменения глазного дна носили характер венозного застоя, что проявлялось в общем «полнокровии» глазного дна, гиперемии зрительного нерва, некоторой неясности их контуров, расширении и извитости венозных сосудов. Таким образом среди

обследованных лиц изменения обнаружили у 50% больных. Причем поражались не только сосуды, но и сетчатка.

Расстройства центрального зрения связанного с основным заболеванием отмечены не были. У 46 человек острота зрения равнялась 1,0. У 2 больных острота зрения была снижена из-за аномалии рефракции глаза. У 2 больных острота зрения была снижена из-за перенесенных ранее заболеваний глаз. Отчетливость нарушений обнаружилась при исследовании функций периферических отделов сетчатки, то есть поля зрения и темновой адаптации. У 26 больных поле зрения было признано нормальным, а у оставшихся 24 обнаружилось некоторое сужение границ полей зрения. Ограничение носило битемпоральный характер. Очень редко с легкой склонностью к концентрическому сужению, но и в этих случаях преобладающим было сужение в височном отделе поля зрения.

При сопоставлении данных офтальмоскопии с состоянием полей зрения, оказалось, что у 13 человек сужение поля зрения имело место при совершенно нормальном глазном дне.

Таким образом, в самой ранней стадии заболевания при гипертонической болезни, оказалось, что у половины всех случаев отмечается нарушение полей зрения.

При исследовании темновой адаптации удалось установить явное ее расстройство почти у всех больных, и лишь у 6-х человек была отмечена минимальная граница нормы темновой адаптации. У остальных имелось нарушение темновой адаптации, выражавшееся в замедлении процессов нарастания чувствительности, ее неравномерности.

Опять же обращает на себя внимание отсутствие прямой зависимости между состоянием глазного дна, темновой адаптацией и других функций органа зрения.

Выводы:

У лиц молодого возраста в функциональной стадии гипертонической болезни поражение органа зрения встречается довольно часто, выражаясь как в изменениях глазного дна, так и в функциональных расстройствах.

Патология глазного дна проявляется не только в изменениях его сосудистой системы, но и сетчатки.

Функциональные расстройства органа зрения встречаются чаще и выражаются битемпоральным сужением полей зрения и понижением темновой адаптации. Центральное зрение и его острота при этом не страдают.

Зависимости между нарушением темновой адаптации и состоянием других функций органа зрения и глазного дна не установлено.

Библиографический список:

1) Глазные болезни. Основы офтальмологии: Учебник / под редакцией В.Г. Копаевой — М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2012. - 560 с.: ил

2) Функциональные методы исследования в офтальмологии: Учебник/ Шамшинова А.М., Волков В.В.— М.: Медицина, 1999. - 416с.:ил.

Джумабеков Сабырбек Артисбекович

Джумабеков С.А.

академик Национальной академии наук Кыргызской Республики, доктор медицинских наук, профессор, директор Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии. г. Бишкек. Кыргызская Республика.

Исаков Бакытбек Джалидинович

B.D. Isakov

доктор медицинских наук, заместитель директора Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии. г. Бишкек. Кыргызская Республика. E-mail: bakytr@mail.ru

Садырбеков Тынчтык Садырбекович
T.S. Sadyrbekov

врач травматолог, аспирант Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии. г. Бишкек. Кыргызская Республика.

Нурудин уулу Белек
Nurudeen uulu B.

врач травматолог, аспирант Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии. г. Бишкек. Кыргызская Республика.

УДК 612.275

**КОНЦЕНТРАЦИЯ ФИБРИНОГЕНА ПРИ ДИСТРАКЦИОННОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ
ПО МЕТОДУ ИЛИЗАРОВА В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ К УСЛОВИЯМ ВЫСОКОГОРЬЯ В
ЭКСПЕРИМЕНТЕ**

**THE FIBRINOGEN CONCENTRATION DURING DISTRACTION OSTEOSYNTHESIS BY
ILIZAROV'S METHOD IN THE PERIOD OF ADAPTATION TO THE HIGH MOUNTAINS
CONDITIONS IN THE EXPERIMENT**

Аннотация: Среди систем организма, система гемостаза, обеспечивающая жидкостное состояние крови, является одной из наиболее лабильных систем. Это является причиной того, что воздействие на организм любого, как внешнего, так и внутреннего фактора вызывает нарушение динамического равновесия между фибринолитическим и коагуляционным компонентами системы гемостаза. Это делает изучение данной проблемы весьма актуальной. Кроме этого актуальность изучения данной проблемы усугубляется тем, что горный ландшафт территории Кыргызской Республики составляет около 90%. 20% населения проживает в горных районах, 30% в предгорных. А все исследования нами проводилось в условиях высокогорной базе Туя – Ашуу на высоте 3200 над уровнем моря.

Annotation: Among the body systems, a hemostasis system that provides liquid state of the blood is one of the most labile systems. This is the reason for any effects on the body both external and internal factors resulted to the disorders in the dynamic balance status between the coagulation and fibrinolytic components of the hemostatic system. It makes this issue study very important. Moreover, an urgency of this issue study is deeper by the fact that the mountain landscape in the Kyrgyz Republic is about 90%. Approximately 20% of the population lives in mountain areas, and 30% lives in the foothills. All the studies we have conducted in the conditions of high mountains based on Tuuya-Ashuu at the altitude of 3,200 meters above the sea level.

Ключевые слова: остеотомия, дистракция, гемостаз, фибринолиз, коагуляция, высокогорье, Туя – Ашуу, гиперфибриногенемия, эксперимент, тромбоземболия, тромбин, фибрин.

Keywords: osteotomy, distraction, hemostasis, fibrinolysis, coagulation, high mountains, Tuuya-Ashuu, hyperfibrinogenemia, experiment, thromboembolism, thrombin, fibrin.

Влияние на организм любого фактора окружающей среды, вызывающий травму опорно – двигательного аппарата, вызывает нарушение динамического равновесия между системами организма, обеспечивающих нормальную жизнедеятельность данного организма [4]. Среди этих систем система гемостаза, как система, обеспечивающая с одной стороны жидкое состояние циркулирующей крови, с другой предупреждение и купирование кровотечений не остается в стороне и дает адекватную реакцию виде изменения показателей коагуляции и фибринолиза [6]. В связи с этим значительно увеличивающаяся частота тромбоземболических осложнений, возникающая при повреждении, а в дальнейшем и при лечении повреждений опорно – двигательного аппарата, дает основание считать актуальными исследования свертывающей и фибринолитической систем как в условиях травматологической, так в условиях эксперимента [7].

Кроме этого актуальность изучения данной проблемы усугубляется тем, что горный

ландшафт составляет около 90% территории КР, 20% населения проживают в горных условиях, 30% - в предгорных районах, а все исследования нами проводились в условиях высокогорной базы Туя – Ашуу, расположенной на высоте 3,200м над уровнем моря.

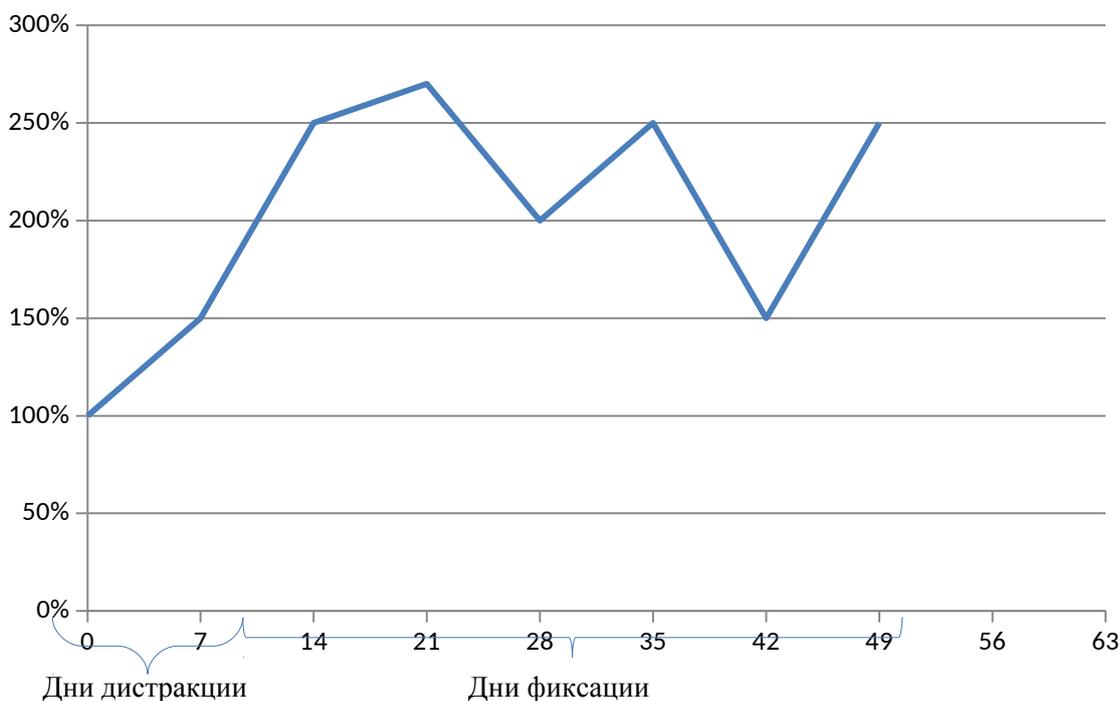
Материалы и методы: Для изучения вышесказанной проблемы нами проведено экспериментальное исследование на 36 взрослых беспородных собаках в возрасте от одного до трех лет, вес собак от 10 до 20 кг, длина голени не менее 15,0 см. В первые сутки по прибытии на высокогорную базу, все собаки были разделены на 2 группы [5]. Одна группа контрольная, второй группе проводилась дистракция. Предварительно всем собакам была проведена операция наложение аппарата Илизарова из двух, трех, а иногда из четырех колец и проведена открытая остеотомия средней трети голени.

