**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «ДАГЕСТАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**

**СОВЕТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СПЕЦИАЛИСТОВ**

**СОВЕТ СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА им. Р. П. АСКЕРХАНОВА**

# АСПИРАНТСКИЕ ЧТЕНИЯ
# МАТЕРИАЛЫ
# 63-й
# НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
# МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СТУДЕНТОВ

**МАХАЧКАЛА 2015**

**УДК 61(061.2) "70" (470.67)**
**ББК 5425**

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:**

**д.м.н., проф. Д.Р. Ахмедов - и.о. ректора Дагестанской государственной медицинской академии (ДГМА),**
**к.м.н., доц. Е.А. Арбулиева – и.о. проректора по НИР ДГМА,**
**д.м.н., доц. М.Н. Меджидов – научный руководитель СМУ и С и СНО ДГМА,**
**Р.А. Койчуев – председатель СМУ и С ДГМА,**
**Н.Б. Гамзалова – председатель Совета СНО ДГМА.**

**Под общей редакцией научного руководителя Совета молодых ученых и специалистов и студенческого научного общества ДГМА, д.м.н., доцента Меджидова Меджида Нисрединовича.**

**Материалы 63-й научной конференции молодых ученых и студентов. – Махачкала: ИПЦ ДГМА. - 2015. - 268 с.**

**В сборник вошли материалы научной конференции молодых ученых и студентов Дагестанской государственной медицинской академии, Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, Российской медицинской академии последипломного образования, Южно-Уральского государственного медицинского университета, Дагестанского государственного университета, Чеченского государственного университета, Дагестанского медицинского стоматологического института.**

# К Л И Н И Ч Е С К А Я  М Е Д И Ц И Н А

## *ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ*

# ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ЛОКОМОТОРНОГО АППАРАТА У БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ БРУЦЕЛЛЕЗА

Маммаева Ф. А., студентка 5 курса лечебного факультета,
Айсаева Б.А., студентка 5 курса лечебного факультета,
Джанмурзаева А.М., ассистент,
Гаджиева Л.А., аспирантка

*Кафедра инфекционных болезней имени академика Г.П. Руднева ДГМА*
*Научный руководитель: д.м.н., проф. Ахмедов Д.Р.*

**Актуальность**. Бруцеллез является одной из актуальных проблем здравоохранения регионов России с животноводческой ориентацией сельского хозяйства, в том числе и Республики Дагестан. В настоящее время в Российской Федерации ежегодно регистрируется от 400 до 600 больных с впервые выявленным бруцеллезом (Ахмедов Д.Р., 2000, Курманова К.Б., 2003).

Неблагополучие современной эпидемиологической ситуации по бруцеллезу в России, в том числе и Северокавказском федеральном округе (СКФО) РФ обусловлено следующими причинами: снижением в последние десятилетия реальных возможностей осуществлять учет и вакцинопрофилактику поголовья крупного и мелкого рогатого скота в частном секторе, ослаблением эффективности санитарного надзора за реализацией среди населения продуктов животноводства и животноводческого сырья, бесконтрольной миграцией животных по региону, а также несоблюдением населением мер личной профилактики (Покровский В.И., 1992, Черкасский Б.Л., 2000., Иванова А.А.,1996г., Ющук Н.Д. 1999).

По мнению академика Ющук Н.Д. (1999), Покровского В.И. (2003), бруцеллезная инфекция эпидемиологически и эпизоотологически недостаточно контролируется и приносит значительный экономический и социальный ущерб (Н.Д. Ющук., 1999; В.И. Покровский и др., 2003). При этом заболевание характеризуется не столько высокой летальностью, сколько возможностью неблагоприятных исходов в

силу особенностей клинического течения болезни – развитие хронических форм, осложнений, приводящих к длительной потере трудоспособности, а иногда к инвалидности.

Известно, что бруцеллезная инфекция характеризуется полиморфизмом клинических форм с поражением различных органов и систем организма, при этом одной из наиболее часто вовлекаемых в патологический процесс при бруцеллезе является локомоторная система.

**Цель:** Оценить состояние локомоторного аппарата у больных различными формами бруцеллеза.

**Материал и методы:** Под нашим наблюдением находились 222 больных бруцеллезом (средний возраст 35,9±0,7 года), получавших лечение в бруцеллезном отделении ГБУ РД «Республиканский центр инфекционных болезней» (г. Махачкала), из них 153 мужчины (средний возраст – 35,7±0,9 лет) и 69 женщин (средний возраст – 36,3±1,2 лет).

Острый бруцеллез (ОБ) был диагностирован у 110 (средний возраст 33,8±1,2) и хронический (ХБ) - у 112 больных (средний возраст – 37,9±0,7).

Изучение возрастного состава показало, что большинство больных - люди наиболее трудоспособного возраста - их средний возраст составил 35,9±0,7 лет (табл. 1).

*Таблица 1*

**Возрастно-половая структура наблюдаемых больных**

| Форма бруцеллеза | Мужчины | | Женщины | | Всего | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | К-во больных, абс. к-во (%) | Средний возраст (M±SD) | К-во больных, абс. к-во (%) | Средний возраст (M±SD) | К-во больных, абс. к-во (%) | Средний возраст (M±SD) |
| Острый бруцеллез | 76 (69,1) | 33,0±1,5 | 34 (30,9) | 35,5±2,3 | 110 (100) | 33,8±1,2 |
| Хронический бруцеллез | 77 (68,7) | 38,3±0,9 | 35 (31,3) | 37,1±1 | 112 (100) | 37,9±0,7 |

В половой структуре наблюдаемых больных бруцеллезом преобладали мужчины.

Профессиональный состав наблюдаемых больных характеризуется постоянной или временной занятостью в 80,1% в животноводстве

или на предприятиях, перерабатывающих животноводческое сырье, 85,5% больных имели в личном хозяйстве крупный и мелкий рогатый скот, 87,8% проживали в сельской местности, 12,2% - жители городов.

Основной путь заражения бруцеллезом у наблюдаемых больных - контактный (49,5%), в 45 % случаев был предположен смешанный (алиментарный + контактный), в 5,5 % - алиментарный путь передачи инфекции.

Диагноз был выставлен на основании клинико-эпидемиологических данных и подтвержден результатами лабораторного исследования – положительные серологические реакции Хеддельсона, Райта, РПГА с эритроцитарным бруцеллезным диагностикумом, внутрикожной аллергической пробы по Бюрне.

**Результаты исследования.** Проведенные исследования по подтверждению диагноза бруцеллеза (рис. 1) выявили у больных ОБ: положительную реакцию Райта у 99 (90%) больных, Хеддельсона - у 102 (92,7%), положительную внутрикожную аллергическую пробу Бюрне – у 49 (44,5%), РПГА с эритроцитарным бруцеллезным диагностикумом – у 109 (99,1%).

У больных ХБ выявлены: положительная реакция Райта у 65 (58%) больных, Хеддльсона - у 76 (67,8%), положительная внутрикожная аллергическая проба Бюрне – у 100 (89,3%), РПГА с эритроцитарным бруцеллезным диагностикумом – у 91 (81,3%).

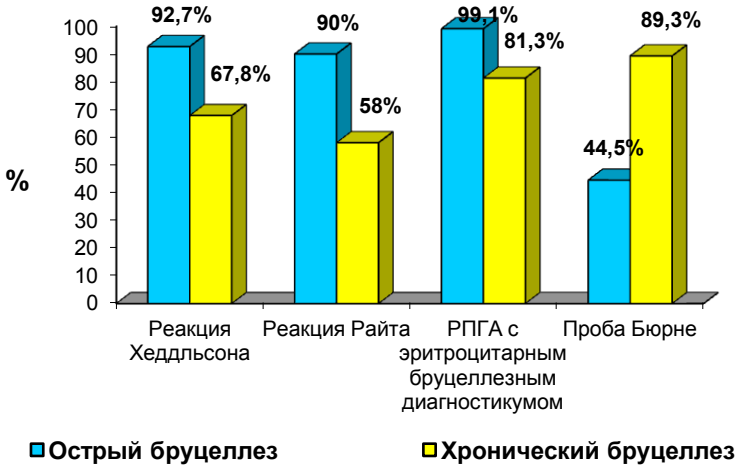


**Рис. 1.** Частота лабораторного подтверждения бруцеллеза, (%)

Как видно из рис. 1, серологические реакции давали положительный результат с большей частотой у больных ОБ, в то время как у больных ХБ с большей частотой была положительной внутрикожная аллергологическая проба с бруцеллином по Бюрне, что является патогенетически обусловленной закономерностью.

Тщательное изучение анамнеза и клинико-лабораторное обследование позволили исключить у наблюдаемых нами больных изначально имевшиеся сопутствующие заболевания опорно-двигательного аппарата, а также другие заболевания, которые могли бы вызвать изменения со стороны опорно-двигательного аппарата.

Контрольную группу для сравнительного анализа проводимых исследований составили 30 здоровых доноров (25 мужчин и 5 женщин, средний возраст 28,9±1,4 года), у которых было получено письменное добровольное информированное согласие на проведение исследований.

Анализ клинического течения острого бруцеллеза показал, что заболевание начиналось остро у 20,8% больных ОБ. У остальных больных отмечалось постепенное развитие болезни с наличием продромального периода длительностью 1-2 недели, нарастанием общетоксических симптомов и болей различного характера.

Исследования последних лет свидетельствуют об изменении современной клинической картины бруцеллеза, что проявляется более облегченным и стертым его течением по сравнению с более ранними данными. Так, продолжительность лихорадочного периода, длящаяся в прошлые годы до нескольких месяцев, у наблюдаемых нами больных была существенно короче. Лихорадка отмечалась у 95 (86,3%) больных ОБ. Продолжительность лихорадочного периода у 40,9% наблюдаемых больных ОБ не превышала 1 месяца, у 22,7% больных длилась от 1 до 2 месяцев, у 9,1% больных ОБ длилась более 2 месяцев.

Наиболее часто (в 54,5% у больных ОБ) отмечался ремитирующий характер температурной кривой. У остальных больных с температурной реакцией субфебрильный и неправильный тип. Лихорадка сопровождалась выраженным ознобом у 45 (40,9%) больных, у 100 (90,9%) больных отмечалось недомогание, быстрая утомляемость, слабость. У 25 (22,7%) больных ухудшался аппетит, и отмечалось снижение массы тела на 5-10 кг. Головные боли отмечались у 58 (52,7%) больных.

Наиболее ранний и частый симптом бруцеллёзной инфекции - потливость - наблюдалась у 105 (95,4%) больных ОБ. Признак был

более выражен в ночное время и сохранялся, как правило, на протяжении всего заболевания.

Почти у всех больных на 2-3 неделе от начала болезни отмечались субъективные и объективные изменения опорно-двигательного аппарата. Наиболее часто наблюдаемые нами больные ОБ жаловались на боли в суставах, и выявлялись они у 102 (92,7%) больных, ограничение подвижности в них, реже - местную гиперемию и гипертермию.

У 3 (2,7 %) больных ОБ сопровождался развитием воспалением околосуставных сумок, наиболее часто bursa subcutanea локтевого сустава, у 20 (8,1% ) больных развивались миозиты.

По наблюдениям Г.П. Руднева, у больных бруцеллезом имела место сыпь на коже различного характера: розеолезная, папуллезная, геморрагическая. У обследованных нами больных высыпаний на коже выявлено не было. Характерные для бруцеллеза изменения подкожно-жировой клетчатки в виде фиброзитов, целлюлитов были отмечены в 5 (4,5%) больных.

По данным литературы, микрополиаденит является характерным признаком бруцеллеза и встречается с частотой 25-77%. Увеличение лимфатических узлов отмечалось у 25 (22,7%) наблюдаемых нами больных ОБ. С большей частотой увеличивались подмышечные, шейные и подчелюстные лимфатические узлы. Пальпаторно лимфоузлы были подвижны и умеренно болезненны.

Поражение нервной системы у наблюдаемых нами больных проявлялась с первых дней болезни в виде повышенной раздражительности, быстрой утомляемости, головной боли. Органические поражения нервной системы у 24 (21,8%) больных ОБ были представлены невритами, пояснично-крестовыми радикулитами, в 6,4% - парестезиями, что совпадает с данными других авторов.

Поражение органов дыхания при бруцеллезе встречается редко, хотя в литературе имеются описания поражения дыхательной системы у больных бруцеллезом, проявляющиеся бронхитами, плевритами и пневмониями. У наблюдаемых нами больных ОБ выраженных признаков поражения органов дыхания выявлено не было, в 2-х случаях был диагностирован хронический бронхит, расцененный нами как сопутствующий диагноз.

Наиболее частым симптомом у наблюдаемых были боли в суставах, на которые жаловались 106 (94,6%) больных ХБ. Локализация поражений суставов у наблюдаемых больных ХБ приведена в таблице 2.

Таблица 2

**Локализация поражений суставов у больных хроническим бруцеллезом (n=112)**

| Локализация | % |
|---|---|
| Крупные суставы верхних и нижних конечностей | 15,2 |
| Мелкие суставы верхних и нижних конечностей | 6,3 |
| Позвоночник | 5,5 |
| Комбинированные поражения | 73,0 |

У 11 больных (9,8%) наблюдалось воспаление околосуставных тканей, у 9 (8%) - коленных суставов, у 8 (7,1%) - локтевых, у 7 (6,3%) пациентов диагностирован артроз коленного сустава, у 5 (4,5%) - спондилоартроз. Боли в суставах имели ноющий характер, усиливались при движении, у 78 (69,6%) пациентов объективные изменения со стороны суставов отсутствовали. В остальных случаях боли в суставах сопровождались их отечностью, изменением конфигурации, рентгенологически - сужением суставной щели, дефектами суставной поверхности. У 9 (8,0%) пациентов миозиты, а у 3 (2,6%) - бурсит локтевого сустава.

Вовлечение ретикуло-эндотелиальной системы в патологический процесс является патогенетически обусловленным и встречается, по данным различных авторов, с частотой 38,5-82,2%. В наших наблюдениях лимфоаденопатия была выявлена у 26 (23,2%) пациентов, что также отличается от данных прошлых лет и свидетельствует о более легком течении бруцеллеза в последние годы.

**Выводы:** Таким образом, резюмируя выше изложенное, можно сказать, что бруцеллезная инфекция на современном этапе, несколько изменив клиническую картину в сторону облегчения течения, сохраняет свои черты, склонна к длительному, рецидивирующему течению, сопровождающемуся тяжелым поражением опорно-двигательного аппарата, нервной, половой, ретикулоэндотелиальной систем, что является причиной длительной потери трудоспособности, а зачастую - инвалидизации больных.

## ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В

Муртазалиева Д.А., студентка 5 курса лечебного факультета,
Гамзалова Н.Б., студентка 5 курса стоматологического факультета,
Гаджиева Д.Ф., студентка 4 курса стоматологического факультета

*Кафедра инфекционных болезней им. академика Г.П. Руднева*
*Научный руководитель: д.м.н., проф. Ахмедов Д.Р.*

**Актуальность.** Вирусные гепатиты являются серьезной проблемой для мировой системы здравоохранения, так как представляют угрозу для здоровья населения. В структуре парентеральных гепатитов до настоящего времени существенный процент составляет вирусный гепатит В, который распространен повсеместно и поражает преимущественно лиц молодого возраста. По данным ВОЗ, в настоящее время в мире вирусом гепатита В инфицировано более 2 миллиардов человек, 350-400 млн человек (5-6 % населения земного шара) страдают хроническим вирусным гепатитом (ХГВ) различной степени активности. Истинная заболеваемость превышает регистрируемую из-за возможности бессимптомного течения хронического гепатита.

Пациенты с ХГВ обладают повышенным риском прогрессирования заболевания до цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы с возможным летальным исходом.

Частота развития хронизации при HBV составляет около 30%, ежегодный риск развития цирроза печени при хроническом гепатите В составляет 5-9%, гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК) – 0,3-0,6 %.

Благодаря эффективности профилактических мер и вакцинации, наблюдается тенденция к снижению заболеваемости вирусным гепатитом В. Однако резервуары инфекции остаются, и распространение вируса продолжается.

В настоящее время в России живут от 3 до 5 млн человек, инфицированных ХГВ. Удельный вес ХГВ в общей структуре хронических гепатитов составляет 26,6%.

ХГВ может протекать в различных клинико-серологических вариантах: HBe-позитивный хронический гепатит В, HBe-негативный хронический гепатит В, неактивное носительство вируса гепатита В (HBs Ag). Кроме того, дополнительно выделяют латентную HBV-инфекцию. В последние годы происходит увеличение доли HBe-негативного ХГВ на фоне снижения HBe-позитивного.

Многие исследователи установили наличие корреляции между

развитием неблагоприятных исходов заболевания, с одной стороны, и высоким уровнем ДНК HBV в крови больных ХГВ, с другой.

Изменить естественное течение заболевания и предупредить развитие ЦП и ГЦК можно при стойком снижении содержания HBV в крови больных HBV под действием эффективной противовирусной терапии.

Противовирусная терапия должна предусматривать быстрое и длительное подавление репликации вируса до очень низких уровней, так как несмотря на существующие мощные противовирусные препараты, полная эрадикация вируса остается практически невозможной.

В настоящее время в РФ для лечения ХГВ зарегистрированы несколько групп препаратов: стандартные интерфероны – α (ИФН- α), пегилированные ИФН- α-2a и α2b, аналоги нуклеозидов.

Назначение стандартного ИФН-α нецелесообразно, так как противовирусный эффект достигается приблизительно лишь у трети пролеченных больных.

Пегилированные ИФН- α-2a показали лучшие результаты в лечении ХГВ. Однако они имеют ряд недостатков: большое число побочных эффектов и наличие противопоказаний, высокая стоимость лечения, меньшая эффективность у больных с HBe-негативным хроническим гепатитом. Эти препараты вводятся парентерально, требуют хранения в холодильнике, что создает неудобства для пациента.

Для подавления репликации вируса гепатита В в последние десятилетия стали использовать химиотерапевтические препараты, относящиеся к классу нуклеозидных аналогов. Они встраиваются вместо естественных нуклеотидов в синтезируемую вирусом цепь ДНК и нарушают тем самым дальнейшее построение молекулы вируса. Таким образом, эти препараты блокируют репликацию вируса гепатита В в клетках печени и других органах.

К 2011 году в России для лечения больных ХГВ зарегистрированы 3 пероральных аналогов нуклеозидов: ламивудин (Зеффикс), энтекавир (Бараклюд) и телбивудин (Себиво).

Первым препаратом для терапии ХГВ стал ламивудин. Прием ламивудина значительно улучшает морфологические показатели печеночного воспаления и фиброза. Его эффективность зависит от длительности лечения. При применение его в течение года авиремия достигается в 60-70% случаев. Продолжение лечения более года приводит к развитию резистентных к препарату штаммов вируса. Высокая частота репликации мутаций может приводить к серьезным осложнениям

гепатита. Другой недостаток ламивудина – высокая частота рецидивов вируса после прекращения терапии. Все это не позволяет отнести ламивудин к препаратам выбора терапии ХГВ.

Наиболее выраженное подавление репликации вируса гепатита В отмечено при лечении энтекавиром и телбивудином. Терапия этими препаратами сопровождается снижением содержания ДНК HBV, что ведет к регрессу фиброза печени и профилактике цирроза печени.

Наиболее благоприятный профиль безопасности при длительном применении имеет телбивудин, который является пероральным синтетическим тимидиновым нуклеозидом и характеризуется сильной специфической активностью против HBV.

**Целью настоящей работы явилось**: оценить эффективность телбивудина (Себиво) при лечении больных ХГВ.

**Материалы и методы**. Под наблюдением находилось 23 больных ХГВ в возрасте от 18 до 60 лет (средний 36,2±12,8 лет). Мужчин в обследуемой группе было 16 человек, женщин – 7 человек.

Диагноз ХГВ был установлен на основании клинико-эпидемиологических, лабораторных и инструментальных данных и подтвержден выявлением в сыворотке крови маркеров гепатита В и ДНК HBV.

Все больные обследовались по общепринятой методике.

При биохимическом исследовании крови определялись: уровень содержания билирубина и его фракций, активность АЛТ и АСТ.

Для определения маркеров вируса гепатита В использовался метод ИФА.

Качественное и количественное определение ДНК HBV проводилось методом ПЦР.

Инструментальные методы исследования больных включали проведение ультразвукового исследования органов брюшной полости.

Оценка эффективности терапии проводилась ежемесячно, учитывались данные клинического обследования, динамика «вирусной нагрузки», активность АЛТ. Активность АЛТ, АСТ и вирусологический ответ (ВО) оценивались исходно, через 12 нед (ранний ВО), 24 нед (устойчивый ВО) и 52 нед (полный ВО).

Пациенты получали препарат Себиво внутрь (перорально) в дозе 600 мг (1 табл) 1 раз в сутки, независимо от приема пищи в течение 48-52 нед.

**Результаты и обсуждение.** Нормальные уровни АЛТ исходно отмечались у 38,9% пациентов, повышение уровня АЛТ от 1 до 3

норм – у 42,1%, больше 3 норм – у 18,9% пациентов.

Исходный уровень ДНК HBV у пациентов составлял около <107 копий /мл.

В процессе лечения выявлено, что к 52-й неделе нормализация показателей АЛТ отмечена у 65%; незначительное повышение показателя АЛТ (от 1 до 3 норм) зарегистрировано у 12% больных; больше 3 норм у 2 больных. Кроме того было отмечено, что у 75% пациентов с исходным показателем АЛТ в пределах 1-3 норм через 12 нед уровни АЛТ достигли нормального уровня через год, а среди пациентов с АЛТ >3 норм исходно их доля составила 48%.

Результаты анализа ВО показал, что ранний ВО был достигнут у 28% пациентов, устойчивый ВО у 82% пациентов. Считается, что у при достижении УВО у 86% пациентов достигается полный вирусологический ответ (ДНК HBV ниже ≤300 копий /мл) и этот уровень сохраняется и через 1 год лечения.

Нежелательные явления в ходе лечения препаратом были немногочисленными и легкими. У одного пациента было отмечено снижение уровня тромбоцитов, и у 2-х пациентов – снижение уровня гемоглобина. Все нежелательные явления полностью разрешились и не привели к госпитализации.

**Таким образом**, эффективность Себиво может быть оценена как определенно высокая, а использование Себиво можно рассматривать как безопасную стратегию в лечении пациентов с ХГВ.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В И С В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН ЗА 2009-2014 гг.

Маммаева Н.З., студентка 5 курса лечебного факультета,
Курбанова З.Т., студентка 5 курса лечебного факультета,
Гамзалова Н.Б., студентка 5 курса стоматологического факультета,
Гаджиева Д.Ф., студентка 4 курса стоматологического факультета

*Кафедра инфекционных болезней им. академика Г.П. Руднева ДГМА*
*Научный руководитель: д.м.н., проф. Ахмедов Д.Р.*

**Актуальность.** Вирусные гепатиты остаются глобальной проблемой и занимают лидирующие позиции в структуре инфекционных заболеваний (Покровский В.И., Малеев В.В., 2003; Онищенко Г.Г., 2004,

2008; Ющук Н.Д. с соавт., 2007, 2009), а наносимый ими ущерб в России превышает ежегодно более 5 млрд. рублей.

На сегодняшний день известно 10 вирусов: A, B, C, D, E, G, F, TTV, SEN, NEV, вызывающие соответствующие гепатиты.

В настоящее время выделяют энтеральные гепатиты А и Е, реализующиеся с помощью фекально-орального механизма передачи, и парентеральные гепатиты В, С, D, G, TTV и SEN. Гепатиты, вызываемые вирусами В, С, D, помимо острой формы болезни, могут переходить в хронические формы.

Парентеральные гепатиты привлекают к себе пристальное внимание всей медицинской науки, что связано с их повсеместным распространением, высокой частотой формирования хронических форм заболевания, цирроза и гепатокарциномы.

Количество инфицированных вирусом гепатита В (HBV) в мире достигает более 400 млн. человек. Частота развития хронизации при HBV составляет около 30%, ежегодный риск развития цирроза печени при хроническом гепатите В составляет 5-9%, гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК) – 0,3-0,6 %.

Количество инфицированных вирусом гепатита С (HCV) в мире достигает более 170 млн. человек. Частота развития хронизации при этом составляет 70-80 %.

Причинами широкого распространения парентеральных вирусных гепатитов являются: рост наркомании, проституции, гомосексуализма.

В настоящее время в Республике Дагестан, так же как и на всей территории Российской Федерации, сложилась крайне неблагополучная эпидемиологическая ситуация по хроническим вирусным гепатитам В и С (ХГВ и ХГС).

**Цель работы:** провести анализ заболеваемости хроническими вирусными гепатитами В и С в РФ и РД за 2009-1014гг.

**Материал и методы исследования:** эпидемиологических анализ статистических данных ГБУ РД «Республиканский центр инфекционных болезней», г. Махачкала по заболеваемости населения Республики Дагестан хроническими вирусными гепатитами В и С за 2009-2014 гг.

**Результаты и обсуждение.** Эпидемическая ситуация по заболеваемости ХВГ в республике сложная, во-первых в связи с вариабельностью показателей не только по отдельным административным территориям, но и по республике в целом, и во-вторых, по причине достаточной большой когорты лиц, инфицированных вирусом гепатита В

(носители HBsAg), одномоментное обследование которых по стандарту затруднительно на многих территориях из-за недоступности лабораторной диагностики.

В 2014 г. отмечается рост заболеваемости хроническими вирусными гепатитами (ХВГ) в Республике Дагестан на 14,4% по сравнению с 2013 годом (413 случаев против 356 случаев в 2013 году). В то же время показатель заболеваемости по республике в 2014 году в 3,7 раза ниже среднефедеративного (РФ 2014 г. - 51,68; 2013 г. - 51,46).

Рост заболеваемости хроническими вирусными гепатитами в республике начался с 2010 года, резкий прирост заболеваемости - с 2012 года (табл.1).

*Таблица 1*

**Сравнительная заболеваемость вирусными гепатитами В и С в РД и РФ в 2009-2014 гг.**

| Год | | ХГВ | ХГС |
|---|---|---|---|
| **2009** | **Абс.** | 55 | 85 |
| | **РД** | 2,07 | 3,2 |
| | **РФ** | 14,36 | 40,79 |
| **2010** | **Абс.** | 66 | 83 |
| | **РД** | 2,41 | 3,03 |
| | **РФ** | 13,26 | 40,18 |
| **2011** | **Абс.** | 65 | 108 |
| | **РД** | 2,37 | 3,95 |
| | **РФ** | 13,04 | 40,18 |
| **2012** | **Абс.** | 121 | 163 |
| | **РД** | 4,13 | 5,56 |
| | **РФ** | 12,64 | 39,14 |
| **2013** | **Абс.** | 164 | 193 |
| | **РД** | 5,60 | 6,59 |
| | **РФ** | 11,71 | 39,26 |
| **2014** | **Абс.** | 164 | 249 |
| | **РД** | 5,52 | 8,38 |
| | **РФ** | 11,26 | 39,94 |

В структуре заболеваемости ХВГ соотношение ХГС и ХГВ в 2014 году было 1,5:1,0. На ХГВ приходится 39,7% случаев (в 2013 г. - 45,9%), на ХГС - 60,3% случаев (в 2013 г. - 54,1%). По РФ в целом это соотношение составило 3,5:1,0 (ХГС - 77,3%, ХГВ - 21,7%).

Заболеваемость хроническим ВГС в Республике Дагестан в 2014 году выросла на 27,2%, при этом было зарегистрировано 249 случаев (ИП – 8,38) против 193 случаев - в 2013 г. (ИП – 6,59). Уровень заболеваемости ВГС в республике ниже среднефедеративного уровня в 4,8 раз (по РФ – ИП-39,94 на 100 тыс. населения).

В структуре заболеваемости по-прежнему высокий удельный вес составляет городское население - 66,3% (в 2013 г.- 64,7%), сельское - 33,7% (в 2013 г.- 35,3%).

Наиболее высокие показатели заболеваемости выявлены на следующих территориях республики: Гергебильской ЦРБ (ИП - 19,61, 4 сл.), Казбековской ЦРБ (ИП-13,34 – 6 сл.), Дербентской ЦРП (ИП - 20,67, 21 сл.), ЦГБ г. Даг. Огни (ИП - 39,10, 11 сл.), поликлиник г. Махачкалы: №4 (ИП - 68,91, 24 сл.), №2 (ИП - 54,11, 27 сл.), №3 (ИП - 33,19 - 10 сл.), №5 (ИП - 32,93, 9 сл.), №7 (ИП - 19,07, 7 сл.), №9 (ИП - 16,11, 6 сл.) и №6 (ИП-1433, 6 сл.).

Показатели инфицированности ВГВ в республике превышают показатели по РФ (15,98). В 2014 году в сравнении с 2013 годом показатель снизился на 38,1% и составил 16,83 (500 сл.) против 27,16 (796 сл.).

В целях активного выявления больных ХВГ в республике ежегодно проводятся скрининговые обследования контингентов групп риска на маркеры вирусных гепатитов методом ИФА. За 2014 год проведено более 217 тыс. исследований на маркеры вирусного гепатита В и более 236 тыс. исследований на маркеры ВГС среди контингентов групп риска. Охват обследованием составил 82,4% и 89,7% соответственно. Выявляемость HBsAg и анти-HCV составила 0,8% и 0,3% соответственно (в 2013 г. - 0,9% и 0,4% соответственно).

По данным ГБУ РД «РЦИБ», на диспансерном учете по поводу ХГВ по РД на 1.01.2015 года состоит 1462 больных, в т.ч. 7 детей.

На диспансерном учете по поводу ХГС по РД на 1.01.2015 года состоит 2041 больной, в т.ч. 14 детей. Из них доля больных ХВГС с генотипом 1а и 1в составляет 29,4% (601 чел.).

Из общего количества больных ХВГ (4031 чел. в т.ч. детей-21) состоящих на учете на 1.01.2015года в стадии фиброза -568 чел. (14,1%) и в стадии цирроза -104 (2,6%). Нуждаются в противовирусном лечении 874 чел., из них получают -171 (19,6%), в т.ч. пегасисом -97 чел.

В республике на диспансерном учете состоит более 8 тыс. «неактивных» носителей HBsAg, которые нуждаются в лабораторном обследовании с целью установления диагноза. Для того, чтобы наблю-

дать за этим контингентом лиц, инфицированных вирусом гепатита В, необходимо ежегодное их обследование с использованием ПЦР-диагностики с целью своевременного выявления репликации вируса и циррозирования.

В настоящее время в республике на недостаточно высоком уровне поставлена диагностика ХГВ у «неактивных» носителей $HB_sAg$. Отмечается рост числа носителей, нет активного диспансерного наблюдения за ними с целью своевременного выявления больного на ранних стадиях заболевания.

Об определенных проблемах в организации диагностики ВГВ свидетельствует низкая доля лиц, обследованных на вирусную нагрузку среди «неактивных» носителей $HB_sAg$.

Так, из числа носителей на вирусную нагрузку обследованы в 2014 году 39 чел. (0,4 % от общего кол-ва, в 2013г - 17 чел. - 0,2%).

В условиях, когда в республике имеется большое количество лиц, являющихся источниками инфекции, ситуация по иммунопрофилактике против ВГВ держится под постоянным контролем. За 2014 года выполнение плана иммунизации против ВГВ составило 94,1%. При плане 50 тыс. взрослого населения было привито в 2014 году - 47023 чел.

Анализ показателей охвата иммунизацией против ВГВ взрослого населения по РД за 2014 год в возрасте 18-35 лет составил 93,5%, в возрасте 36-55лет - 87,9%.

**Таким образом**, сложившаяся ситуация по заболеваемости хроническими вирусными гепатитами свидетельствует о необходимости повышения качества диспансерного наблюдения больных и носителей вирусов гепатитов, полноты лабораторной диагностики для раннего выявления больных хроническими вирусными гепатитами из числа носителей и групп риска. В связи с этим считаем целесообразным разработку республиканской программы «Профилактика вирусных гепатитов в РД».

# ПРИРОДНО-ОЧАГОВЫЕ ВИРУСНЫЕ ЛИХОРАДКИ: КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Абакарова М.К., врач-интерн, Гусейнова М.М., врач-интерн,
Адамова Н.М., врач-интерн

*Кафедра инфекционных болезней ФПК и ППС ДГМА*
*Научный руководитель: к.м.н., доц. Арбулиева Е.А.*

Природная очаговость некоторых инфекционных болезней, в том числе и вирусных известны врачам со времен Гиппократа. Основоположниками учения о природной очаговости были Д.К. Заболотный, Е.Н. Павловский и их многочисленные ученики и последователи (Г.А. Петрищева, В.Н. Беклемишев и др.).

Значительная часть вирусных природно-очаговых инфекций вызывается арбовирусами (от. лат. arthropoda - членистоногие + англ. borne - передающийся), передающимися через укусы кровососущих членистоногих. Другая робовирусами (от англ. rodent - грызун + borne - передающийся), циркуляция которых в природе связана с грызунами.

**Актуальность**. Геморрагические лихорадки (Febris haemorragica) - полиэтиологическая группа природно-очаговых острых вирусных инфекций с разнообразными механизмами передачи возбудителей, для которых характерны явления общей интоксации, развитие универсального капилляротоксикоза и геморрагического синдрома на фоне острого лихорадочного состояния.

В настоящее время известно 16 геморрагических лихорадок, большая часть которых является эндемическими для тропических регионов. В России широко распространена геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, реже регистрируются омская геморрагическая лихорадка, в Северокавказских регионах Российской Федерации эпидемические вспышки конго-крымской геморрагической лихорадки.

Природно-очаговые инфекции вызываются вирусами:

- рода Alphavirus семейства Togaviridae (от лат. toga - плащ), при этом поражения у человека протекают по типу системных лихорадок и вирусных энцефалитов;

- рода Flavivirus семейства Flaviviridae. при которых поражения у человека проходят по типу системных и геморрагических лихорадок, энцефалитов и смешанных поражений, протекающих с развитием лихорадки и энцефалита;

- рода Hantavirus - робовирусы;

- семейства Filoviridae (лат. filum - нить), из которого для человека патогенны вирусы геморрагических лихорадок Марбург и Эбола;

- рода Arenavirus семейства Arenaviridae (от лат. arena - песок), относящиеся к экологической группе робовирусов, все виды которого патогенны для человека, наиболее типичны тяжелые геморрагические лихорадки с высокой летальностью, гриппоподобные поражения и, реже, серозные менингиты.

- родов Orbivirus (вирусы Орунго и Кемерово) и Coltivius (вирус колорадской клещевой лихорадки) семейства Reoviridae, название которого предложил Сейбин в 1959 г. (от англ. respiratory - респираторный + enteric - кишечный + orphan - сиротский), включающие виды, патогенные для человека, позвоночных, насекомых и растений.

- рода Vesiculovirus семейства Rhabdoviridae, вызывающие везикулярный стоматит.

- родов Bunyavirus, Phlebovirus, Naiarovirus семейства Bunyaviridae, в которое входят около 250 вирусов. Название семейство получило от района Буньямвера (Уганда), где были выделены первые представители. Большинство членов семейства составляют арбовирусы. К роду Naiarovirus относится и вирус конго-крымской геморрагической лихорадки.

Клинически природно-очаговые вирусные инфекции могут проявляться в виде трех основных синдромов:

- системные лихорадки недифференцированного типа; они

- энцефалиты. В начальном периоде протекают по типу гриппоподобного синдрома, затем развиваются поражения ЦНС, часто заканчивающиеся летально;

- геморрагические лихорадки. В большинстве случаев наблюдают легкие формы с развитием гриппоподобного синдрома, тяжелые формы сопровождаются обширными кровоизлияниями в различные органы, артериальной гипотензией и шоковым состоянием. Поражения почек могут быть тяжелыми, особенно при инфекциях, обусловленных возбудителями, способными вызывать эпидемические вспышки.

Среди природно-очаговых инфекций значительное место занимают геморрагические лихорадки. Основными резервуарами возбудителей являются животные - приматы, грызуны, крупный и мелкий рогатый скот, клещи и др., в организме которых обычно развивается латентная инфекция с длительным персистированием вирусов, что обес-

печивает интенсивное заражение окружающей среды в энзоотических очагах. В отдельных случаях инфекция может приобретать антропонозный характер.

Механизмы заражения геморрагическими лихорадками разнообразны: трансмиссивный - при арбовирусных геморрагических лихорадках; аэрогенный, алиментарный, контактный - при аренавирусных геморрагических лихорадках, возможна парентеральная передача некоторых возбудителей лихорадок.

Восприимчивость к геморрагическим лихорадкам высокая, контингентами высокого риска заражения являются лица, имеющие тесный профессиональный контакт с животными или объектами дикой природы (лесорубы, геологи, сельскохозяйственные рабочие, работники вивариев и т.д.). Наиболее тяжелые формы болезни наблюдаются у людей, впервые посещающие очаги инфекции. У местных жителей часто наблюдаются легкие и субклинические формы болезни.

Летальность при геморрагических лихорадках колеблется от 1-5 до 50-70%.

В последние годы на отдельных территориях Северокавказского региона России, особенно граничащих с Республикой Дагестан, резко осложнилась эпидемиологическая ситуация по конго-крымской геморрагической лихорадке (ККГЛ). В 1999 г. в Ставропольском крае и Ростовской области возникли вспышки ККГЛ с числом заболевших 10 и 27 человек соответственно. В 2000 году вспышка ККГЛ в Ставропольском крае охватила уже несколько районов, в том числе и районы (Нефтекумский и Курссавкий), граничащие с Республикой Дагестан, с числом заболевших 48 человек, из них в 3-х случаях - с летальным исходом.

В Республике Дагестан ККГЛ впервые зарегистрирована в 2000 году, заболело 6 человек, 1 случай заболевания - с летальным исходом. Случаи заболеваний регистрировались в г. Махачкале - 2, в Тарумовском районе - 3, в Каякентском районе - 1 случай. Заражение людей происходило после укусов клещей - носителей вируса ККГЛ, а также при снятии клещей с заклещеванных животных и раздавливании их. С 2000 года в Дагестане заболело КГЛ - 44 человека (в 2000 г.-6 чел., 2001-10, 2002-7, 2003-2, 2004-1, 2005-3, 2006 – 3, в 2007-2, в 2008г-3, в 2009г.-1, в 2010г.-3сл., 2011г-3 сл.), из них с летальным исходом -2 ( в 2000г.-1сл.и 2011г-1сл.). Случаи регистрировались в 12 административных территориях республики: Тарумовском, Бабаюртовском, Кизлярском, Каякентском, Кизилюртовском, Гумбетовском,

Новолакском, Хасавюртовском, Акушинском, Ногайском, Унцукульском районах и г. Махачкала.

Неустойчивая эпидемиологическая обстановка по КГЛ в республике обусловлена стойкостью природных очагов, широким распространением клещей-переносчиков вируса КГЛ, наличием природных прокормителей в дикой фауне и среди домашних птиц как для клещей в преимагиальных фазах развития, так и для взрослых клещей среди сельскохозяйственных животных. Климатические условия республики также способствуют завершению полного цикла эмбриогенеза клещей-переносчиков КГЛ.

Заболеваемость регистрируется во всех возрастных группах, наибольшее количество случаев заболевших в возрасте от 20 до 60 лет (66%), 15-19 лет (25 %). Заражение, как правило, происходит при укусах или при раздавливании клещей незащищенными руками.

Пик заболеваемости КГЛ в Республике Дагестан приходится на первую-вторую декады июня, в связи с увеличением объема сельскохозяйственных полевых работ в сельской местности и активным отдыхом на природе среди городского населения. Начало массовой активности клещей, проявляющееся нападением взрослых клещей *H. marginatum* на людей, крупный и мелкий рогатый скот наблюдается ежегодно в период с начала апреля до середины мая.

В 2010 году вирусы КГЛ обнаружены в клещах в Бабаюртовском (62,8%), Кизилюртовском (44,3%), Кумторкалинском (41 %), Кайтагском (26%), Карабудахкентском (19,1%), Буйнакском (17%), Кизлярском (2.7%), Тарумовском (1,1%), Кировском районе г. Махачкала (48%)

В 2011 году согласно информации ФГУЗ «Дагестанская ПЧС» методом ИФА был выявлен антиген вируса КГЛ в полевом материале, доставленном из Буйнакского, Бабаюртовского, Унцукульского, Новолакского (Новострой) районах и г. Махачкале. По результатам исследований от 23.05.2011 года всего положительных проб в полевом материале выявлено 13 из 45 ( 29%). Основные виды клещей с антигеном вируса КГЛ: *Hyalomma marginatum, Rn.Sang., H.punet., Booph.Cale.*

В 2012году информация о выявлении антигена вируса КГЛ от ДПЧС не поступала.

Наиболее угрожаемыми территориями возникновения заболеваний ККГЛ являются Буйнакский, Бабаюртовский, Кизилюртовский, Кизлярский, Ногайский, Тарумовский, Хасавюртовский районы.

В настоящее время в связи с перегоном скота возможно ухудшение эпидемиологической обстановки и занос возбудителя ККГЛ в горные районы и на плоскость. Остается высоким количество лиц, пострадавших от уксусов клещей. В 2012году среди населения было зарегистрировано 397 укусов клещами ( на 11,4% меньше чем в 2011г. в связи с морозной зимой 2011-2012гг.) на 38 административных территориях, из них с провизорной целью госпитализировано 20 человек.

Таблица 1

**Количество случаев укусов в Республике Дагестан за 2008-2013 гг.**

| **Количество случаев** | **2008 год** | **2009 год** | **2010 год** | **2011 год** | **2012 год** | **2012 год** | **2013 год** | **2014 год** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Зарегистрировано случаев укусов клеща | 429 | 549 | 287 | 448 | 397 | 441 | 325 | 407 |
| Из них госпитализированы с подозрением на КГЛ | 8 | 52 | 49 | 48 | 20 | -- | 1 | 4 |
| Зарегистрировано случаев КГЛ | 3 | 1 | 3 | 3 | -- | -- | -- | - |

Неустойчивая эпидемиологическая обстановка по КГЛ в республике обусловлена стойкостью природных очагов, широким распространением клещей-переносчиков вируса КГЛ, наличием природных прокормителей в дикой фауне и среди домашних птиц как для клещей в преимагиальных фазах развития, так и для взрослых клещей среди сельскохозяйственных животных. Климатические условия республики также способствуют завершению полного цикла эмбриогенеза клещей-переносчиков КГЛ.

## *ТЕРАПИЯ*

# ПОКАЗАТЕЛИ ПЛАЗМЕННОГО ГЕМОСТАЗА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Шерифова Т.М., аспирантка

*Кафедра госпитальной терапии № 1 ДГМА*
*Научный руководитель: д.м.н., проф. Маммаев С.Н.*

**Актуальность.** Метаболический синдром (МС), согласно согласительному документу, является сочетанием дислипидемии, гипергликемии, инсулинорезистентности (ИР), артериальной гипертензии (АГ) и ожирения (в частности абдоминального ожирения).

Распространенность МС в два раза превышает распространённость сахарного диабета (СД), и в ближайшие 25 лет ожидается увеличение темпов его роста на 50%. По данным экспертов Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), распространенность МС колеблется в пределах от 20 до 40%, увеличивается с возрастом и имеет некоторые этнические, половые и возрастные различия.

Основа всех проявлений МС – первичная ИР (снижение реакции инсулинчувствительных тканей на инсулин при его достаточной концентрации) и сопутствующая системная гиперинсулинемия, которая является с одной стороны компенсаторной (необходимой для преодоления ИР и поддержания нормального транспорта глюкозы в клетки), а с другой – патологической (способствующей развитию метаболических, гемодинамических и органных нарушений, приводящих в конечном итоге к развитию НТГ, СД 2 типа, ИБС и других проявлений атеросклероза).

К настоящему времени накоплено достаточно данных, показывающих, что при МС развиваются нарушения плазменного гемостаза, которые способны приводить к тромбозам различной локализации, при этом наличие гиперинсулинемии или ИР может усиливать тромбогенные осложнения. Многие исследования свидетельствуют о том, что гипертриглицеридемия, как один из компонентов МС способствует нарушению в системе гемостаза: повышению содержания ингибитора тканевого активатора плазминогена-1 (ИТАП-1), фибриногена, таких факторов как II, V, VII, XIII.

**Цель исследования:** изучение содержания прокоагуляционных факторов: ИТАП-1, фибриногена, факторов II, V, VII, XIII у больных МС.

**Материалы и методы исследования.** В основную группу исследования были включены 55 больных МС в возрасте от 25 до 59 лет (средний возраст 45,0±7,8 лет), из них женщин 42 и 13 мужчин. Группу сравнения составили 25 практически здоровых человек: 17 женщин и 8 мужчин, средний возраст которых составлял 25,4±4,6 лет.

Диагноз МС был верифицирован на основании критериев Международной диабетической федерации (МДФ). Всем пациентам проводилось клинико-лабораторное и инструментальное исследование, которое включало определение в сыворотке крови уровня ИТАП-1, фибриногена, факторов II, V, VII, XIII, методом иммуноферментного анализа.

Статистическую обработку данных проводили с помощью программы «STATISTICA», с вычислением достоверности различия по критерию t Стьюдента.

**Результаты исследования.** Клиническая картина у большей части больных характеризовалась такими проявлениями как, избыточная масса тела, АГ, дислипидемией, ИР и НТГ. При осмотре выявлено повышение САД в основной группе больных, в среднем 144,5±20,4 мм рт.ст. по сравнению с контрольной группой (САД - 116±4,7 мм рт.ст.). Также было выявлено увеличение обхвата талии (ОТ) и обхвата бедер (ОБ).

Как видно из табл. 1 в основной группе больных МС наблюдалось значимое (p<0,001) повышение значений антропометрических показателей по сравнению с контрольной группой.

Таблица №1.

**Антропометрические показатели.**

| *Антропометрические показатели* | *Основная группа больных, n=55, M±m* | *Контрольная группа больных, n=25, M±m* |
|---|---|---|
| ***ИМТ (кг/м²)*** | 29,7±3,1*** | 22,5±1,5 |
| ***ОТ, см*** | 105,4±17,3*** | 72,2±7,8 |
| ***ОБ, см*** | 108,2±18,8*** | 102,4±5,1 |

Примечание: *** - P <0,001 разность показателей значима (по сравнению с контрольной группой).

У всех обследованных больных в сыворотке крови были определены показатели углеводного и липидного обмена (таблица №2).

Таблица №2.

**Показатели углеводного и липидного обмена в сыворотке**

**крови у больных МС.**

| *Исследуемые показатели* | *Основная группа, n=55, M±m* | *Контрольная группа, n=25, M±m* |
|---|---|---|
| ***Глюкоза натощак, ммоль/л*** | 6,52±0,3*** | 5,7±0,1 |
| ***Глюкоза через 2 ч., ммоль/л*** | 8,42±0,62*** | 5,83±0,61 |
| ***Инсулин, мкЕд/мл*** | 11,99±0,91*** | 8,34±0,9 |
| ***HOMA-IR*** | 3,48±0,39*** | 2,12±0,24 |
| ***Триглицериды, ммоль/л*** | 2,85±0,7*** | 1,81±0,4 |
| ***ЛПВП, ммоль/л*** | 0,65±0,15*** | 1,23±0,30 |
| ***ЛПНП, ммоль/л*** | 2,43±0,34*** | 1,80±0,26 |
| ***Общ.ХС, ммоль/л*** | 7,07±0,7*** | 4,73±0,8 |

Примечание: *** - Р <0,001 разность показателей значима (по сравнению с контрольной группой).

Из таблицы №2 видно, что у больных МС наблюдалось значимое (р<0,001) изменения уровня показателей углеводного и липидного обмена в сыворотке крови по сравнению с контрольной группой.

При изучении состояния плазменного гемостаза в сыворотке крови у больных МС были определены ИТАП-1, фибриногена, факторов II, V, VII, XIII (таблица №3).

Таблица №3.

**Содержание прокоагуляционных факторов в сыворотке крови у больных МС.**

| *Исследуемые показатели* | *Основная группа, n=55,* **M±m** | *Контрольная группа, n=25,* **M±m** |
|---|---|---|
| ***Итап-1, Ед/л*** | 12,36±2,84*** | 6,50±1,59 |
| ***Фактор II, протромбин, %*** | 154,92±5,93*** | 116,50±14,84 |
| ***Фактор V, АС-глобулин, %*** | 126,52±9,15 *** | 98,63±5,88 |
| ***Фактор VII, проконвертин, %*** | 149,14±11,26 *** | 105,88±13,65 |
| ***Фактор XIII, фибриназа, %*** | 105,42±2,86 *** | 99,81±0,75 |
| ***Фибриноген, г/л*** | 5,08±0,72 *** | 3,32±0,64 |

Примечание: *** - Р <0,001 разность показателей значима (по сравнению с контрольной группой).

Как видно из таблицы №3, у больных МС наблюдалось значимое (р<0,001) повышение уровня фибриногена, ИТАП-1, факторов II, V, VII,

XIII в сыворотке по сравнению с контрольной группой.

При исследовании корреляционных взаимосвязей между липидным и углеводным обменами и плазменным гемостазом, выявлена положительная значимая зависимость между уровнем ИТАП-1, фибриногена, факторов II, V, VII, XIII, с одной стороны, и содержанием триглицеридов, ЛПНП, глюкозы, с другой (таблице №4).

При изучении взаимосвязи между содержанием прокоагуляционных факторов V, XIII, ИТАП-1 и фибриногеном, нами выявлена отрицательная корреляция с уровнем ЛПВП (таблица №4).

Таблица №4.

**Корреляционная взаимосвязь между показателями углеводного и липидного обмена и прокоагуляционными факторами у больных МС (n=55).**

| *Степень корреляции* | *ИТАП-1, Ед/л* | *Фактор II, %* | *Фактор V, %* | *Фактор VII, %* | *Фактор XIII, %* | *Фибриноген, г/л* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ***Глюкоза, ммоль/л*** | **r=0,65***** | **r=0,66***** | **r=0,64***** | **r=0,72***** | **r=0,65***** | **r=0,49***** |
| ***Глюкоза через 2ч., ммоль/л*** | **r=0,66***** | **r=0,51***** | **r=0,71***** | **r=0,40***** | **r=0,35***** | **r=0,66***** |
| ***Инсулин, мкЕд/мл*** | **r=0,89***** | **r=0,71***** | **r=0.86***** | **r=0,74***** | **r=0,78***** | **r=0,75***** |
| ***Триглицериды, ммоль/л*** | **r=0,30**** | **r=0,27*** | **r=0,40***** | **r=0,32**** | **r=0,24*** | **r=0,25*** |
| ***ЛПНП, ммоль/л*** | **r=0,55***** | **r=0,35**** | **r=0,48***** | **r=0,37**** | **r=0,44***** | **r=0,47***** |
| ***ЛПВП, ммоль/л*** | **r=-0,40***** | **r= -0,19** | **r= -0,46***** | **r= -0,20** | **r= -0,28*** | **r= -0,40***** |
| ***Общ. ХС, ммоль/л*** | **r=0,57***** | **r=0,46***** | **r=0,64***** | **r=0,51***** | **r=0,47***** | **r=0,46***** |

Примечание: (*) - p<0,05; (**) - p<0,01; (***) - p<0,001

**Выводы:**

1. При МС отмечается значимое увеличение содержания в сыворотке крови фибриногена, ИТАП-1**,** факторов свертывания II, V, VII, XIII по сравнению со здоровыми лицами.

2. У больных МС установлено наличие достоверных корреляционных связей между показателями липидного и углеводного обменов и сывороточным содержанием прокоагуляционных факторов: фибриногена, ИТАП-1, II, V, VII, XIII.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АПЛАСТИЧЕСКИМИ АНЕМИЯМИ

Шамов И.А., профессор,
Сунгуров К.Т., студент 4 курса лечебного факультета,
Магомедов М.-Р.Н., студент 4 курса лечебного факультета

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней ДГМА*
*Научный руководитель; д.м.н., проф. Шамов И.А.*

**Обоснование исследования.**

Апластическая анемия (АА) – группа патологических состояний, характеризующаяся панцитопенией в периферической крови вследствие угнетения кроветворной функции костного мозга (2000 болезней от А до Я. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2010. Изд.2-е. С. 70-71). Они бывают приобретенными – вследствие воздействия вирусов, токсических веществ, лекарств, которые включают иммунные механизмы – подавление гемопоэтических клеток активированными Т-лимфоцитами и натуральными килерами. Бывают также наследственными, возникающими вследствие мутации ряда генов.

В то же время, нередко у больных апластической анемией при самом тщательном обследовании не удаётся найти её причину.

Клиника АА слагается из обычных признаков малокровия, иногда – кровоподтёки. Важный признак, отличающий эту болезнь от миелопролиферативных заболеваний – отсутствие спленомегалии.

При анализах крови – картина угнетения всех 3-х ростков: уменьшение эритроцитов и гемоглобина, лейкоцитов и тромбоцитов. Ретикулоцитопения. Почти правилом является высокая СОЭ (35-50 мм/час).

В костном мозге – уменьшено количество миелокариоцитов и мегакариоцитов, увеличено количество лимфоцитов, плазмоцитов.

Следует отметить чрезвычайные трудности лечения данной груп-

пы анемий. В ряде случаев у детей и пожилых людей встречаются так называемые гетероиммунные формы, которые могут излечиться. Все остальные случаи с достоверно установленным диагнозом АА практически неизлечимы. Единственная возможность излечения – пересадка костного мозга.

Тем не менее, лечить таких больных следует обязательно. «Золотой стандарт» лечения апластической анемии: антилимфоцитарный глобулин, циклоспорин А (сандиммун) и гранулоцитарный колониестимулирующий фактор. И другая, сопутствующая, симптоматическая терапия.

В данном нашем исследовании поставлена цель: дать оценку стационарному лечению таких больных в гематологическом отделении РКБ РД.

Задачи исследования: 1. Правильно ли лечат таких больных? 2. Достигается ли какой-либо успех за короткий период современного стационарного лечения?

**Материалы и методы.** Материалом для работы послужил архивный материал – истории болезни больных, находившихся на лечении в гематологическом отделении РКБ МЗ РД в 2013 году. Всего больных 24. Средний возраст больных 47,8±19,9 лет. Женщин 14 (59%), мужчин 10 (41%). Время пребывания в больнице 15,04 дня.

Методы исследования: выкопировки данных из историй болезни, составление анкет на каждую историю болезни. Обработка материала.

## Результаты исследования

### Гематологические данные при поступлении

Гемоглобин 55,68±14,1 г/л. Эритр. 2,37±0,52х$10^{12}$/л. ЦП 0,73. Ретикулоциты 1,5±1,5%. Тромбоциты 57,33±44,3х$10^{9}$/л. Лейкоциты 2,89±1х$10^{9}$/л. Лейкоформула: эозин. 1,66±0,57%, пал. 2±1,2%, сегм. 44,95±21,4%. Лимф. 33,27±12,5%. Мон. 4,33±1,8% ЖСК 29,08±30,7 мкмоль/л. Ферритин 402,63±309,1.

Из полученных данных можно видеть, что к моменту поступления больных в стационар у них имелась тяжёлая форма анемии. По цветовому показателю анемия была гипохромной. В определённой мере были сохранены и ретикулоциты. Оба эти показателя не очень характерны для АА. Однако остальные данные по периферической крови подтверждают этот диагноз: значительно уменьшены все 3 ростка кроветворения – красный, белый и тромбоцитарный. Поэтому диагноз не вызывает сомнения.

**Проводившееся лечение.**

Время пребывания в больнице 15,04 дня.

Проводившееся за это время лечение было следующим.

Сандиммун по 200 мг получало 9 чел., по 300 - 4 чел., по 400 мг - 1 чел. Колониестимулирующий фактор – лейкостим - применён 3 больным с лейкоцитами в периферической крови 2,8; 0,4 и $3,6x10^9$/л.

Эритропоэтин (веро-эпоэтин) получали 19 человек. Средняя доза 20 000 МЕ.

Глюкортикостероиды: преднизолон был назначен 7 больным в средней дозе 325 мг. Дексаметазон в средней дозе 12,4 мг в сутки – 10 человек и по 8 мг 10 человек, то есть средняя доза 10,2 мг, что эквивалентно 51 мг преднизолона или менее 1 мг/кг/м.т. 4 больных получали комбинированную терапию – и преднизолон и дексаметазон.

Фолиевую кислоту получали 15 человек. Средняя доза 8 мг в сутки. Витамин $B_{12}$ в средней дозе 500 мкг - 12 человек.

Витамин С – 11 человек. Витамин В6 – 10 человек. Корсил 7 человек. Физраствор внутривенно по 400 мл 7 человек и по 200 мл 7 человек. Глюкозу 0,5% 400 мл 7 человек.

Ещё ряд больных получали омез, различные антибиотики.

**Эффективность проведенного лечения (данные, полученные к моменту выписки).**

Нв 82,08±0,8 г/л. Эритр. $2,89±x10^{12}$/л. ЦП 0,82. Ретикулоциты 1,63±1,2%. Тромбоциты $62,3±40,9x10^9$/л. Лейкоц. $2,26±1,5x10^9$/л. Лейкоформула: эозин. 1,33±0,57%; пал. 1,8±1,3%; сегм. 47,36±17,3%. Лимф. 38,85±17,5%. Мон. 3,7±1,8%.

Расчёты показывают, что суточное прибавление гемоглобина составило 1,76 г/л. Такой эффект принято считать достаточным. Это же заключение подтверждается тем фактом, что вся группа больных в целом из градации «тяжёлая степень болезни» перешла в группу «средней тяжести» (Hb при поступлении 55,6± г/л, при выписке 82,08± г/л).

Если давать оценку проведенному лечению в целом, то можно сказать следующее: хотя суточное прибавление гемоглобина и было достаточным и состояние гемоглобинового здоровья пациентов улучшилось, всё же выздоровление не наступило. Следует сказать, что современное стационарное лечение большинства групп анемий в стационаре третьего уровня - Республиканской больнице МЗ РД - и не ставит перед собой задачу полного излечения болезни. Задача стационарного лечения несколько иная – ***определить правильный курс лечения, выявить, что он работает и направить на долечивание на***

***второй (районная больница) или третий уровень (амбулатория).***

Наши данные при оценке в целом свидетельствуют о том, что эта задача в РКБ МЗ РД для больных апластическими анемиями выполняется.

К сожалению, рассмотрение конкретно проведенных лечебных мероприятий свидетельствует о том, что имеют место многочисленные недостатки.

В настоящее время «золотым» стандартом лечения апластических анемий является тройная терапия: антилимфоцитарный глобулин, сандиммун и колониестимулирующий фактор. Как можно видеть из вышеприведенных данных о лечении, ***ни в одном случае изученных историй такое лечение не применено.***

Трое больных получали двойную терапию из «золотого стандарта»: сандиммун и колониестимулирующие факторы. Средний прирост гемоглобина у них составил 1,4 г/л то есть, был даже ниже, чем в целом по группе, хотя различия не достоверны.

Мы проанализировали наши данные также с точки зрения влияния лечения в зависимости от степени тяжести анемии. С группой «очень тяжелая анемия» было 8 человек, со средним гемоглобином 41,6, а «среднетяжелая» 1 человек со средним гемоглобином 64,1 г/л. Средняя прибавка за сутки в группе с очень тяжелой анемией составило 1,55 г/. То же в группе среднетяжёлых больных составило 2,35 г/л.

Эти данные лишь ещё раз подтверждают аксиоматическое положение – чем тяжелее болезнь, тем хуже она поддаётся лечению.

Как можно видеть из приведенных нами выше данных о лечении, 19 больных получали эритропоэтин (веро-эпоэтин) в средней дозе 20 000 МЕ. Возникает вопрос: как отнестись к такому лечению?

Если подойти к вопросу с большой меркой – то это следует считать ошибкой врача. Эритропоэтины – достаточно дорогие лекарства и их назначение всегда должно быть взвешенным. Но, в данном случае речь идёт даже не об этом. Как правило, при апластической анемии уровень эритропоэтинов в крови бывает повышенным. Поэтому здесь это были зря выброшенные деньги и труд медсестры.

Глюкокортикостериоды получали практически все. Средняя доза составила примерно 51 мг/кг/м.т., что также является явно недостаточной.

Большинство пациентов получали витамин В12 и фолиевую кислоту. Эти назначения также следует поставить под сомнение. В настоящее время лечение должно быть персонифицировано или персонализировано. А это означает, что врач, прежде чем назначить эти

препараты обязан определить у пациента их уровень. Однако это не делается. Одна из причин – анализы не производятся в РКБ МЗ РД, и они могут производиться лишь платно. А это не устраивает ни врача, ни больного, ни администрацию больницы. Это и хлопотно и чревато неприятностями для всех участников лечебного процесса. Больной может потребовать бесплатного их производства, ибо они входят в стандарт исследования. Лечащий врач может быт наказан, если он попросит больного сделать анализы за деньги.

Кроме вышеуказанных лекарств анализированные нами больные с АА получали ещё очень много лекарств. В данном исследовании мы не ставили целью оценить необходимость этих лекарств и обоснованность их назначения. В настоящее время практически любой поступающий в стационар больной коморбиден – у него не только основная болезнь, но и множество сопутствующих. И АА не исключение. У 7 из наших больных было по 1 сопутствующей болезни, а у 8 - по 2.

Поэтому, возможно, что лекарства и были необходимы. И всё же врачи должны более строже подходить к назначению сопутствующей терапии. Надо больше работать с больным на психологическом уровне, лечить его словом, внушением, разъяснением его болезни, вреда и пользы лекарств. Эта – не менее важная сторона врачевания и излечения больного, чем назначение лекарств. Кроме того, это немаловажная сторона врачебной деятельности, учитывая современное нищенское обеспечение медицины в нашем государстве. Чем строже мы будем подходить к лечению, тем больше будет у нас возможность лечить современными основными лекарствами всех больных.

Хотя… При современном иезуитском состоянии дел в России, я сам не уверен в том, что было сказано выше. Если все средства скопом поступают в РКБ на больных всех профилей, нет никакой уверенности в том, что сэкономленные в гематологическом отделении средства будут ему же возвращены, использованы для блага наших же больных. Ведь никто сегодня не контролирует, сколько средств расходуется хотя бы на 10% больных, которые лечатся в хирургических стационарах и на 90% больных терапевтического профиля.

## БОЛЕЗНЬ БЕХЧЕТА В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА-ИНТЕРНА

Абдуллаева А.А., врач-интерн,
Ахмедова Ф.Д, доцент,
Абасова А.С., ассистент

*Кафедра госпитальной терапии №3 ДГМА*
*Научный руководитель: д.м.н., проф. Эседов Э.М.*

**Актуальность.** Тема моей статьи Болезнь Бехчета. Мы считаем ее довольно интересной, поскольку встречались с ней в своей практике и заметили, что она затрагивает мое поколение и протекает полисимптомно.

**Цель.** Обратить внимание специалистов на появлении первых признаков данного заболевания и предотвратить серьезные осложнения.

По данным литературы, болезнь Бехчета относится к группе системных васкулитов с поражением мелких и средних артерий и вен, рецидивирующими эрозивными изъязвлениями слизистых рта, гениталий, глаз, кожи и вовлечением внутренних органов и суставов. Несмотря на то, что болезнь диагностирована в странах Дальнего и Ближнего Востока, она также встречается в России, в частности на территории Дагестана. У детей болезнь Бехчета наблюдается редко. Средний возраст заболевания от 20 до 35 лет. Около 3% от общего числа заболевших составляют подростки до 16 лет. Считается, что в развитии заболевания основную роль играет генетический фактор, но и важное значение имеют и провоцирующие факторы, к которым в частности относятся различные инфекции (бактериальные, вирусные). Мужчины более тяжело переносят заболевание и часто возникают осложнения.

Симптомы болезни многообразны, но определяющими являются воспалительные поражения глаз и афтозные изъязвления слизистых гениталий и полости рта. На слизистой щек, деснах, небе, языка возникают мелкие везикулы, заполненные непрозрачным содержимым, которые вскрываются с образованием ярко-розовых язвочек диаметром от 2 до 20 мм. Заживление занимает до 1 месяца, но рецидивы возникают 3-4 раза в течение года.

Для болезни Бехчета характерно развитие рецидивирующего ирита и иридоциклита, увеита, конъюктивита, кератита. Пациенты отмечают слезотечение, резь в глазах, затуманенность зрения, повышенную светочувствительность. В некоторых случаях происходит быстро

прогрессирующее поражение глаз, вследствие чего молодые люди полностью теряют зрение.

Кожные симптомы включают узловатую эритему, сыпь, папулы, язвы, фолликулиты.

Со стороны опорно-двигательной системы у 50-60% развивается олиго - или моноартриты с поражением голеностопных, коленных, лучезапястных суставов. Артриты протекают без деструкции суставов.

Неврологические симптомы при болезни заключаются в развитии менингоэнцефалита, спинномозговых и стволовых расстройств, отека зрительного нерва вследствие повышения внутричерепного давления.

Сосудистые расстройства проявляются васкулитом, тромбофлебитом, тромбоэмболией легочной артерии. Также поражаются желудочно-кишечный тракт, сердце, легкие.

Для предположения болезни Бехчета достаточно присутствие 3х из перечисленных симптомов при обязательном наличии афтозного стоматита. Но в нашей практике встречались случаи, когда имелись только 2 симптома (узловая эритема + увеит, узловая эритема + генитальные язвочки) и для уточнения диагноза проводилась проба патергии. Спустя 24-48часов после выполнения инъекции на месте укола развивается реактивное воспаление. Проба патергии не является специфичной при данном заболевании, так как она может быть "отрицательной" при наличии активной клиники заболевания.

Начало болезни Бехчета бывает как постепенным, так и острым. В детском возрасте с момента проявления первых симптомов (рецидивирующий стоматит, головная боль, немотивированная лихорадка) до развернутой картины болезни нередко проходит несколько лет (иногда до десяти лет).

Второй год пациент пытается найти врача, который сможет ему помочь. В течение этих лет неоднократные рецидивы в виде болезненных, длительно не заживающих язв на слизистой рта. При дополнительном расспросе выясняется, что рецидивы заболевания сопровождаются ухудшением общего самочувствия, слезоточивостью, болезненностью суставов и раздражением слизистых в области гениталий . При осмотре: на слизистой губ и щек обнаруживают афты размерами от 0,7 до 1,5 см в диаметре, дно их покрыто белесоватым налетом, с четко очерченными валикообразными краями с яркой гиперемией. Также имеются умеренные проявления гиперпластического гингивита. В области половых органов очаги эритемы с эрозиями и

язвами. Склеры глазных яблок гиперемированы, с расширенными сосудами. Тест-на неспецифическую гиперчувствительность характеризуется появлением через сутки на месте укола кожи инъекционной иглой папуло-пустулезной сыпи с серозным содержимым.

**Заключение.** Болезнь носит хронический рецидивирующий характер и плохо поддается лечению. Периоды временного благополучия сменяются рецидивами, причем в начале болезни рецидивы наблюдаются достаточно часто, тогда как по мере увеличения длительности заболевания их количество снижается, а иногда и прекращается совсем.

В случае, если у пациента диагностирована изолированная форма болезни Бехчета, которая приводит только к поражению наружных слизистых оболочек, прогноз дальнейшей жизни удовлетворительный. И, напротив, при вовлечении центральной нервной системы, внутренних органов, сосудов и глаз - прогноз неблагоприятен. Около 5% больных погибают от следующих причин: разрыв аневризмы пораженных сосудов, поражение центральной нервной системы, перфорация кишечника.