Из группы собак, у которых проводилась дистракция, проводили забор крови из подкожной латеральной вены голени, которая после специальной обработки отправлялась на дальнейшее обследование.

Наряду с изучением основных показателей системы гемостаза, нами изучалась в динамике и показатель фибриногена, как конечный субстантный белок участвующий в свертывании крови [1]. Количество фибриногена, который коагулируется под воздействием тромбина, определялся нами по методу Рутберга путем взвешивания высушенного сгустка [3]. Участвуя в процессах свертывания фибриноген играет одну из важных функций, так как является одним из составляющих внутреннего механизма свертывания крови [2]. Роль фибриногена сводится к тому, что при взаимодействии его молекулы с мощным протеолитическим ферментом тромбином- от него образуется мономер фибрин после длительных преобразований. Фибрин в свою очередь, в результате полимеризации сначала в продольном, а затем поперечном направлении образует фибрионный гель, который в дальнейшем становится остовом кровяного сгустка.

Результаты исследования: В результате наших исследований мы получили следующие показатели количества фибриногена, которые выражены в графике.

График 1. Отслеживание содержания фибриногена



В раннем послеоперационном периоде количество фибриногена увеличилось более чем на

50% и составляло $3 \pm 0,4$ г/л до операции и $4,8 \pm 0,2$ г/л на третий день эксперимента ($p < 0,01$). Результаты, полученные на пятый день (начало distraction) эксперимента в условиях высокогорья, свидетельствовали о продолжающемся угнетении системы фибринолиза и активации коагуляционного компонента системы гемостаза. Наряду с этим продолжал повышаться уровень количества фибриногена, который достиг $7,7 \pm 0,2$ г/л ($p < 0,001$), что более чем в два раза превышает исходный уровень ($3 \pm 0,4$ г/л). К концу периода distraction в условиях высокогорья максимального значения достигал уровень фибриногена, который был равен $8,1 \pm 0,3$ г/л ($p < 0,001$), что превышало его исходное значение более чем в 2,5 раза. На основании полученных данных отмечается гиперфибриногенемия, которая наиболее выражена на 21 день эксперимента гиперфибриногенемия обуславливается в данном случае не только травмой опорно-двигательного аппарата и не только воздействием на организм условий высокогорья, но и проводимыми нами режимами distraction.

К тридцать пятому дню эксперимента, (двадцатый день периода фиксации в условиях высокогорья) при анализе результатов лабораторного обследования, не наблюдались признаки нормализации показателей коагулограммы. Практически на прежнем уровне оставалось количество фибриногена $7,4 \pm 0,4$ г/л. ($p < 0,001$). Сорок пятый день исследования в условиях высокогорья, т. е. через месяц после окончания периода удлинения, также характеризовался преобладанием показателей коагуляционного потенциала системы гемостаза над показателями ее фибринолитического компонента. К концу экспериментального исследования при distractionном остеосинтезе в условиях высокогорья, т. е. на пятьдесят пятые сутки, динамического равновесия между коагуляционным и фибринолитическими компонентами системы гемостаза не наступило, превалировал коагуляционный потенциал крови с подавлением ее фибринолитической функции. Это доказывалось по-прежнему высоким уровнем фибриногена (рис. 3.22) по сравнению с исходным его значением, соответственно $7 \pm 0,3$ г/л ($p < 0,001$) и $3 \pm 0,4$ г/л.

Заключение: В высокогорной серии опытов при distractionном остеосинтезе, анализ полученных данных определил гиперкоагуляционную направленность в системе гемостаза с одновременным подавлением фибринолитической активности крови на всем протяжении исследования. Причем, наибольшая выраженность гиперкоагуляционных сдвигов отмечалась на 15 сутки исследования, т. е. на пике проводимой distraction. Отсюда следует вывод, что наряду с такими факторами как действие высокогорья, травматического повреждения и оперативного вмешательства, влияющих на гемостаз, стоит и проведенная distraction костей, которая рассматривалась как стрессорный, длительно действующий фактор.

Выводы: 1. Состояние динамического равновесия между коагуляционным и фибринолитическими компонентами системы гемостаза находится в прямой зависимости от тяжести перенесенной травмы (открытый перелом берцовых костей) и оперативного вмешательства (наложение аппарата Илизарова), а также от длительности воздействия стрессирующих факторов (проведение distraction отломков, растяжение мягких тканей, воздействие факторов высокогорья).

2. Для регуляции функционального состояния системы гемостаза при чрескостном distractionном остеосинтезе методом Илизарова в условиях высокогорья рекомендуется дозированный прием антикоагулянтных препаратов.

Библиографический список:

1. Баркаган З.С. Диагностика и контролируемая терапия нарушений гемостаза / З.С. Баркаган, А.П. Момот. - Ньюдиамед. - 2008. – 186 с.
2. Баркаган.С., Еремин Г.Ф., Тарасов Н.И. Критические факторы тромбогенности и их значения для прогнозирования, диагностики и патогенетически обоснованной терапии тромбозмболий. / Сибирский консилиум. - 2004. - № 6 (35). - С. 35-39.
3. Балуда В.П., Маляровский В.Н., Ойвин И.А. Лабораторные методы исследования свертывающей системы крови. – М: 1962г. 188с.
4. Захаров Г. А. Стресс и горы / Г.А. Захаров, А.К. Бекболотова // Вестник Кыргызско-Российского Славянского Университета. - 2006. № 6. - С. 17-20.
5. Мельников Н.М. Клиника животных «РНЦ ВТО» Экспериментальная база теоретических исследований/ Гении ортопедии ”№2 Курган:1990г. 10-13с.

6 Сбродова Л.И.,Ерофеев С.А. Свертывающая и фибринолитическая активность крови при удлинении голени, Гении ортопедии №2 Курган :-1999г. 38-40с.

7 Шрейдер А.А., Ерофеев С.А., Шудор М.М.,Чиркова А.М.,Карымов Н.Р. Теоретические аспекты дистракционного остеогенеза, значение режима дистракции. “Гении ортопедии” №2 Курган : 1999г. 13-18с.

Джумабеков Сабырбек Артисбекович
Джумабеков С.А.

академик Национальной академии наук Кыргызской Республики, доктор медицинских наук, профессор, директор Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии. г. Бишкек. Кыргызская Республика.

Исаков Бакытбек Джалидинович
B.D. Isakov

доктор медицинских наук, заместитель директора Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии. г. Бишкек. Кыргызская Республика. E-mail: bakytr@mail.ru

Нурудин уулу Белек
Nurudeen uulu B.

врач травматолог, аспирант Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии. г. Бишкек. Кыргызская Республика.

Садырбеков Тынчтык Садырбекович
T.S. Sadyrbekov

врач травматолог, аспирант Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии. г. Бишкек. Кыргызская Республика.

УДК 616.71

**РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕПАРАТИВНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ
КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ НЕЙТРАЛЬНОМ ДИСТРАКЦИОННОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ В
УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ ПО ИЛИЗАРОВУ**

**THE RADIOGRAPHIC FEATURES OF BONE TISSUE REPARATIVE REGENERATION
AT NEUTRAL DISTRACTION OSTEOSYNTHESIS BY ILIZAROV'S METHOD AT HIGH
MOUNTAINS**

Аннотация: Одной из главных проблем в травматологии и ортопедии, постоянно

привлекающей к себе пристальное внимание исследователей, является возможность активно воздействовать на процесс репаративной регенерации костной ткани при полученных травмах и при укорочениях конечностей как приобретенного, так и врожденного генеза. В связи с чем, нам представилась возможность изучить экспериментальными методами репаративную регенерацию костной ткани с морфофункциональными особенностями остеогенных клеток, как стабильно фиксированного регенерата, так и дистракционного регенерата с особенностями системы гемостаза в условиях высокогорья. Это позволит лучше понять влияние физических факторов на патогенез остеорепаляции. Будут рассмотрены проблемы посттравматического остеогенеза, как частный случай адаптационно пролиферативных изменений, возникающих на действия патогенетических факторов.

Горный ландшафт составляет до 90% территории Кыргызской Республики. 20% населения проживают в горных климатических условиях, 30% - в предгорных районах, и поэтому данная проблема была затронута не случайно, для решения которой были выведены конкретные поставленные цели и задачи.

Annotation: One of the main problems in traumatology and orthopedics, constantly attracting the attention of the researchers, is the opportunity to influence actively the process of reparative regeneration of bone tissue at the trauma and at the shortening both acquired and congenital origin. In this connection, we had the opportunity to study by using the experimental methods the bone tissue reparative regeneration with the morphological and functional features of the osteogenic cells on both stable fixed regenerate and distraction regenerate with the specific features of the hemostasis system in high-mountain conditions. This will allow a better understanding of the impact of physical factors on the osteoreparation pathogenesis. There will be reviewed the issues of the post-traumatic bone formation, as a special case of adaptive proliferative changes occurring by pathogenic factors effecting. The mountain landscape in the Kyrgyz Republic is about 90%. Approximately 20% of the population lives in the mountain areas, and 30% lives in the foothills, therefore, this problem was elevated not accidentally, and for its solutions the specific goals and objectives have been withdrawn.