## ОЦЕНКА ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ РИСКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Гафаров Д.А, студент

*Южно-Уральский Государственный Медицинский Университет Челябинск, Россия*
*Научный руководитель: к.м.н., доцент Чулков В.С.*

**Актуальность.** Венозные тромбоэмболические осложнения (ВТЭО) занимают третье место в структуре причин смерти от сердечнососудистой патологии, уступая лишь инфаркту миокарда и инсульту. До 70-80 % фатальных эпизодов тромбоэмболии легочной артерии приходится на нехирургических пациентов. У терапевтических пациентов риск ВТЭО существенно недооценен. В связи с чем, представляется актуальной оценка риска венозных тромбоэмболических осложнений у пациентов с хронической сердечной недостаточностью в аспекте гендерных различий.

**Цель.** Оценить гендерные различия риска венозных тромбоэмболических осложнений у пациентов с хронической сердечной недоста-

точностью (ХСН).

**Материалы и методы исследования**. Тип исследования: случай-контроль. Критерии включения: возраст старше 18 лет, наличие медицинской документации. Критерии исключения: отсутствие ХСН, терминальные состояния, психические заболевания. Проводился анализ историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в Городской клинической больнице № 11 г. Челябинска в 2014 году. В исследование включено 130 пациентов (средний возраст 65,9±11,5 лет): в группу 1 – вошли 52 мужчины, в группу 2 – 78 женщин. Оценка риска ВТЭО проводилась с помощью шкалы Caprini (2005).

**Результаты**. Различий по среднему возрасту в группах сравнения выявлено не было, хотя в группе 2 чаще встречались женщины в возрасте 61-74 года (52,6 % vs 36,9 % в группе 1), а в группе 1 – мужчины в возрасте 41-60 лет (42 % vs 20,5 % в группе 2) . Среди всех пациентов преобладала I стадия ХСН (у 65,4 % мужчин и у 59 % женщин), среди женщин несколько чаще встречалась IIa стадия (29,5 % против 19,2 % у мужчин) и IIb стадия (11,5 % против 9,6 % у мужчин), III стадия отмечена только у 5,8 % мужчин. При сравнении частоты факторов риска ВТЭО в группах среди женщин чаще, чем у мужчин, встречались такие факторы риска, как избыточная масса тела/ожирение (14,1 % vs 7,6 %, $p<0,05$), варикозное расширение вен нижних конечностей (35,9 % vs 19,2 %, $p<0,05$), наличие злокачественных новообразований в анамнезе (5,1 % при отсутствии среди мужчин). Среди мужчин чаще встречались острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе (11,6% vs 3,8% у женщин, $p<0,05$) и хроническая обструктивная болезнь легких (30,8 % vs 12,8 %, $p<0,05$). При оценке риска ВТЭО по шкале Caprini только 9,6 % мужчин и 6,4 % женщин относились к группе низкого риска. Большинство же женщин относилось к группе высокого (50 %) и очень высокого риска (33,3 %), среди мужчин только чуть больше половины относились к группе высокого (36,6 %) и очень высокого риска (28,8 %). Специфическая профилактика ВТЭО проводилась у 29,5 % женщин (необходимость проведения требовалась у 93,6 %) и у 14,1 % мужчин (необходимость проведения требовалась у 91,4 %).

**Выводы**: 1. Пациенты с хронической сердечной недостаточностью чаще всего относятся к группе высокого и очень высокого рисков развития венозных тромбоэмболических осложнений. 2. У женщин с хронической сердечной недостаточностью чаще встречаются такие факторы риска венозных тромбоэмболических осложнений, как возраст

старше 60 лет, избыточная масса тела/ожирение и варикозное расширение вен нижних конечностей, тогда как у мужчин чаще отмечаются острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе и хроническая обструктивная болезнь легких. 3. Пациентам с хронической сердечной недостаточностью независимо от возраста требуется проведение оценки риска по шкале Caprini для своевременного выбора рекомендаций по профилактике венозных тромбоэмболических осложнений.

## ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ВАСКУЛИТЫ В ЭТНОСАХ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

Адамов А.А., студент 4 курса лечебного факультета

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней ДГМА*
*Научный руководитель: д.м.н., проф. Шамов И.А.*

**Актуальность проблемы: Васкулиты или ангииты – группа** заболеваний, в основе которых лежит иммунопатологическое воспаление сосудов – артерий, артериол, капилляров, венул и вен. Как правило, следствием этого является изменение структуры и функции тех органов и тканей, которые снабжают кровью пораженные сосуды.

Причины возникновения заболевания остаются неизвестными . Предполагается комбинация генетической предрасположенности с факторами внешней среды, а также инфекции.

**Краткая классификация васкулитов.** Васкулиты подразделяются на **первичные –** вызванные воспалением самих сосудов, и **вторичные** – при которых воспаление сосуда является реакцией на другое заболевание.

**ВАСКУЛИТЫ ПЕРВИЧНЫЕ**

**Васкулиты крупных сосудов**

**Гигантоклеточный артерии:** (синонимы: «височный артериит», «болезнь Хортона»): боли (преимущественно в височной области). Расстройства зрения, проявляющиеся во временной слепоте и двоении в глазах. Возникновение чувства усталости жевательных мышц, а также мышц языка. Пальпаторно узловатость и болезненность височных артерий.

**Артериит Такаясу:** тромботическое или другой этиологии поражение дуги аорты. Симптомы: слабость, отсутствие пульса на лучевой

артерии. Эпизоды церебральной ишемии или инсульт.

**Васкулиты сосудов среднего размера**

**Нодозный ( узелковый периартериит) полиартериит:** похудание, слабость, адинамия. Сетчатое ливедо, кожные сыпи, узелки (аневризмы сосудов или гранулемы) в коже или подкожной клетчатке, боли в мышцах, коронариты с развитием стенокардии или инфаркта миокарды, миокардиты, кардиосклероз, нарушения ритма, артериальная гипертензия. Поражение почек: протеинурия, микрогематурия, цилиндурия, быстрое развитие почечной недостаточности.

**Болезнь Кавасаки**: лихорадка, поражения кожных покровов и слизистых, сердца и сосудов. Встречается в основном до 5 летнего возраста.

**Васкулиты мелких сосудов**

**Гранулематоз с полиангиитом (болезнь Вегенера):** ринит с образование язв в носу, нередко с деструкцией хряща носа, синусит, трахеит, в легких очаги воспаления, которые, как правило, выявляются рентгенологически. Поражения почек – протеинурия, гематурия, развитие почечной недостаточности. Образование в пораженных областях гранулем.

**Микроскопический полиангиит:** особая форма узелкового полиартериита, близкая к гранулёматозу Вегенера. Лихорадка, мигрирующие артралгии и миалгии, геморрагическая пурпура; язвенно – некротический ринит без деструкций, поражение лёгких – кровохарканье, одышка, боли в грудной клетке. Быстропрогрессирующий гломерулонефрит с нарастающей почечной недостаточностью. В местах поражения гранулёмы не выявляются.

**Эозинофильный гранулематоз с полиангиитом (синдром Чарга – Стросса):** аллергические проявления ( ринит, поллиноз и др.). Эозинофилия периферической крови и тканей, в том числе и эозинофильная пневмония. Развитие бронхиальной астмы, системного васкулита.

**Иммуноглобулиг – А васкулит (болезнь Шёнлейна – Геноха) (синонимы: «геморрагический васкулит», пурпура Шёнлейна – Геноха):** мелкопятнистая, симметрично расположенная эритематозная кожная сыпь, не исчезающая при надавливании. Локализация чаще – разгибательные поверхности конечностей, вокруг суставов, на ягодицах. На коже лица, туловища, ладонях и стопах бывают реже. Могут быть различные кровотечения.

**Болезнь Бехчета:** длительный рецидивирующий афтозный (яз-

венный) стоматит, язвочки на половых органах, реже в области суставов, увеит, артрит, венотромбозы.

И целый ряд других.

***ВАСКУЛИТЫ ВТОРИЧНЫЕ***

**Криоглобулинемические васкулиты, ассоциированные с вирусом гепатита С:** холодовая крапивница со стойкими малозудящими уртикарными элементами ( 70-100% больных), синдром Рейно, акроцианоз, сетчатое ливедо, некрозы кожи, поражение периферической нерной системы (сенсомоторная нейропатия), артраогии, абдоминальные боли (васкулит ЖКТ) и гломерулонефрит ( у 20-30%).

**Васкулиты ассоциированные с вирусом гепатита В.**

**Иммуннокомплексные васкулиты, ассоциированные с медикаментами** ( все они по клинике похожи на геморрагический капилляротоксикоз ) и множество других**.**

**Эпидемиология.** Изучение эпидемиологии первичных системных васкулитов представляет собой большую сложность. Во многом это связано с редкостью заболеваний и трудностью их диагностики. Вот некоторые данные.

**Болезнь Такаясу.** ( Индия, Китая, Япония). Гендерные данные: М:Ж – 1.5. Возраст 20-30 лет. Заболеваемость на 1 000 000 человек в год 2-6. Болезненность 100 000 в год 6,4.

**Узелковый полиартериит.** (Азия). Гендерные данные: М:Ж – 1:5 – 3:1. Возраст 45-75 лет. Заболеваемость на 1 000 000 в год 1. Болезненность на 100 000 нет данных.

**Гранулём Вегенера.** ( Европейские страны ) Гендерные данные: М:Ж - 1:1. Возраст 45-75 лет. Заболеваемость нп 1 000 000 человек в год 3-1. Болезненность на 100 000 в год 40-60.

**Болезнь Бехчета.** ( Япония, Китай, Корея). Гендерные данные М:Ж – 1:1,3. Возраст 30 лет. Заболеваемость на 1 000 000 человек 2 в год, болезненность на 100 000 в год 3.

По другим васкулитам данных нет.

**Цель данного исследования:** определить распространённость различных васкулитов среди этносов Республики Дагестан по обращаемости. Разумеется, что эпидемиология по обращаемости будет неточной однако она даёт данные, позволяющие говорить ориентировочно и о распространении этих заболеваний.

**Материалы и методы:** материалами послужили истории болезни больных лечившихся в отделении артритов и васкулитов РКБ МЗ Рес-

публики Дагестан за 2011-2014 г.

Методы исследования: выкопировка необходимых данных из историй болезни больных в специальные анкеты, их последующий анализ.

Исследование было ретроспективным и этическим комитетом было разрешено его проведение.

**Результаты**

Из исследуемых 59 историй болезни, были получены следующие данные. Мужчин 19 ( 32.2%), а женщин 40 ( 68.8%).

**Этнические данные**

Больные оказались представителями 5 основных этносов РД: аварцев, даргинцев, кумыков, лезгинов и табасаранцев. Всего выявлено 59 заболевших. Из них аварцев 16, даргинцев 20, кумыков 11, лезгинов 7 и табасаранцев 5. Если определить заболеваемость по этим цифрам в среднем по популяции получаются следующие данные.

Аварцы : численность в РД по переписи населения 2010 г. 850 000 человек, заболеваемость 0,0018%.

Даргинцы: численность 490 000, заболеваемость 0.004%.

Лезгины: численность 387 000, заболеваемость 0,0018%.

Кумыки: численность 431 000, заболеваемость 0,0025%.

Табасаранцы: численность 118 000, заболеваемость 0,0042%.

Таким образом, если ранжировать заболеваемость по наибольшей частоте, выходит следующий ряд: табасаранцы(0,0043%);даргинцы(0,004%); кумыки(0,0025%). Два оставшихся этноса (аварцы и лезгины) занимают одинаковое место в ряду с заболеваемостью 0,0018%.

**Формы заболеваний**

Системных васкулитов(типа синдрома Такаясу, узелкового полиартериита) было 24 пациента (40, 67%)

Геморрагических васкулитов (типа Шёнлейн – Геноха) – 26 (44,06%)

Дермальных васкулитов – 9 ( 15,25%).

**Распространение этих форм васкулитов среди этносов Республики Дагестан:**

Системные васкулиты: аварцы 10 человек (62,5%); даргинцы 10 (50%); кумыки 1 (9%); лезгины 1 (14,2%); табасаранцы 2 (40%).

Геморрагические васкулиты: аварцы 4 (25,5%); даргинцы 7 (35%); кумыки 7 (63,6%); лезгины 6 (85,75%); табасаранцы 2 (40%).

Дермальные васкулиты: аварцы 2 ( 12,5%); даргинцы 3 (15%); кумыки 3 (27,2%); лезгины 0; табасаранцы 1 (20%).

**Симптоматика**

Различные кожные элементы выявлены у 55 человек (93,22%). По этносам: аварцы у 15 (93,75%); даргинцы 18 (90%); кумыки 11 (100%) лезгины 7 (100%) и табасаранцы 1 (20%).

Боли в суставах у 49 больных (83%). По этносам: аварцы 15 (93,75%); даргинцы 17 (85%); кумыки 6 (54,5%); лезгины 7 (100%); табасаранцы 4 (80%).

Повышение температуры у 18 больных (30,5%). По этносам: аварцы 6 (37,5%); даргинцы 5 (25%); кумыки 3 (27,2%); лезгины 3 (42,8%); табасаранцы 1 (20%).

**Обсуждение.** Таким образом, по данным обращаемости, васкулиты среди пациентов, поступающих в отделение и артритов Республиканской клинической больницы МЗ РД встречаются в основном среди 5 наиболее крупных этносов Республики Дагестан – аварцев, даргинцев, кумыков, лезгин и табасаранцев.

Представляет интерес то обстоятельство, что из двух достаточно больших этносов Республики Дагестан – лакцев (161 000 человек) и ногайцев (40 000) не поступил ни один больной. Можно было бы это явление объяснить влиянием климатических условий. Дело в том, что все ногайцы и более 117 000 из 161 000 лакцев проживают на Прикаспийской низменности в условиях сухого климата и достаточно мягкой зимы. Эта гипотеза в какой то мере опровергается тем, что и кумыки также в подавляющем большинстве испокон веков живут на той же Прикаспийской низменности, однако заболеваемость среди них достаточно высокая, хотя и не достигает цифр живущих в горных условиях аварцев и даргинцев.

Таким образом, вопрос отсутствия васкулитов среди лакцев и ногайцев остается неясным и подлежит дальнейшему изучению с привлечением обширных данных.

Учитывая, что в нашем исследовании речь идёт об определении частоты васкулитов по обращаемости, нам сложно достоверно говорить об их распространённости в РД, по сравнению с другими регионами мира. В целом заболеваемость (59 человек на 3 млн. жителей) составляет цифру с 4 нулями (0,0000196%), что значительно меньше чем в других странах мира. Однако повторимся – распространённость по обращаемости вычислять нельзя. Или можно, просто для интереса, но не для науки.

**Распространенность форм васкулитов среди этносов Дагестана**

Рейтинг по нисходящей частоте следующий:

1) Системные васкулиты: аварцы, даргинцы, табасаранцы, лезгины, кумыки.

2) Геморрагические васкулиты: лезгины, кумыки, табасаранцы, даргинцы, аварцы.

3) Дермальные васкулиты: кумыки, табасаранцы, даргинцы, аварцы, лезгины.

Таким образом можно видеть, что системными васкулитами чаще болеют аварцы и даргинцы, геморрагическими - лезгины и кумыки, дермальными – кумыки и табасаранцы.

***Выводы***:

1) Все классы васкулитов встречаются в Республике Дагестан в основном среди 5 наиболее многочисленных этносов: аварцев, даргинцев, кумыков, лезгин и табасаранцев.

2) представляет определенный интерес то, что с васкулитами не поступил ни один больной из двух других достаточно больших этносов – лакцев и ногайцев.

3) По основным признакам васкулитов ( кожным высыпаниям, болям в суставах и повышению температуры) в различных этносах выявлены определенные различия, однако они достоверны лишь для болей в суставах.

4) Установлены существенные различия среди этносов по формам болезни: системными васкулитами чаще болеют аварцы и даргинцы, геморрагическими - лезгины и кумыки, дермальными – кумыки и табасаранцы.

**Литература:**

1) Абдулпатахов Д.Д., Шамов И.А.. Васкулиты. Махачкала: ИПЦ ДГМА. 2011. 127 с.

2) Реватология ( клинические рекомендации ( под ред. Е.Л. Насонова). М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005.266с.

3) Чучалин А.Г. Первичные системные васкулиты//Тер. Арх. 2002, N 3. С. 5-11.

4) Шамов И.А. Абдулпатахов Д.Д., Гитинова З.Х., Абдулпатахова Э.Э., Дадаева Б.Н., Алигаджиев Ш.С. Болезнь Бехчета в Дагестане// Науч. И практ. Ревматол. 2004, N 4. С. 39-41.

5) Шамов И.А., Абдулпатахов Д.Д., Алигаджиев Ш.С. Поражение ЖКТ при болезни Бехчета// Клин. Мед., 2005, N 8. С. 76-77.

# ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ И ОЦЕНКА ИХ ПРИВЕРЖЕННОСТИ к ЛЕЧЕНИЮ В ИНФАРКТНОМ ОТДЕЛЕНИИ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ №2 (г. МАХАЧКАЛА)

Абдуллаев А.М., студент 3 курса лечебного факультета

*Кафедра патологической физиологии, ДГМА*
*Научный руководитель: д.м.н., проф. Саидов М.З.*

**Актуальность.** Смертность больных острым коронарным синдромом(ОКС), частота возникновения у них различных осложнений остаются высокими. Причем отмечаются выраженные различия соответствующих показателей как между разными странами, регионами, так и отдельными лечебными учреждениями. Учёт характеристики больных с ОКС и приверженности лечению актуальны для правильной организации лечебно-диагностических мероприятий в будущем, рационального и эффективного использования медикаментозных средств для этой категории пациентов.

**Цель:** получить объективную и достоверную информацию о демографических, анамнестических характеристиках больных с ОКС, а также о реальном повседневном лечении больных с ОКС в Республиканской больнице №2 (РБ №2), г. Махачкала; на основании полученной информации определить пути улучшения стационарного лечения больных с ОКС.

**Материал и методы исследования.** Проведен ретроспективный анализ медицинских стационарных карт пациентов, поступивших в инфарктное отделение РБ №2 с выкопировкой материала из них согласно протоколу анализа. Для исследования выбраны медицинские стационарные карты пациентов, поступивших в I квартале 2013 г. (сплошная выборка).

**Результаты исследования.** Всего проанализировано 136 медицинских карт пациентов, поступивших с диагнозом «ОКС». Средний возраст включенных больных составил 64,7±12,1 лет (минимум 31, максимум 93 года). Доля женщин составляла 42,8%. Анамнестические данные их представлены в табл. 1. В большинстве случаев до поступления в стационар пациенты страдали артериальной гипертензией и сахарным диабетом (в 90% случаев 2 типа). Курение имело место в 32% случаев.

В первые дни наблюдения показатели биохимического лабораторного исследования повышались: АСТ у 8%, АЛТ у 12%. Положи-

тельный тропониновый тест регистрировался у 4% поступивших лейкоцитоз – в 23% случаев ОКС.

Таблица 1.

**Анамнестические данные пациентов, включенных в исследование**

| Показатель | Есть (%) | Нет (%) |
|---|---|---|
| Заболевания легких | 10,5 | 89,5 |
| Стабильная стенокардия | 47,8 | 52,2 |
| Артериальная гипертензия | 76,4 | 23,6 |
| Сахарный диабет | 19,3 | 80,7 |
| Курение | 32% | 68% |

Самыми часто применяемыми группами препаратов оказались β-адреноблокаторы (БАБ) и антиагреганты, реже применяются ингибиторы АПФ. Кроме этого в 54% случаев пациентам назаначались статины, а в 68% – антикоагулянты (таблица 2).

Таблица 2.

**Частота использования различных препаратов у пациентов с ОКС**

| Препарат | Частота использования (%) |
|---|---|
| β-адреноблокаторы внутрь | 83 |
| Статины | 54 |
| Ингибиторы АПФ | 39 |
| Антикоагулянты | 68 |
| Антиагреганты | 82 |

Вовсе не применялись чрескожные вмешательства (ЧКВ) – ангиопластика и стентирование.

Наиболее часто регистрируемым ЭКГ-признаком у поступивших с ОКС является нарушение реполяризации (46%). Другие изменения на ЭКГ: блокады проводящей системы желудочков сердца наблюдались в 32% случаев, подъём сегмента *ST* – у 6%, депрессия сегмента *ST* – у 13%, патологический зубец *Q* – у 5%.

При выписке основным клиническим исходом ОКС по данным исследования является прогрессирующая и впервые возникшая стенокардия (таблица 3).

Таблица 3.

**Клинические диагнозы при выписке из стационара**

| Диагноз при выписке | Частота (%) |
|---|---|
| Прогрессирующая стенокардия | 43 |
| Стенокардия напряжения | 15 |
| Впервые возникшая стенокардия | 33 |
| Не ИБС | 4 |
| Инфаркт миокарда | 5 |

Подавляющее большинство выписанных пациентов – это пациенты с нестабильной стенокардией: прогрессирующая стенокардия – у 43%, впервые возникшая стенокардия – у 33%. Клинические диагнозы, не относящиеся к ИБС – в 4% случаев.

В такой небольшой выборке из 136 пациентов в течение трехмесячного периода анализа медицинских карт случаев смерти не наблюдалось.

**Выводы.**

1.У пациентов с ОКС наиболее часто применяемыми препаратами являются β-адреноблокаторы и антиагреганты, реже применяются статины и ингибиторы АПФ. ЧКВ (ангиопластика и стентирование) не используется вообще.

2.У абсолютного большинства больных ОКС трансформировался в нестабильную стенокардию (у 43% прогрессирующая, у 33% впервые возникшая), инфаркт миокарда развился только у 5% пациентов.

3.Отразилась часть недостатков лечения больных ОКС, являющихся типичными для всего лечения ОКС в нашей стране – недостаточное полное следование современным руководствам по лечению, что пагубно отражается на исходах.

# РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АЛЛЕРГОПАТОЛОГИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

Саругланов С.Р., студент 4 курса стоматологического факультета,
Шамилов А.А., студент 3 курса

*Кафедры госпитальной терапии № 3 ДГМА и профессиональной подготовки НОУ ВПО «Дагестанский медицинский стоматологический институт»*
*Научный руководитель: д.м.н., проф. Шихнебиев Д.А.*

**Введение.** Аллергические заболевания в настоящее время являются одними из самых распространенных заболеваний на земле. По данным ВОЗ не менее 35% населения земного шара страдает аллергическими заболеваниями. В нашей стране, по официальной статистике, в зависимости от региона аллергическим заболеваниям подвержены от 10 до 15% населения. Однако истинный показатель заболеваемости еще выше, ибо обращаемость населения в аллергологические кабинеты имеет место в случаях сформировавшегося заболевания, ранние же симптомы болезни часто остаются невыявленными. При этом методов полного излечения аллергопатологии не существует, а понятие «выздоровление» необходимо рассматривать как длительную клиническую ремиссию. С учетом вышеизложенного, одной из важных задач практического врача является своевременное выявление, а в дальнейшем и лечение аллергопатологии.

**Цель исследования.** Изучение распространенности аллергопатологии и факторов их риска среди студентов медицинских вузов с помощью анкеты-опросника.

**Материал и методы.** Исследование проводилось в три этапа. На первом этапе составлена анкета на предмет выявления аллергического заболевания, которая включала паспортные данные и 8 вопросов (имеются ли аллергические заболевания у самого и у родителей, какие конкретно проявления аллергической реакции, длительность аллергии, на что аллергическая реакция, существует ли сезонные обострения и т.п.); на втором этапе проводили анкетирование 386 студентов 1-3 курсов (144 студента Даггосмедакадемии и 142 студента Дагмедстоминститута (мальчиков – 168, девочек – 218) в возрасте от 16 до 20 лет; на третьем этапе анализировали результаты исследования.

**Результаты.** Всего аллергопатология выявлена у 86 (23,1%) студента. Среди мальчиков аллергические реакции отмечались у 31 (18,5%) из 168, среди девочек – у 55 (25,2%) из 218. Более половины респондентов (56,0%) отметили наличие аллергических реакций среди родителей. Наиболее частым аллергеном являлась пыль «домашняя, от животных» (22 случаев). Менее часто отмечалась аллергия моющие средства (у 12), духи (10), на холод (у 9), пыльца растений (у 8), сладости (у 7), шерсть (у 6). У 42 (48,8%) отмечались сезонные обострения аллергии. У каждого 5-го (20,9%) случаях выявлена аллергия на 2 и более аллергена. Среди опрошенных наиболее часто встречались болеюшие более 5 лет 18 (52,9%). Наиболее частыми проявлениями аллергии являлись: чихание – 23 (26,7,6%) случаев, ринорея – 15 (17,4), покраснения кожи – 13 (15,1%) случаев. Наиболее часто применяли следующие антиаллергические препараты: супрастин, тавегил, диазолин, кларитин. Эффективность от лечения основными препаратами отметили только лишь 44 (51,2%) из 86 респондентов.

**Выводы.**

1. Почти у ¼ студентов медицинских вузов встречается аллергопатология (у девочек чаще, чем у мальчиков);
2. В более половины случаев отмечается положительный эффект от лечения антиаллергическими препаратами.

## ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АД

Ибрагимова Х.И., аспирант

*Кафедра госпитальной терапии № 1 ДГМА*
*Научный руководитель: д.м.н., проф. Маммаев С.Н*

**Актуальность.** Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются главной причиной смертности практически во всех популяционных группах. Тем не менее традиционно считается, что ССЗ в большей степени являются проблемой мужского населения, что приводит к недооценке важности определения факторов риска (ФР) и осуществления мероприятий первичной профилактики у женщин, хотя Европейские статистические данные свидетельствуют об обратном. Так, коронарная болезнь

сердца ответственна за 23% смертей женщин и 21% смертей мужчин, инсульт – за 18% смертей женщин и 11% смертей мужчин, а на долю других ССЗ приходится 15% смертей женщин и 11% смертей мужчин. Одним из важнейших факторов риска ССЗ и у мужчин, и у женщин является артериальная гипертензия (АГ).

Распространенность артериальной гипертонии (АГ) у женщин существенно увеличивается с наступлением менопаузы. Известно, что до 40 лет распространенность АГ преобладает среди мужчин, в то время как в старших возрастных группах отмечается существенное увеличение заболеваемости АГ среди женщин. Так, в возрасте 40–49 лет распространенность АГ у женщин составляет 34,7%, что в 2 раза превышает показатели у молодых женщин, а в 50–59 лет – 57%, что значительно выше, чем в аналогичной мужской популяции.

Подобная зависимость заболеваемости от возраста и пола пациентов определяет так называемый возрастно-половой диморфизм АГ, который во многом обусловлен динамикой уровня женских половых гормонов в перименопаузальном периоде. Формирование дефицита эндогенных эстрогенов, прогестерона в сочетании с относительной гиперандрогенией определяет не только сердечно-сосудистый, но и гормональный континуум женского здоровья. В то же время специфические факторы риска развития АГ у мужчин – это дефицит тестостерона. Кроме того, имеются гендерные особенности физиологии и патологии сердечно-сосудистой системы. У женщин по сравнению с мужчинами больше частота сердечных сокращений (ЧСС) в покое, сердечный индекс, ниже общее периферическое сосудистое сопротивление, меньше размеры сердца и толщина миокарда. У женщин наблюдается высокая вариабельность артериального давления (АД), чаще выявляется «гипертония белого халата» и АД более подвержено колебаниям в зависимости от фазы менструального цикла.

АД характеризуется значительными спонтанными колебаниями как в течение дня, так и в различные дни, месяцы и сезоны. Поэтому диагноз АГ должен быть основан на множественных измерениях АД, которые периодически проводятся за определенный период времени. Методом, позволяющим проводить измерение АД в течение суток в привычной для пациента обстановке и во сне, является СМАД. В ряде исследований показано, что «офисное» АД (при измерении в медицинском учреждении) имеет только ограниченную связь с его уровнем на протяжении 24 часов, а значит, в полной мере не отражает тяжесть заболевания.

Исследования также показали, что АД, измеряемое в амбулаторных условиях коррелирует с наличием поражения органов-мишеней, вызванным АГ, и подбор эффективной терапии на основании данных СМАД можно осуществить более точно, чем исходя из данных «офисного» изменения давления. Ряд показателей СМАД отражают риск развития ССО намного точнее, чем данные «офисного» изменения АД. В связи с этим показатели СМАД могут более точно предсказать риск ССО и дополнить прогноз, данный на основании значений «офисного» АД как в случае впервые выявленной АГ, так и у пациентов, получающих антигипертензивную терапию.

К основным показателям оценки результатов СМАД относятся средние величины, индексы нагрузки давлением, показатели суточного ритма АД, вариабельность АД, индексы оценки утреннего подъема АД. Одним из показателей, отражающих "нагрузку давлением" является ИВ АГ – процент времени, в течение которого АД превышает критический уровень (днем – 140/90 мм рт. ст., ночью – 120/80 мм рт.ст.) за соответствующий временной период.

Суточный индекс рассчитывается по следующей формуле: СИ = 100% х (АДд-АДн)/АДд, где АДд – среднее АД в период бодрствования, АДн – среднее Ад в период сна.

Согласно уровню снижения САД и ДАД в ночные часы выделяют 4 типа суточных кривых:

| **Описание класса** | **Название в англоязычной литературе** | **Значение СИ, %** |
|---|---|---|
| Нормальная степень ночного снижения АД | «dipper» | 10-20 |
| Недостаточная степень ночного снижения АД | « non - dipper» | 0-10 |
| Повышенная степень ночного снижения АД | «over-dipper» | Более 20 |
| Устойчивое повышение ночного АД | «night peaker» | Менее 0 |

**Цель исследования:** изучение гендерных особенностей суточного профиля АД по результатам СМАД больных АГ.

**Материалы и методы исследования.** В исследование было включено 29 больных АГ 1 -2 стадии в возрасте от 30 до 66 лет (средний возраст 46,4±6,3), из них 15 мужчин (51.7%) и 14 женщин (48.2%).

Всем больным было проведено стандартное общеклиническое обследование, суточное мониторирование АД (аппаратом «Валента», российского производства). СМАД проводилось всем включённым в исследование пациентам до подбора терапии при первичном обследовании. У всех пациентов получено согласие на проведение исследования в рамках стандартного протокола.

**Результаты исследования.** По результатам СМАД, наиболее часто регистрируется суточный профиль АД у больных АГ-«non - dipper» - 68.9 % (n=20), второй по частоте –«dipper» - 20.6 % (n=6), реже регистрируется – «over-dipper» у 6.8 % (n=2) и «night peaker» у 3.4 % (n=1).

Гендерный анализ показал, что суточная динамика АД характеризуется увеличением пульсового АД в течение суток, повышением вариабельности АД, нарушением суточного ритма систолического АД с преобладанием варианта «non-dipper» у женщин и «dipper» у мужчин. У женщин отмечалось преимущественное повышение среднего артериального давления (АД), более высокие уровни пульсового АД, частоты сердечных сокращений (ЧСС). Суточный профиль АД у женщин характеризуется высокой вариабельностью АД, недостаточным снижением давления в ночные часы и ночной гипертонией, повышением скорости утреннего подъёма АД и величины утреннего подъема АД. При анализе СМАД у мужчин было выявлено, что показатели нагрузки систоло-диастолическим давлением превышают норму, как в дневные так и в ночные часы достоверно ниже, чем аналогичные показатели у женщин.

**Выводы.**

**1.** Наиболее частым типом нарушения суточного индекса для САД и ДАД является - «non - dipper» (68.9%). Реже встречается – «dipper» (20.6%). Небольшой процент составляет «over-dipper» (6.8%) и «night peaker» (3.4%).

2. У больных АГ по результатом СМАД выявлено повышение основных показателей оценки результатов СМАД (средние величины, индексы нагрузки давлением, показатели суточного ритма АД, вариабельность АД, пульсовое АД в течении суток, индексы оценки утреннего подъема АД) у женщин в большей степени, чем аналогичные показатели у мужчин.

# УРОВЕНЬ ХОЛЕСТЕРИНА И ТРИГЛИЦЕРИДОВ В ЭТНИЧЕСКИХ ГРУППАХ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

Магомедов М.Н., студент 4 курса лечебного факультета

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней ДГМА*
*Научный руководитель: д.м.н., проф. Шамов И.А.*

**Актуальность работы.**

**Значение холестерина для организма.** Холестерин - жизненно важное соединение, играющее роль в метаболизме клеток. Он обеспечивает стабильность клеточных мембран в широком интервале температур, необходим для синтеза витамина D, выработки надпочечниками различных стероидных гормонов, включая кортизол, альдостерон, женских половых гормонов - эстрогенов и прогестерона, мужского полового гормона тестостерона, играет важную роль в деятельности нервной и иммунной систем. С другой стороны его избыток (гиперхолестеринемия) может приводить к целому ряду тяжёлых заболеваний.

**Определение.** Гиперхолестеринемия (МКБ-10 - E78.0) – это повышенное содержание общего холестерина в крови.

**Распространённость.** Согласно имеющимся на сегодня данным 200 миллионов человек во всем мире страдают от гиперхолестеринемии. Наибольшее распростране-ние гиперхолестеринемия имеет место в США (39% населения) и Европе (Италии - 13%, Греции - 14%, Нидерландах - 32%, Финляндии - 56%, Украине - 25%.), наименьшее – в странах Азии (Японии - 7%) и Африки.

Причины развития гиперхолестеринемии. Одной из частых причин является наследственный фактор – носительство мутантного гена, повышающего синтез, нарушающего обмен холестерина и ведущего к повышению его уровня в крови. Эту форму гиперхолестеринемии называют ещё первичной.

В современном мире всё большее распространение получает вторая форма – приобретенная или вторичная. Причинами её развития является ряд бытовых факторов - поступление большого количества холестерина в организм с высококалорийной пищей. Тренд последних декад истории человечества показывает, что, этот фактор начинает играть главную роль в, не побоимся этого слова, трагедии, называемой гиперхолестеринемией.

Ряд широко распространённых заболеваний нашего времени - сахарный диабет 2-го типа, заболевания почек (гломерулонефриты, поражения канальцевого аппарата с отёчным синдромом), поражения щитовидной железы, снижающие её функцию (гипотиреоз), метаболический синдром и другие заболевания и состояния могут резко увеличить риск развития этой формы гиперхолестеринемии и экспрессирования наследственной формы патологии.

В развитии приобретенной формы гиперхолестеринемии большую роль играют также факторы образа жизни человека: курение, злоупотребление алкоголем, гиподинамия, злоупотребление жирной, богатой холестерином пищей, стрессовый тип характера и ряд других.

В связи с тем, что жиры играют значительную роль в развитии гиперхолесстеринемии, повышение их уровня в крови также может быть фактором риска потенцирования патологического действия гиперхолестеринемии. Поэтому здесь имеет значение и уровень триглицеридов.

**Гендерные данные.** У мужчин в мире она встречается намного чаще, чем у женщин. Следовательно, пол можно считать фактором риска развития данной патологии.

**Возраст.** Обычно это состояние развивается в пожилом возрасте (старше 55 лет). Таким образом, возраст также можно отнести к одному из факторов риска гиперхолестеринемии.

**Норма холестерина и триглицеридов в крови.** Для обычного здорового человека в возрасте до 40 лет без хронических заболеваний нормальный уровень холестерина в крови – до 5,2 ммоль/л. Показатель 5,2-6,2 ммоль/л указывает на повышенный риск поражения кровеносных сосудов. Если человек страдает сахарным диабетом, нормальный уровень холестерина должен быть не выше 4,2 ммоль/л.

Уровень триглицеридов в норме < 2,0 ммоль/л.

**Гиперхолестеринемия, как фактор риска различных заболеваний.**

Гиперхолестеринемия – это не болезнь, а важный фактор риска возникновения атеросклероза, поражающего кровеносные сосуды различных органов и тканей – сердца, ног, головного мозга, почек. Другими словами, повышенный уровень холестерина в крови может быть сегодня не опасен, но уже завтра привести к серьезным осложнениям, являться предвестником атеросклероза. Ярко выраженных симптомов гиперхолестеринемии нет, в этом и состоит ее коварство. Человек не

ощущает каких-то изменений, его образ жизни не меняется. Однако уровень холестерина в крови постепенно накапливается, повышая риск целого ряда осложнений, например, атеросклероза сосудов нижних конечностей, нарушения мозгового кровообращения, нарушения памяти, аневризмы аорты, болезней сонных артерий и даже инсульта. Холестерин постепенно откладывается в интиме сосудов и может привести к серьезным последствиям для организма [1,2].

**Цель работы.** Изучить распространённость гиперхолестеринемии среди этнических групп Республики Дагестан, поступающих в терапевтическое отделение городской клинической больницы № 1 г. Махачкалы.

**Материалы.** Материалом послужили истории болезни больных с различными заболеваниями, поступавших в больницу за 2014-2015 гг. с диагнозом ИБС (стенокардия напряжения, инфаркт миокарда, острый коронарный синдром)

**Методы:** выкопировка данных содержания общего холестерина и триглицеридов в сыворотке крови больных этнических групп Республики Дагестан.

**Результаты.**

**Популяция в целом. 102 человека.**

По этносам: аварцы 29 человек, даргинцы 30, лезгины 21, кумыки 14, лакцы 4, рутулы 4.

Гендерные данные: мужчин 65 человек, женщин 37.

Возраст: в среднем по популяции 55 лет. Мужчины: 51 год, женщины 58,6.

Уровень холестерина. В целом в популяции: 4,9 ммоль/л. Мужчины: 4,76. Женщины:5,19.

Уровень триглицеридов: 1,58 ммоль/л. Мужчины: 1,33 ммоль/л. Женщины: 1,56.

**Данные по отдельным этносам (все данные кроме выборки – усреднённые)**

**Аварцы. Мужчины.** Выборка – 20 человек. Холестерин 4,7 ммоль/л; триглицериды 1,34 ммоль/л. Возраст 60 лет. **Женщины.** Выборка – 9 человек. Холестерин 4,92 ммоль/л; триглицериды 1,48 ммоль/л. Возраст 58 лет.

**Даргинцы. Мужчины.** Выборка – 17 человек. Холестерин 4,99 ммоль/л; триглицериды 1,79 ммоль/л. Возраст 51 год. **Женщины.** Вы-

борка – 13 человек. Холестерин 5,53 ммоль/л; триглицериды 1,57 ммоль/л. Возраст 63 года.

**Лезгины. Мужчины.** Выборка – 15 человек. Холестерин 4,8 ммоль/л; триглицериды 2,12 ммоль/л. Возраст 58 лет. **Женщины.** Выборка – 6 человек. Холестерин 6,3 ммоль/л; триглицериды 1,65 ммоль/л. Возраст 49 лет.

**Кумыки. Мужчины.** Выборка – 10 человек. Холестерин 5,4 ммоль/л; триглицериды 1,57 ммоль/л. Возраст 53 года. **Женщины.** Выборка – 4 человек. Холестерин 4,47 ммоль/л; триглицериды 2 ммоль/л. Возраст 59 лет.

**Лакцы. Мужчины.** Выборка – 1 человек. Холестерин 4,1 ммоль/л; триглицериды 1,21 ммоль/л. Возраст 46 лет. **Женщины.** Выборка – 3 человека. Холестерин 4,63 ммоль/л; триглицериды 1,45 ммоль/л. Возраст 64 года.

**Рутулы. Мужчины.** Выборка – 2 человека. Холестерин 4,6 ммоль/л; триглицериды не определены. Возраст 43 года. **Женщины.** Выборка – 2 человека. Холестерин 5,3 ммоль/л; триглицериды 1,24 ммоль/л. Возраст 62 года.

**Обсуждение.** Таким образом, по данным в популяции в целом можно видеть, что у женщин в дагестанской популяции холестерин и триглицериды оказались более высокими, чем у мужчин. Не исключено, что это обусловлено их возрастом. Женщины в среднем были старше на 7,6 лет. А возраст, как было уже сказано выше, является одним из факторов риска гиперхолестеринемии. Кроме того, фактором риска гиперхолестеринемии является ожирение, которое у женщин в Дагестане встречается у 16,1% против 11,5% у мужчин [3].

В то же время обращает на себя внимание, что уровень холестерина, даже у женщин, не превышал общепринятой нормы.

Из сказанного следует, что общий холестерин крови у дагестанской популяции в целом находится в пределах нормы и не может служит фактором риска ряда заболеваний. Разумеется, что общий холестерин не может точно отражать дислипидемию. Даже при нормальном общем холестерине возможна дислипидимия с неблагоприятным сдвигом во фракциях холестерин липопротеидов низкой и высокой плотности, что и может быть фактором риска болезней, связанных с гиперхолестеринемией.

Триглицериды также оказались в пределах нормы. У женщин по сранению с мужчинами они были выше (достоверно??), однако и в этом случае не превышали показателей нормы.

Данные по этносам. **Выборка по лакцам и рутулам слишком мала и её в анализ вводить представляется нецелесообразным.**

**По остальным 4-м этносам.**

**Холестерин**. Наиболее высоким у мужчин был в этносе кумыков, причём он даже слегка превышал норму. Среди женщин он был наиболее высоким у лезгин, затем у даргинцев, причём в обоих случаях превышал норму. У остальных этносов уровень холестерина был примерно сопоставимым и не превышал нормы.

**Триглицериды.** Наиболее высокий их уровень выявлен в мужской популяции лезгин и женской кумыков, причём превышая при этом норму. У остальных этносов его уровень был примерно сопоставимым и не превышал нормы.

Т.о. можно видеть, что, если по всей популяции уровни и холестерина и триглицеридов были в пределах нормы, то при анализе у ряда этносов выявляются повышенные их количества.

По данным, полученным в нашей работе можно сделать практические рекомендации, что мужской части этноса кумыков и женской части этносов лезгин и даргинцев следует более тщательно следить за уровнем своего холестерина и предпринимать соответствующие профилактические меры.

Разумеется, что наш материал нуждается в подтверждении на более высоких выборках, однако, несомненно, он имеет ориентировочную ценность для охраны здоровья популяции этносов Дагестана.

**Выводы.**

1. В целом в дагестанской популяции уровень общего холестерина и триглицеридов находится в пределах общепринятой нормы.

2. В пределах этой нормы в женской части популяции уровень холестерина выше, чем в мужской.

3. Не исключено, что это связано с более старшим возрастом женщин, взятых в нашу выборку, а также известным фактом наличия среди них пациентов с ожирением.

4. При анализе этих показателей среди отдельных этнических групп установлено, что холестерин был высоким (превышая норму) в мужской части этноса кумыков и женской части этносов лезгин и даргинцев, причём в обоих случаях превышая норму.

5. Выявлен высокий уровень триглицеридов выявлен в мужской популяции лезгин и женской кумыков, также превышая при этом норму.

**Практические рекомендации.**

Мужской части этноса кумыков и женской части этносов лезгин и даргинцев следует более тщательно следить за уровнем своего холестерина и предпринимать соответствующие профилактические меры.

Литература.

1. Минайлова Н.Н. Социально-генетические аспекты ожирения // Педиатрия. 2001. N 2. С. 83-87.

2. Петрова Т.В., Стрюк Р.И., Бобровицкий И.П., Орлова Т.А., Длусская И.Г., Нагорнев С.Н. О взаимосвязи избыточной массы тела, артериальной гипертонии, гиперинсулинемии и нарушения толерантности к глюкозе // Кардмология. 2001. Т. 41, N 2. С. 30-33.

3. И.А. Шамов, И.Г. Ахмедов, Н.В. Багомедова, Х.Г. Омарова. Распространённость ожирения в Республике Дагестан // Пробл. эндокрин. 2006. N 3. С. 26-30.

## РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ДИСФУНКЦИЙ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Дажаева Т.Э., аспирантка,
Маммаев С.Н., профессор

*Кафедра госпитальной терапии № 1 ДГМА,*
*медицинский центр «Гепар», Махачкала*
*Научный руководитель: д.м.н., проф. Маммаев С.Н.*

В многочисленных исследованиях прошлых десятилетий было показано, что у пациентов с циррозом печени (ЦП) наблюдаются структурные и функциональные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы. Они включали увеличение сердечного выброса и частоты сердечных сокращений в сочетании с вазодилатацией и снижением артериального давления [1,2], снижение сократимости миокарда и систолической функции левого желудочка (ЛЖ) при физической нагрузке, гипертрофию миокарда с диастолической дисфункцией ЛЖ, электрофизиологические нарушения. Гемодинамические нарушения у больных ЦП были обозначены термином «цирротическая кардиомиопатия» (ЦКМ) [3].

Механизмы развития поражения сердца при ЦП окончательно не

установлены. В его патогенезе предполагают роль задержки натрия, активации ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, нарушения соотношения уровней вазоконстрикторов и вазодилататоров в следствие эндотелиальной дисфункции.

Основными гемодинамическими изменениями у больных ЦКМ являются систолическая и диастолическая дисфункции. Систолическая дисфункция характеризуется снижением фракции выброса (ФВ). Для диастолической дисфункции характерно нарушение трансмитрального диастолического потока по типу замедленной релаксации левого желудочка (ЛЖ). Характерны биохимические изменения в сыворотке крови больных ЦКП: повышение уровня тропонина I, предсердного и мозгового натрийуретических пептидов (ANP и BNP). Объемная перегрузка и повышение напряжения измененного миокарда способствует выбросу натрийуретических пептидов в кровь [1,4,5]. Так как ЦКМ в основном протекает бессимптомно, увеличение уровня натрийуретических пептидов может быть высокочувствительным индикатором доклинической дисфункции миокарда при циррозе.

**Целью исследования** явилось определение уровня мозгового натрийуретического пептида в сыворотке крови у больных цирротической кардиомиопатией.

**Материал и методы.** В исследование было включено 52 больных ЦП, находившихся на стационарном лечении в Республиканской клинической больнице. Средний возраст пациентов составил 47,9±10,1 лет, среди которых было 36 мужчин и 16 женщин. В контрольную группу вошли 33 больных хроническим гепатитом (ХГ): 24 мужчин и 9 женщин, средний возраст составил 44,7±9,6 лет.

Диагноз цирроза и ХГ устанавливали на основании комплексного клинико-лабораторного, инструментального исследования, фиброэластометрии печени. У 22 (42%) больных причиной ЦП являлся вирус гепатита В, у 13 (25%) –вирус гепатита С, у 9 (17%) –микст-инфекция. Алкогольную этиологию ЦП имели 8 (16%) пациента, но они воздерживались от приема алкоголя не менее 6 месяцев перед исследованием, что подтверждалось анкетированием и беседой с родственниками. Для интегративной оценки тяжести ЦП применяли индекс Child-Pugh. Компенсированный ЦП (класс А) имелся у 17 (32%) пациентов, класс В -у 20 (39%) и класс С -у 15 (29%). У 22 (67%) пациентов ХГ контрольной группы выявлялся вирус гепатита С, у 11 (33%) –вирус гепатита В.

В исследование не включали пациентов с сопутствующей кардиаль-

ной патологией: ИБС, артериальная гипертония, врожденные и приобретенные пороки сердца, а также с системными и онкологическими заболеваниями, сахарным диабетом, ожирением, заболеванием почек.

Всем пациентам были проведены эхокардиография и ЭКГ, а также количественное определение N-терминального фрагмента белка предшественника мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) в сыворотке крови иммуноферментным методом (набор реагентов – ИФА-БЕСТ, ЗАО «Вектор БЕСТ», Россия).

Статистическую обработку полученных результатов производили с использованием программы SPSS Statistics 20.0. Характер корреляционных связей определяли с помощью коэффициента корреляции Пирсона (r).

**Результаты и обсуждение.** При эхокардиографии у больных ЦП выявлено наличие диастолической дисфункции ЛЖ по типу замедленной релаксации левого желудочка (I тип), со снижением коэффициента E/A < 1,0 у 28 (53%) пациентов класса B и C по Child-Pugh. У 13 (65%) из 20 больных ЦП класса B по Child-Pugh соотношение E/A составило 0,88±0,19, у 15 (100%) пациентов класса C - 0,71±0,16. Соотношение E/A у пациентов с ЦП класса A составило 1,082±0,21. Соотношение E/A у больных ЦП класса C достоверно ($p<0,05$) отличалось от такового у пациентов ЦП класса A. Достоверных различий по соотношению E/A в зависимости от этиологии ЦП не установлено. В контрольной группе соотношение E/A составило 1,12±0,18.

Оценка систолической функции ЛЖ не выявила снижения ФВ у исследованных больных ЦП и контрольной группы.

При исследовании сыворотки крови пациентов на количественное содержание NT-proBNP выявлено повышение его уровня по мере нарастания класса ЦП по Child-Pugh. У больных ЦП класса A уровень NT-proBNP составил 117,5± 34,7 пг/мл, у класса B -186,7 ± 37,5 пг/мл, у класса C – 298,6 ± 48,9 пг/мл. В контрольной группе уровень NT-proBNP в сыворотке крови составил 87,8±32,4 пг/мл. У больных ЦП класса B и C по Child-Pugh уровень NT-proBNP достоверно отличался от соответствующего показателя в контрольной группе ($p<0,05$, $p<0,01$, соответственно). При изучении зависимости уровня NT- pro BNP от этиологии ЦП отмечалась тенденция к повышению его концентрации при алкогольной этиологии и микст-инфекции вирусом гепатита B и C, но достоверной разницы не выявлено ($p>0,05$).

Изучение корреляционных зависимостей между критериями, от-

ражающими тяжесть ЦП по Child-Pugh и уровнем NT-proBNP в сыворотке крови установило наличие достоверных связей только у больных ЦП класса С. При этом выявлено наличие достоверной ($p<0,05$) взаимосвязи между уровнем NT-proBNP, с одной стороны, и показателем альбумина, билирубина сыворотки крови, с другой ($r=-0,56$, $r=0,41$, соответственно).

Кроме того, установлено наличие достоверной отрицательной связи уровня NT-proBNP от соотношения E/A по данным эхокардиографии у больных ЦП класса B и C по Child-Pugh ($r=-0,67$, $p<0,05$; $r= -0,74$, $p=0,01$, соответственно).

Полученные нами результаты согласуются с литературными данными, что у больных с декомпенсированным ЦП выявляется преимущественное нарушение диастолической функции ЛЖ [4,5]. Увеличение концентрации NT-proBNP в сыворотке крови по мере нарастания тяжести ЦП может рассматриваться в качестве маркера ранних (доклинических) стадий дисфункции ЛЖ и сердечной недостаточности у этой категории больных [6].

**Выводы.**

1. У больных с циррозом печени и диастолической дисфункцией сердца выявлены достоверно высокие показатели мозгового натрийуретического пептида в сыворотке крови.

2. Установлена достоверная корреляционная связь между уровнем мозгового натрийуретического пептида, как со степенью диастолической дисфункции левого желудочка, так и тяжестью цирроза печени по Child-Pugh.

**Литература**

1. Маммаев, С.Н. Цирротическая кардиомиопатия / С.Н. Маммаев, А.М. Каримова, Т.Э. Ильясова, А.Ш. Хасаев //Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. -2010.-№3.-С.19-28.

2. Осипенко М.Ф., Бикбулатова Е.А. Цирротическая кардиоимопатия . Клиническая медицина, 2007, 9, 80-83.

3. Ma, Z. Cirrhotic cardiomyopathy: getting to the heart of the matter /Z. Ma, S.S. Lee // Hepatology. – 1996.- Vol. 24. - P.451-459.

4. Moller, S. Cardiovascular complications of cirrhosis / S.Moller, J.Henriksen [et al.] // Gut. – 2008. – Vol.57(2). – P. 268 – 278.

5. Torregrosa, M. Cardiac alterations in cirrhosis: reversibility after liver transplantation / M. Torregrosa, S. Aguade, L. Dos [et al.] // J. Hepatology. – 2005. – Vol. 42. – P. 68 – 74.

6. Yildiz, R. Brain natriuretic peptide and severity of disease in non – alcoholic cirrhotic patients / R. Yildiz, B. Yildirim, M. Karincaoglu [et al.] // J. Gastroenterol. Hepatol/ - 2005. – Vol. 20. – P. 1115 – 1120.

## АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Джамалудинова М.Г., клинический ординатор,
Абасова А.С., ассистент кафедры

*Кафедра госпитальной терапии № 3 ДГМА*
*Научный руководитель: д.м.н., проф. Эседов Э.М.*

**Актуальность.** На сегодняшний день актуальность проблемы язвенного колита не подлежит сомнению, так как есть данные о недостатках эффективности используемых медикаментозных препаратов для лечения язвенного колита. Это проявляется тем, что у многих больных развиваются серьезные осложнения, доходят до стойкой инвалидности больного. Для выбора адекватного лечения язвенного колита, необходимо уточнить степень активности заболевания, распространенности и локализации процесса, наличие тех или иных осложнений, индивидуальные особенности: возраст, пол, сопутствующие заболевания. Основываясь на результатах вышеперечисленных данных можно составить грамотную схему лекарственной терапии.

**Оценка тяжести язвенного колита**

| Признаки | Легкая | Средняя | Тяжелая |
|---|---|---|---|
| Частота стула | <4 раз в сут. | >=4 раз в сут. | >=6 раз в сут. |
| Ректальное кровотечение | незначительное | выраженное | Резко выраженное |
| Температура | нормальная | <=37.8С | >37.8С 2 дня |
| Частота пульса | нормальная | <=90 в мин. | >90 в мин. |
| Гемоглобин,г/л | Более 111 | | Менее 105 |
| СОЭ,мм/ч | Менее 20 | 20-30 | Более 30 |

В настоящее время применяют следующие группы препаратов: сульфасалазин, препараты 5-АСК,кортикостероиды, иммунодепрессанты. Сульфасалазин – по 1-2 тб.(0,5-1 г) 4-6 раз/сут. через каждые 6 часов, в дальнейшем по 3-4 тб./сут., поддерживающая доза 1,5 г./сут. в теч.2 месяцев. При левосторонней локализации язвенного колита применяют в микроклизмах 1.5 - 3 г. вечером .Преимущество препаратов 5-АСК перед сульфасалазином состоит в том ,что они не содержат сульфапиридина, вызывающего побочные действия. Салофальк - по 1 тб.(0,5 г) 4 раза/сут. со снижением дозы до 2 тб.\сут.,курс лечения 5-6 недель. Его используют в микроклизмах (4 г),суспензии (2,4 г), суппозитории (0,25-0,5г)- 1-3 раз/сут.,в гранулах (0,5 _1г) 1-3 раз/сут. Пентаса применяют по 2 таб.(1г) 4 раза/сут. через каждые 6 часов, в дальнейшем – по 3 тб./сут., также в суппозиториях (1г)-1-2 раза/сут. При тяжелых формах используют кортикостероиды- 300 мг. гидрокортизола или 60 мг.метипреда+ антибиотики широкого спектра действия. Инфликсимаб- моноклональные антитела к ФНО-альфа используют при стероидорезистентных формах язвенного колита-5 мг/кг для достижения ремиссии. При стероидо-рефрактерных формах в/в циклоспорин 4мг/кг. Лечение больных язвенным колитом чрезвычайно сложная проблема, пути реализации которой должны вытекать из степени активности заболевания, распространенности и локализации процесса, наличия тех или иных осложнений.

**Цели и задачи.**

1. Своевременное выявление у пациентов воспалительных заболеваний кишечника, их степень активности, тяжести. Существует ряд современных методов исследования с визуализацией тонкой и толстой кишки – колоноскопия, УЗИ кишечника, ультрасонография , КТ, МРТ. Они позволяют охарактеризовать не только кишечные стенки, слои, кровоток в исследуемом участке, но и выявляют ранние изменения слизистой оболочки.

2. Выбор адекватной схемы лекарственной терапии - правильный выбор препарата (основываясь на стадию активности воспалительного процесса), подбор максимально эффективной дозы и продолжительности лечения. Ряд препаратов , используемые в настоящее время: сульфасалазин и препараты 5-АСК, иммунодепрессанты, кортикостероиды. Поддержание ремиссии пациентов с язвенным колитом, предотвращение рецидивов.

3.Оценка эффективности лечения сульфасалазина, салофалька, пентасы.

**Материал и методы исследования.** Данное исследование проводилось с 1.09.14 по 31.10.14 на базе гастроэнтерологического отделения РКБ г. Махачкала. В исследование были включены пациенты в возрасте от 30-50 лет с диагнозом - язвенный колит, которым проводились диагностические стандарты: физикальные, лабораторные и инструментальные методы исследования, наличие воспаления в толстом кишечнике подтверждалось гистологическим исследованием. Оценивалось распространение поражения, клинические и демографические характеристики пациентов.

**Результаты исследования.** Под наблюдением находились 6 пациентов, страдающие язвенным колитом (диагноз был установлен клинически, эндоскопически, гистологически). Среди пациентов у одной отмечалось тотальное поражение толстой кишки, у 2-х - проктит, у 3-х - проктосигмоидит. При эндоскопическом исследовании у 2-х больных выявлены отек, гиперемия, повышенная ранимость слизистой оболочки кишечника. У остальных больных имелись эрозии, геморрагии, контактная и спонтанная кровоточивость слизистой оболочки кишечника.

| | |
|---|---|
| Заболевания ЖКТ | Язвенный колит-15,7 %<br>Остальные-84,3% |
| Пол | Женщины-33%<br>Мужчины-66% |
| Курение | Курят-33%<br>Не курят-66% |
| население | Городское-83%<br>Сельское-16% |
| распространенность | Проктит-16%<br>Проктосигмоидит-66%<br>Тотальное поражение-16% |
| возраст | 20-40-33% Старше 40-66% |

Больных разделили на 3 группы: пациентам 1 группы (2 чел) был назначен препарат Пентаса - по 2 тб(1г) 4 раза /сут. через каждые 6 часов, в дальнейшем – по 3 тб./сут только в суппозиториях (1г) 1-2 р/д в сут.; пациентам 2 группы (2 чел) был назначен салофальк - по 1 тб. (0,5 г) 4 р/сут. со снижением дозы до 2 тб/сут, курс лечения -5 недель.; пациентам 3 группы сульфасалазин-по 1 тб. (0,5 г) 4 раза/ сут. через каждые 6 часов, в дальнейшем – по 3 тб. в течении 2 месяцев.

**Выводы**

При изучении данных динамики улучшения состояния больных, получавших сульфасалазин через 7-8 дней отмечали улучшение :частота стула уменьшилась до 2-3 раз/сут., но отмечались побочные эффекты.

Назначение препаратов 5 –АСК салофалька и пентасы тоже позволило добиться существенного улучшения клинико-лабораторных и эндоскопических симптомов у пациентов с тяжелым вариантом язвенного колита, побочных эффектов не отмечалось (диарейный синдром, потенциальная нефротоксичность).

## ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Джаева Т.Э., аспирантка

*Кафедра госпитальной терапии № 1 ДГМА, медицинский центр «Гепар», Махачкала*

*Научный руководитель: д.м.н., проф. Маммаев С.Н.*

Цирроз печени (ЦП) является конечной стадией хронических диффузных заболеваний, поражающих печеночную ткань. В последние годы отмечается тенденция развития ЦП у молодого трудоспособного населения, кроме того ЦП характеризуется высокой смертностью (15-24%), а уровень смертности выше у мужчин, чем у женщин [1]. Однако при ЦП происходит поражение не только печеночной паренхимы, но и других жизненно важных органов: почек, легких, сердца. Формируются гепаторенальный синдром, дыхательная недостаточность, цирротическая кардиомиопатия (ЦКМ) [2,3]. ЦКМ характеризуется снижением сократимости миокарда в ответ на стресс и/или нарушением диастолического расслабления и электрофизиологическими нарушениями.

Нарушения сократимости миокарда и признаки серд. недостаточности становятся манифестными в условиях стресса, в частности при трансплантации печени, спонтанном бактериальном перитоните и других инфекционных осложнениях [4].

Основными гемодинамическими изменениями являются систолическая и диастолическая дисфункции миокарда. Систолическая дисфункция характеризуется снижением фракции выброса (ФВ). Для диастоличе-

ской дисфункции характерно нарушение трансмитрального диастолического потока по типу замедленной релаксации левого желудочка (ЛЖ). По мнению исследователей, такие отличительные признаки ЦКМ как удлинение интервала QT на электрокардиограмме и диастолическая дисфункция ЛЖ, определяемая при эхокардиографии (ЭхоКГ) присутствуют у большинства пациентов с ЦП класса B и C по Child-Pugh [5]. У многих пациентов с ЦП имеются хронотропная недостаточность, электромеханическая диссинхронизация. Характерны структурно-морфологические изменения (гипертрофия миокарда ЛЖ, расширение левых полостей средца). В виду отсутствия до не давнего времени четких критериев ЦКМ, распространенность ее остается малоизученной.

***Цель исследования:*** изучение эхокардиографических показателей сердечной гемодинамики у пациентов с ЦП.

***Материалы и методы:***

В исследование было включено 60 пациентов, в том числе 42 мужчин и 18 женщин в возрасте от 30 до 70 лет. Средний возраст больных составил 46,7±11,13 лет. 20 пациентов с диагностированным хроническим гепатитом составили I группу – группу контроля. II группа – исследуемая, включала 40 пациентов с диагностированным ЦП. Диагноз ЦП установили на основании комплексного клинико-лабораторного, инструментального исследований. У 18 (45%) больных причиной ЦП являлся вирус гепатита B, у 10 (25%) – вирус гепатита C, у 6 (15%) – микст-инфекция. Алкогольную этиологию ЦП имели 6 (15%) пациентов, но они воздерживались от приема алкоголя не менее 6 месяцев перед исследованием, что подтверждалось анкетированием и беседой с родственниками. Для интегративной оценки тяжести ЦП применяли индекс Child-Pugh. Компенсированный ЦП (класс A) имелся у 16 (40%) пациентов, декомпенсированный ЦП (класс B-C) у 24 (60%) пациентов из них класс C у 4 (10%) пациентов.

В исследование не включали пациентов с сопутствующей кардиальной патологией: ИБС, артериальной гипертонией, врожденными и приобретенными пороками сердца, а также с системными, онкологическими и эндокринными заболеваниями.

Всем пациентам были проведены ЭхоКГ и ЭКГ. При анализе ЭКГ рассчитывали скорректированный интервал QT - QTc по формуле Базетта (в норме ≤ 440мс). ЭхоКГ проводилось всем больным с исследованием внутрисердечной гемодинамики с расчетом конечнодиастолического (КДО) и конечносистолического (КСО) объемов, толщины

стенок ЛЖ, фракции выброса (ФВ) ЛЖ, измерением временных характеристик (Е/А) диастолического трансмитрального потока.

Статистическую обработку полученных результатов производили с использованием программы SPSS Statistic 20.0

***Результаты и обсуждение.***

При ЭхоКГ у больных ЦП выявлено наличие диастолической дисфункции ЛЖ по типу замедленной релаксации ЛЖ (I тип) со снижением коэффициента Е/А < 1,0 у 22 (55%) пациентов, из них 19 (87%) пациентов с декомпенсированным ЦП (класс В-С по Child-Pugh). Соотношение Е/А у пациентов с компенсированным ЦП составило 1,084±0,28, с декомпенсированным ЦП 0,88±0,24. В контрольной группе диастолическая дисфункция выявлена у 1 (5%) пациентов, соотношение Е/А составило 1,1 ±0,18. Достоверных различий по соотношению Е/А в зависимости от этиологии ЦП не установлено.

Оценка систолической функции ЛЖ не выявила снижения ФВ. ФВ составила 63,6±2,99% у больных гепатитом, 63,2±2,64% у пациентов с ЦП класса А и 60,3±4,47% у пациентов класса В-С по Child-Pugh.

Достоверной разницы в размерах камер сердца также не было выявлено (табл. 1).

Выявлено утолщение межжелудочковой перегородки (МЖП) и задней стенки ЛЖ (>1,1 см) у 7 (17,5%) пациентов, из них все с декомпенсированным ЦП (класса В-С). Толщина МЖП и задней стенки ЛЖ (ЗСЛЖ) составила 1,06±0,22см и 1,03±0,20 см соответственно. У пациентов с компенсированным ЦП 0,95±0,08 и 0,94±0,11см соответственно. В контрольной группе утолщения МЖП и ЗСЛЖ не выявлено.

Таблица 1.

**Данные ЭхоКГ у больных хроническим гепатитом (ХГ) и ЦП.**

| **Показатели** | **ХГ** | **ЦП** | |
|---|---|---|---|
| | | **Класс А** | **Класс В-С** |
| Левое предсердие, см | 3,26±0,41 | 3,31±0,38 | 3,38±0,40 |
| КДО, мл | 106±11,8 | 110±18,3 | 114±14,7 |
| КСО, мл | 36,4±4,2 | 38,1±6,2 | 39,9±6,8 |
| ФВ, % | 63,6±2,99 | 63,2±2,64 | 60,3±4,47 |
| МЖП, см | 0,91±0,10 | 0,95±0,08 | 1,06±0,22* |
| ЗСЛЖ, см | 0,85±0,14 | 0,94±0,11 | 1,03±0,20* |
| Е/А | 1,1±0,18 | 1,084±0,28 | 0,88±0,24* |

*- p<0,05, в сравнении с контрольной группой

Анализ ЭКГ выявил удлинение интервала QTc более 440 мс у 1 (5%) пациентов с хроническим гепатитом, у 7(17,5%) пациентов с ЦП.

Длительность интервала QTc составила 390±21 мс в контрольной группе, 392±43мс у пациентов с компенсированным ЦП (класс А) и 423±36 мс у пациентов с декомпенсированным ЦП (класс В-С). Достоверных различий в длительности интервала QTc и частоте выявления в группах ЦП по этиологии не установлено.

По данным литературы при ЦП одним из ведущих механизмов прогрессирующего ухудшения работы сердечнососудистой системы является диастолическая дисфункция ЛЖ [6,7]. В настоящем исследовании также было показано ухудшение диастолической дисфункции (коэффициента Е/А) по мере прогрессирования заболевания печени. В исследованиях Pozzi с соавторами и Toregrosa с соавт. выявили, что у пациентов с асцитом степень диастолической дисфункции выше, чем у пациентов без него [7,8], т.е. отражает тяжесть ЦП.

У пациентов с ЦП мы не выявили снижения ФВ ЛЖ в покое, что согласуется с данным литературы [9,10].

По данным многих исследований у большинства пациентов с ЦП обнаруживаются структурные и гистолические изменения в миокарде (сегментарный фиброз, гипертрофия миокарда, экссудация, вакуолизация ядер кардиомиоцитов) [11,12].

В настоящем исследовании гипертрофия миокарда ЛЖ выявлена у 17,5% пациентов с ЦП. В исследованиях Lunceth с соавт. структурные и гистологические изменения в миокарде, в том числе гипертрофия миокарда, выявлена в 32% случаев больных с ЦП [11].

Одним из основных проявлений электрофизиологических нарушений в миокарде при ЦП является удлинение интервала QTc. В нашем исследовании 17,5% пациентов с декомпенсированным ЦП показали удлинение интервала QTc. По данным ряда исследований – до 60% и связано с тяжестью ЦП, портальной гипертензией, портосистемным шунтированием, уровнем натрийуретического пептида [13].

***Заключение.***

У пациентов с ЦП выявлено статистически значимое ухудшение диастолической функции ЛЖ, утолщение МЖП и задней стенки ЛЖ, а также удлинение интервала QTc по сравнению с таковыми у пациентов с хроническими гепатитами.

Исследуемые показатели гемодинамических изменений у больных ЦП нарастают по мере тяжести ЦП.

**Литература**

1. Хазанов А.И. Алкогольные и вирусные циррозы печени у стационарных больных (1996-2005гг), распространенность и исходы. РЖГГК, 2007; №2, 73-75.

2. Гарбузенко Д.В. Мультиорганные геподинамические нарушения при циррозе печени. Терапевтический архив, 2007; №2: С.73-77.