Ключевые слова: остеотомия, дистракция, гемостаз, фибринолиз, коагуляция, высокогорье, Туя – Ашуу, гиперфибриногенемия, эксперимент, тромбоэмболия, тромбин, фибрин.

Keywords: osteotomy, distraction, hemostasis, fibrinolysis, coagulation, high mountains, Tuuya-Ashuu, hyperfibrinogenemia, experiment, thromboembolism, thrombin, fibrin.

Материалы и методы: Для решения поставленных задач была проведена экспериментальная работа на перевале Туя – Ашуу в высокогорной лаборатории КГМА на высоте 3200 метров над уровнем моря. Для эксперимента были использованы 38 взрослых беспородных собак в возрасте 1-3 года, с массой тела 10 -20 кг, длиной голени не менее 15 см. Выбор данных животных основан на том, что они наиболее удобны для экспериментального моделирования травм и заболеваний конечностей. Трубчатые кости собак по анатомическому строению и типу регенерации относительно близки к костям человека, что не однократно было доказано опытами РНЦ ВТО им. акад. Илизарова [4]. Кроме того, в последнее десятилетие большинство работ по экспериментальному обоснованию методик чрескостного компрессионно – дистракционного остеосинтеза выполнено на собаках. Содержание животных, оперативные вмешательства и эвтаназию осуществляли согласно приказу МЗ СССР № 755, 1977г. Собаки были вывезены на перевал Туя – Ашуу, где им в первые сутки производились операции. После премедикации атропином 1% - 1.0 и димедролом 2% - 1.0 чрез 30 – 40 минут, под внутривенным наркозом 5% раствором теопентала натрия, из расчета 20-25мг сухого вещества на 1 кг массы тела, накладывали аппарат Илизарова их двух – трех колец с фиксацией каждого двумя парами перекрещивающих спиц. Далее производили открытую поперечную остеотомию средней трети берцовых костей голени долотом, отломки сопоставляли между собой, осуществляя нейтральный синтез. Эксперимент разделен на две серии, где в зависимости от задач исследования, в первой серии (20 собак) начинали удлинение голени на седьмые сутки после операции до 10 мм в течении 10 дней. Среднесуточный темп удлинения составлял 1,0 мм в четыре этапа при разовой величине удлинения 0,25 мм. Второй серии (18 собак) при стабильной фиксации голени аппаратом Илизарова после поперечной остеотомии, на всем протяжении эксперимента не проводилась дистракция, а изучалась исключительно репаративная регенерация при стабильно зафиксированных отломках голени. Собаки выводились из опыта каждые 7, 14, 21, 28,35, 42, 49, 56, 63 сутки, путем

введения собакам летальной дозы теопентала натрия. Из каждой исследуемой серии брались 2 собаки. Эвтаназию предшествовало взятие биохимических анализов (щелочная фосфатаза, кальций, калий) и на свертываемость крови, из а. nutritia или из камер сердца. После эвтаназии производились рентген снимки голени в 2х проекциях и забор макропрепарата, вычленили удлиненную кость для гистологического исследования и фиксировали ее в 10% растворе нейтрального формалина. После фиксации из кости выпиливали блок, включающий регенерат и прилежащие концы отлоиков протяженностью 1,5 – 2 см. Этот блок обезжиривали в ацетоне и декальцинировали в 7% растворе азотной кислоты, затем заливали в парафин. Полученные гистотопографические срезы окрашивали гематоксилином–эозином и по Ван–Гизону.

Результаты и их обсуждение: В ходе эксперимента проводились клинические наблюдения за животными. Учитывалось общее состояние, поведение, состояние кожи конечности у мест выхода спиц и наличие отека. Также наблюдали за функцией оперированной конечности, следили за тем, как собака нагружает ее, измеряли амплитуду движения в коленном и голеностопном суставах, так как после оперативного вмешательства собаки ограничивали движения в суставах, что вело к появлению контрактур в этих суставах. Клинические исследования показали, что к началу distraction (7 сутки) появляющейся после оперативного вмешательства умеренный отек голени не уменьшался, что можно связать с особенностью течения посттравматического состояния как ответ на действия патогенетических факторов (гипобария, гипоксия). У некоторых собак отмечалась плохая заживляемость ран во избежание нагноительных процессов им проводилась превентивно антибиотикотерапия. Соответственно из – за возникших проблем, нагрузку на оперированную конечность с аппаратом Илизарова животными не оказывалось, что в свою очередь удлиняло сроки консолидации [2]. Т.е на клиническом этапе нами было замечено, что в послеоперационном периоде в условиях высокогорья отек на оперированных конечностях сохранялся дольше и была угроза гнойно-септического воспаления, вследствие чего обеспечить раннюю нагрузку на оперированную конечность не удалось, хотя нагрузка на конечность это обязательное условие для ускорения консолидации при использовании аппарата Илизарова [1] (сравнительный анализ с работами РИЦВТО им. акад. Илизарова).

В I серии начали давать distraction на 7 сутки, после того как первая группа собак уже была спущена в г. Бишкек для забора материала с целью изучения репаративной регенерации в первые сутки при стабильном остеосинтезе аппаратом Илизарова в условиях высокогорья [3]. Но несмотря на то, что к периоду distraction отек не спадал, а у некоторых собак (5 собак) отек сопровождался воспалительным процессом, по условиям эксперимента distraction осуществлялось на 7 сутки, четырехкратно по 0,25 мм до 1,0 в сутки, в течении 10 дней, с целью изучения distractionного регенерата. В период distraction собаки болезненно реагировали на подкрутку гаек distractionных стержней, отек сохранялся до конца distraction (17 сутки). Из-за не спадающего отека наблюдалось прорезывание кожи у верхней пары спиц. С первых дней distraction собаки щадили конечность, прижимая ее к животу. К концу удлинения в коленном суставе развивалась сгибательная контрактура с ограничением амплитуды движений до 40-50 градусов при норме 100-110 градусов, в голеностопном суставе подвижность отсутствовала, стопа занимала эквинусное положение. Отек полностью спал на 35 сутки, и к 50 дню собаки частично нагружали оперированную конечность, при этом амплитуда движений в коленном суставе увеличилась на 20-30 градусов, а в голеностопном суставе появились качательные движения. По рентгенологическим данным через 14 дней в диастазе между костными фрагментами в проекции костномозгового канала в большинстве случаев определялись тени костных отделов регенерата с продольной ориентацией структур, разделенные срединной зоной просветления высотой до 7,0 мм в диастазе обнаруживались лишь отдельные слабые облаковидные тени distractionного регенерата. К концу эксперимента регенерат имел продольноисчерченную структуру. Его поперечник в большинстве случаев был меньше поперечника концов прилежащих фрагментов на 1-3 мм, что говорила об эндостальном происхождении костного регенерата, который имел протяженность 2-3 мм (проксимальный) и 2-3 мм (дистальный отдел), разделялись зоной просветления высотой от 2-3 мм с неровными зубчатыми краями. В наиболее узком месте эту зону пересекали единичные нитевидные сети, исходящие из костных отделов регенерата. К 56 дню при distraction регенерат был не оформлен, отмечался легкий остеопороз фрагментов, в некоторых случаях протекал по типу образования ложного сустава с резорбцией костных концов.

Во II группе дистракция не производилась, отек конечности спал на 10 сутки, отмечалось воспалительное явление 1 из 18 собак, у которой после спахания отека на конечности отмечалось резкое заживление ран. В этой группе собак нагрузку на конечность давали на 12-14 сутки после операции. В коленном суставе развивалась сгибательная контрактура с ограничением амплитуды движения до 80 градусов, в голеностопном суставе амплитуда движения составляет 10-20 градусов, стопа занимала эквинусное положение. К 30-45 дням амплитуда движений в коленном суставе приближалась к норме, голеностопном суставе увеличилась на 20-30 градусов. К концу эксперимента после снятия аппарата животные полностью нагружали оперированную конечность. На 7 день на рентгенограммах между костными фрагментами регенерат имел тень продольно-исчерченной структуры. Он состоял из двух костных отделов, разделенных срединной зоной просветления высотой до 1 мм. Поперечник регенерата был равен поперечнику концов отломков. К концу эксперимента была хорошо выражена периостальная мозоль, которая была больше поперечника костных фрагментов на 2-4 мм. В периоде фиксации 30 – 60 дней происходила полное замещение соединительнотканной прослойки костной тканью, формировалась непрерывная кортикальная пластинка, что позволяла снимать аппарат, фиксация конечности аппаратом состояла 60 дней.

Заключение: Таким образом, проведенные экспериментальные исследования выявили четкую зависимость результатов удлинения конечности аппаратом Илизарова и при стабильной фиксации костных отломков, от влияния патофизиологических факторов высокогорья. При равнении данных, полученных нами в условиях высокогорья, установлено следующее: при удлинении конечности в условиях высокогорья при выбранной оптимальной рпзовой величине прибавки удлинения (четырёхкратно до 1мм сутки по 0.25 мм) идет ухудшение регенераторных возможностей костной ткани. В свою очередь это является отображением клинического состояния животных, которые не могут своевременно осуществлять осевую нагрузку на конечность, ведущей к контрактуре в смежных суставах. При стабильном остеосинтезе конечности сроки консолидации переломов удваивается.

Выводы: На основании этого мы можем утверждать о целесообразности удлинения конечности в условиях клиники центра травматологии ортопедии (низкогорье), для создания оптимальных условий для регенерации костной ткани, при различных патологиях укорочения конечности до различных патологиях укорочения конечности до полного выздоровления, с целью исключения возможных осложнений, связанных с нарушением роста дистракционного регенерата.