3. Прибылов С.А. Дисфункции миокарда у больных ЦП. Кардиология: 2006; Т7: С.67-72.

4. Ruiz-del-Arbol., Urman J., Fernandez J. et al. Systemic renal and hepatic hemodynamic derangement in cirrhotic patients with spontaneous bacterial peritonitis. Hepatology.-2003.38.P.1210-1218.

5. Soon K., Tamer R. Fouad, Samuel S. Lee. Cirrhotic cardiomyopathy. Orphanet Journal of Rare Diseases.-2007.-2:15.-1750-1772.

6. Finucci G., Desider A., Sacerdoti D et al. Left ventricular diastolic function in liver cirrhosis. Scand. J.Gastroenterol., 1996, 31(3), 279-284.

7. Pozzi M., Carugo S., Boari G. et al. Evidence of functional and stryctural cardiac abnormalities in cirrhotic parients with and without ascities. Hepatology, 1997, 26(5), 1131-1137.

8. Torregrosa M., Aquade S., Dos L. et al. Cardiac alterations in cirrhosis: reversibility after liver transplantation. Hepatology, 2005, 42, 68-74.

9. Kel baek H., Rabol A., Bruniolf l. et al. Haemodynamic response to exercise in patient with alcoholic liver cirrhosis. Clin Physiol, 1987, 7(1), 35-41.

10. Grose R., Nolan J., Dilon J. et al. Exercise-induced left ventricular dysfunction in alcoholic and non-alcoholic liver cirrhosis. J. Hepatol., 1995, 22(3), 326-332.

11. Lunceth J., Olmstead E., Forks G. et al. A study of heart disease in one hundred and eight hospitalized patients dying with portal cirrhosis. Arch. Inter. Med., 1958, 102, 405-412.

12. Piscione F., Manganielo V., Viola O. et al. Morphologic and functional abnormalities of the cardiovascular system in patients with hepatic cirrhosis. Ital. Heart J., Supp L. 2003, 4(2), 85-95.

13. Bernandi M., Calandra S., Colantoni A. et al. QT interval prolongation in cirrhosis: prevalence, relationship with severity and etiology of disease and possible patogenetic factors. Hepatology, 1998, 27, 28-34.

# СИНДРОМ СТИЛЛА У ВЗРОСЛЫХ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ИНТЕРНИСТА

Кадымова С.З., врач-интерн
Куратор: доц. Ахмедова Ф.Д., доцент

*Кафедра госпитальной терапии №3 ДГМА*
*Научный руководитель: д.м.н., проф. Эседов Э.М.*

Синдром Стилла - системное воспалительное заболевание, проявляющееся часто рецидивирующей гектической лихорадкой, непостоянной макулопапулярной сыпью, миалгиями, полиартралгией, серонегативным артритом, гепатоспленомегалией и лейкоцитозом. Клинические исследования синдрома Стилла так и не дали ответа на вопрос о причинах болезни. Внезапное начало, высокая лихорадка, лимфоаденопатия и лейкоцитоз крови указывают на возможность инфекционного характера заболевания. Однако единый возбудитель пока не установлен. В отдельных случаях синдрома Стилла у пациентов был выявлен вирус краснухи, в других - цитомегаловирус. Наблюдались случаи заболевания, ассоциированные с вирусами парагриппа, Эпштейна-Барра, а также микоплазмой и эшерихиями. Из-за отсутствия специфических симптомов заболевания, пациентам с синдромом Стилла зачастую, несмотря на отрицательные результаты бактериологических посевов крови, ставят диагноз «сепсис», по поводу которого они проходят неоднократные курсы антибиотикотерапии без ожидаемого позитивного эффекта. Отмечено, что около 5% случаев синдрома Стилла первоначально трактуются врачами как «лихорадка неясного генеза». Согласно статистике, которую приводит современная мировая ревматология, распространенность синдрома Стилла в последнее время составляет примерно 1 пациент на 100 тыс. населения. Наибольшее число случаев синдрома Стилла приходится на детей в возрасте до 16 лет. Учитывая редкую заболеваемость взрослых, приводим описание одного из трех наблюдений.

Больной Д., 23 лет, поступил в отделение ревматологии РКБ 1 октября 2014 года с жалобами на боль и припухлость в мелких суставах кистей, стоп, локтевых, лучезапястных, тазобедренных, голеностопных суставах, боль в мышцах верхних и нижних конечностей, боли в горле при глотании, периодическое повышение температуры тела до 39С, слабость, потливость, снижение массы тела.

Болен с конца сентября 2014 года, когда впервые внезапно появи-

лись боли в коленных, голеностопных, затем в локтевых суставах с постепенным их усилением. На второй день болезни появилась резкая боль в горле при глотании, повысилась температура тела до 39С, по поводу чего больной обследовался по месту жительства, и был направлен в ревматологическое отделение РКБ с диагнозом: ранний ревматоидный артрит, полиартрит.

Объективные данные при поступлении в клинику: общее состояние больного средней степени тяжести. Рост – 172см, вес – 70кг, ИМТ- 24,3 кг/м2. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски, чистые. Положение в постели пассивное из-за болей в суставах и мышцах, самообслуживание затруднено, передвигается с посторонней помощью. Периферические лимфатические узлы шейные, подмышечные, паховые увеличены до 0,5*0,5 см, безболезненные, подвижные. Имеется мелкоточечная сыпь на верхних и нижних конечностях, и на передней грудной стенке. Отеков нет. Грудная клетка при пальпации болезненна, экскурсия затруднена в связи с болями. Притупление перкуторного звука ниже 4 ребра с обеих сторон. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах дыхание ослаблено. ЧДД-20 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, патологических шумов нет. ЧСС – 102 в мин. АД – 120/ 80 мм.рт.ст. Живот напряженный, болезненный при пальпации. Печень выступает на 3-4 см из-под края реберной дуги, плотная, селезенка выступает на 1-2 см. По остальным органам и системам без патологии.

Данные обследования: в общем анализе крови: Hb-118 г/л, эр-4,0*10/12/л, ц.п.-0,8 лейк-36*10/9/л (метамиел-1%, п-13%, с-82%, л-3%, м-1%), тромб-220*10/9/л, СОЭ- 56мм/ч, общий белок - 60 г/л, АЛТ – 107 Ед/л, АСТ – 147 Ед/л, общий билирубин - 9 мкмоль/л, прямой билирубин - 4 мкмоль/л, креатинин - 90 мкмоль/л, мочевина – 8 ммоль/л, мочевая кислота – 420 ммоль/л, ЛПНП - 1,52 ммоль/л, ЛПВП - 0,33 ммоль/л, холестерин- 2,77 ммоль/л, сахар крови – 6,0 ммоль/л, Са - 2,40 ммоль/л, железо – 11,3 мкмоль/л, ЩФ - 173 Ед/л, СРБ - 203 мг/мл, РФ - отрицательный. Коагулограмма: АЧТВ – 26сек, ПТИ- 91%, МНО- 1,08, фибриноген – 8,8 г/л, гематокрит – 38%. Определение ДНК (РНК) возбудителей инфекционных заболеваний методом ПЦР: Chlamydia trachomatis, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum, Neisseria gonorrhoeae - отрицательны. Кровь на маркеры вирусов гепатита - отрицат.

Заключение КТ органов грудной клетки: признаки хронического бронхита. Двусторонний выпотной плеврит.

Заключение УЗИ органов брюшной полости: повышение эхогенности печени, гепатоспленомегалия. Жидкость в плевральных полостях в V=80-100мл.

Заключение УЗИ сердца: полости сердца не расширены. Сократимость миокарда удовлетворительная. Клапаны интактны.

УЗИ лучезапястных суставов с двух сторон: Эхоструктура разгибателей – признаки выраженных тендовагинитов (больше на уровне нижней трети предплечья сухожилий - локтевых разгибателей запястий, коротких разгибателей больших пальцев, сухожилий длинных мышц отводящих больших пальцев, коротких и длинных разгибателей запястий с двух сторон).

УЗИ коленных суставов: признаки выраженных тендовагинитов сухожилий, полусухожильных мышц больше справа. Левый сустав: синовиальная жидкость – небольшое количество, однородная. Синовиальная оболочка – аваскулярная – 3,3 мм (норма до 3,0 мм). Правый сустав: синовиальная жидкость – небольшое количество, с небольшим количеством фибрина. Синовиальная оболочка – аваскулярная – 3,5 мм.

Консультирован гематологом, инфекционистом – органической патологии не выявлено.

Выставлен клинический диагноз: Синдром Стилла у взрослых, острое течение, высокая активность. Хронический бронхит. Плеврит. Гепатоспленомегалия. Периферическая лимфаденопатия.

Больному проведено лечение: преднизолон 70 мг. в сутки с постепенным повышением дозы до 90 мг. в сутки, омез – 20 мг/ 3 раза в сутки, дюспаталин – 200 мг/2 раза в сутки, флюконазол – 150 мг 1 раз в неделю, диклофенак – 3,0 в/м №3, затем по 100 мг./ 2 раза в сутки per os, метотрексат – 10 мг в неделю per os, фолиевая кислота – 5 мг. в неделю per os на следующий день после приема метотрексата.

На фоне проводимой терапии состояние больного улучшилось: уменьшились боли и припухлость в суставах, боли в мышцах, нормализовалась температура тела, прошла слабость и боли в горле.

Таким образом, приведенный случай иллюстрирует системный характер болезни Стилла, что требует дифференциальной диагностики и своевременного назначения адекватной противовоспалительной терапии.

# АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ И У БЕРЕМЕННЫХ В XXI СТОЛЕТИИ

Панахова Д.З., студентка 5 курса лечебного факультета

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней ДГМА*
*Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС ДГМА*
*Научные руководители: д.м.н., проф. Шамов И.А., д.м.н., проф. Омаров Н.С.-М.*

**Актуальность.** В конце XX столетия в связи с изменением политического строя России произошло катастрофическое изменение качества жизни населения. Было показано, что в этот период резко возросло количество анемий беременных и у беременных (Шамов И.А. и соавторы «Железодефицитные анемии» Махачкала, 1994 г., с. 36-37). Во втором десятилетии XXI века население России, в том числе и Дагестана, стало жить значительно лучше, чем во все известные исторические периоды. Такое положение не может не отразиться на здоровье популяции. Оно, по-видимому, и отражается. Так, показано, что такая социально значимая болезнь, как туберкулез в Дагестане в последние десятилетия пошла на убыль, что пока объясняется именно улучшением качества жизни людей.

В связи с этим представляет большой интерес оценка гемоглобинового здоровья

беременных женщин Республики Дагестан, поступающих в перинатальный центр РКБ РД.

Кроме того, в эти годы стали производить анализы на важные обменные показатели железа (ЖСК, ферритин и т.д.). Т. о. появилась возможность оценки формы анемий у беременных.

**Цель** работы:

1. Исследовать поголовно всех беременных, поступавших в ПЦ на гемоглобиновое здоровье.
2. Попытаться по анамнезу разделить выявленные анемии на анемии беременных и анемии у беременных.
3. Оценить по имеющимся в историях родов данным формы анемий этого периода.

**Материалы и методы исследования.**

Материалом для исследования являлось изучение историй родов 20 рожениц с диагнозом «Анемия» различной степени тяжести в возрасте от 17 до 36 лет в Перинатальном центре РКБ за октябрь-ноябрь 2014 года.

Методы исследования:

- опрос рожениц и родильниц больных анемиями;
- выкопировка данных из историй родов.

Определяемые параметры – факторы риска:

1. возраст менархе;
2. длительность месячных;
3. количество беременностей;
4. количество родов;
5. группа крови.

- оценка этих показателей при различной степени анемиях.

**Результаты исследования.**

Проанализировав данные историй родов 20 рожениц, мы установили следующее:

1. Возраст менархе:

| Возраст начала менархе | Кол-во рожениц |
|---|---|
| 12 лет | 4 роженицы (20%) |
| 13 лет | 8 рожениц (40%) |
| 14 лет | 7 рожениц (35%) |
| 15 лет | 1 роженица (5%) |

2. Длительность месячных:

| Длительность менструаций | Кол-во рожениц |
|---|---|
| 3 дня | 1 роженица (5%) |
| 4-5 дней | 7 рожениц (35%) |
| 5-6 дней | 9 рожениц (45%) |
| 6-7 дней | 3 роженицы (15%) |

Степень тяжести анемии:

| | |
|---|---|
| 3 дня: | |
| легкая анемия (Hb 110-90 г/л) | 1 роженица |
| среднетяжелая анемия (Hb 89-70 г/л) | 0 |
| тяжелая анемия (Hb 69 г/л и ниже) | 0 |
| 4-5 дней | |
| легкая анемия (Hb 110-90 г/л) | 5 рожениц |
| среднетяжелая анемия (Hb 89-70 г/л) | 2 роженицы |
| тяжелая анемия (Hb 69 г/л и ниже) | 0 |
| 5-6 дней | |
| легкая анемия (Hb 110-90 г/л) | 9 рожениц |
| среднетяжелая анемия (Hb 89-70 г/л) | 0 |
| тяжелая анемия (Hb 69 г/л и ниже) | 0 |
| 6-7 дней | |

| | |
|---|---|
| легкая анемия (Hb 110-90 г/л) | 2 роженицы |
| среднетяжелая анемия (Hb 89-70 г/л) | 1 роженица |
| тяжелая анемия (Hb 69 г/л и ниже) | 0 |

Как известно, количество беременностей и родов тоже влияет на развитие анемии у беременных и рожениц.

3. Количество беременностей

| Кол-во беременностей (считая настоящую) | Кол-во рожениц |
|---|---|
| 1-ая беременность | 7 рожениц |
| 2-ая беременность | 7 рожениц |
| 3-я беременность | 3 роженицы |
| 4-ая беременность | 2 роженицы |
| 6-ая беременность | 1 роженица |

Степень тяжести анемии:

| | |
|---|---|
| 1-ая беременность | |
| легкая анемия (Hb 110-90 г/л) | 6 рожениц |
| среднетяжелая анемия (Hb 89-70 г/л) | 1 роженица |
| тяжелая анемия (Hb 69 г/л и ниже) | 0 |
| 2-ая беременность | |
| легкая анемия (Hb 110-90 г/л) | 5 рожениц |
| среднетяжелая анемия (Hb 89-70 г/л) | 2 роженицы |
| тяжелая анемия (Hb 69 г/л и ниже) | 0 |
| 3-я беременность | |
| легкая анемия (Hb 110-90 г/л) | 3 роженицы |
| среднетяжелая анемия (Hb 89-70 г/л) | 0 |
| тяжелая анемия (Hb 69 г/л и ниже) | 0 |
| 4-ая беременность | |
| легкая анемия (Hb 110-90 г/л) | 2 роженицы |
| среднетяжелая анемия (Hb 89-70 г/л) | 0 |
| тяжелая анемия (Hb 69 г/л и ниже) | 0 |
| 6-ая беременность | |
| легкая анемия (Hb 110-90 г/л) | 1 роженица |
| среднетяжелая анемия (Hb 89-70 г/л) | 0 |
| тяжелая анемия (Hb 69 г/л и ниже) | 0 |

4. Количество родов:

| Кол-во родов (считая настоящие) | Кол-во рожениц |
|---|---|
| 1-ые роды | 9 рожениц |
| 2-ые роды | 9 рожениц |
| 4-ые роды | 1 роженица |
| 5-ые роды | 1 роженица |

Степень тяжести анемии:

| | |
|---|---|
| 1-ые роды | |
| легкая анемия (Hb 110-90 г/л) | 8 рожениц |
| среднетяжелая анемия (Hb 89-70 г/л) | 1 роженица |
| тяжелая анемия (Hb 69 г/л и ниже) | 0 |
| 2-ые роды | |
| легкая анемия (Hb 110-90 г/л) | 7 рожениц |
| среднетяжелая анемия (Hb 89-70 г/л) | 2 роженицы |
| тяжелая анемия (Hb 69 г/л и ниже) | 0 |
| 4-ые роды | |
| легкая анемия (Hb 110-90 г/л) | 1 роженица |
| среднетяжелая анемия (Hb 89-70 г/л) | 0 |
| тяжелая анемия (Hb 69 г/л и ниже) | 0 |
| 5-ые роды | |
| легкая анемия (Hb 110-90 г/л) | 1 роженица |
| среднетяжелая анемия (Hb 89-70 г/л) | 0 |
| тяжелая анемия (Hb 69 г/л и ниже) | 0 |

5. Группа крови:

| Группа крови | Кол-во рожениц |
|---|---|
| 0 (I) | 9 рожениц |
| A (II) | 7 рожениц |
| B (III) | 3 роженицы |
| AB (IV) | 1 роженица |

Степень тяжести анемии:

| | |
|---|---|
| 0 (I) группа крови | |
| легкая анемия (Hb 110-90 г/л) | 7 рожениц |
| среднетяжелая анемия (Hb 89-70 г/л) | 2 роженицы |
| тяжелая анемия (Hb 69 г/л и ниже) | 0 |
| A (II) группа крови | |
| легкая анемия (Hb 110-90 г/л) | 7 рожениц |
| среднетяжелая анемия (Hb 89-70 г/л) | 0 |
| тяжелая анемия (Hb 69 г/л и ниже) | 0 |
| B (III) группа крови | |
| легкая анемия (Hb 110-90 г/л) | 2 роженицы |
| среднетяжелая анемия (Hb 89-70 г/л) | 1 роженица |
| тяжелая анемия (Hb 69 г/л и ниже) | 0 |
| AB (IV) группа крови | |
| легкая анемия (Hb 110-90 г/л) | 1 роженица |
| среднетяжелая анемия (Hb 89-70 г/л) | 0 |
| тяжелая анемия (Hb 69 г/л и ниже) | 0 |

Изучив общий анализ крови всех рожениц в целом, мы получили следующие результаты.

Уровень гемоглобина

| | |
|---|---|
| легкая анемия (Hb 110-90 г/л) | 17 рожениц (85%) |
| среднетяжелая анемия (Hb 89-70 г/л) | 3 роженицы (15%) |
| тяжелая анемия (Hb 69 г/л и ниже) | 0 |

Количество эритроцитов ($x10^{12}$/л):

| | |
|---|---|
| 2,6 | 1 роженица |
| 2,9 | 1 роженица |
| 3,1 | 1 роженица |
| 3,2 | 2 роженицы |
| 3,3 | 4 роженицы |
| 3,4 | 1 роженица |

| | |
|---|---|
| 3,5 | 2 роженицы |
| 3,6 | 3 роженицы |
| 3,7 | 1 роженица |
| 3,8 | 2 роженицы |
| 3,9 | 1 роженица |
| 4,0 | 1 роженица |

Цветной показатель (ЦП):

| | |
|---|---|
| 0,9 | 14 рожениц (70%) |
| 0,8 | 5 рожениц (25%) |
| 0,7 | 1 роженица (5%) |

К сожалению, при биохимическом анализе крови рожениц такие важные показатели как ЖСК, ОЖСС, уровни трансферрина, ферритина, фолиевой кислоты, витамина $B_{12}$, указывающие на характер анемии, не определялись.

**Выводы:**

1. У всех обследованных рожениц была анемия беременных, т.к. все симптомы анемии появились во время беременности и проходили через некоторое время после родов.
2. Анемия у рожениц протекала в более мягкой форме – у 17 из 20 обследованных наблюдалась анемия легкой степени (Hb 110-90 г/л), и только у 3 из 20 обследованных–среднетяжелая анемия. К тому же, даже у многорожавших женщин наблюдалась анемия легкой степени. Это можно объяснить значительным улучшением социально-экономического положения и качества жизни населения по сравнению с предыдущими годами.
3. Для предотвращения анемии мы предлагаем всем беременным женщинам, начиная хотя бы с 5-ого месяца беременности, принимать препараты железа, поливитаминные препараты, особенно препараты, содержащие фолиевую кислоту и витамин $B_{12}$.

# СЛУЧАЙ ЮВЕНИЛЬНОГО АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ И ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Маммаев С.Н., профессор,
Чиликина Н.С., лоцент,
Алиева М.А., студентка 635 группы лечебного факультета,
Магомедова Э.Р., студентка 635 группы лечебного факультета,
Сайпулаев Г.Ш., студент 635 группы лечебного факультета

*Кафедра госпитальной терапии №1 ДГМА*
*Научные руководители: д.м.н., проф. Маммаев С.Н., к.м.н., доц. Чиликина Н.С.*

Ювенильный анкилозирующий спондилоартрит (ЮАС) представляет собой хроническое воспалительное заболевание периферических суставов, сухожильно-связочного аппарата и позвоночника, начинающееся у детей до 16-ти летнего возраста. Чаще страдают мальчики, при этом характерна наследственная предрасположенность и ассоциация с антигеном HLA-B27. У 10 % детей отмечается ранее начало болезни в возрасте до 7 лет, что определяет выраженность клинических проявлений в дебюте данного заболевания.

Основным клиническим проявлением ЮАС является суставной синдром – асимметричный олиго- или ограниченный полиартрит, преимущественно суставов нижних конечностей, в сочетании с энтезопатиями и поражением суставов хрящевого типа (крестцово-подвздошного сочленения, грудинно-ключичных, реберно-позвоночных и т.д.). В ряде случаев ранняя диагностика ЮАС может быть затруднена ввиду наличия «преспондилической» стадии, при этом у больного будут отсутствовать характерные проявления. Это является сложной задачей для врача при постановке диагноза, так как болезнь неуклонно прогрессирует, появляются экстраартикулярные поражения (органы зрения, сердце, почки, легкие и т.д.).

Необходимы активные, патогенетически оправданные современные методы лечения, которые способны затормозить развитие болезни на ранней стадии, не дожидаясь инвалидизирующих последствий. Такой группой препаратов являются моноклональные антитела к фактору некроза опухоли (ФНО) α.

Известно, что патогенез ЮАС представлен дисбалансом про- и противовоспалительных цитокинов. ФНО α - провоспалительный ци-

токин, которому отдается ведущая роль в формировании деструкций суставных поверхностей и внутрисуставного остеолиза. Инфликсимаб (Ремикейд) – один из первых ингибиторов этого цитокина, представляющий собой химерные IgG моноклональные антитела, способный избирательно воздействовать на иммунную систему.

Однако за всеми положительными эффектами скрывается высокая частота инфекционных осложнений, в частности, развитие туберкулеза, риск которого у больных ЮАС возрастает в 4-6 раз, о чем свидетельствует представленный клинический случай.

Больной Р., 22 года, поступил 09.10.14 г. в отделение ревматологии №2 РКБ с жалобами на выраженные боли во всех отделах позвоночника, а также в голеностопных, коленных, тазобедренных, лучезапястных, локтевых и плечевых суставах, усиливающиеся во второй половине ночи и при длительном нахождении в одной позе; скованность в суставах в течение суток, которая ненадолго уменьшается при приеме «Найза» (нимесулид). Кроме того, беспокоят плавающие помутнения перед глазами и снижение остроты зрения на правом глазу.

Из Anamnesis morbi известно, что больной страдает данным заболеванием с 6-ти лет (с 1998 г.), когда на фоне клинической картины «острого тонзиллита» впервые появились боли, припухлость и гиперемия левого коленного сустава. Назначенная терапия (больной не уточняет) не дала положительного эффекта со стороны сустава. Была проведена рентгенография сустава, при которой выявлена киста нижней трети бедренной кости. В 7 лет (в 1999 г.) больной был прооперирован по этому поводу, затем 6 месяцев находился в гипсе, и еще 6 месяцев проходил реабилитацию и учился заново ходить. Впоследствии присоединились аналогичные симптомы в правом коленном суставе, а затем вовлеклись голеностопные и тазобедренные суставы, появилась утренняя скованность в них. Обратился в ДРКБ г.Махачкала, где был обследован и впервые выставлен диагноз: «Ювенильный ревматоидный артрит». С 1999 года по 2004 год больной получал Ортофен и Делагил с переменным положительным эффектом. В июне 2004 года был назначен преднизолон (доза не указана), больной принимал его несколько месяцев, а затем, постепенно снижая дозу, отменил препарат. В феврале 2005 года больному назначен метотрексат (доза не указана). В июне 2007 года в связи с активацией процесса был подключен метипред (доза не указана), однако существенной положительной динамики добиться не удалось. Посте-

пенно присоединились болезненность и ригидность поясничного отдела позвоночника. В ноябре 2007 года больной был направлен на обследование и лечение в отделение ревматологии НЦЗД РАМН, где ему была проведена мультиспиральная компьютерная томография позвоночника: «Со стороны илеосакральных сочленений на фоне выраженного диффузного разрежения структуры костной ткани отмечается неровность костных контуров суставных поверхностей с обеих сторон с узурацией, преимущественно подвздошной кости, с обеих сторон, и явлениями субхондрального склероза. Суставная щель неравномерна, на исследованных уровнях определяются выраженные признаки артроза дугоотростчатых суставов с синдромом морфологической декомпенсации.» . Кроме того, было проведено иммуногенетическое исследование: 1 класс - А1, А2, В13, В49(21), 2 класса - 04, 11(05), а также количественно определен РФ в крови (в пределах нормы). Там же впервые был выставлен диагноз: «Ювенильный анкилозирующий спондилоартрит». В связи с гиперергической реакцией Манту, больной в отделении был проконсультирован фтизиатром, который дал заключение: «Тубинфицированость с неустановленным сроком инфицирования». Назначена терапия Изониазидом (доза не указана), курс приема - 3 месяца. По поводу основного заболевания в отделении был продолжен прием метотрексата в дозе 25 мг в неделю. При последующей госпитализации в феврале 2008 года, после завершения курса противотуберкулезной терапии, учитывая длительность, тяжесть течения и слабую эффективность ранее проводимой терапии, была подключена терапия химерными моноклональными антителами к ФНО-альфа - Ремикейд по схеме 0-2-6, далее каждые 3 недели, в дозе 200 мг (4,5 мг/кг), с положительным эффектом. Учитывая тот факт, что Ремикейд способен вызывать активизацию туберкулезного процесса, больному неоднократно проводились пробы Манту: в марте 2008 г. – 10 мм, июле 2009 г. - 10 мм, сентябре 2009 г. - 8 мм. После второго введения Ремикейда отмечалось купирование болевого синдрома и повышение объема движений в пораженных суставах. Всего больной получил 13 введений Ремикейда, одновременно продолжая получать базисную терапию метотрексатом в дозе 25-40 мг в неделю. В 2010 г. у больного был диагностирован «Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, осложненный правосторонним плевритом», проба Манту – через 72 часа 16 мм. В связи с этим, антицитокиновая терапия Ремикейдом была прекращена, больной получал только Найз (доза,

кратность приема не указана). Было начато лечение противотуберкулезными препаратами: Изониазид – 300 мг в сутки, Пиразинамид – 1500 мг в сутки, Рифампицин (этамбутол) - 450 мг в сутки. В апреле 2010 г. был поставлен на учет у фтизиатра по месту жительства, в марте 2011 г. в заключении: «Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов в фазе рассасывания и уплотнения, МБТ (микобактерии туберкулеза) – отрицательный. Активности туберкулезного процесса нет. » Получал противорецивидное сезонное лечение по 2-3 месяца весной и осенью. Обострения туберкулезного процесса не отмечалось. В настоящее время больной госпитализирован в отделение ревматологии №2 РКБ по поводу возобновления суставного синдрома.

Из Anamnesis vitae: мальчик от 2-й беременности, протекавшей у матери на фоне железодефицитной анемии и нефропатии, вторых срочных родов. На 8-ой день жизни из роддома переведен в отделение патологии новорожденных с диагнозом: «Перинатальная постгипоксическая энцефалопатия, конъюгационная желтуха, гипотрофия 2 степени (2200 г.) ». С 2007 г. страдает «хроническим гастродуоденитом». Наследственный анамнез не отягощен. Туберкулезный контакт, вредные привычки отрицает.

Объективные данные. Состояние больного тяжелое, с трудом передвигается, вынужденное положение – «поза просителя». Кожные покровы обычной окраски, лимфатические узлы - не увеличены, рост - 169 см, вес - 59 кг, ИМТ- 21 кг/м$^2$. Органы дыхания: перкуторно - легочный звук, аускультативно - жесткое дыхание, выслушиваются единичные сухие хрипы с обеих сторон, больше на верхушках. ЧДД – 18 в минуту. Органы кровообращения: границы сердца в норме, тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС -75 уд. в мин., АД- 120/70 мм.рт.ст. Органы пищеварения и органы мочевыделения без патологии. Опорно-двигательный аппарат: на наружной поверхности правого бедра послеоперационный рубец. Объем движений в тазобедренных суставах ограничен, нет полного отведения. Наблюдается ригидность позвоночника в поясничном отделе, сглажен лордоз. Были проведены следующие функциональные пробы: Кушелевского 1,2 (+), Томайера резко (+), Шобера - 2 см, Отто - 5 см.

Был вычислен индекс активности заболевания BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index).

На основе стандартизированной анкеты, заполняемой пациентом, используется специальная шкала, которая служит основой для расче-

та. Высокая активность при индексе BASDAI > 4

На момент нахождения больного в отделении ревматологии НЦЗД РАМН индекс BASDAI составлял 20 (июль 2008 г.). При настоящей госпитализации в отделение ревматологии №2 РКБ индекс составлял 4,2 (данный результат, достигнут на фоне приема Найза).

Кроме того, был вычислен индекс оценки функциональных нарушений суставов при данном заболевании BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index). Активность высокая при индексе BASFI > 4.

На момент нахождения больного в отделении ревматологии НЦЗД РАМН индекс BASFI составлял 11,5 (июль 2008 г.). При настоящей госпитализации в отделение ревматологии №2 РКБ индекс составлял 4,9 (данный результат достигнут на фоне приема Найза).

Лабораторно-инструментальные исследования. Общий анализ крови и мочи - без патологии. Биохимический анализ крови: СРБ - 20,06, фибриноген - 5,2 г/л., РФ (-). Рентгенография костей таза: илеосакральные сочленения резко сужены с обеих сторон, не дифференцируются. ЭКГ: без патологии. УЗИ сердца: двустворчатый аортальный клапан, полости сердца не расширены.

Больному был выставлен клинический диагноз: «Основной: Анкилозирующий спондилоартрит, периферическая форма, прогрессирующее течение, активность III, R стадия II-III, НФС 3 ст. Сопутствующий: Туберкулез внутригрудных лимфоузлов в стадия петрификации и фиброза. МБТ (-). ВПС: двустворчатый аортальный клапан, без нарушения гемодинамики. Хронический гастродуоденит в фазе ремиссии».

В настоящее время основной вопрос возникает у врача в отношении выбора базисного препарата и возможности возврата к приему ингибиторов ФНО α ввиду наличия у больного туберкулезного процесса.

Конечно, определенный риск реактивации туберкулезной инфекции сохраняется. При наличии активного туберкулеза данные препараты и вовсе противопоказаны. Однако, для пациентов, перенесших это заболевание в прошлом, лечение ингибиторами ФНО α возможно на фоне длительного применения противотуберкулезных препаратов, в частности, изониазида. Он назначается по 300 мг в сутки в течение 9 мес., начиная за 2 недели до первого введения ингибитора ФНО а. То же относится к больным, у которых нет указания на ранее перенесенный туберкулез, но проба Манту оказалась положительной.

Была проанализирована научная литература, которая указывает на то, что развитие туберкулеза или его реактивация регистрируется зна-

чительно чаще при использовании антител к ФНО α – Инфликсимаба (Ремикейд) и Адалимумаба (Хумира), чем при назначении растворимых рецепторов этого цитокина, т.е. Этанерцепта (Энбрел).

Этанерцепт (Энбрел) является димерным комбинированным белком, состоящим из человеческого растворимого рецептора ФНО α p75, соединенного с Fc – фрагментом человеческого иммуноглобулина G1. Он способен нейтрализовать не только ФНО α, но и ФНО b. Его существенно меньшая частота заболеваемости и реактивации туберкулеза, вероятно, связана со способностью Инфликсимаба и Адалимумаба, в отличие от Этанерцепта, лизировать клетки, содержащие ФНО α на своей поверхности. Очевидно, что это относится и к клеткам гранулем, формирующихся вокруг туберкулезных микобактерий и отграничивающих их от здоровых тканей, препятствуя тем самым активации и распространению инфекции. Соединяясь с молекулами ФНО α на поверхности клеток гранулемы, антитела к данному цитокину (Инфликсимаб и Адалимумаб) вызывают гибель этих клеток посредством апоптоза. Целостность гранулемы нарушается, и она перестает выполнять свою роль ограничения инфекции. Этанерцепт, в свою очередь, нейтрализует циркулирующий ФНО α, но не способен взаимодействовать с молекулами ФНО α, уже связанными с рецепторами на поверхности клеток. В результате гранулемные клетки остаются неповрежденными. Еще одной причиной снижения противотуберкулезного иммунитета Инфликсимабом и Адалимумабом может явиться тот факт, что пролиферация и функция цитотоксических Т–лимфоцитов, специфически направленных против микобактерий туберкулеза, подавляются ими значительно больше, чем Этанерцептом.

Этанерцепт (Энбрел) при ЮАС применяется из расчета 0,4 мг/кг массы тела (max разовая доза 25 мг) подкожно. Препарат вводится дважды в неделю с интервалами 3-4 дня.

Таким образом, следует отметить, что до начала применения ингибиторов ФНО α у больных ЮАС, больного следует обследовать на предмет выявления туберкулезного процесса (активного или латентного), т.е. тщательный сбор анамнеза, проведение скрининг-тестов (рентгенологическое исследование или КТ органов грудной клетки, туберкулиновая проба - Диаскинтест). При этом следует учесть, что у тяжелых больных и больных с иммунодепрессией может быть получена ложноотрицательная туберкулиновая проба. Перед принятием решения о назначении данных препаратов следует сопоставить пользу

и возможный риск развития туберкулеза, и при необходимости провести сопутствующее профилактическое лечение.