Библиографический список:

1. Илизаров Г.А. Чрескостный компрессионный остеосинтез аппаратом автора (экспериментальное исследование): Дис... канд. (доктор) мед. Наук-Курган, 1968-483с.
2. Оптимизация условий управления регенеративным процессом при замещении дефектов трубчатых костей по Илизарову. /А.П.Барабаш, К.С. Десятничков, А.А. Ларионов и др. // Труды IV Всерос. Съезда травматол.-ортопедов - Л. 1985-С.190-194.
3. Шевцов В.И. Попков А.В. Дистракционный- компрессионный остеосинтез при удлинении конечности аппаратом Илизарова. // Травматол.и ортопед. России-1995-№1-с. 35-38.
4. Шевцов В.И. Попков А.В. Стимуляция перестройки Дистракционного регенерата// Анналы травматол. и ортопед. России-1995. №2-С.23-26.

Мальков Олег Алексеевич

Malkov Oleg Alexseevich

Доктор медицинских наук, профессор Сургутского государственного педагогического университета, г. Сургут

Фошня Александра Вячеславовна
Fosnya Alexandra Vyacheslavovna

Студент-аспирант Сургутского государственного педагогического университета,
г. Сургут
E mail: swimer18@mail.ru

Фошня Эдуард Юрьевич
Fosnya Edward Yurievich

Студент-магистрант Сургутского государственного педагогического университета,
г. Сургут

УДК 614.2

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА

ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE OF CHILDREN OF PRESCHOOL AGE IN THE NORTH

Аннотация: Анализ современных инструментов изучения качества жизни у детей дошкольного возраста показал, что наиболее информативными и адаптированными тестами для российских детей – являются тесты PedsQL™4.0, CHQ, TACQOL и QUALIN. Установлено, что проанализировать динамику улучшения или же ухудшения качества жизни детей дошкольного возраста можно только при подробном анализе деятельности отдельных систем организма, а также социального положения ребёнка, его психоэмоционального состояния в целом. При этом анализ мнения родителей будет недостаточным, необходимо также учитывать мнение самих детей. В ином случае анализ качества жизни детей дошкольного возраста будет неполным, не будут учтены все аспекты исследования.

Abstract: Analysis of modern tools for the study of quality of life of children of preschool age showed that the most informative tests and adapted for Russian children – are tests PedsQL™4.0, CHQ, TACQOL and QUALIN. Found that to perform improvement or deterioration of the quality of life of children of preschool age is possible only with a detailed analysis of individual body systems and the social situation of the child, his emotional state in General. The analysis of the views of parents to be insufficient, one must also consider the children's opinions. Otherwise, the analysis of quality of life of preschool children will be incomplete; will not be taken into account all the aspects of the study.

Ключевые слова: дошкольный возраст, качество жизни, условия Севера.

Keywords: preschool age, quality of life, the conditions of the North.

Введение

Постановка проблемы. В современных исследованиях уделяется большое внимание проблеме ухудшения функционального здоровья людей, проживающих в условиях Севера. За последние десятилетия наше общество прошло через многие технические преобразования: северные города стремительно развиваются, современные инфокоммуникационные технологии не стоят на месте, ритм жизни людей растёт с каждым годом. Особенно сильно это повлияло на физическое развитие детей дошкольного возраста. Ухудшение климатических условий, недостаточный уровень двигательной активности детей, неправильное питание, дефицит внимания от родителей, у которых не хватает времени на собственных детей: всё это усугубляет существующую проблему и положение всего общества в целом [1, 2, 3, 4, 5]. По данным литературы, в среднем по России, на одного ребёнка дошкольного возраста приходится около двух функциональных нарушений. Дополняет данную статистику и стремительный рост числа часто болеющих детей, а также патология опорно-двигательного аппарата, которая в современном мире выявляется более чем в 40 % случаев. Заболевания дыхательной и кровеносной систем встречаются среди детей дошкольного возраста всё чаще, отмечается омоложение и рост хронических заболеваний [1, 2, 3, 4, 7]. Для наиболее

достоверного анализа качества жизни в динамике требуется найти наиболее оптимальный вариант по его оценке.

Анализ литературы. По теме оценки качества жизни у детей дошкольного возраста было изучено и проанализировано 14 научных статей отечественных и зарубежных авторов, а также 5 изданных научно-методических пособия для студентов медицинских вузов. Список литературы состоит из 19 источников.

Цель статьи. Проанализировать и выявить наиболее информативные тесты по изучению качества жизни детей дошкольного возраста в условиях Севера.

Качество жизни (КЖ) в настоящее время является одним из важных критериев оценки жизнедеятельности ребенка. Основными характеристиками КЖ в педиатрии признаны психологическое, физическое и социальное функционирование организма [14].

Над проблемой КЖ работали многие исследовательские группы. Итогом данной работы стал консенсус, касающийся вопросов стандартизированного изучения мнений людей о своем здоровье. Основой решения данной проблемы являлся мониторинг результатов усилий здравоохранения. Сбор стандартных ответов на стандартные вопросы был признан самым эффективным методом оценки качества здоровья. Тщательно отобранные и сформулированные вопросы, а также соответствующие варианты ответов, составленные для подсчета по методу суммирования рейтингов, легли в основу современных опросников по КЖ.

По мнению зарубежных ученых, КЖ детей всех возрастных групп может служить конечной точкой в оценке эффективности медицинских вмешательств в области профилактики, лечения, оздоровления и реабилитации [15, 17, 18, 19]. В процессе долгих научных исследований зарубежными учёными была создана интернет - база ProQolid [19], которая содержит информацию о существующих инструментах для оценки детьми своего состояния здоровья [15]. Ранее российскими учёными было проанализировано, насколько данная база в будущем сможет помочь исследователям в поиске необходимого инструмента для проведения исследования в той или иной области педиатрии. Из общего количества проанализированных инструментов (всего 565), было выделено 73 инструмента, пригодных для использования у детей. Однако только 39 инструментов были первоначально разработаны для использования именно у детей и ещё меньше у детей дошкольного возраста. Из их числа 11 инструментов являются общими опросниками, а остальные 28 являются специальными, разработанными для отдельных видов заболеваний у детей (заболевания сердечнососудистой, дыхательной системы, опорно – двигательного аппарата и т.д.). [6, 8] Данные опросники адаптированы для детей дошкольного возраста, их информативность и эффективность научно доказана в процессе большого количества различного рода исследований [8, 9].

Большую роль в формировании у специалистов знаний и единых подходов в области исследования КЖ во многих странах играет Международное общество исследования качества жизни – International Society for Quality of Life Research – ISOQOL, представительство которого также организовано и в России. В 1995 году во Франции, с целью систематизации деятельности по изучению КЖ был создан MAPI Research Institute, работа которого основана на научных исследованиях в этой области. MAPI Research Institute функционирует с целью дальнейшего утверждения и рекомендации разработанных опросников к применению уже 21 год [10, 11, 12, 13].

Среди разработанных и одобренных тестов, а также адаптированных к изучению качества жизни детей в России, наиболее популярными являются тесты, представленные в таблице 1.

Таблица 1

№ п/п	Наименование инструмента	Содержание
1.	Pediatric Quality of Life Inventory – PedsQL™ 4.0 (Varni	Данный инструмент был создан в 2001 году. Опросник PedsQL™ 4.0 является одним из наиболее популярных опросников в мире и переведен более чем на 20 языков. Данный инструмент прошел испытания в мультицентровых исследованиях многих зарубежных стран (Канады, Великобритании, Германии, Франции, Китае и др.) и зарекомендовал себя как простой, надежный, чувствительный метод

	J.et al., USA).	<p>изучения качества жизни здоровых и больных детей различного возраста (2-18 лет). Содержание основных шкал PedsQL™ 4.0 оценивает такие составляющие понятия "здоровья", определенного ВОЗ, как физическое, эмоциональное и социальное, и, дополнительно, рассматривает ролевое функционирование среди сверстников [6, 10, 15].</p> <p>Однако в настоящее время отсутствует русскоязычная версия данного опросника, адаптированная для детей в возрасте 5-7 лет.</p>
2.	Child Health Questionnaire –CHQ(Landgraf J. et al., USA).	<p>Данный инструмент существует в трех модификациях:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CHQ-PF 50 (родительская версия, 50 вопросов), • CHQ-PF 28 (короткая родительская версия, 28 вопросов), • CHQ-CF 87 (детская версия, 87 вопросов). <p>Форма опросника для родителей разработана для оценки КЖ детей от 5 до 18 лет, для детей – от 10 до 18 лет.</p> <p>Опросник описывает следующие аспекты КЖ: физическое состояние; физическая боль, дискомфорт; социальные ограничения; социальные ограничения из-за эмоциональных проблем; социальные ограничения из-за поведения, восприятие здоровья в целом; самооценка; психологическое здоровье; поведение; жизнь семьи; прочность семьи; зависимость личного времени родителей от состояния здоровья ребенка; зависимость эмоционального благополучия родителей от состояния здоровья ребенка; изменения в состоянии здоровья ребёнка.</p> <p>Количество баллов рассчитывается по 100-балльной системе, Результаты анализируются по следующей схеме: чем выше балл, тем лучше КЖ. [6, 10, 15]</p>
3.	Qualite de vie du Nourisson –QUALIN(Manificat S., Dazord A., France).	<p>Данный инструмент был создан в 1997 году. QUALIN является общим опросником по оценке КЖ детей раннего возраста, то есть может применяться как у здоровых, так и у детей имеющих отклонения в развитии, различного рода заболевания и т.д. в возрасте от 3 месяцев до 3 лет. Данный тест состоит из двух возрастных блоков – для детей от 3 месяцев до 1 года и для детей от 1 года до 3 лет. Каждый блок, в свою очередь, включает в себя форму для родителей и форму для педиатров.</p> <p>Инструмент описывает четыре основных аспекта функционирования ребенка:</p> <ul style="list-style-type: none"> • «поведение и общение» (13 вопросов), • «способность оставаться одному» (5 вопросов), • «семейное окружение» (4 вопроса), • «нервно-психическое развитие и физическое здоровье» (11 вопросов в блоке для детей до 1 года и 12 – в блоке для детей от 1 года до 3 лет). <p>Методика перекодировки ответов по 6-балльной системе (от 0 до 5 баллов), чем выше балл, тем лучше КЖ. Здесь возможен подсчёт баллов как состояния качества жизни в целом, так и в отдельных её аспектах. Английская версия опросника была предоставлена международным институтом по изучению КЖ MAPI RESEARCH INSTITUTE (Франция). Так же было получено официальное разрешение на разработку ключа к данному инструменту. Опросник использовался в мультицентровом исследовании ряда европейских стран (Бельгия, Франция, Италия, Люксембург, Испания и Швейцария), в результате которого были подтверждены его хорошие</p>