В 2003 году Международная рабочая группа по изучению анкилозирующего спондилоартрита разработала Рекомендации для проведения терапии блокаторами ФНО α, при этом должны быть соблюдены следующие условия:

- Диагноз АС должен быть подтвержден ревматологом и необходимыми обследованиями.
- АС у пациента должен быть установлен не менее чем 6 месяцев назад.
- АС должен продолжать быть активным, несмотря на лечение с использованием максимально возможных доз в среднем двух нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП).

**Литература:**

1. Мазуров В.И. «Клиническая ревматология» Москва, 2005 г.

2. Насонов Е.Л. - Ревматология. Клинические рекомендации. Москва, 2008 г.

3. Fleischmann R., Iqbal I., Nandeshwar P. et al., Safety and efficacy of disease –modifying anti–rheumatic agents: focus on the benefits and risk of etanercept., Drug Saf., 2002, 25, 173–97.

4. Hamdi H., Mariette X., Godot V. et al. Inhibition of anti–tuberculosis T–lymphocyte function by tumor necrosis factor antagonists. Arthritis Res.Ther., 2006, 8, 114.

5. Mitoma H., Horiuchi T., Tsuhamoto H. et al. Mechanisms for cytotoxic effects of anti–tumor necrosos factor agents on transmembrane tumor necrosis factor ?–expressing cells: comparison among infliximab, etanercept and adalimumab. Arthr.Rheum., 2008, 58, 1248–1257.

6. Saliu O.Y., Sofer C., Stein D.S. et al. Tumor–necrosis–factor blockers: differential effects on mycobacterial immunity. J.Infect.Dis., 2006, 194, 486–492.

7. Tubach F., Salmon D., Ravaud P. et al. Risk of tuberculosis is higher with anti–tumor necrosis factor monoclonal antibody therapy than with soluble tumor necrosis factor receptor therapy. Arthr. Rheum., 2009, 60, 1884–1894.

# СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ И ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Раджабова Д.С., студентка 6 курса лечебного факультета
Султангаджиева Х.Г., студентка 6 курса лечебного факультета

*Кафедра госпитальной терапии №1 ДГМА*
*Научные руководители: д.м.н., проф. Маммаев С.Н., к.м.н., доц. Чиликина Н.С.*

Болезнь Бехчета – представляет собой заболевание из группы системных васкулитов с поражением мелких и средних артерий и вен, рецидивирующими эрозивными изъязвлениями слизистых рта, гениталий, глаз, кожи, вовлечением внутренних органов и суставов.

Проявления болезни Бехчета многообразны и могут включать афтозный стоматит, язвы гениталий, кожную и подкожную узловатую эритему, увеит, артрит, васкулит, дисфункцию легких, почек, желудка, менингоэнцефалит.

Этиология заболевания неизвестна. Сам Бехчет считал, что болезнь имеет вирусное происхождение, так как обнаружил внутриклеточные включения в мазках язвенного отделяемого. Не исключено, что герпес-вирусная инфекция предшествует и отяжеляет течение заболевания. В последние годы обсуждается аутоиммунный механизм развития болезни: у больных обнаруживаются антитела к тканям слизистой полости рта и циркулирующие иммунные комплексы. Наконец, есть данные о генетической предрасположенности к заболеванию: установлено, что при поражении суставов чаще обнаруживается антиген HLA B27, слизистых оболочек и кожи - HLA B12. В последние годы болезнь Бехчета относят к первичным аутоиммунным васкулитам, что определяет системный характер заболевания.

Известно, что в патогенезе этого заболевания лежит третий тип реакции "антиген-антитело”, при котором нефиксированные антитела и антигены встречаются в кровяном русле и, связываясь между собой, образуют иммунные комплексы. Последние оседают на стенках сосудов, вызывая повреждение их эндотелия или организуя конгломераты из форменных элементов крови - развиваются тромбы, грозящие ишемией ткани. Поэтому необходимы современные методы диагностики, позволяющие выявить болезнь Бехчета на ранней стадии, не дожидаясь инвалидизирующих последствий.

Однако очень часто заболевание не удается выявить в ранние сроки, о чем свидетельствует представленный клинический случай.

Больная У., 42 года, поступила 12.01.15г. в отделение ревматологии №2 РКБ с жалобами на появление глубоких, резко болезненных, непрерывно рецидивирующих язвочек на боковой поверхности языка и слизистой оболочке щек, десен, наружных половых органов, ярко-розового цвета, размером от 5 мм до величины 5-ти копеечной монеты; снижение остроты зрения, появления «пелены», цветных «пятен» перед глазами; появление гиперемированных болезненных высыпаний на обеих голенях, выступающих над поверхностью, горячих на ощупь, отцветающих по типу «синяка»; периодические подъемы температуры тела до 37,5-38 гр. С; боли ноющего характера, усиливающиеся ночью, в симметричных суставах, преимущественно в лучезапястных, проксимальных межфаланговых, локтевых, коленных, суставах стоп, которые сопровождаются утренней скованностью до 15-20 минут; побледнение пальцев рук при погружение в холодную воду, чувство онемения, ползанья «мурашек»; тянущие боли в пояснично – крестцовом отделе позвоночника, усиливающиеся при поворотах и наклонах туловища, при длительном нахождении в одном положении; приступообразные, давящие головные боли, локализованные в затылочной, теменной, височных областях, усиливающиеся при запрокидывании головы назад, длительностью от несколько часов до нескольких дней, не всегда снимающиеся приемом анальгетиков; общую слабость.

Из Anamnesis morbi известно, что больной считает себя с 2008 г., когда впервые появились слизистые выделения из половых путей и боли тянущего характера внизу живота. Самостоятельно дома принимала бисептол, но-шпу. С данными симптомами впервые обратилась к врачам в апреле 2009 г., была госпитализирована в гинекологическое отделении больницы с. Крайновка Кизлярского района. Там же впервые появилась высокая температура тела, достигающая 38-39 гр.С. Какое лечение проводили, больная не помнит. Отмечала улучшение состояния, но подъемы температуры и повышение СОЭ до 45 мм/час сохранялись.

В июле 2009 г. впервые появились гиперемированные, болезненные высыпания на обоих голенях, выступающие над поверхностью, горячие на ощупь, отцветающие по типу «синяка».

В сентябре 2009 г. впервые появились болезненные язвочки в ротовой полости и боли в симметричных суставах, преимущественно в

лучезапястных, проксимальных межфаланговых, локтевых, коленных, суставах стоп. Больная в таком состоянии была госпитализирована в отделение терапии Гергебельской районной больницы. Какое лечение получала, не помнит, без эффекта. Состояние больной ухудшалось.

В течение 2010 г. больная находилась дома. Отмечала периодические подъемы температуры тела, рецидивирующие язвочки и выраженную общую слабость.

В 2011 г. после прижигания эрозии шейки матки на второй день появились аналогичные язвенные поражения на наружных половых органах. Больная неоднократно обращалась в кожный кабинет РКВД, затем была госпитализирована в кож-вен.больницу, где подозревали «сифилис». Диагноз не подтвердился, и через неделю больная была выписана.

В ноябре 2011 г. больная самостоятельно поехала на обследование в г. Ростов.

Врач-уролог, декабрь 2011 г. Заключение: «Хронический цистит, обострение. Сопутствующий диагноз: менингиома мосто-мозжечкового угла слева (доказана на МРТ). Серонегативная спондилоартропатия, реактивная артропатия, ассоциированная с Clamydia trach., активность 2, рецидивирующий афтозный стоматит, узловатая эритема, в анамнезе ахиллобурситы, изъязвления гениталий. Исключить синдром Бехчета, СКВ. Врожденная аномалия развития головного мозга Арнольда-Киари». Больная получала монурал, амоксиклав, бифиформ.

Врач-ревматолог, февраль 2012 г. Заключение: «СКВ, подострое течение, активность 1-2, с поражением слизистых, рецидивирующий афтозный стоматит, узловатая эритема кожи, алопеция, полиартрит суставов, +АТ к нДНК; ЦНС – головные боли, ФК2. Анемия смешанного генеза на фоне хронического воспаления. ЖДА». Больной впервые назначен преднизолон, азатиоприн, трентал, кальций-Д3-никомед. Состояние больной значительно улучшилось, суставной синдром прошел, температура нормализовалась, язвочки прошли.

В марте 2012 г. появились выраженные боли в левой голени, покраснение, гипертермия.

Сосудистый хирург, март 2012 г. Заключение: «Острый тромбофлебит в бассейне БВП слева, тип 1. Варикозная болезнь н/конечностей, ст. декомпенсации. ХВН С3, S». Больная с положительной динамикой получала детралекс, лиотон, эскузан, клексан.

В апреле 2012 г. врач-ревматолог впервые предположил о наличии «вторичного антифосфолипидного синдрома.

С весны 2012 г. больная находилась дома, принимала еще в течение 2-х месяцев преднизолон и азатиоприн, затем самостоятельно отменила. Далее около года состояние было стабильным.

В 2013 г. вновь возобновились язвочки на наружных половых органах.

В августе 2014 г. Состояние больной ухудшилось, появилась вся выше описанная симптоматика, в связи с чем была госпитализирована в отделение ревматологии №2 РКБ.

Из Anamnesis vitae: 4 беременности, 4 родов. Наследственный анамнез не отягощен. Туберкулез, кож/вен заболевания, вирусный гепатит отрицает.

Объективные данные: Состояние больной средней степени тяжести. Положение в постели активное, сознание ясное. Телосложение правильное, пониженного питания. Кожные покровы обычной окраски. На левой голени имеются единичные остаточные явления узловатой эритемы, отцветающей по типу «синяка». Отеков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Органы дыхания: перкуторно - легочный звук, аускультативно – везикулярное дыхание, хрипов и шумов нет. ЧДД – 18 в минуту. Органы кровообращения: границы сердца в норме, тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС -78 уд. в мин., АД- 115/70 мм.рт.ст. Органы пищеварения: слизистая оболочка ротовой полости обычной окраски, с афтами на боковой поверхности языка, на слизистой оболочке десен, размером до 5 мм, розового цвета. Язык сухой, обложен у корня белым налетом. Миндалины не увеличены. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, перкуторно у края реберной дуги. Органы мочевыделения без патологии.

Результаты лабораторно-инструментальных исследований:

Общий анализ крови:

- Hb – 98 г/л, - лейкоциты – 9,5*10^9/л, - СОЭ – 50 мм/ч. Общий анализ мочи без патологии.

Биохимический анализ крови: - фибриноген – 5,7 г/л; - СРБ – 52 мг/л ; - кальций – 2,46 ммоль/л; - РФ – отрицательный; - волчаночный антикоагулянт – не обнаружен; - АТ к нДНК ( от февраля 2012 г., г. Ростов) (+) ;

Коагулограмма: - АЧТВ – 37 сек.; - ПТИ по Квику – 97%; - МНО – 1,03; - гематокрит – 38%

ЭКГ (январь 2015г.). Заключение: ритм синусовый, правильный. Вариант нормы.

УЗИ сердца (январь 2015г.) Заключение: полости сердца не расширены. Сократимость миокарда удовлетворительная. Клапаны интактны.

МСКТ аорты (январь 2015г.) Заключение: КТ картина соответствует аневризме супраренальной части брюшной аорты справа. Аневризматическое расширение общих подвздошных артерий ниже бифуркации.

УЗИ гениталий (январь 2015г.) Заключение: подострый метрит, киста правого яичника.

Осмотр сосудистого хирурга (январь 2015г.) Заключение: данных за сосудистую патологию не обнаружено.

На основании проведенных исследований больной был выставлен клинический диагноз:

Основной диагноз: Болезнь Бехчета, рецидивирующее течение. Рецидивирующий афтозный стоматит, язвы гениталий. Узловатая эритема кожи обоих голеней. Полиартрит. Аневризма супраренальной части брюшной аорты справа с аневризматическим расширением общих подвздошных артерий ниже бифуркации. Вторичный антифосфолипидный синдром?

Сопутствующий диагноз: Менингиома левого мосто-мозжечкового угла. Врожденная аномалия развития Арнольда-Киари. Невринома левого слухового нерва. Варикозная болезнь нижних конечностей. Хронический двухсторонний аднексит, подострый метроэндометрит, эндоцервикоз шейки матки, киста правого яичника.

Лечение включает местную и системную иммуносупрессивную терапию. Болезнь Бехчета протекает с периодами рецидивов и временной ремиссии, осложнениями со стороны заинтересованных органов. На сегодняшний день активно используются основные рекомендации д.м.н. Аликберовой З.С., касательно этого вопроса. Вот следующие основные положения по лечению болезни Бехчета:

При наличии сосудистых проявлений:

При венозном тромбозе конечностей:

- Азатиоприн по 2,5 мг/кг/с.

При аневризмах легочных и периферических артерий:

- Пульс-терапия ГК;
- Циклофосфан;
- ГК – высокие дозы в течение 2-х лет с переходом на азатиоприн.

При артрите (обычно транзиторном, без деформации и эрозий) применяется:

- колхицин 1-2 мг/д.

Лечение кожных и сосудистых проявлений зависит от их тяжести:

• Локально ГК;

• При узловатой эритеме: колхицин;

• При резистентных случаях: ингибиторы ФНО-а (ремикейд, энбрел)

Меры предосторожности:

• При лечении глюкокортикоидами следует систематически определять содержание глюкозы в крови,показатели АД, состояние слизистых оболочек органов ЖКТ;

• На фоне применения цитостатиков следует периодически провод ить общие анализы крови, мочи, функциональные пробы печени;

• Инъекции следует делать лишь в случае крайней необходимости ввиду опасности возникновения пустулёзных реакций.

Возможные осложнения, возникающие при лечении болезни Бехчета:

• Слепота

• Центральные и периферические парезы и параличи

• Тромбоэмболия лёгочных артерий, полых вен и других сосудов

• Сосудистые аневризмы

• Амилоидоз.

Течение и прогноз. Продолжительность жизни пациентов с поражением ЦНС меньше, чем в общей популяции. Остальные проявления (кроме сосудистых катастроф и развития осложнений) на продолжительность жизни не влияют.

## АНЕМИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Магомедов К.Г., студент 4 курса лечебного факультета

*Кафедра госпитальной хирургии ДГМА*
*Научный руководитель д.м.н., Ахмедов И.Г.*

**Актуальность.** В последние десятилетия во всем мире отмечается рост числа больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), что в первую очередь связано с успешным лечением и снижением летальности от острых форм ИБС. В рекомендациях по диагностике и лечению пациентов с ХСН эксперты отмечают, что анемия не только усиливает проявления ХСН, ухудшает качество жизни пациен-

тов, снижает толерантность к физической нагрузке, но и является независимым негативным предиктором прогноза. По данным литературы, распространенность анемии у пациентов с ХСН составляет более 10-55% [1]. В связи с этим проблема правильного ведения таких пациентов в стационарных и амбулаторных условиях является актуальной.

**Целью** настоящей работы является оценка распространенности анемии у больных с ХСН.

**Материал и методы**. Исследование проведено в отделении кардиологии Дагестанского республиканского центра кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии. Обследованы 150 пациентов, находившиеся на стационарном лечении с ХСН в течении 1 месяца. Среди них у 35 пациентов зарегистрирована анемия различной степени тяжести (гемоглобин <120 г/л (жен) или 130 г/л (муж). Из них пациентов мужчин было 21 (60%), женщин – 14 (40%). Средний возраст пациентов составил 59,7±7,5 лет. Диагноз ХСН ставился на основании комплексного клинико-лабораторного обследования, включая коронарографию, Холтеровское мониторирование ЭКГ, УЗИ сердца, велоэргометрию.

**Результаты**. Распределение пациентов по уровню гемоглобина представлено в табл.

Таблица

***Распределение пациентов по уровню гемоглобина***

| Гемоглобин (г/л) | Мужчина (n=21) | Женщины (n=14) |
|---|---|---|
| <80 | | 1 |
| 80-100 | 7 | 6 |
| 101-120 (жен), 101-130 (муж) | 14 | 7 |

Распределение пациентов с анемией по уровню цветного показателя показало, что у 26 (74,3%) из них имелась нормохромная анемия (0,8≤ЦП≤1,0) , а у 9 (25,7%) – гипохромная ((ЦП<0,8).

**Выводы**. Анемия и преданемическое состояние у больных с ХСН отмечается у 23% пациентов. Преимущественно наблюдается нормохромная анемия.

# ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ ПРИ СОЧЕТАНИИ С ПАТОЛОГИЕЙ ПОЛОСТИ РТА

Шихнабиева М.Д., молодой ученый,
Шихнабиева Э.Д., молодой ученый

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсами общего ухода за больными и клинической фармакологии ГБОУ ВПО «Чеченский государственный университет» и кафедра стоматологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия»*
*Научный руководитель: д.м.н., проф. Батаев Х.М.*

В последние годы значительно возросло число больных с патологией желудочно-кишечного тракта, среди которых наиболее распространенной является гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). Данные литературы свидетельствуют о том, что ГЭРБ в 83-100% случаев сочетается с патологией полости рта, в частности с гингивитами и пародонтитами. Частое сочетание гингивита, пародонтита с заболеваниями пищевода и желудка говорит о закономерности этой связи и об универсальности механизмов их развития. Несмотря на наличие такой связи между этими системами (пищевода и ротовой полости), тем не менее, особенности течения ГЭРБ при наличии воспалительных заболеваний пародонта не изучены.

**Цель исследования:** выявить частоту и характер течения ГЭРБ у больных с патологией пародонта.

**Материалы и методы.** Исследовано 76 больных, у которых имелась патология десны, (48 – мужчины, 28 – женщины, средний возраст 39 лет). Проводилось клиническое обследование полости рта (выяснение жалоб, сбор данных анамнеза, внешний осмотр и полный осмотр полости рта), а также клиническое, эндоскопическое и рентгенологическое исследования верхних отделов пищеварительного тракта.

**Результаты.** Из 76 исследованных больных при клиническом обследовании полости рта у 39 выявлен хронический пародонтит легкой степени и у 37 - хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести, при клинико-инструментальном исследовании эндоскопические признаки ГЭРБ обнаружены у 44 (57,9%): эзофагит 1 ст. – у 28,1% и эзофагит 2 ст. – у 14,1%, неэрозивная рефлюксная болезнь (эндоскопически негативный вариант при наличии клинических дан-

ных) – в 15,6% случаев. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы выявлена у 5 (13,5%) из 37 больных ГЭРБ, во всех случаях она сочеталась с эзофагитом 1-2 ст.

**Заключение.** При наличии патологии пародонта наблюдается высокая частота ГЭРБ (57,9%), клинические варианты ее течения многообразны – от эндоскопически негативной до выраженной. У 13,5% больных ГЭРБ при сочетании с воспалительными заболеваниями пародонта обнаруживается скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

## ***ХИРУРГИЯ***

## ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ МАЛОИНВАЗИВНЫМ СПОСОБОМ

Хамидов Т.М., аспирант

*Кафедра общей хирургии и лучевой диагностики ДГМА*
*Научный руководитель: д.м.н., проф., Меджидов Р.Т.*

**Актуальность**. Малоинвазивная хирургия – это один из основных путей прогресса современной хирургии в целом. В литературе последних лет существует множество информации о малоинвазивных вмешательствах при кистозных образованиях печени и селезенки. Одним из методов завершения операции при кистозных образованиях паренхиматозных органов брюшной полости является аплатизация (абдоминизация) их. Это особенно показано при средних и поверхностно расположенных кистах печени и селезенки.

**Материалы и методы**. Аплатизация кист печени и селезенки в малоинвазивном варианте нами проведена при 88 кистах у 75 пациентов. Паразитарные кисты у 56(7,6%) больных, простые – у 19(25,4%). Печеночная локализация кист имелась у 62(82,6%) пациентов, в селезенке – 13(17,4%) больных. В селезенке имелись одиночные кисты, а в печени у 11(17,7%) пациентов отмечены множественные кисты. Из них у 6(54,5%) эхинококковые кисты, у 5(45,5%) простые. Размеры кистозных образований составляли от 5,6 до 10,7 см в диаметре. Все кисты были с преимущественным ростом в сторону брюшной полости. Локализация печеночных кист была следующая: II-й сегмент – 10(13,3%), III-й сегмент – 15(20,0%), IV- сегмент- 10(13,3%),V-й сегмент - 14(18,6%),VI-й сегмент - 12(16,0%),VII-й сегмент - 8(10,6%),VIII-й сег-

мент - 6(8,2%). На диафрагмальной поверхности печени отмечены 66(88,0%) кист, на висцеральной – 9(12,0%). Ближе к нижнему полюсу селезенки имелись 8(61,6%) кист, к верхнему- 5(38,4%). Из 88 кист печени и селезенки лапароскопически удалены 33(37,5%) кисты и операция завершена аплатизацией остаточной полости. Из мини-доступа с применением устройства «Мини-ассистент» фирмы «САН» и лапароскопическим ассистированием удалено 55(62,5%) кист.

**Результаты и обсуждение**. При лапароскопической аплатизации кист конверсия на широкую лапаротомию проведена в 4(12,1%) наблюдениях. Во всех этих случаях имелось умеренное кровотечение из краев иссеченной фиброзной капсулы. Оно остановлено ушиванием кровоточащих участков фиброзной капсулы. Послеоперационные осложнения отмечены в 5(6,6%) случаях. Из них местные – у 3(4,0%), общие – 2(2,6%). К местным осложнениям относились жидкостные скопления в зоне печени(2) и селезенки(1). Они устранены перкутанными пункциями под УЗ-наведением. Из общих осложнений – это правосторонний экссудативный плеврит – 1 и тромбофлебит вен нижних конечностей – 1. Летальных исходов не было.

**Заключение**. Аплатизация кист печени и селезенки показана при малых и средних, относительно поверхностно расположенных кистах указанных органов. Её выполнение в малоинвазивном варианте имеет явные преимущества.

## РОЛЬ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ У БОЛЬНЫХ С ПОЛНЫМ НАРУЖНЫМ ОТВЕДЕНИЕМ ЖЕЛЧИ

Насибова У.А., аспирантка

*Кафедра общей хирургии и лучевой диагностики ДГМА*
*Научный руководитель: д.м.н., проф., Меджидов Р.Т.*

**Актуальность.** При механической желтухе опухолевого генеза, как первый этап поэтапного лечения, так и как окончательный вариант лечения, нередко выполняется наружное дренирование билиарного тракта. Естественно, при этом возможны существенные изменения в нутритивном статусе пациентов. Более того, при отсутствии в двенадцатиперстной кишке желчи происходит нарушение кислотно-щелочного баланса и запирательной функции пилорического жома,

которые приводят к выраженным морфо-функциональным изменениям в верхнем отделе желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

**Цель исследования**. Оценить морфо-функциональное состояние верхних отделов желудочно-кишечного тракта и степени нарушения нутритивного статуса пациентов с полным наружным отведением желчи.

**Материалы и методы**. Проведен анализ комплексного обследования 237 больных с полным наружным отведением желчи по поводу механической желтухи опухолевого генеза. В 93 (39,2%) наблюдениях декомпрессия билиарного тракта была проведена путем выполнения перкутанной чрезпеченочной холангиостомии и в 144 (60,8%) – холецистостомия из мини-доступа с лапороскопическим ассистированием. Наряду с изучением гемостаза больным выполняли фиброгастродуоденоскопию , суточное РН-мониторирование верхних отделов ЖКТ, копрологические исследования, определение индекса массы тела. Статистическая обработка материала проводилась с использованием программы «Биостатистика».

**Результаты**. Эрозивно-язвенное поражение верхних отделов ЖКТ выявлено у 64,5% больных. Почти у всех пациентов имелись высокие показатели РН в желудке и двенадцатиперстной кишке. Больные жаловались на изжогу, тошноту и рвоту. У 3,4% больных отмечено гастро-дуоденальное кровотечение. У 18,9% больных имели место стеаторея и креаторея. Гипопротеинемия наблюдалась у 49,8% больных. Водно-электролитные нарушения отмечены у 93,6% больных. Почти у всех пациентов имелась тенденция к гиповолемии и гипокалиинемии. Индекс массы тела пациентов до декомпрессии билиарного тракта составила 22,6 кг/м², на 10-12-е сутки после декомпрессии – 17,6 кг/м².

Больным проводилась комплексная терапия с коррекцией водно-электролитного обмена, назначением ингибиторов протеиновой помпы, сбалансированных нутриентов, а так же пациентам налаживали пероральное поступление желчи.

**Заключение.** При полном наружном отведении желчи меняется модель пищеварения, возникают эрозивно-язвенные изменения в желудочно-кишечном тракте, особенно в верхнем его отделе. Следовательно, должна быть заместительная терапия, которая направлена на коррекцию возникающих нарушений.

# ОДНОЭТАПНЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТАЗЕ

Дадашев М.Т. – врач ординатор
Пахрудинов Р.М. - врач ординатор
Мишра А. – клинический ординатор

*Республиканская больница № 2 Центр специализированной экстренной медицинской помощи*
*Кафедра хирургии ФПК и ППС ДГМА*
*Научный руководитель: д.м.н., проф. Магомедов М.М.*

**Актуальность.** Среди хирургических заболеваний печени и внепеченочных желчных протоков наиболее тяжелыми до сих пор считаются те, которые сопровождаются стойкой непроходимостью магистральных желчных протоков с последующим развитием механической желтухи. Диагностика и лечение пациентов с синдромом желчной гипертензии на почве механической желтухи считается актуальной проблемой неотложной абдоминальной хирургии.

**Цель.** Оценить возможности применения лапароскопических технологий и лечение пациентов с холецистохоледохолитиазом.

**Материал и методы.** В статье проанализированы результаты лечения 94 пациентов с холецистохоледохолитиазом. Лапароскопические операции были предприняты у 94 человек и успешно завершены у 92(97,8%), остальным 2 (2,1%) пациентам была выполнена конверсия (лапаротомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха по Керу).

**Результаты.** В 30 (32%) случаях выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), экстракция конкрементов через пузырный проток, дренирование холедоха по Холстеду – Пиковскому; 21 (22,3%)- ЛХЭ, холедохолитотомия, дренирование ОЖП по Холстеду – Пиковскому; 38 (40,4%) - ЛХЭ, холедохолитотомия, дренирование ОЖП по Керу; 3(3,2)- ЛХЭ в сочетании с супрадуоденальной холедоходуоденостомией; 2 (2,1%) случаях при неудаче лапароскопической холедохолитотомии выполнена конверсии к лапаротомному доступу.

**Заключение:** Одноэтапные лапароскопические методы лечения холецистохоледохолитиаза являются менее травматичными и более физиологичными, позволяют сохранить сфинктерный аппарат большого сосочка двенадцатиперстной кишки.

# РЕПЕРФУЗИОННЫЙ СИНДРОМ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ СИНДРОМОМ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА

Бациков Х.А., аспирант
Амирилаева З.А., клинический ординатор

*Кафедра хирургии ФПК и ППС ДГМА*
*Научный руководитель: д.м.н., проф. Магомедов М.М.*

**Актуальность.** Острая кишечная непроходимость занимает важное место среди ургентной хирургической патологии. В хирургической стационар пациенты с острой кишечной непроходимостью. Занимает 3 место, а после операционная летальность составляет от 17,7% - до 71,1%, невзирая на весь современный арсенал способов лечения таких пациентов (Чернов В.Н. 2008). Расстройство микроциркуляции на уровне сосудов кишечника и эндотелиальная дисфункция является важными патогенетическими факторами развития критического состояния при острой странгуляционной кишечной непроходимости с развитием ишемии - реперфузионного синдрома. Возникновение коллапса, а порой и стойкой артериальной гипотензии у больных с после восстановления мезентериального кровотока объясняется эффектом перераспределения крови вследствии значительного и резкого увеличения объема сосудистого русла. Быстротечность повреждения эндотелия объясняет быстроту развития синдрома «капиллярной утечки, что потенцирует прогрессирования гемодинамических расстройств уже в течении 20 - 30 мин после расправления инвагинатов, устранения странгуляционных спаек, санации кишечника. Повреждение эндотелия в подобных случаях во многом связано с активацией процессов свободно - радиального окисления, так как при реперфузии отмечается восстановление притока насыщенным кислородом крови к поврежденным на фоне ишемии и гипоксии клеткам кишки, в результате чего происходит их дальнейшее и необратимое повреждение. Именно свободные радикалы кислорода являются пусковым фактором синтеза ряда биохимических субстанций, приводящих к нарушению трофики и архитектоники эндотелиальных клеток. Так, при моделировании ишемии – реперфузии (J.C. Yang et al 2008) обнаружили высокую концентрацию малонового диальдегида и активность супероксиддисмутазы не только в сыворотке крови, но и в гомогенатах тканей легких, почек и поджелудочной железы.

**Цель исследования.** Одним из путей снижения послеоперационной летальности у больных со странгуляционной кишечной непроходимостьи является ранняя диагностика этого грозного заболевания.

**Материалы и методы.** Проспективному анализу подвергнуты результаты диагностики и лечения 127 пациентов, оперированных по поводу острой тонкокишечной непроходимости неопухолевого генеза за период с января 2008 года по декабрь 2014 года, из них по поводу СКН - 32 пациента (25,2 %), по поводу других форм - 95 пациентов (74,8 %). Группы больных оказались сопоставимыми по полу, возрасту, срокам догоспитального периода, характеру сопутствующей патологии. Диагностика синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) основывалась на наличии двух или более из ниже перечисленных признаков: 1. температура тела более 38 °С или менее 36 °С; 2. частота сердечных сокращений свыше 90 ударов в 1 мин; 3) частота дыхательных движений более 20 дыханий в 1 мин*

4. количество лейкоцитов свыше или ниже 4 000 клеток/мм$^3$, или количество незрелых форм более 10 %.

**Результаты исследования. Из 32 больных,** оперированных по поводу СКН, ССВО отмечен у 26 пациентов (81,2 %), в то время как в группе без признаков странгуляции - у 23 пациентов (24,2 %) (различия между группами достоверны при $p<0,05$). В группе больных с СКН (п=32) некроз тонкой кишки, потребовавший резекции последней в пределах жизнеспособных тканей выявлен у 19 пациентов или в 59,4 % случаев, при этом у 18 из них (56,2 %) диагностирован ССВО. тогда как при отсутствии ССВО в данной группе резекция выполнена лишь у 1 пациента (3,1 %).

**Выводы.** Диагностика СКН основана на анализе жалоб больного, данных анамнеза, объективного осмотра и инструментальных методов обследования, наличие у пациентов признака ССВО должно склонять хирургов к выполнению оперативного вмешательства в неотложном порядке ввиду высокого риска развития некроза тонкой кишки и перитонита.

# ВЫБОР МЕТОДА ГЕРНИОПЛАСТИКИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Магомедбеков Р.Э., аспирант,
Нахбарова М.Г., клинический ординатор,
Амирилаева З.А., клинический ординатор

*Кафедра хирургии ФПК и ППС ДГМА*
*Научный руководитель: д.м.н. проф. Магомедов М.М.*

В лечении паховых грыж, актуальным остается профилактика мужского бесплодия. Методика Лихтенштейна несомненно считается «золотым стандартом» лечении паховых грыж. Однако он имеет ряд серьезных отрицательных сторон. К ним относятся фиброзные изменения в семенном канатике, олигоспермия, что доказано экспериментальными исследованиями. Поэтому в лечении паховых грыж все актуальнее становятся так называемые изоляционные методы герниопластики семенного канатика от сетки, так как это является превенцией мужского бесплодия.

**Цель.** Изучение в сравнительном аспекте количественного и качественного состава сперматозоидов до и после операции Лихтенштейна и изолированным методом семенного канатика от сетки.

**Материалы и методы:** Предложенный нами метод герниопластики предусматривает сужение внутреннего кольца пахового канала кисетным швом с обязательным захватом поперечной фасции и завязыванием шва, чтобы не сдавливать семенной канатик. Проводим моделирование сетки – в сетке проводим окно диаметром, на 0,4-0,6см больше, чем диаметр семенного канатика. Семенной канатик изолирует от сетки лоскутом апоневроза наружной косой мышцы живота. Фиксация моделированной сетки проводится в дальнейшем по методике Лихтенштейна. Проведена операция 12 больным. Все больные были репродуктивного возраста от 18 до 45 лет с двухсторонними паховыми грыжами. Больные были разделены на две группы. В первую группу вошли 7 больных, которым была выполнена герниопластика по Лихтенштейну. Вторую группу составили 5 больных, которым была произведена герниопластика изоляционным методом семенного канатика. В обоих группах произведены спермоморфологическое исследование за 3 дня до операции и спустя 40 суток и 1 год после операции.

**Результаты.** Отмечалось олигоспермия, снижение количественного и качественного состава сперматозоидов на 20-30%, выявлены только в первой группе ($p<0.01$). Во второй группе изменения отмечалось только у одного больного 15-18% количественного состава сперматозоидов. В обеих группах в течение года рецидивов грыжи не выявлено.

**Заключение.** Изолированная герниопластика по модификации Лихтенштейна является методом профилактики мужского бесплодия, она показана во всех случаях, при рецидивной паховой грыже, особенно в репродуктивном возрасте.

## МЕСТНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СУСПЕНЗИЙ «БЕМЕТРИМ» В ЛЕЧЕНИИ НАГНОИВШИХСЯ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

Магомедов Н.М., клинический ординатор

*Кафедры хирургии ФПК и ППС и общей хирургии и лучевой диагностики ДГМА*
*Научный руководители: д.м.н., проф. Гайбатов С.П., д.м.н., проф. Магомедов М.Г.*

**Актуальность.** Лечение эхинококкоза печени (ЭП) демонстрируется достижением современной гепатохирургии, но его традиционные оперативные методы часто сопровождаются инфекционно-воспалительными осложнениями и составляют 17,9-28,5%, значительным увеличением продолжительности лечения и высокой послеоперационной летальности (3-7%). Поэтому профилактика и лечение послеоперационных осложнений в хирургии ЭП является актуальной проблемой [Хамидов А.И. с соавт., 2000; Каримов Ш.И. с соавт., 2005; Меджидов Р.Т. с соавт., 2010; Гайбатов С.П. с соавт., 2013].