		психометрические свойства [6, 10, 11, 15].
4.	TNO-AZL Preschool Children Quality of Life Questionnaire – TAPQOL	TAPQOL также является одним из самых популярных и информативных инструментов изучения КЖ детей. Существует детская форма (8-15 лет) и родительская форма (для родителей детей 6-15 лет), содержит 56 пунктов. Опросник описывает физическое, двигательное, познавательное, социальное функционирование ребёнка, уровень независимости от внешнего окружения, позитивное и негативное настроение, эмоции и т.д. [6, 10, 11, 12,15].

Применение такого рода тестов является лишь субъективной оценкой качества жизни. Как показали результаты многих исследований, существует незначительная взаимосвязь между условиями жизни и субъективным самоощущением. Например, высокий статус жизни человека любой возрастной группы сопровождается чрезмерно высокими нагрузками, стрессами, и в результате показатели КЖ снижаются. По мнению известного учёного Д. Forester (1978), существует принцип обратно пропорциональной зависимости. Основная мысль данного принципа заключается в том, что чем выше уровень жизни, тем ниже ее качество, и наоборот [10, 11, 12, 13].

Поэтому, объективно оценить качество жизни ребёнка возможно лишь при помощи совместных методов оценки физического развития, функционального состояния отдельных систем организма, а также психического состояния. Даже, если тест адаптирован и для детей, и для родителей, информации будет недостаточно для того, чтобы в полной мере оценить положение и вовремя внести необходимые корректировки в образовательный процесс.

Заключение

1. Наиболее информативными и адаптированными для российских детей тестами, выявляющими качество жизни детей дошкольного возраста, являются инструменты: PedsQL™4.0, CHQ, TACQOL и QUALIN;

2. При выявлении качества жизни детей дошкольного возраста необходимо руководствоваться не только мнением родителей, но и мнением самих детей, так как очень часто данные показатели значительно различаются;

3. Исследование качества жизни будет наиболее информативным только в том случае, если будут учитываться не только показатели адаптированных опросников для детей и их родителей, но также параллельно будут рассмотрены показатели физического развития ребёнка и функциональные возможности детского организма.

Библиографический список:

1. Авцын А.П., Жаворонков А.А., Марачев А.Г., Милованов А.П. Патология человека на Севере. // Медицина. 1985. 415 с.
2. Авцын А.П., Марачев А.Г. Проявление адаптации и дезадаптации у жителей Крайнего Севера // Физиология человека. М.: Наука, 1975. № 4. 587 с.
3. Агаджанян Н.А. Адаптация и резервы организма. // Физкультура и спорт. 1983. 176 с.
4. Агаджанян Н.А., Марачев А.Г., Бобков Г.А. Экологическая физиология человека. М.: КРУК, 1998. - 416 с.
5. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. // Медицина. 1975. 447 с.
6. Белоусов Д. Ю. Качество жизни, связанное со здоровьем детей: обзор литературы // Российское общество клинических исследователей. 2010. 11 с.
7. Дехнич Н.А. Функциональные сдвиги в организме в период акклиматизации на Севере // Материалы Всесоюзного симпозиума по вопросам медицинской климатологии, климатотерапии и климатопротекции. 1967., с. 57-60.
8. Лукьянова Е. М. Оценка качества жизни в педиатрии. // Качественная клиническая практика, №4, 2002 г.
9. Лукьянова Е.М., Оценка качества жизни в педиатрии, Российский государственный медицинский университет // Качественная клиническая практика №2. М., 2008. 20 с.

10. Новик А. А., Ионова Т. И., Исследование качества жизни в медицине. // Учебное пособие для вузов. 2004. с. 238-255.
11. Новик А. А., Ионова Т. И., Руководство по исследованию качества жизни в медицине. М.-СПб.: Изд. дом «Нева», 2002. 320 с.
12. Новик А. А., Ионова Т. И., Никитина Т. П. Исследование качества жизни в педиатрии // Вестник Межнационального центра исследования качества жизни. № 3. 2004. с. 91-95.
13. Новик А. А., Ионова Т. И., Никитина Т. П. Концепция исследования качества жизни в педиатрии // Педиатрия. №6. 2002. с. 83-88.
14. Павленко Т. Н. и соавт. Состояние здоровья и КЖ детей, посещающих дошкольные образовательные учреждения // Российский педиатрический журнал. №4. 2008. с. 47–50.
15. Пьере Л., Карон М., Эмери М. П. Обзор инструментов для оценки детьми своего состояния здоровья по базе ProQolid: классификация инструментов по нозологиям и информация об их психометрических свойствах. Материалы тезисов 14-й ежегодной конференции Международного общества исследования качества жизни. Приложение к журналу Quality of Life Research. 125 с.
16. Солодков А.С., Сологуб Е.Б. Физиология человека. Общая. Спортивная. Возрастная: Учебник. М.: Терра-Спорт, Олимпия Пресс, 2001. 520 с.
17. Connolly MA, Johnson JA. Measuring quality of life in pediatric patients. Pharmacoeconomics. №16. 1999. 605 p.
18. Eiser C, Morse R. Can parents rate their child's health-related quality of life? Results of a systematic review. Qual life Res 2001. №10. 347 p.
19. Juniper EF. Health-related quality of life in asthma. Curr Opin PulmMed. 1999. № 5. 105 p.

Армейская Дарья Васильевна

Armeiskaya Darya Vasilyevna

Белгородский Национальный Исследовательский институт
Медицинский факультет, студентка группы 0301222, V курс

E-mail: Vasilayvna@yandex.ru

[УДК 616.091](#)

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ В БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

THE INCIDENCE OF CONGENITAL MALFORMATIONS OF THE URINARY SYSTEM IN THE BELGOROD REGION

Аннотация: Данная статья посвящена выявлению частоты встречаемости врожденных пороков развития мочевой системы у детей отделения Патологии новорожденных ДОКБ. Данная проблематика имеет многогранный характер

Annotation: This article focuses on identifying the incidence of congenital malformations of the urinary system in children Department of Pathology neonatal DOKB. This is the multifaceted nature of the problems

Ключевые слова: Пороки развития, врожденные пороки развития мочевой системы

Key words: Malformations, congenital malformations of the urinary system

Введение:

Врожденные пороки развития на протяжении долгих лет привлекают внимание науки и практического здравоохранения. Они относятся к числу наиболее серьезных отклонений в состоянии

здоровья детей и существенно влияют на заболеваемость, смертность и инвалидность в детском возрасте. Врожденные пороки развития широко распространены в популяциях человека, составляя существенную часть генетического груза. Эта патология является серьезной медицинской и социальной проблемой, что обусловлено значительным их вкладом в структуру младенческой и детской смертности и инвалидности.

В 2010 году Всемирная ассамблея здравоохранения приняла резолюцию, призывающую все государства-члены содействовать первичной профилактике и укреплению здоровья детей с пороками развития при помощи: развития и укрепления систем регистрации и эпидемиологического надзора; накопления опыта и создания потенциала для проведения научных исследований и научных работ в области этиологии, диагностики и профилактики; развития международного сотрудничества[1].

Цель исследования.

Анализ динамики частоты встречаемости врожденных пороков развития мочеполовой системы среди детей отделения Патологии новорожденных ДОКБ.

Задачи исследования.

- Определение частоты встречаемости ВПР
- Определение количественного соотношения пациентов по половому признаку
- Определения количественного соотношения разных видов ВПР
- Изучение территориального распределения встречаемости ВПР
- Изучение частоты встречаемости сопутствующих патологий
- Определение влияния болезней, перенесенных во время беременности на частоту ВПР
- Определения влияния болезней родителей на частоту ВПР

Материалы и методы.

Исследование проводилось на базе патологии новорожденных ОДКБ. Была получена статистика работы отделения за 2014 год. Статистическая обработка материала проведена методом описательной статистики, с использованием программы Microsoft Excel.

В работе мною были использованы следующие методы исследования:

- анализ историй болезней
- теоритический анализ литературы
- подсчёт
- изучение и обобщение
- сравнение

Результаты исследования .