Несмотря на выявление ЭП в более ранние периоды развития кист, достаточно часто наблюдается нагноившийся эхинококкоз (25-35%) [Хамидов А.И. с соавт., 2000].

Одной из причин высокого процента таких осложнений является недостаточная эффективность применяемых антибактериальных препаратов на фоне широкого распространения антибиотикорезистентной микрофлоры, значительного количества побочных эффектов и аллергических реакций при их использовании, что не удовлетворяет клиницистов. В связи с этим возникает необходимость по-

иска нового, более эффективного и патогенетически обоснованного метода воздействия на возбудителей хирургической инфекции в нагноившейся остаточной полости печени, профилактики инфекционно-воспалительных осложнений и стимуляции регенеративных процессов после полузакрытой эхинококкэктомии или вынужденного открытого её дренирования, что могло бы значительно улучшить исходы лечения больных.

**Цель исследования** - улучшение результатов лечения больных эхинококкозом печени путём внедрения в практику нового средства «Беметрим» для антисептической обработки нагноившейся остаточной полости печени после эхинококкэктомии.

**Материал и методы.** Мы располагаем опытом использования суспензия «Беметрим» для лечения нагноившихся остаточных полостей печени, после вынужденной открытой или полузакрытой эхинококкэктомии с наружным её дренированием у 12 больных.

Сущность предлагаемого способа состоит в том, что лечение нагноившейся остаточной полости печени после эхинококкэктомии с использованием средства содержащего компоненты известных в фармакологии препаратов, разрешенные к применению МЗ РФ, которые используются в повседневной врачебной практике. В качестве компонентов лекарственных препаратов использованы (г/100 мл раствора): пепсин – 4,0-4,5 г; бетаина гидрохлорид - 4,0-4,5 г; метилурацил – 3,0-4,0 г; тримекаин 2,0-3,0 г; полиэтиленоксид - 400 87,0-84,0 мл.

При имеющем место нагноении остаточной полости печени после полузакрытой эхинококкэктомии производится обработка остаточной полости средством, лечебные действия которого проявляются как антибактериальный, противовоспалительный, местнообезболивающий, стимулирующий регенерацию действием.

При этом, предварительно оценивают общие и местные клинические критерии больного, фаза раневого процесса, сроки очищения ран, бактериологические, цитологические, планиметрические показатели остаточной полости.

Предлагаемое средство, названное «Беметрим» использовано нами в клинике для лечения нагноившейся остаточной полости после эхинококкэктомии печени, впервые. Для непосредственного лечения средство «Беметрим» приготовляется ex tempore путем смешивания навесок ингредиентов в колбе с последующим добавлением 30% раствора полиэтиленоксида - 400 в предпочтительном варианте реализа-

ции: пепсин 4,0; бетаина гидрохлорид 4,0; метилурацил 3,0; тримекаин 3,0 г; полиэтиленоксид - 400 86,0 (pH 2,0) в обычных условиях, и не требует стерилизации, так как само обладает выраженной бактерицидной активностью.

Выше приведённые составы средства указаны с min и max значениями компонентов, используемых в препарате.

Данное оптимальное соотношение было найдено в многочисленных экспериментах и подтверждено в клинических наблюдениях.

Раздельное применение компонентов средства для лечения остаточной полости после эхинококкэктомии печени малоэффективно. При применении их в предлагаемом сочетании получен выраженный клинический эффект, что объяснимо синергизмом их действия.

В первую и вторую фазы раневого процесса смесь используется с некролитической, противовоспалительной и регенеративной целью, при этом концентрации действующих веществ в ней максимальные. Во вторую и частично в третью фазы раневого процесса для стимуляции регенерации, предохранения раневой поверхности от вторичного инфицирования и эпителизации, при этом концентрация действующих веществ в ней минимальные.

Следовательно средство «Беметрим» обладает выраженным некролитическим, бактерицидным, местноанестезирующим, дренирующим, цитопротекторным, буферным, стимулирующим регенерацию действием, наименее травматичным и гепатотоксичным эффектом.

Первым этапом проводили промывание остаточной полости через дренажную трубку с микроирригатором введёную в полость обычным антисептическим раствором и в последующем вводили предлагаемое средство в количестве 2/3 объёма остаточной полости и закрывали дренажную трубку и микроирригатор в течение 2-х часов. Курс лечения 15±1.0 дней.

**Результаты.** До начала и по окончании курса лечения производился мониторинг высеваемой флоры отделяемого из остаточных полостей. В результатах бактериологического анализа до применения средства по видовой принадлежности можно отметить высеваемую флору: стафилококк (39%), синегнойная палочка в виде монокультуры и в ассоциациях (26%), pseudomonas aeregenosae (12%), klebsiella pneumoniae (12%), стрептококк (5%), кишечная палочка (5%), гемофильная палочка (1%). В дальнейшем для изучения воздействия средства на стенки фиброзной капсулы проводили гистологические исследования, где отмеча-

лась: активация макрофагальной реакции, усиление пролиферации фибробластов, рост грануляционной ткани, усиление фагоцитоза бактерий и некротического детрита макрофагами. При анализе посевов отделяемого из остаточных полостей, на фоне применения средства, было отмечено 100% бактерицидной активностью на 6 сутки от начала лечения, что на много выше чем у современных антибиотиков. Гепатотоксическое влияние средства, применяемое с целью обработки фиброзной капсулы, отмечено не было. На 6 сутки с момента лечения посевы отделяемого и смывы из остаточных полостей роста бактерий не дали.

Показаниями для применения данного средства являются лечение нагноившихся остаточных полостей печени и профилактика инфекционно-воспалительных осложнений после эхинококкэктомии, гнойные раны и др. в первой, во второй и частично в третьей фазах раневого процесса.

Противопоказанием является только аллергия на компоненты входящие в состав смеси, что у наших больных не было отмечено ни в одном случае.

**Выводы:** Применение средства «Беметрим» позволяют ускорить в 1,5-2 раза очищение остаточной полости от гнойно-некротического процесса; обеспечить быструю элиминацию патогенной микрофлоры за счёт бактерицидного действия препарата; активизировать процессы ранозаживления за счёт стимуляции регенерации разнодействующими агентами; уменьшить степень рубцово-склеротических изменений в тканях и обеспечить оптимальные условия для механизма раневой контракции за счёт компонентов входящих в состав препарата. Снижение сроков лечения больных.

## ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ РАДИКАЛЬНОЙ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ

Султанова Р.С., аспирантка

*Кафедра общей хирургии и лучевой диагностики ДГМА*
*Научный руководитель: д.м.н., проф., Меджидов Р.Т.*

**Актуальность**. Самым серьезным заболеванием в структуре паразитарных болезней по праву можно считать эхинококкоз. Ларвальный (от латинского «ларва» - личинка) эхинококкоз является опасным зооантропогельминтозом, характеризующийся длительным хрониче-

ским течением, тяжелой органной и системной патологией, приводящими к инвалидности и нередко - к гибели больного.

В настоящее время предложено множество различных методов хирургического лечения абдоминального эхинококкоза. Радикальные хирургические вмешательства при эхинококкозе печени имеют явные преимущества перед другими методами и значительно снижают рецидив заболевания.

**Цели исследования**. Оценить возможности и уточнить эффективность цистперицистэктомии с помощью ультразвукового диссектора «Söring» при эхинококкозе печени.

**Материалы и методы**. В исследовании включены 36 пациентов с монокистозным эхинококкозом печени: правая доля – 27 (75,0%), левая – 9 (25,0%); диаметр кист от 10,0 до 22,0 см; 1-я фаза жизнедеятельности – 5 (13,8%), 2-я «А» - 10 (27,9%), 2-я «Б» - 8 (22,2%), 3-я – 13 (36,1%). Кисты в правой доле были локализованы: V-VI сегменты – 11 (30,5%), VI-VII сегменты – 15 (41,6%), VII и частично VIII сегменты – 1 (2,7%).

Во всех случаях выполнено радикальное лечение из широкой лапаротомии – цистперицистэктомия с использованием ультразвукового диссектора «Söring» (Германия). Группу сравнения составили 39 пациентов, которым была выполнена тотальная цистперицистэктомия без применения ультразвукового диссектора (дигитальное разделение паренхимы + диатермокоагуляция + лигирование и ушивание трубчатых структур печени).

**Результаты и обсуждение**. Технический успех в выполнении радикальной операции с применением ультразвукового диссектора при эхинококкозе печени отмечен в 100% случаев. Интраоперационная кровопотеря составила 220± 15,6 мл, тогда как в контрольной группе - 530± 30,5 мл. Медиана продолжительности операционного вмешательства в основной группе составила 91,6± 4,5 мин., а в контрольной- 114,5± 6,7 мин. Послеоперационные осложнения в основной группе больных не отмечены, а в контрольной группе в 2 наблюдениях имелся правосторонний экссудативный плеврит, в одном случае выполнена плевральная пункция, у 3 пациентов жидкостные скопления вокруг печени в зоне операции, которые ликвидированы перкутанным пункционным дренированием под УЗ-наведением. При двухгодичном наблюдении рецидивов заболевания в основной группе не отмечено, а в контрольной группе в двух наблюдениях замечено формирование па-

разитарной кисты печени в зоне эхинококкэктомии. Ретроспективный анализ установил, что имело место вскрытие кисты в ходе выполнения оперативного вмешательства.

**Заключение**. Тотальная цистперицистэктомия является операцией выбора при эхинококкозе печени и ее выполнение с применением высоких технологий обеспечивает 100- процентное выздоровление пациентов.

## МЕСТНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ «БЕМЕТРИМА» В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН

Магомедов Н.М., клинический ординатор
Магомедрасулова М.И., студентка 6 курса лечебного факультета

*Кафедра общей хирургии и лучевой диагностики ДГМА*
*Научный руководитель: д.м.н., проф. Магомедов М.Г.*

**Актуальность.** По литературным данным последних лет, несмотря на получение многих новых антибиотиков, число больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей (ГВЗМТ) не уменьшается. Это связано с ростом антибиотикоустойчивых и появлением антибиотикозависимых форм микробов, нарушением иммунного статуса и снижением регенеративных процессов в организме.

Лечение больных с ГВЗМТ и их осложнения остаётся одной из актуальных проблем современной практической хирургии. Одним из перспективных методов в комплексе лечения хирургической инфекции является их местная терапия.

Учитывая это, нами для местного лечения гнойных ран использовано средство «Беметрим» в комплексной терапии больных с ГВЗМТ.

**Целью исследования** является улучшение результатов комплексного лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей путем местного использования средства «Беметрим».

**Материал и методы.** Анализированы результаты лечения 150 больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей (ГВЗМТ), в возрасте от 20 до 84 года.

Больные были разделены на 2 группы. В основной группе 85 пациентов: парапроктит – у 13 больных, неспецифический лимфаденит – у 10, абсцессы, карбункулы, флегмоны – у 33, постинъекционная

флегмона – у 4, нагноение операционной раны после аппендэктомии по поводу деструктивного аппендицита – у 7, после грыжесечении – у 3, после различных ранений мягких тканей – у 15.

В контрольной группе 65 больных с такими же заболеваниями.

В основной группе для местного лечения в комплексе терапии использовали средство «Беметрим», а в контрольной – традиционная стандартная схема лечения.

Группы были статистически сопоставимы между собой по основным исходным критериям.

У всех больных было выраженная болезненность, гиперемия кожи, температура тела повышалась от 37,5 до 40 $^{0}$С, отмечены явления интоксикации.

Лечение проводилось комплексно по трем направлениям: общая консервативная терапия; местное лечение и хирургическое вмешательство.

Объем хирургического вмешательства включало вскрытие гнойника, опорожнение затеков и карманов, последующее адекватное дренирование и промывание полости растворами антисептиков. Подкожные абсцессы и карбункулы полностью иссекали, устанавливали дренажную трубку для промывания раны и аспирации содержимого.

Общая медикаментозная терапия включала в применении традиционных лекарственных средств. Объем и продолжительность его варьировали в зависимости от состояния больного.

Местное лечение основывалось на применении средства, состоящего из пепсина в кислой буферной среде в сочетании со стимулятором регенерации бетаином и метилурацилом, а также для обезболивания тримекаин и 30% раствора полиэтиленоксид – 400 для усиления проводникового или пенетрирующего эффектов (положительное решение о выдачи патента №2014107830/15(012389).

Для использовании средства предварительно оценивают общие и местные клинические критерии больного, фаза раневого процесса, сроки очищения ран, бактериологические, цитологические, планиметрические показатели гнойной раны.

Средство «Беметрим» приготовляется ex tempore путем смешивания навесок ингредиентов в указанных весовых соотношениях в колбе с последующим добавлением 30% раствора полиэтиленоксида - 400 в предпочтительном варианте реализации: пепсин 4,0; бетаина гидрохлорид 4,0; метилурацил 3,0; тримекаин 3,0; полиэтиленоксид - 400

86,0 (pH 2,0) в обычных условиях, и не требует стерилизации, так как само обладает выраженной бактерицидной активностью.

Данное оптимальное соотношение было найдено в многочисленных экспериментах и подтверждено в клинических наблюдениях.

Раздельное применение компонентов средства для лечения гнойных ран малоэффективно. При применении их в предлагаемом сочетании получен выраженный клинический эффект, что объяснимо синергизмом их действия.

В первую и вторую фазы раневого процесса смесь используется с некролитической, противовоспалительной и регенеративной целью, а в третью - для стимуляции регенерации, предохранения раневой поверхности от вторичного инфицирования и эпителизации.

Следовательно, средство оказывает некралитический, антибактериальный, противовоспалительный, местнообезболивающий, стимулирующий регенерацию действием.

До начала и по окончании курса лечения производился мониторинг высеваемой флоры отделяемого из ран.

**Результаты исследования.** Прекращение выделения гнойного экссудата, появления островков грануляционной ткани у больных основной группы отмечены в среднем через 4,1 ± 0,9 дней, у больных контрольной группы – через 6,2 ± 0,8 дней.

При оценке микробной обсемененности ран $10^5$ микробных тел в 1 гр. ткани (критический уровень), у больных основной группы выявлено – 3,3 ± 0,7 день, а у больных контрольной группы – 8,3 ± 0,7 день.

Скорость заживления ран, определяемая по методу Л.Н. Поповой (1942 г.), в основной группе составляло 7,2 ± 0,8 % их общей поверхности в сутки, в контрольной группе – 4,2 ± 0,8 %.

У больных в основной группе раны зажились в 1,5 раза быстрее, подвижным и тонким рубцом, чем в контрольной группе – у которых в 50% отмечены выраженные рубцовые деформации мягких тканей.

У больных основной группы удалось добиться полного заживления раневого дефекта.

**Выводы.** Местное применение средства «Беметрим» в комплексе лечения существенно ускоряет переход гнойно-воспалительного процесса из фазы гидратации в фазу дегидратации, способствует более быстрому заживлению ран, при этом не вызывая угнетения местного иммунитета, что наблюдается при введении антибиотиков, антисептиков традиционными способами.

# НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ В ЛЕЧЕНИИ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ФОНЕ ИБС

Магомедов Н.М. клинический ординатор
Магомедрасулова М.И., студентка 6 курса

*Кафедра общей хирургии и лучевой диагностики ДГМА*
*Научный руководитель: д.м.н., проф. Магомедов М.Г,*

**Актуальность.** Лечение больных с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей (ОААНК) на фоне ИБС, остаётся одной из актуальных проблем современной ангиологии. Обусловлена она дистальной формой и многоэтажностью поражения сосудистого русла и чаще сочетана с ИБС. Частота возникновения ОААНК и ИБС не снижается, показатели инвалидности и смертности довольно высоки, а проводимая консервативная терапия не всегда эффективна. К сожалению, данные клинических исследований, опубликованные в отечественной и зарубежной литературе за последние 15 лет, не свидетельствуют об уменьшении числа инвалидизирующих операций как ампутации и не демонстрируют обратной корреляции между частотой артериальных реконструкций и распространённостью ампутаций. В лечении ОААНК и ИБС наименее разработанным на настоящий момент является направление, связанное с доставкой к ишемизированным тканям кислорода.

**Цель** исследования – дать сравнительную оценку результатов лечения использования озонированного перфторана в сочетании с карведилолом и розувастатином в лечении больных ОААНК на фоне ИБС.

**Материалы и методы.** Для изучения динамики клинических и неинвазивных объективных критериев состояния больных с ОААНК и ИБС при включении в стандартную схему лечения перфторана нами приводится проспективное исследование. В рандомизированную выборку включены 90 больных, у которых клинико-инструментальными методами была верифицирован ОААНК и ИБС. По классификации Ф.Фонтане и А.В.Покровского вторую стадию ишемии имели - 34, третью - 50 и четвертую - 6 больных.

Все больные, удовлетворяющие критериям включения, были разделены на 2 группы – контрольная и основная. В основную группу вошли 45 больных, из них 12 пациентов имели ишемию II степени, 30

человек - III степени и 3-е - ишемию IV степени. В контрольной группе – 45 человек (17 больных с ишемией II степени, 26 человек с III степени и 2 – с хронической ишемией IV степени).

В контрольной группе использовалась традиционная стандартная схема лечения – трентал, реополиглюкин, дезагреганты, актовегин, мексидол, антикоагулянты, кардиотропные препараты и др. У 45 больных основной группы в состав комплексного лечения наряду с традиционной терапией включали озонированный перфторан в дозе 3-4 мл/кг в/в капельно в течение 2-3 часов, всего 3 инфузий через два дня в сочетании с карведилолом 12,5 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней. При хорошей переносимости дозу препарата повышали до 50 мг и розувастатин по 10 мг 1 раз в сутки в течение 2-х недель, затем дозу повышали до 20 мг 1 раз в сутки.

Клинический статус оценивали по данным модифицированной таблицы Rutherford et al. (2000 г.), изменения состояния гемодинамики – методом допплерографии. Микрогемодинамику в поражённой конечности оценивали при помощи лазерной допплеровской флоуметрии, интенсивность болевого синдрома – по визуальной аналоговой шкале Visual Analogue Scale (VAS).

Группы были статистически сопоставимы между собой по основным исходным критериям.

**Результаты.** При оценке результатов лечения учитывались не только субъективные ощущения и клинические проявления, но и показатели лабораторных и специальных методов исследования, в том числе с включением ультразвуковых методов исследования сосудов нижних конечностей, холтеровского мониторирования ЭКГ, эхокардиографии. Кроме того, учитывалась динамика ишемических проб и симптомов.

Результаты лечения оценивали как «хороший», «удовлетворительный» и «неудовлетворительный». ***Хорошим*** считался результат, когда у больного под воздействием лечения уменьшались или полностью проходили боли в покое (без ампутации) и удавалось перевести из III степени ишемии во II-ю, а из II - в I степень. ***Удовлетворительным*** считался результат, когда у больного удавалось ограничиваться минимальным хирургическим вмешательством типа ампутациям пальцев стопы. ***Неудовлетворительный*** результат лечения признавался, когда у больных комплексное лечение с минимальным хирургическим вмешательством оказалось неэффективным и им выполнялись ампутации конечности на уровне средней трети бедра.

У 40 больных (88,9%) основной группы было достигнуто улучшение клинического статуса – значительное (+3) у 15 больных, умеренное (+2) у 18 больных (40%), минимальное улучшение (+1) у 11 пациентов (53,3%). Кроме того, на фоне лечения отмечали достоверное снижение интенсивности болевого синдрома, отказ от принимаемых анальгетиков или сокращение их дозы. Трём больным с некротическими изменениями (IV стадия ишемия) были выполнены краевые некрэктомию на уровне фаланг пальцев стопы. У двух больных раны полностью зажили, а у 1-го было отмечено значительное ухудшение (-3) в клиническом статусе и на фоне прогрессирующих изменений на стопе с формированием влажной гангрены выполнена ампутация на уровне средней трети бедра.

В контрольной группе результаты лечения были хуже. Положительный результат в виде значительного улучшения (+3) достигнут у 5 больных, умеренного (+2) - у 15 больных, минимального (+1) у 22 больных. В 3 случаях лечение не привело к клиническому успеху и отмечено значительное ухудшение (-3) с выполнением ампутаций на уровне средней трети бедра больным с IV степенью ишемии, у 1-го из них с летальным исходом.

В тех случаях, когда больным проводили ампутаций конечности - результат лечения оценивали неудовлетворительный или отрицательный.

В результате анализа проведенного лечения лучшие исходы отмечены в основной группе. Всего положительные (хорошие и удовлетворительные) исходы получены у 43 (95,6%) больных, а отрицательные (неудовлетворительные) - у 2 (4,4%). В контрольной группе соответственно: 39 (86,7%) и 6 (13,3%).

Сравнительный анализ результатов лечения показывает, что в основной группе больных процент положительных исходов выше, чем в контрольной и составляет 95,6%.

**Выводы.** 1. Применение в комплексе лечения больных ОААНК с ИБС инфузий озонированного перфторана в сочетании с карведилолом и розувастатином позволяет улучшить клиническое течение заболевания и липопротеидный обмен, центральную и регионарную гемодинамику, микроциркуляцию и исходы их лечения.

2. Безопасность и эффективность данной терапии позволяют рекомендовать его применение в комплексе лечения с неоперабельными поражениями артерий нижних конечностей и тяжелой сопутствующей патологией.

## *ПЕДИАТРИЯ*

# ХАРАКТЕР ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Магомедова П. Г., студентка 5 курса педиатрического факультета;
Туркиева З.А., студентка 4 курса педиатрического факультета

*Кафедра факультетской и госпитальной педиатрии ДГМА*
*Научный руководитель: д.м.н., проф. Алискандиев А.М.*

**Актуальность:** Со второй половины XX в. отмечается постепенный, но неуклонный рост распространенности аллергических заболеваний (АЗ) у детей. По данным эпидемиологических исследований, АЗ страдают от 15 до 25% детского населения. Более того, в последние десятилетия наблюдается значительное «омоложение» АЗ, то есть смещение их начала на более ранний возраст, и склонность к учащению тяжелых клинических форм. Таким образом, проблема аллергии у детей является одной из наиболее актуальных в современной клинической медицине. Термин «атопия», под которым понимают наследственную предрасположенность к формированию аллергических реакций реагинзависимого типа в ответ на сенсибилизацию аллергенами (АГ), предложили в 1923 г. американские ученые А. Кока и Р. Кук.

**Цель настоящего исследования.** Изучить причину возникновения и характера течения аллергических реакций у детей, поступивших в диагностическое отделение ДРКБ за2014г

**Пациенты и методы.** Проведен анализ 23 больных с аллергическими реакциями, поступивших в диагностическое отделение ДРКБ за текущий год. Из поступивших детей мальчиков 12 (52,2%), девочек 11(47,8%), возраст детей составлял от 1,5 до 15 лет, большинство детей было до 5 лет (19 детей -82,6%). Из них городских жителей было11человек, сельских 12 человек.

**Результаты исследования:** Большинство детей поступали за летние месяцы (июль- 6 чел; – август -10чел), что составило около 70%. У 62,6% обследованных детей была отягощенная аллергическими заболеваниями наследственность. Так, среди детей, оба родителя которых страдают атопией, аллергические заболевания развиваются вдвое чаще, чем у детей, имею-щих наследственную отягощенность только одного из родителей. При этом отягощенный фон отмечался чаще по материнской линии (в 53,9%), чем по линии отца (29,8%). Патологическое течение беременности выявлено в 18,9%, угроза прерывания беременности

зарегистрирована у 5,9% матерей. Асфиксия и родовая травма выявлялись соот-ветственно в 29,3% случаев. Нерациональное питание матери во время беременности выявлено в 63,9%, во время кормления грудью в 57,2%. Ранний перевод детей на искусственное и смешанное вскармливание отмечен у 59,0% обследованных. Плохие жилищные условия имели место у 40,0% наблюдаемых, значительное загрязнение окружающей среды – 40,9%, пассивное курение – 29,3%, злоупотребление алкоголем (отцом и матерью) – 18,9%. Таким образом, наиболее значимыми факторами риска развития АД являлись наследственная отягощенность аллергиче-скими заболеваниями, наличие отягощенной беременности у матери, нерациональное питание матери, кормящей грудью, и во время беременности, раннее прекращение грудного вскармливания, раннее введение прикорма

Из всех поступивших детей 21 человек дали аллергическую реакцию на пищевые продукты, всего двое на медикаменты.

Из пищевых продуктов следует отметить продуктов из первой группы: цельное молоко, яйцо, рыбу, цитрусы, мед, растишку, менди, денеб и другие. Из лекарственных препаратов причинно значимыми в возникновении аллергических реакций были аскорбиновая кислота и фуразолидон. Клинические проявления аллергии по типу крапивницы с отеком Квинке отмечалось у 13 детей (56,5%), у 6 больных (17,3%)крапивница, отек Квинке с проявлениями реактивного артрита. У 20 детей (86,9%) отмечалось повышение температуры до фебрильных цифр. Клинические проявления атопии сопровождались повышением общего иммуноглобулина Е в сыворотке крови у 19 пациентов (82,6%).

Все наблюдаемые дети получали гипоаллергенную элиминационную диету, энтеросорбенты, десенсибилизирующие препараты. В результате лечения улучшение общего состояния наступало в период от 3 до 7 дней, выписаны с рекомендациями наблюдения у врача аллерголога-иммунолога.

**Выводы:** наиболее значимыми факторами риска развития атопии являлись: наследственная отягощенность аллергическими заболеваниями, наличие отягощенной беременности у матери, нерациональное питание матери, кормящей грудью, и во время беременности, раннее прекращение грудного вскармливания, раннее введение прикорма;

чаще всего аллергические реакции наблюдались в летние месяцы (июль, август), у детей в возрасте до 5 лет, с пищевой сенсибилизацией с преимущественным преобладанием больных с проявлениями

крапивницы и отеком Квинке и повышенным уровнем выработки общего иммуноглобулина Е в сыворотке крови. Полученные данные свидетельствуют о том, что необходимо выделять детей группы риска по развитию атопии и правильный подбор продуктов питания с исключением облигатных, консервированных продуктов и напитков с содержанием различных пищевых добавок.

## ОСОБЕННОСТИ РАННЕЙ АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ С ЗВУР ОТ МАТЕРЕЙ ИНФИЦИРОВАННЫХ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСОМ

Магомедова З.М., студентка 5 курса педиатрического факультета

*Кафедра факультетской и госпитальной педиатрии ДГМА*
*Научный руководитель: д.м.н., проф. Алискандиев А.М.*

**Актуальность.** Новорожденные с внутриутробным инфицированием сложнее адаптируются к условиям вне утробной жизни. Повреждающий фактор в периоде антенатального развития ведет к срыву механизмов адаптации новорожденного и исчерпыванию ее функциональных ресурсов. Нарушаются нормальное развитие и функционирование систем организма, возникают расстройства обмена веществ, систем гомеостаза и иммунологической реактивности, реализующиеся в неонатальном периоде разнообразной соматической и инфекционной патологией. Подобные специфические особенности в течение раннего неонатального периода наблюдаются и у новорожденных с задержкой внутриутробного развития.

**С целью** уточнения взаимосвязи инфекции и синдрома ЗВУР плода, мы сопоставили частоту, выраженность и длительность пограничных состояний и заболеваний у новорожденных соответствующих групп. В нашем исследовании мы изучили сочетанное влияние инфекции и синдрома задержки внутриутробного развития плода на состояние новорожденного.

**Материал и методы исследования.** Под наблюдением находились 210 новорожденных от матерей инфицированных цитомегаловирусом: 1-я группа - 120 новорожденных с ЗВУР (доношенных - 48,2% новорожденных, недоношенных – 51,8%), 2-я группа - 50 новорожденных с нормальной массой тела (доношенных - 52,9%, недошенных-

37,3% и переношенных-9,8%) и контрольная группа - 40 здоровых новорожденных от здоровых матерей. Проводились антропометрические измерения при рождении, анализ периода ранней адаптации у новорожденных соответствующих групп

Цитомегаловирусная инфекция у рожениц диагностировалась методами иммуноферментного анализа и полимеразной цепной реакции.

**Результаты исследования:** анализируя результаты, можно отметить, что у детей 1-ой группы максимальная убыль массы тела (МУМТ) была достоверно ($p<0,05$) больше, чем у новорожденных 2-ой группы. В 1-ой группе в сравнении со 2-ой и 3-й группами отмечен большой процент потери массы тела и длительное его восстановлении ($p<0,05$). При внутригрупповом (1и 2-группы) сравнении видно, что у недоношенных детей потери веса и сроки его восстановления значительно выражены в сравнении с этими показателями у доношенных детей ($p<0,01$) и степень этой выраженности зависит от гестационного возраста. Физиологическая желтуха у новорожденных с ЗВУР наблюдалась в 87,3% случаев и была более выраженнее и продолжительнее, чем у новорожденных с нормальной массой тела ($p<0,05$). В контрольной группе физиологическая желтуха встречалась с частотой 33,5%, а у детей 2-ой группы имела место в 50,2% случаев. В межгрупповом анализе выявлена зависимость частоты, выраженности и продолжительности этого транзиторного состояния от гестационого состояния и степени зрелости. Кожные изменения практически с одинаковой частотой отмечались, в 1-ой так и во 2-ой группах, но с меньшей частотой, чем в 3-й ($p<0,05$). При сопоставлении различных форм кожных изменений в разных группах, вырисовывается следующая особенность: простая эритема чаще встречалась у детей с синдромом задержки внутриутробного развития и у недоношенных детей, токсическая эритема, и родовая опухоль практически с одинаковой частотой имела место у доношенных новорожденных, как 2-ой группы, так и контрольной. Половой криз чаще встречался у новорожденных с нормальной массой тела, чем у новорожденных с синдромом задержки внутриутробного развития плода ($p<0,001$). Нагрубание молочных желез во 2-ой и 3-й группах встречались чаще примерно с одинаковой частотой, чем у новорожденных 1-ой группы. ($p<0,05$). Кровотечение (метроррагии), вульвовагинит и отек наружных половых органов часто встречались у новорожденных с нормальной массой тела, хотя достоверных ($p>0,05$) различий по частоте во 2-ой и в 3-

ей группах не выявлено. Частота транзиторных изменений со стороны почек у новорожденных 1- ой группы достоверно ($p<0,05$) превышала частоту данных изменений во 2-ой и 3-й группах. Так в 1-ой группе они встречались в 83,3% случаях, во 2-ой группе - в 62,2%, в 3-й группе-46,1%. Полицитемический синдром чаще встречался у новорожденных 1-ой группы, чем во 2-й, что связано, по всей вероятности, с наличием в этой группе детей с ЗВУР.

**Выводы:** ранний неонатальный период у детей с ЗВУР имеет некоторые особенности: большой процент потери массы тела и длительное его восстановлении, высокая частота полицитемического синдрома, минимальная выраженность явлений полового криза, длительное течение физиологической желтухи. Следовательно, период ранней неонатальной адаптации у новорожденных с ЗВУР требует тщательного наблюдения и особого подхода с целью предупреждения срыва компенсаторно-приспособительных процессов.

## ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ ОТДЕЛЕНИЯ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ДРКБ Г. МАХАЧКАЛЫ ЗА 2014 г.

Рамазанова З.М., ассистент кафедры,
Гаджикулиева Ф.Н., клинический интерн

*Кафедры факультетской и госпитальной педиатрии*
*и *педиатрии ФПК и ППС ДГМА*
*Научные руководители: д.м.н., проф. Алискандиев А.М.,*
*к.м.н., доц. Израилов М.И.*

**Актуальность.** Внутриутробные инфекции (ВУИ) – это группа инфекционно-воспалительных заболеваний плода и детей раннего возраста, вызываемые различными возбудителями, но характеризующиеся сходными эпидемиологическими параметрами и нередко имеют однотипные клинические проявления.

В структуре перинатальной заболеваемости и смертности ВУИ занимают одно из ведущих мест. Частота ВУИ не имеет тенденции к снижению и на протяжении последних десятилетий произошли существенные сдвиги в структуре спектра возбудителей инфекционно – воспалительных заболеваний новорожденных и детей грудного возраста.

Характерной особенностью этиологического спектра ВУИ на совре-

менном этапе являются смешанные ассоциации, при этом значительно возросла роль цитомегаловирусной и герпесвирусной инфекции.

Установлено неравномерное распространение заболеваемости среди разных возрастных групп населения, жителей городов и сельских населенных мест.

Актуальность данной проблемы определяется, прежде всего, высоким уровнем заболеваемости, тенденцией к росту и широким их распространением, что обусловлено высоким уровнем заболеваемости беременных с поражением плодов и новорожденных и значительным удельным весом бактериально - вирусных заболеваний в структуре материнской и перинатальной смертности, а также и тем, что ВУИ играют существенную роль в патогенезе многих патологических состояний, формирующихся в последующие годы жизни детей.

**Целью нашего исследования** является выявление этиологических особенностей течения внутриутробных инфекций у детей грудного возраста.

**Материал и методы исследования.** Настоящее исследование выполнено на базе Детской Республиканской Клинической больницы (ДРКБ) г. Махачкалы с использованием данных архивного материала, историй болезней детей, находящихся на госпитализации в грудном отделении за 2010 г.

Нами было проанализировано 880 историй болезни грудного отделения за 2010 г., среди которых производилась выборка историй с выставленным диагнозом – ВУИ (как основным, так и сопутствующим). Сбор и анализ материала осуществлялся по анкетам.

**Результаты исследования.** Проведенный анализ историй болезни показал, что за 2010г. в отделение грудного возраста ДРКБ было госпитализировано 880 детей, 162 (18,4%) из которых был выставлен диагноз «ВУИ» различной степени активности. Среди выявленных детей с ВУИ число девочек - 85(52,5%); мальчиков - 77(47,5%).

Анализ распространенности данной патологии по климато - географическим зонам показал, что наиболее высокий процент заболеваемости отмечался в низменной зоне 97 (59,8%), затем в горных районах 46 (28,4%) и предгорье – 19 (11,7%). Также вывлено, что среди заболевших детей большее число составляют дети, проживающие в сельской местности - 72,3% ,нежели в городской – 27,7%.