3% пациентов отделения патологии новорождённых страдают ВПР мочевой системы. (рис.1)

64% больных – мальчики. (рис. 2)

31% пациентов имеют гидронефроз, 31% - уретерогидронефроз, 17% - ПМР, 8% - тазовую дистопию почки, 8% - мегауретер, 8% - мультиполикистоз почки. (рис. 3)

64% пациентов – городские жители, 34% - сельские. (рис. 4)

Наиболее часто встречающаяся дополнительная патология - перинатальные поражения ЦНС (31%), синдром дезадаптации ССС(17%), энцефаломieloпатия (11%), ООС (11%). (рис. 5)

Наиболее частыми заболеваниями, перенесенными во время беременности является – ОРВИ, бактериальный кольпит, ХПН, TORCH - инфекция. (рис. 6)

Наиболее частым предрасполагающим фактором является курение. (рис7)

Определение количества пациентов с ВПР МС

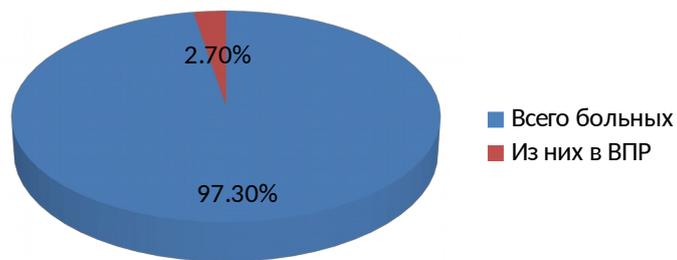


Рис 1. Определение полового соотношения больных

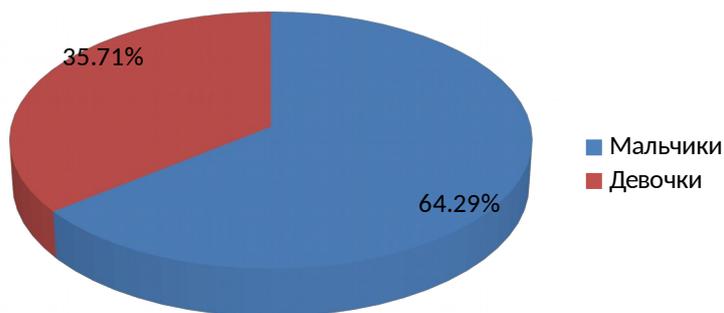


Рис 2. Соотношение разных видов ВПР



Рис 3. Изучение территориального распределения встречаемости ВПР МС в Белгородской области

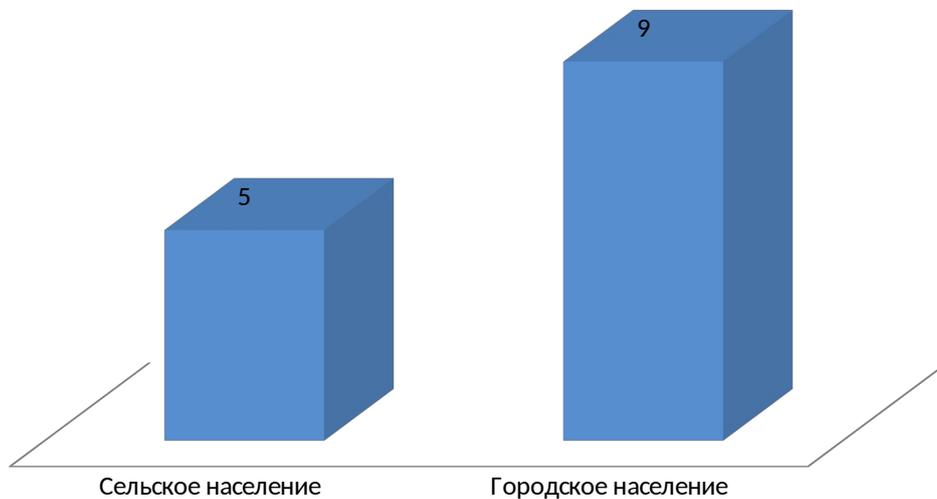


Рис 4. Сопутствующая патология.

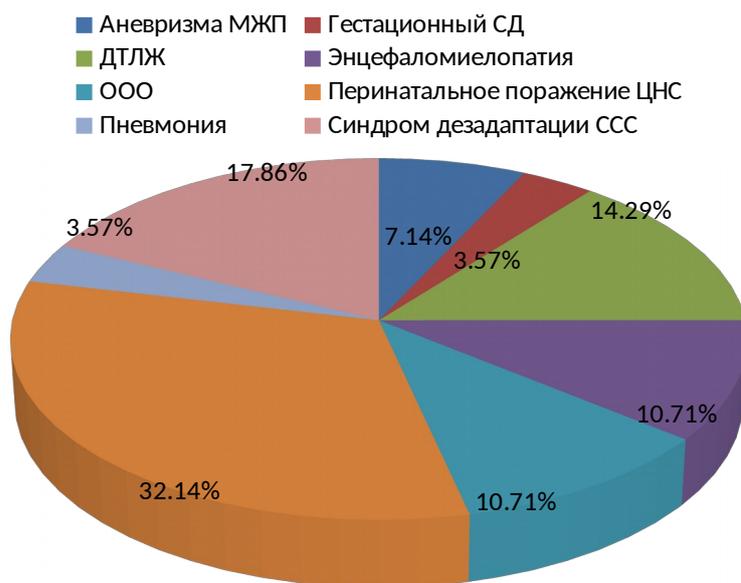


Рис 5. Заболевания, перенесенные матерью во время беременности

Рис 6. Предрасполагающие факторы

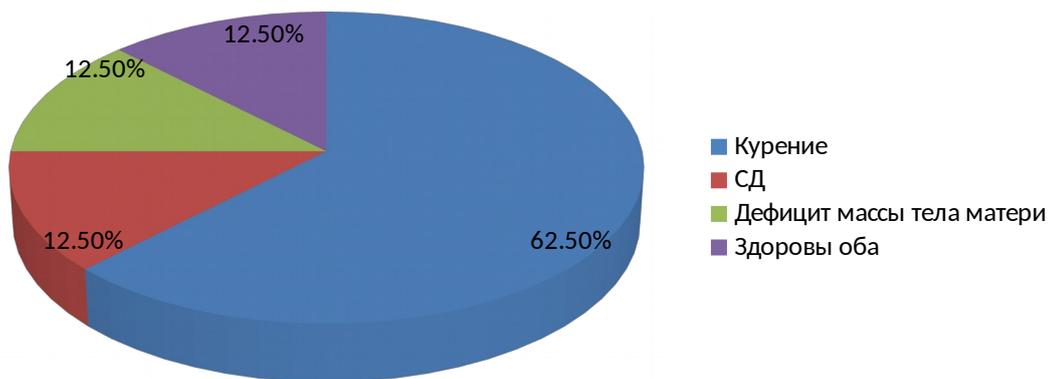


Рис 7. Прочие факторы

Заключение

В результате проведенной работы был произведен учет динамики встречаемости врожденных пороков мочевой системы, изучение территориальной составляющей данной проблемы, изучены предрасполагающие факторы развития врожденных аномалий.

Библиографический список:

1. Информационный бюллетень ВОЗ, 2014 г.
2. Урология - С.Х. Аль-Шукри, В.Н. Ткачук; под ред. С.Х. Аль-Шукри и В.Н. Ткачука. - 2012. - 480 с. : ил.
3. «Детская урология-андрология» - Разин М.П., Галкин В.Н., Сухих Н.К. 2011. - 128 с.
4. Практическое руководство –«Нефрология»; под ред. Тареева – 2000 – 2-е изд., перераб. и доп. 688 с. : ил
5. «Факторы, влияющие на развитие аномалий развития плода» - Український журнал клінічної та лабораторної медицини, Н.А.Садиева 2012, том 7, №3 2012 УДК 616.61 — 036 — 053.2 – Електр. Журн.
6. «Врожденные пороки развития органов мочевой системы, анализ факторов риска дизэмбриогенеза» - В. Л. Зеленцова, В. И. Шилко. Экология человека 2010.01 © 2010 г. - Электр. Журн.
7. «Периконцепционная профилактика врожденной патологии» - Васильева И.Ю. // Русский медицинский журнал : 2005. Т. 13, № 1. – Электр. Журн.
8. «Профилактика врожденных пороков развития и наследственных заболеваний плода» - А.Н. Рыбалка, д.м.н., Н.С. Исаченко, В.В. Яковенко - Медицинские аспекты здоровья женщины: 2008\04 - Электр. Журн.

Дьячкова Мария Михайловна
Dyachkova Maria Mihailovna

Улитина Нина Николаевна
Ulitina Nina Nikolaevna

научный руководитель, кандидат биологических наук, доцент КУБГУ

Федичева Наталья Александровна
Fedicheva Natalia Aleksandrovna
заведующая КДЛ МБУЗ КГК БСМП

УДК 616.37

ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ И ОСТРОЙ ФОРМ ПАНКРЕАТИТА

FEATURES OF THE DYNAMICS OF BIOCHEMICAL INDICATORS OF CHRONIC AND ACUTE FORMS OF PANCREATITIS

Аннотация: Статья посвящена лабораторной диагностике острого и хронического панкреатита. Цитолиз ацинарных клеток при панкреатите устанавливается с помощью феномена «уклонения» ферментов в кровь, что объясняется нарушением целостности паренхимы или застоем секрета в системе панкреатических протоков.

Annotation: The article is devoted to laboratory diagnostics of acute and chronic pancreatitis. The cytolysis of acinar cells in pancreatitis is established by the phenomenon of "evasion" of enzymes into the blood, which is explained by a violation of the integrity of the parenchyma or stasis of secretion in the pancreatic duct system.

Ключевые слова: Поджелудочная железа, панкреонекроз, α -амилаза, гипергликемия, желчевыводящие пути.

Keywords: Pancreas, pancreatic necrosis, α -amylase, hyperglycemia, biliary tract.

Актуальность

Острый панкреатит является опасным, быстроразвивающимся и нередко рецидивирующим заболеванием, возникающим на фоне аутоагрессивного ферментативного поражения поджелудочной железы, с последующим формированием дистрофических и некротических процессов. Он считается одним из распространенных хирургических заболеваний. На долю острого панкреатита приходится от 3 до 10 % случаев ургентной патологии брюшной полости. В промышленных странах заболеваемость острым панкреатитом за последние два десятилетия возросла в два раза. В структуре основных нозологических форм хирургических стационаров Москвы больные с острым панкреатитом занимают третье (25%) место после острого холецистита (28%) и острого аппендицита (26%).

Летальность, несмотря на применение современных методик консервативного и оперативного лечения, высокая и составляет от 7 до 15 %, при деструктивных формах от 40 до 70 % [1,279].

Хронический панкреатит рассматривается как длительное воспалительное заболевание, проявляющееся в необратимом патологическом изменении паренхимы поджелудочной железы. Данная патология может протекать с минимальными клиническими проявлениями или под маской других болезней органов брюшной полости, таких, например, как хронический холецистит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, дискинезия желчных путей [2, 444]. В структуре заболеваемости органов желудочно-кишечного тракта хронический панкреатит составляет от 5,1 до 9 % [3,25].

Возраст пациентов с панкреонекрозом составляет от 15 до 94 лет, но чаще отмечается в возрасте от 40 до 50 лет [4,37]. Распространенность хронического панкреатита у детей составляет 9-25 случаев, у взрослых – 27-50 случаев на 100 тыс. населения [3,26].

В связи с тем, что существуют принципиальные отличия в диагностике, тактике ведения,

прогнозе, важно понимать грань, проходящую между острым и хроническим панкреатитом. И так как четкой клинической картины нет, то для точной диагностики острого и хронического панкреатита необходим целый ряд дополнительных исследований [7,10]. Несмотря на улучшение качества диагностики панкреатита, в первую очередь за счет использования инструментальных методов и усовершенствованных лабораторных тестов, таких как определение активности α -амилазы, трансаминаз, уровня глюкозы и других биохимических параметров, своевременное распознавание панкреатита остается одной из насущных проблем гастроэнтерологии [10,97]. Для постановки диагноза необходимо учитывать в комплексе значения биохимических показателей.

Цель исследования: Определение особенностей динамики биохимических показателей хронической и острой форм панкреатита

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе "МБУЗ КГК БСМП" г. Краснодара. Материалом исследования служила сыворотка крови. В исследование включены 317 человек с диагнозом острый и хронический панкреатит, которые были разделены на две группы по гендерной принадлежности и каждая группа, была разделена на три подгруппы по возрасту согласно классификации ВОЗ (Таблица 1). В контрольную группу вошло 44 человека, которые проходили плановое медицинское обследование.

Таблица 1 – Распределение контингента

Острый панкреатит						Хронический панкреатит					
1 группа			2 группа			3 группа			4 группа		
Мужчины – 71 ч.			Женщины – 66 ч.			Мужчины – 77 ч.			Женщины – 103 ч.		
1а	1б	1в	2а	2б	2в	3а	3б	3в	4а	4б	4в
20-45 лет 37 ч.	45-60 лет 23 ч.	60-75 лет 11 ч.	20-45 лет 17 ч.	45-60 лет 17 ч.	60-75 лет 32 ч.	20-45 лет 25 ч.	45-60 лет 25 ч.	60-75 лет 27 ч.	20-45 лет 32 ч.	45-60 лет 39 ч.	60-75 лет 32 ч.

Забор крови осуществлялся в соответствии с правилами преаналитического этапа биохимических исследований.

Все биохимические исследования, используемые в работе – анализы на аминотрансферазы, билирубин, глюкозу, общий белок, осуществлялись на биохимических анализаторах Konelab 20xt и Konelab Prime 30 компании Thermo Fisher Scientific (Финляндия). В сыворотке крови определялись следующие биохимические показатели: α -амилаза, аминотрасферазы, билирубин, общий белок и глюкоза.

Результаты и обсуждения

Результаты исследования уровня биохимических показателей при остром панкреатите пациентов 1 группы отображены в таблице 2.

Полученные данные свидетельствуют о том, что у обследованных больных с острым и хроническим панкреатитом на первый день наблюдалось увеличение активности амилазы, аминотрансфераз, глюкозы и билирубина. У пациентов контрольной группы значения биохимических показателей сыворотки крови не выходили за пределы референтных значений.

Таблица 2 – Биохимические показатели при остром панкреатите у мужчин

	1 группа			Контрольная группа (20 чел.)
	1а	1б	1в	
АЛТ, Ед/л	57,16 ±13,08	77,26 ±15,35	65,18 ±23,33	2,4±1,2
АСТ, Ед/л	22,37 ±15,61	39,06 ±8,35	44,72 ±24,3	18,3±0,4
Общий билирубин, мкмоль/л	23,1 ±2,6	29,91 ±4,8	32,6 ±7,28	8,2±1,9
Конъюгированный билирубин, мкмоль/л	5,72 ±0,92	8,27 ±1,78	11,95 ±5,03	3,2±0,3

Свободный билирубин, мкмоль/л	16,57 ±1,37	19,13 ±2,16	20,83 ±2,62	5,2±1,7
α-амилаза, Ед/л	291,4 ±14,17	340,17 ±15,28	398 ±36,7	62±8,3
Белок общий, г/л	65,67 ±1,23	59,34 ±1,86	64,09 ±2,52	61,1±3,4
Глюкоза, ммоль/л	9,1 ±0,75	7,96 ±0,45	9,17 ±0,82	5,6±0,3

При остром панкреатите наибольшую активность аминотрансферазы проявляли в средней и старшей возрастной подгруппе. В этих же подгруппах отмечается высокий уровень активности α-амилазы, что связано с аутоагрессивным ферментативным поражением поджелудочной железы с последующим формированием в ней дистрофических и некротических изменений. Гиперамилаземия при остром панкреатите наступает вначале заболевания уже через 4-6 часов и затем быстро снижается, и приходит к норме на 2-6 день, что подтверждается методическими данными [5,4; 9,46].

Уровень глюкозы превышал референсные значения в группе 1. В подгруппах 1а и 1в уровень глюкозы был примерно на одном уровне и превышал значения в подгруппе 1б. Повышение уровня глюкозы крови говорит о нарушении углеводного обмена, в котором участвует поджелудочная железа, то есть недостаточном уровне инсулина в организме, что обусловлено поражением островков и гибелью α-, β- и δ-клеток. По литературным данным, стойкая гипергликемия может свидетельствовать об обширном некрозе поджелудочной железы [11,68].

У обследуемых больных отмечалась гипербилирубинемия. Значения общего билирубина были выше в старшей и средней возрастных группах по сравнению с людьми молодого возраста. Конъюгированный билирубин был также повышен во всех возрастных подгруппах, однако наибольшее его количество наблюдалось в подгруппе 1в. Свободный билирубин в подгруппе 1а находился в верхней границе нормы, а в подгруппах 1б и 1в его значения выходили за ее пределы. Гипербилирубинемия свидетельствует об увеличении поджелудочной железы вследствие воспалительного процесса, поскольку она перекрывает желчные протоки. Билирубинемия при остром панкреатите следует рассматривать как результат нарушения поступления желчи в двенадцатиперстную кишку. Билирубин является конечным продуктом деградации гема в гепатоцитах и поступает в кишечник в составе желчи. Появление его в крови связано с нарушением обмена из-за повреждения гепатоцитов или обструкции желчных путей [7,110;8,54].

Количество общего белка находилось в пределах нормы только у мужчин молодого возраста (подгруппа 1а), а у старшего (подгруппа 1в) и среднего возраста (подгруппа 1б), его концентрация была немного ниже нормы. Данное незначительное понижение общего белка свидетельствует о слабой трофической недостаточности.

Значения биохимических показателей при остром панкреатите у женщин представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Биохимические показатели при остром панкреатите у женщин

	2 группа			Контрольная группа (24 чел.)
	2а	2б	2в	
АЛТ, Ед/л	32,82 ±6,64	41,35 ±10,2	48,12 ±12,48	20,5±2
АСТ, Ед/л	27,29 ±8,59	33,23 ±10,43	41,53 ±11,42	16,1±0,7
Общий билирубин, мкмоль/л	26,48 ±0,45	29,2 ±0,29	36,42 ±5,55	9,4±2,3
Конъюгированный билирубин, мкмоль/л	12,11 ±0,5	14,14 ±0,34	11,05 ±2,14	2,4±0,6
Свободный билирубин, мкмоль/л	13,03 ±1,21	15,08 ±1,98	22,58 ±2,94	7,4±1,1
α-амилаза, Ед/л	380,35 ±17,49	359,82 ±17,57	408,56 ±20,7	54±4,2
Белок общий, г/л	69,82 ±1,84	72,29 ±1,41	61,96 ±1,67	72±2,5

Глюкоза, ммоль/л	7,35 ±0,71	7,42 ±0,32	10,01 ±0,77	5,1±0,9
------------------	------------	------------	-------------	---------

Из полученных данных следует, что активность аминотрасфераз наибольших значений достигает в подгруппах 2 б и 2в, а активность α -амилазы была больше в подгруппах 2а и 2в, это свидетельствует о нарушении работы поджелудочной железы в данных подгруппах.

Так же у больных групп в периферической крови отмечается гипергликемия, которая наиболее ярко выражена у старшей возрастной группы (подгруппа 2в). Увеличение уровня глюкозы связано с изменением клеток поджелудочной железы и как следствие этого недостаточной выработки инсулина. Это препятствует утилизации глюкозы.

В группе 2 была отмечена гипербилирубинемия. Уровень общего билирубина был значительно выше в подгруппе 2в. Конъюгированный билирубин так же превышал референтные значения во всех возрастных подгруппах, наибольшее его количество было отмечено в подгруппе 2б. Что касается свободного билирубина, то его значения во всех группах были в пределах нормы, за исключением подгруппы 2в. Однако наиболее информативными являются показатели общего и конъюгированного билирубина, поскольку именно он поглощается гепатоцитами, конъюгируется в гладком ЭПР и экскретируется в кишечник через желчные протоки.

Повышение аминотрансфераз и билирубина говорит о непроходимости билиарного дерева, что важно в общей оценке острого панкреатита [12,205].

Уровень общего белка во всех возрастных подгруппах за границы референсных значений не выходил.

Результаты исследования при хроническом панкреатите у мужчин отображены в таблице 4.

Таблица 4 – Биохимические показатели при хроническом панкреатите у мужчин

	3 группа			Контрольная группа (20 чел.)
	3а	3б	3в	
АЛТ, Ед/л	34,78 ±0,75	44,88 ±0,87	50,57 ±1,8	24±1,2
АСТ, Ед/л	28,04 ±0,37	43,41 ±0,5	37,62 ±0,83	18,3±0,4
Общий билирубин, мкмоль/л	21,92 ±0,19	27,71 ±0,31	32,62 ±0,9	8,2±1,9
Конъюгированный билирубин, мкмоль/л	8,53 ±0,17	12,82 ±0,23	14,89 ±0,12	3,2±0,3
Свободный билирубин, мкмоль/л	19,43 ±0,3	20,11 ±0,2	20,03 ±0,23	5,2±1,7
α -амилаза, Ед/л	132,34 ±1,17	153,69 ±1,48	136,19 ±0,78	62±8,3
Белок общий, г/л	62,08 ±0,27	55,3 ±0,6	65,09 ±0,63	61,1±3,4
Глюкоза, ммоль/л	5,48 ±0,05	6,04 ±0,05	9,37 ±0,27	5,6±0,3

При хроническом панкреатите, имеет место увеличение значений аминотрасфераз, наибольшая их активность была в подгруппе 3б и 3в. Активность α -амилазы была также повышена, однако ее наибольшие значения были в подгруппе среднего возраста (подгруппа 3б). В отличие от острого панкреатита, при хронической форме редко наблюдается повышение ферментов в крови или моче [12,208]. В период ремиссии хронического панкреатита активность амилазы может быть в норме, а при обострении умеренно повышается (до 30%). Это можно объяснить с одной стороны тем, что объём клеток, подвергающихся цитолизу при остром панкреатите гораздо больше, чем при хроническом панкреатите. С другой стороны, при тяжелом, прогрессирующем течении острого панкреатита или обострении хронического панкреатита активность амилазы может падать до нормальных и субнормальных величин за счет уменьшения количества клеток в поджелудочной железе при данных патологических состояниях [7,113].

Повышение глюкозы наблюдалось только в подгруппах 3б и 3в, что говорит о большем поражении клеток поджелудочной железы у больных этих подгрупп.

Общий билирубин во всех подгруппах был выше нормы, наибольшее его значение отмечается

в подгруппе 3в. Конъюгированный билирубин, также был выше в подгруппе 3б и 3в. Значения свободного билирубина у всех возрастов находились примерно на одном уровне и превышали нормальные значения. Уровни общего и конъюгированного билирубина свидетельствуют о том, что билирубин не мог трансформироваться в печени в растворимую форму и выходить вместе с продуктами жизнедеятельности, накапливаясь в крови и тканях. А повышение общего и непрямого билирубина, по методическим данным, может показывать гемолитическую анемию [8,54].

Количество общего белка отмечалось ниже нормы в подгруппе 3а и 3б, в подгруппе 3в его значения находились у нижней границы нормы. Снижение общего белка может быть связано с трофической недостаточности, вследствие невозможности организма получать энергию из углеводов.

Таблица 5 – Биохимические показатели при хроническом панкреатите у женщин

	4 группа			Контрольная группа (24 чел.)
	4а	4б	4в	
АЛТ, Ед/л	26,24 ±0,4	33,78 ±0,49	39,83 ±0,3	20,5±2
АСТ, Ед/л	21,35±0,16	27,16±0,22	37±0,23	16,1±0,7
Общий билирубин, мкмоль/л	22,96 ±1,38	21,31 ±0,74	41,49 ±2,74	9,4±2,3
Конъюгированный билирубин, мкмоль/л	9,14 ±0,98	6,08 ±0,2	18,84 ±1,28	2,4±0,6
Свободный билирубин, мкмоль/л	11,58 ±0,7	15,63 ±0,44	15,41 ±0,92	7,4±1,1
α-амилаза, Ед/л	144,96 ±16,04	90,02 ±3,43	98,45 ±3,88	54±4,2
Белок общий, г/л	75,59 ±0,77	67,2 ±0,53	62,54 ±1,36	72±2,5
Глюкоза, ммоль/л	6,46 ±0,21	5,77 ±0,08	7,47 ±0,21	5,1±0,9

Согласно представленным данным в таблице 5 активность α-амилазы в группе 4 при хроническом панкреатите выходила за границы нормы только у женщин молодого возраста (подгруппа 4а). Увеличение активности аминотрансфераз наблюдалось в подгруппе 4б и 4в, что также указывает на нарушение работы поджелудочной железы и перекрывание желчных протоков. Увеличение уровня активности ферментов соответствует литературным данным, поскольку при хронической форме панкреатита редко наблюдается повышение ферментов, лишь при обострении отмечается умеренное их повышение, которое связано с воспалительным процессом [12,209].

Глюкоза во всех возрастных подгруппах была завышена, однако наибольших значений она достигла у женщин старшего возраста (подгруппе 4в), что связано с неполноценной работой клеток поджелудочной железы.

Значения билирубина в подгруппах 4а и 4 б немного превышали границы референсных значений, выраженная билирубинемия отмечалась в подгруппе 4в. Конъюгированный билирубин был завышен, и наибольших значений достиг в подгруппе 4в. Свободный билирубин во всех возрастных группах находился в пределах нормы. Это связано с застоем желчи в печени, вследствие увеличения размеров поджелудочной железы.

Общий белок был в норме, однако его количество в подгруппе 4в находилось немного ниже референсных значений.

Обычно исследования показателей АЛТ, АСТ, общего билирубина и его фракций, а также общего белка проводятся для характеристики уровня эндогенной интоксикации [6,9].

Выводы

1) В динамике биохимических показателей при острой и хронической формах панкреатита наблюдается общая тенденция к увеличению уровня биохимических показателей независимо от гендерной принадлежности, а также связь повышения уровня показателей аминотрасфераз, глюкозы и билирубина с возрастом.

2) Для острого панкреатита характерны высокие значения α-амилазы, аминотрасфераз, билирубина, что связано с большей интенсивностью воспалительных процессов в поджелудочной железе.

3) При хроническом панкреатите уровень биохимических показателей ниже чем при остром панкреатите.

4) Значительное повышение уровня некоторых биохимических показателей наблюдается в старшей возрастной группе женщин (АЛТ, билирубин) и средней возрастной группе мужчин (α -амилаз). В остальных возрастных группах мужчин и женщин значительных отличий уровня биохимических показателей не наблюдается.

Библиографический список:

1. Охлобыстин А. В. Ивашкин В. Т. Алгоритмы ведения больных острым и хроническим панкреатитом //Consilium-Medicum., 2000. 278-287 С.

2. Мишушкин О. Н., Масловский Л. В. Этиологические аспекты терапии хронических панкреатитов //Consilium-Medicum., 2005. 444-447 С.

3.Маев И.В., Казюлин А.Н., Самсонов А.А., Кучеряев Ю.А. Хронический панкреатит. М., 2006. 104 с.

4. Панкреонекроз: актуальные вопросы классификации, диагностики и лечения / Савельев В.С. [и др.] // Consilium-Medicum., 2000. 34-39 С.

5. Гарелик П.В. Острый панкреатит //Журнал Гродненского гос. мед. института., 2004. 2-6 С.

6. Губергриц Н.Б., Христин Т.П. Клиническая панкреатология. Донецк., 2000.416 с.

7. Литовский И. А., Гордиенко А.В. Панкреатиты (вопросы патогенеза, диагностики, лечения). СПб., 2015. 231 с.

8. Камышников В.С. Клинические лабораторные тесты и их диагностические профили. М., 2009. 320с.

9. Малков И.С., Зайнутдинов А.М., Новожилова А.А, Коробков В.Н. Диагностические аспекты острого панкреатита //Практическая медицина., 2007. С 45-48.

10.Акбашева О.Е. Значение биохимических показателей в диагностике острого и хронического панкреатита // Аprobация., 2014. 97-98 С.

11. Гулая В.С., Степанова Е.А., Акбашева О.Е. Диагностика острого и хронического панкреатита //Аprobация., 2010. 66-69 С.

12. Мерзлякин Н.В. Панкреатит. М. 2014. 528 с.

Научное издание

Коллектив авторов

ISSN 2500-378X

Научный медицинский журнал «