В этиологической структуре можно выделить как изолированные виды инфекций, так и их сочетанные формы.

Среди 162 выявленных случаев ВУИ наибольший процент приходится на долю цитомегаловируса - 68 (41,9 %), второе и третье место занимают - сочетание вируса простого герпеса и цитомегаловируса - 40 (24,7%) и вирус простого герпеса 37 (22,8 %). Также были выявлены следующие сочетания вирусов, имеющие незначительный процент:

вирус простого герпеса + токсоплазма - 6(3,7%); цитомегаловирус + вирус простого герпеса + токсоплазма - 6(3,7%); вирус простого герпеса + токсоплазма + краснуха - 3(1,8 %); вирус простого герпеса + хламидия - 1 (0,61%); вирус простого герпеса + токсоплазма + хламидия - 1 (0,61%).

Из них большее число выявлено в хронической форме и составило - 98 (60,4 %),а в острой форме - 64 (39,5%).

У 98 (60,4 %) детей диагноз звучал как «последствия внутриутробной инфекции», к чему относилась хроническая форма течения заболевания.

Среди них изолированная форма цитомегаловирусной инфекции встречалась у 28 (28,5%) детей, и клинически проявлялась чаще в виде перинатального гипоксического поражения ЦНС, токсического гепатита, анемии; изолированная форма вируса простого герпеса у 27 (27,5%) детей - в виде перинатального гипоксического поражения ЦНС, токсического гепатита, анемии, врожденных пороков сердца, гипотрофии.

Сочетания цитомегаловируса и вируса простого герпеса у 25 (25,5%) детей - в виде перинатального гипоксического поражения ЦНС, токсического гепатита, дефицитной анемии, гипотрофии; вируса простого герпеса + цитомегаловируса + токсоплазмы у 6 (6,1%) детей - в виде перинатального гипоксического поражения ЦНС, анемии, пиелонефрита; вируса простого герпеса + токсоплазмы у 6 (6,1%) детей - в виде перинатального гипоксического поражения ЦНС; анемии, пиелонефрита; вируса простого герпеса + токсоплазмы + краснухи у 3 (3,1%) детей - в виде перинатального гипоксического поражения ЦНС, врожденных пороков сердца.

Острая форма внутриутробной инфекции выявлена у 64 (39,5%) детей**,** среди которых изолированная форма цитомегаловирусной инфекции занимает первое место - 39 (60,9%) и проявляется чаще в виде перинатального гипоксического поражения ЦНС, гепатитов, анемии, врожденных пороков сердца, гипотрофии, пиелонефрита и гидронефроза. Второе место занимает сочетание цитомегаловируса и вируса простого герпеса 15 (23,4%) и проявляется в виде перинатального ги-

поксического поражения ЦНС, токсического гепатита, анемии, гипотрофии, гидронефроза, гипербилирубинемии. На третьем месте расположилась изолированная форма вируса простого герпеса, что составляет 10 (15,6%)и проявляется в виде перинатального гипоксического поражения ЦНС, гепатитов.

**Выводы.**

В этиологической структуре ВУИ среди детей грудного возраста чаще всего встречается изолированная форма ЦМВ - 68 (41,9 %); на втором месте расположилась сочетанная форма ЦМВ + ВПГ - 40 (24,7%); и на третьем месте - изолированная форма ВПГ - 37 (22,8 %). Заболевание встречалось чаще среди детей, проживающих в сельской местности, с преобладанием у девочек и проявлялось в виде хронической формы.

## ***ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ***

## ИССЛЕДОВАНИЕ РЕФРАКТОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КЕРАТОКОНУСА И ВОЗМОЖНСТИ ИХ ОПТИМИЗАЦИИ

Джалилова А.Б., аспирантка

*Кафедра глазных болезней №1 с усовершенствованием врачей*
*Научный руководитель: профессор Алиев А.-Г. Д.*

**Актуальность.** Кератоконус - это невоспалительное, чаще двухсторонее дистрофическое заболевание роговицы, сопровождающееся её прогрессирующим «выпячивание» кпереди с изменением оптических свойств и истончением в зоне верхушки кератоконуса. Встречается в популяции с частотой 1:2000 человек. Характерными особенностями данной патологии является структурные изменения всех слоев роговицы, приводящие её к истончению и нарушение прозрачности. Следствием этих изменений является оптическая неоднородность ткани роговицы и значительные изменения топографии её поверхности, сопровождающиеся формированием миопической рефракции глаза и появлением неправильного астигматизма. Эти изменения являются следствием нарушения каркасной функции роговицы за счет снижения её биомеханических свойств.

Одним из эффективных методов лечения кератоконуса на сегодня

является методика перекрестного связывания коллагена (кросслинкинг) по технологии профессора Теодора Зейлера. Идея пришла к профессору Зейлеру во время лечения у стоматолога, когда ему поставили светоотвердевающую пломбу.

Таким образом, в 1994 году им и его группой исследователей были начаты первые работы. Вначале эксперименты проводились на животных, затем на донорской роговице, после чего было проведено лечения первых пациентов с кератоконусом и другими кератоэктазиями. Метод получил признание офтальмологов всего мира и на двух последних Конгрессах Европейского общества рефракционных и катаральных хирургов в Вене и Милане было множество сообщений о его эффективности у десятков тысяч пациентов.

**Цель исследования: о**ценить отдаленные результаты у пациентов с кератоконусом после процедуры кросслинкинг.

**Материалы и методы исследования.** Суть метода комбинированное воздействие низкоинтенсивного ультрафиолетового излучения и фотосенсибилизирующего вещества (рибофлавина) приводит к образованию дополнительных связей-мостиков между разрозненными волокнами коллагена стромы роговицы и их соединению в единую прочную сеть, усиливая при этом прочность роговицы от 3 и 6 раз.

Процедура перекрестного связывания коллагена проводилась 15 пациентам с кератоконусом 1 стадии -3 глаза (21%), 2 стадии-7 глаз(51%),3 стадий- 5 глаз (28%). Срок наблюдения составил 6 месяцев.

Показанием к ПСК (перекрестное связывание коллагена) был кератоконус

1-3 стадий по классификации Amsler (1961).

Всем пациентом до и после определяли остроту зрения без коррекции и с максимальной очковой коррекции, рефракцию и преломляющую силу роговицы на автоматическом рефрактометре корейской фирмы HuvitsMRK-3100 (Япония), биомикроскопия с помощью щелевой лампы американской формы XCEL 250 для оценки состояния роговицы и диагностики кератоконуса. Толщину роговицу оценивали с помощью ультразвукового аппарата фирмы TOMEYSP-3000. Компьютерная кератотопография с целью определения сферичности с помощью компьютерного кератотопографа фирмы Allegro Topolyzer Wave Light.

Процедуру ПСК проводили под капельной анастезией. После удаления эпителия в диаметре 8.0 (7,5) мм закапывали раствор «Декстралинк»в течение 30 минут с интервалом 2-3 минуты. Далее проводили

облучение роговицы УФ светодиодами с длиной волны 360 нм в течение 30 минут с закапыванием раствора рибофлавина (0.1%) каждые 3-4 минуты.

Данные обследования пациентов с кератоконусом до ПСК представлены в таблице 1.

Таблица №1.

**Данные обследования до ПСК по стадиям заболевания**

| Методы обследования | 1 стадия | 2 стадия | 3 стадия |
|---|---|---|---|
| Острота зрения без коррекции | 0,24 ± 0,11 | 0,19 ± 0,13 | 0,09 ± 0,12 |
| Острота зрения с коррекцией | 0,60 ± 0,13 | 0,43 ± 0,11 | 0,2 ± 0,13 |
| Рефрактометрия | -3,25 ± 0,16 | -4,25 ± 0,14 | -6,79 ± 0,19 |
| Кератометрия | 47,05 ± 0,21 | 49,11 ± 0,18 | 52,37 ± 0,38 |
| Пахиметрия | 496 ± 7 | 448 ± 8 | 416 ± 9 |

В послеоперационном периоде обследование проводилось через 1, 3, 6 месяцев.

**Результаты.** На следующий день после ПСК все больные отмечали ухудшение зрения и туман перед глазом. Через неделю острота зрения начинала улучшаться, туман исчезал. При осмотре в щелевую лампу в первые дни после ПСК наблюдался отек наружных слоев стромы во всех случаях, который сохранялся до завершения эпителизации (3-5) дней. Эпителизация во всех случаях заканчивалась к 4-5 дню, побочных эффектов не отмечали. При повторных осмотрах в течение месяца отмечалось легкое субэпителиальное помутнение роговицы в центре в диаметре 3-4 мм на 7 глазах (44%). К трем месяцам после ПСК роговица во всех случаях была прозрачной. Оптометрические и функциональные данные после ПСК приведены в таблице 2.

Таблица №2.

**Результаты обследования больных через 6 месяцев после ПСК**

| Методы обследования и результаты | Количество глаз | % |
|---|---|---|
| Повышение остроты зрения без коррекции | 10 | 75 |
| Острота зрения без коррекции на дооперационном уровне | 5 | 25 |
| Уменьшение астигматизма на 1,0-2,0 диоптрии | 11 | 81 |
| Астигматизм на дооперационном уровне | 4 | 19 |
| Уменьшение оптической силы роговицы на 1,0-2,0 диоптрии | 11 | 81 |
| Увеличение толщины роговицы в центре на 10-15 мкм | 4 | 26 |
| Толщина роговицы в центре на дооперационном уровне | 3 | 17 |
| Уменьшение толщины роговицы в центре на 10-15 мкм | 8 | 57 |

Анализ результатов ПСК по стадиям кератоконуса выявил повышение остроты зрения на 75%, у 25% пациентов острота зрения осталось не измененным. Толщина роговицы в центре у 57% больных незначительно (на 10-15 мкм) уменьшилась за счет уплотнение ткани роговицы, что подтверждено данными пахиметрии.

При конфокальной микроскопии в первые дни после ПСК был выявлен отек передних отделов стромы со снижением числа кератоцитов. В течение первых трех месяцев отмечалась регенерация кератоцитов и исчезновении отека. К 6 месяцам наблюдения отмечалось полное восстановление численности кератоцитов и повышение плотности коллагеновых волокон стромы. Было выявлено значительное повышение прочности внеклеточного матрикса на глубину до 350 мкм за счет связывания коллагеновых волокон. Эндотелий во все сроки наблюдения оставался интактным.

Осложнения в послеоперационном периоде были следующие:

Длительный транзиторный отек роговицы наблюдали на одном глазу в первые дни после процедуры, длительность его составила 10-15 дней.

Для его лечения использовали инстилляции баларпана, корнерегеля (регенеранты и препараты) и витаминов.

**Выводы.**

У всех пациентов отмечалось улучшение функциональных показателей: некорригированная и корригированная острота зрения увеличилась на 1-2 строчки таблицы, астигматизм и сила роговицы уменьшались на 1,0 -2,0D.

Перекрестное связывание коллагена (кросслинкинг) является процедурой, улучшающей функциональные показатели при кератоконусе 1-3 стадии заболевания. Небольшой опыт применения ПСК (15 глаз) и сроки наблюдения (6 месяцев) все-таки дают возможность предположить, что происходит остановка прогрессирования кератоконуса, так как все достигнутые показатели сохранились и через 6 месяцев после ПСК. Наш опыт применения кросслинкинга роговичного коллагена дает возможность предположить, что происходит стабилизация прогрессирующего кератоконуса.

## АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ МАКУЛЯРНОГО ОТЕКА ПРИ ИНТРАВИТРЕАЛЬНОМ ВВЕДЕНИИ ИНГИБИТОРОВ НЕОАНГИОГЕНЕЗА

Магомедова М.М., аспирант

*Кафедра глазных болезней №1 с усовершенствованием врачей*
*Научный руководитель: д.м.н., проф. Алиев А-Г.Д.*

**Актуальность.** Ведущей патологией, приводящей к снижению зрительных функций в экономически развитых странах у лиц старше 55 лет, является возрастная макулярная дистрофия (ВМД) (Бойко Э.В. с соавт., 2013; Eldeeb S.M. etal., 2012). Рост числа пациентов с ВМД придает проблеме серьезную медико–социальную значимость. По данным BeaverDamEyeStudy, распространенность ВМД у лиц в возрастной группе от 40 до 50 лет составляет 10% случаев, тогда как у людей старше 75 лет - практически 30% (Elshout M.A etal., 2012).

В основе заболевания лежит поражение пигментного эпителия сетчатки (ПЭС) с образованием друз, атрофических процессов в хориокапиллярном слое хориоидеи и последующим формированием неоваскулярной мембраны. (БойкоЭ.В. с соавт., 2010; American Academy of Ophthalmology, 2008; Ying G.S. et al., 2013).

Чаще всего возрастная макулярная дистрофия развивается у пациентов старше 65 лет. Преобладающий пол больных - женский, причем

у женщин старше 75 лет эту патологию отмечают в два раза чаще. В России заболеваемость ВМД составляет более 15 на 1000 населения.Заболеваемость в Республике Дагестан составляет около 40тысяч человек.

Возрастная макулярная дистрофия - прогрессирующее заболевание, характеризующееся поражением макулярной зоны, которое может приводить к выраженному снижению остроты зрения и к выпадению центральных участков поля зрения.

Наиболее значительные функциональные нарушения характерны для хориоидальной неоваскуляризации, при которой возникает отек макулярной области, с последующей атрофией пигментного эпителия сетчатки. Гистологически, отек представляет собой скопление жидкости в наружном плексиформном и внутреннем ядерном слоях сетчатки и отеком клеток Мюллера.

За последние годы в разработке различных аспектов проблемы возрастных макулодистрофий (этиопатогенеза, патоморфологии, диагностики и изучения клинических особенностей) достигнуты значительные успехи. Но наиболее важной и социально-значимой стороной вопроса является разработка эффективных патогенетически ориентированных методов лечения и устойчивой стабилизации зрительных функций при возрастных макулодистрофиях.

На сегодняшний день разработаны различные методы лечения макулярного отека, включающие в себя консервативные и хирургические. Все они направлены на улучшение микроциркуляции, стимуляцию обменных процессов в сетчатке и улучшение кровоснабжения макулярной зоны.

Консервативная терапия заключается в назначении антикоагулянтов, тромболитиков, антиоксидантов, кортикостероидов и сосудорасширяющих препаратов. Однако взгляд на консервативную терапию макулярного отека не всегда однозначен. Большинство авторов признают, что консервативная терапия эффективна лишь в ранних стадиях заболевания и результаты ее не стабильны.В связи с этим на сегодняшний день основным и наиболее эффективным методом лечения макулярного отека сетчатки является интравитреальное введение ингибиторов неоангиогенеза (Anti- VEGFпрепараты).

Основное действие ингибиторов неоангиогенеза направлено на связывание и инактивацию биологически активного эндотелиального фактора роста, индуцирующего рост новообразованных сосудов. Таким

образом, действие патогенетически обосновано, т.к. по сути они воздействуют непосредственно на причину возникновения неоваскуляризации, а значит способны не только приостановить рост патологических новообразованных сосудов, но и предупредить их появление.

Одним из блокаторов васкуло-эндотелиального фактора роста сосудовявляется препарат Бевацизумаб- Авастин, который успешно применяется при лечении макулярного отека сетчатки. Бевацизумаб - рекомбинантное, моноклональное антитело, которое избирательно связывается с биологически активным фактором роста эндотелия сосудов (VEGF) и нейтрализует его (разработан компанией Genentech). Авастин ингибирует связывание фактора роста эндотелия сосудов с его рецепторами на поверхности эндотелиальных клеток, что приводит к снижению васкуляризации. Вводят авастинв полость стекловидного тела в дозе 1,25 мг с интервалом в 3-4 недели.

**Цель исследования:** оценка эффективности лечения макулярного отека сетчатки при интравитреальном введении Авастина.

**Материалы и методы исследования.** Обьектом исследования явились 15 пациентов с макулярным отеком сетчатки при возрастной макулярной дистрофии. Среди пациентов было 10 женщин и 5мужчин.Возраст больных варьировал от 55 до 75 лет. В зависимости от применяемого лечения все пациенты были разделены на две группы: 1группа (5 пациентов) получала консервативное лечение, 2-ой группе (10 пациентов) проводилось интравитреальное введение Авастина. Всем пациентам до и после лечения проводилось стандартное офтальмологическое обследование: визометрия, тонометрия, периметрия, офтальмоскопия, биомикроофтальмоскопия с трехзеркальной линзой Гольдмана, дополнительно оптическая когерентная томография (ОКТ)«StratusOCT 3000» (CarlZeiss, Германия). При осмотре сетчатки были выявлены отслойка нейроэпителия округлой или овальной формы, проминирующая в стекловидное тело, отсутствие фовеального рефлекса и точечные преципитаты на задней поверхности сетчатки. На ОКТ отмечалось появление субретинальной жидкости, отслойка пигментного эпителия различной степени выраженности и дистрофические изменения сетчатки.

Интравитреальное введение Авастина проводилось по общей методике. Зрительные функции и оптическую когерентную томографию оценивали до лечения и спустя 2,4 месяца после проведенного лечения.

**Результаты исследования.** В контрольной группе максимальное

повышение остроты зрения наблюдалось лишь в ближайшие сроки после лечения и составило 0,08в 25% случаев. В группе сравнения уже через месяц после комплексного лечения выявлено значительное сокращение макулярного отека, сопровождавшееся повышением остроты зрения. К концу срока наблюдения острота зрения оказалась выше исходных данных на 0,45 у 60% больных. Таким образом, в обеих группах максимальное повышение остроты зрения отметили в сроки от 1 до 3 месяцев, в дальнейшем только во 2-ой группе, к концу наблюдения острота зрения оказалась статистически значимо выше исходных данных, что указывает на стабильность достигнутого результата. При повторной оптической когерентной томографии можно наблюдать полную резорбцию субретинальной жидкости, уменьшение толщины сетчатки в макулярной области и исчезновение отслойки пигментного эпителия сетчатки.

**Выводы:**

Обобщая результаты многочисленных исследований, можно сказать, что введение Авастина приводит к стойкому улучшение остроты зрения, быстрому уменьшению отека сетчатки и снижению риска прогрессирования дистрофического процесса в сетчатке.

Выраженность эффекта первых инъекций обычно бывает максимальной. По данным некоторых авторов, повторное снижение остроты зрения и накопление жидкости в субретинальном пространстве после однократного введения Авастина наблюдается в 30% случаев в среднем через 78 дней, что ставит вопрос о своевременном выполнении следующей инъекции.

## РАЦИОНАЛЬНЫЕ СТРАТЕГИИ ЛАЗЕРКОАГУЛЯЦИИ И ИНГИБИТОРЫ VEGF В ЛЕЧЕНИИ РЕТИНОВАСКУЛЯРНОГО МАКУЛЯРНОГО ОТЕКА

Агмадов А.М., ассистент,
Исмаилова З.М., студентка 2 курса лечесного факультета

*Кафедра глазных болезней № 2 с усовершенствованием врачей ДГМА*
*Научный пуководитель: д.м.н., проф. Исмаипов М.И.*

**Актуальность работы.** Макулярный отек развивающийся на фоне ретиноваскулярных заболеваний глаз, таких как диабетическая ретинопатия и тромбоз ретинальных вен, является одним из наиболее тяжелых осложнений как по непосредственному влиянию на остроту

центрального зрения, так и по своим последствиям, что может существенно отразиться на качестве жизни пациента.

Одномоментное использование комбинации двух принципиально отличных подходов: субпороговой микроимпульсной лазеркоагуляции сетчатки и интравитреального введения ингибиторов вазоэндотелиального фактора роста (VEGF), каждый из которых представляет собой селективный метод воздействия, - направлено на достижение эффективного и атравматичного для нейроэпителия сетчатки лечебного эффекта.

**Цель исследования:** повышение эффективности лечения отека макулы в ранние сроки, до появления необратимых изменений и стойкого снижения зрения.

**Материалы и методы.** В исследование вошли 79 пациентов (80 глаз) с макулярным отёком, вторичным по отношению к неишемическому тромбозу ветви ЦВС. Возраст пациентов составил от 44 до 75 лет, со стажем заболевания не более 1 месяца. Результаты лечения оценивали через 10 дней, 1,2,3,6 месяцев и через 1 год от начала исследования.

Все пациенты были разделены на две группы: основная группа - 40 человек (40 глаз) и группа сравнения - 39 человек (40 глаз). Всем пациентам основной группы проводилось лечение по запатентованной методике, разработанной авторами статьи в Центре медицины Высоких Технологий, г. Махачкала (патент РФ на изобретение №2527360). Данная комбинированная методика лечения состоит из проводимых последовательно этапов лечения, с интервалом во времени между первым и вторым этапом - 30 мин. Сначала интравитреально (pars plana) вводят ингибитор вазоэндотелиального фактора роста ранибизумаб (Луцентис) в количестве 0,5 мг. Затем проводят панмакулярную (исключая центральную аваскулярную зону) и расширенную перимакулярную микроимпульсную субпороговую лазерную коагуляцию инфракрасным лазером с длиной волны 810 им (рис.1). Для лечения нами использовался инфракрасный лазер Index IQ-810 с наличием импульсной модальности лазерного излучения.

Циркулярные ряды лазерных коагулятов от границ центральной аваскулярной зоны (в среднем около 500 мкм в диаметре) и на один ряд кнаружи от наружных границ макулярного отека проводят со следующими параметрами: диаметр коагулята 100 мкм, расстояние между коагулятами равно диаметру коагулята, экспозиция 300 мс, рабочий цикл 5%, мощность 1 Вт, длительность микроимпульса 100 мкс. Далее от наружного циркулярного ряда лазерных коагулятов и не до-

ходя 500 мкм до височной сосудистой аркады и границ диска зрительного нерва на 180°, в верхней или нижней половине глазного дна, соответственно локализации тромбоза ветви ЦВС, используются следующие параметры расширенной перимакулярной лазерной коагуляции: диаметр коагулята 150 мкм, расстояние между коагулятами равно двум диаметрам коагулята, экспозиция 150 мс, рабочий цикл 5%, мощность 800 мВт, длительность микроимпульса 100 мкс.

Пациентам группы сравнения вводили интравитреально (pars plana) ингибитор вазоэндотелиального фактора роста ранибизумаб (Луцентис), в количестве 0,5 мг, ежемесячно в течении 3 месяцев.

Используемыми методами исследования для пациентов обеих групп были визометрия с максимально корригированной остротой зрения, компьютерная периметрия для оценки динамики центральной световой чувствительности (ЦСЧ), согласно протоколу Macula threshold 10° (Oculus Twinfield), офтальмотонометрия, ультразвуковое A/B-сканирование (Paradigm), цветная фоторегистрация глазного дна и флуоресцентная ангиография сетчатки (немидриатическая цифровая фундус-камера Kowa VX-10), спектральная оптическая когерентная томография сетчатки (Optovue RTVue-100).

**Результаты.** Через 10 дней после проведенного лечения в обеих группах было отмечено повышение максимально корригированной остроты зрения (МКОЗ) примерно на 14 % глаз и среднее снижение высоты макулярного отека. На снимках флуоресцентной ангиографии (ФАГ) сетчатки у пациентов основной группы следов от лазерного воздействия не было обнаружено. МКОЗ у пациентов основной группы через 1 месяц от начала лечения повысилась на 1 и более строк на 57,5 % глаз, против 42,5 % у пациентов группы сравнения; через 2 месяца - на 72,5 % глаз в основной группе, против 60 % в группе сравнения; через 3 месяца - на 77,5 % глаз в основной группе, против 72,5 % в группе сравнения; через 6 месяцев - на 90 % глаз в основной группе, против 77,5 % у пациентов группы сравнения ($p < 0,05$).

Через 1 месяц толщина макулы в глазах исследуемой группы составила в среднем 249 мкм, в глазах группы сравнения - 312 мкм, через 2 месяца - 216 и 272 мкм, через 3 месяца -210 и 235 мкм, через 6 месяцев I 196 и 226 мкм и через 1 год - 196 и 221 мкм соответственно ($p < 0,05$). Наблюдалась корреляция между показателем МКОЗ и толщиной сетчатки по данным спектральной оптической когерентной томографии, однако в подгруппах с одинаковыми анатомическими результатами от лечения, у

пациентов основной группы исследования наблюдалась большая острота зрения, по сравнению с группой сравнения. Данная тенденция наиболее четко прослеживалась, начиная с 3 месяца исследования.

Повышение центральной световой чувствительности, определяемой согласно протоколу Macula threshold 10° (Oculus Twinfield), коррелировало с уменьшением толщины макулярной области. Повышение ЦСЧ было отмечено в обеих группах, начиная с 10 дня после начала исследования. Причем в основной группе увеличение ЦСЧ было более выражено с самого начала и кривая прироста была в первые 2 месяца более крутой. К 3 месяцу ЦСЧ в обеих группах сблизилась и в основной группе она составила в среднем 24,2 дБ, в группе сравнения - 19,8 дБ. К 6 месяцу наблюдения ЦСЧ достигла максимума и составила 27,4 и 23,4 дБ соответственно. В дальнейшем показатели ЦСЧ в основной группе оставались стабильными, а в группе сравнения несколько снизились до 22,7 дБ к концу года наблюдения ($p < 0,05$). За все время исследования у пациентов основной группы не было выявлено относительных или абсолютных скотом в зоне лазерного воздействия в режиме импульсной модуляции по авторской методике.

У пациентов обеих групп исследования за весь период наблюдения не было выявлено каких-либо офтальмологических, либо системных побочных эффектов, вызванных интравитреальным введением ранибизумаба.

**Выводы:**

1 Введение ингибитора VEGF (ранибизумаба) за 30 минут перед субпороговой микроимпульсной лазеркоагуляцией предотвращает развитие характерной реакции на лазерное лечение в виде транзиторного усиления отека макулы.

2 Использование авторской методики позволяет достигнуть более полного восстановления анатомии макулы в ранние сроки и большего повышения остроты зрения, чем при монотерапии интравитреальным ранибизумабом.

3 Полученные данные демонстрируют пролонгированный стабильный эффект после лечения по авторской методике, как в функциональном, так и в анатомическом отношении.

4 Данная комбинированная методика лечения ретиноваскулярного макулярного отека позволяет сократить число интравитреальных инъекций, по сравнению с монотерапией интравитреальным ранибизумабом, при превосходящей эффективности лечения.

# МЕТОДИКА ФИКСАЦИИ ИНТРАОКУЛЯРНОЙ ЛИНЗЫ ПРИ ОТСУТСТВИИ КАПСУЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ

Магарамов З. К., врач-офтальмолог

*Государственное бюджетное учреждение Республики Дагестан «Научно-клиническое объединение «Дагестанский центр микрохирургии глаза»*
*Кафедра глазных болезней №1 с усовершенствованием врачей ДГМА*
*Научный руководитель: д.м.н., проф. Алиев А-Г.Д.*

**Актуальность:** В современной офтальмохирургии наиболее распространённым методом коррекции афакии является имплантация интраокулярной линзы (ИОЛ) в капсульный мешок хрусталика (Буратто Л., 1999; Фёдоров С.Н., 2000). Однако в процессе экстракции катаракты нередко возникают осложнения в виде разрыва задней капсулы хрусталика, выпадения стекловидного тела, что значительно осложняет имплантацию заднекамерной ИОЛ. Большинство авторов рекомендует имплантировать переднекамерные, либо зрачковые ИОЛ с различным способом фиксации. Переднекамерные линзы нередко вызывают дистрофию роговицы, раздражение тканей угла передней камеры, что обусловливает развитие вялотекущего увеита и, как следствие, вторичной глаукомы. Зрачковые линзы зависят от диафрагмальной функции зрачка, часто дислоцируются и требуют дополнительной шовной фиксации, что приводит к дополнительной травматизации глаза. На сегодняшний день предпочтение в коррекции афакии отдаётся наиболее физиологичной ИОЛ - заднекамерной, в том числе и при отсутствии или обширном повреждении задней капсулы хрусталика.

**Цель:** Повысить качество результатов имплантации заднекамерных интраокулярных линз при отсутствии или нарушении фиксирующей функции задней капсулы хрусталика.

**Материал и методы исследования:** Клинические исследования выполнены у 14 больных (14 глаз), составивших 2 группы наблюдения - основную (8 пациентов) и сравнения (6 пациентов). Средний возраст больных обеих групп составлял: в основной 65,3 лет (от 48 до 84), в группе сравнения 67,5 лет (от 53 до 83). Изменения в хрусталике у пациентов обеих групп имели сходную клиническую картину, соответствовавшую незрелой ядерно-кортикальной и зрелой катаракте. Острота зрения у пациентов основной группы и группы сравнения до опе-

ративного лечения составляла 0,02-0,08. Сопутствующая офтальмологическая патология у обследованных пациентов представлена следующим образом:

– оперированная открытоугольная компенсированная глаукома: основная группа - 2 человека (25%), группа сравнения - 1 человек (16,6%);

– миопия высокой степени: основная группа - 1 человека (12,5%), группа сравнения - 2 человека (33,3%).

Основная группа представлена 8 пациентами (8 глаз), которым после факоэмульсификации катаракты имплантировали ИОЛ модель «Acryfold» (производство «Varthamana» Индия) и при нарушении в ходе операции опорной функции капсулы хрусталика подшивали линзу новым модифицированным способом. Суть разработанного способа заключается в следующем: к концу нижнего гаптического элемента ИОЛ предварительно привязывается нить 10:0, соединенная с шовной иглой размером 0,2 × 15 мм. На режущую часть иглы накалывается специальное устройство «проводник-наконечник», представляющий собой силиконовый шарик диаметром 0,5-1,0 мм. Применение «проводника» позволяет атравматично проводить иглу под радужной оболочкой в иридоцилиарную борозду и точно локализовать место вкола. После прохождения иридоцилиарной борозды игла продвигается дальше в направлении склеры, при этом с наружной стороны фиброзной оболочки одновременно создается противодавление с помощью микрохирургического пинцета. Снаружи конец шовной иглы захватывается иглодержателем, и игла выводится через склеру. Верхний гаптический элемент ИОЛ аналогичным образом подшивается в иридоцилиарную борозду сверху. Далее после расширения тоннельного разреза роговицы до 3,75 мм в заднюю камеру с помощью пинцета имплантируют сложенную ИОЛ. После центрации линзы концы нитей подшивают к склере без выкраивания ее лоскута и укрывают конъюнктивой.

Группа сравнения представлена 6 пациентами (6 глаз), которым после факоэмульсификации катаракты имплантировали заднекамерную ИОЛ модель «Acryfold» (производство «Varthamana» Индия) с шовной фиксацией к радужке в случае нарушения целостности задней капсулы хрусталика. Всем пациентам перед операцией проводили офтальмологическое обследование, включавшее кераторефрактометрию, визометрию, периметрию, биомикроскопию переднего отрезка глаза, офтальмометрию, ультразвуковую эхобиометрию, тонометрию. В послеоперационном периоде в ходе динамического наблюдения прово-

дили кераторефрактометрию, визометрию, периметрию, офтальмоскопию, тонометрию. Лечение в послеоперационном периоде проводили по стандартной схеме, включавшей инстилляции растворов антибиотиков, кортикостероидов и мидриатиков.

Результаты исследования: Сравнительный анализ результатов оперативного лечения выявил значительную эффективность и атравматичность предложенного метода фиксации ИОЛ. Так, например, в течение первых трех дней после операции у пациентов основной группы отмечались лишь незначительный отек конъюнктивы склеры и слабовыраженная перикорнеальная инъекция. Преломляющие среды глаза в течение всего срока наблюдения (6 мес.) были прозрачны.

У пациентов группы сравнения в течение 7 дней после операции наблюдались умеренно выраженный отек конъюнктивы склеры, смешанная инъекция глазного яблока. При этом у 3 больных (50%) данной группы на протяжении 2 дней отмечалась гифема от 1 до 3 мм.

Применение модифицированного щадящего метода фиксации ИОЛ при нарушении целостности задней капсулы хрусталика обеспечило более высокие зрительные функции в послеоперационном периоде и позволило сократить сроки реабилитации пациентов основной группы.

Статистически значимых различий в состоянии полей зрения на протяжении всего периода наблюдения (6 мес.) у пациентов обеих групп выявлено не было. В раннем послеоперационном периоде на 2-й день у 1 пациента основной группы (12,5%) было отмечено повышение внутриглазного давления до 28 мм рт.ст. Транзиторная офтальмогипертензия была купирована назначением инстилляций раствора β-блокаторов. Каких-либо других осложнений у пациентов основной группы в течение всего периода наблюдений выявлено не было. Применение «проводника-наконечника» обеспечивает безопасное проведение иглы под радужкой к иридоцилиарной борозде.

**Выводы:**

1. Разработан и внедрен в клиническую практику атравматичный способ фиксации ИОЛ в условиях отсутствия или обширного повреждения задней капсулы хрусталика, обеспечивающий высокие зрительные функции и сокращающий сроки реабилитации пациентов.

2. Использование «проводника-наконечника» для транссклерального проведения шовной иглы при фиксации ИОЛ в иридоцилиарной борозде позволяет существенно сократить риск развития геморрагических осложнений в интра - и послеоперационном периодах.

# РАСЧЕТ ОПТИЧЕСКОЙ СИЛЫ ИНТРАОКУЛЯРНОЙ ЛИНЗЫ ПРИ СИЛИКОНОВОЙ ТАМПОНАДЕ ВИТРЕАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ

Нурудинов М.М., врач-офтальмолог

*Государственное бюджетное учреждение Республики Дагестан «Научно-клиническое объединение «Дагестанский центр микрохирургии глаза»*
*Кафедра глазных болезней №1 с усовершенствованием врачей ДГМА*
*Научный руководитель: д.м.н., проф. Алиев А-Г.Д.*

**Актуальность.** Катаракта является ведущим заболеванием, приводящим к обратимой потере зрения. По данным ВОЗ в мире насчитывается около 20 млн. человек страдающих полной потерей зрения вследствие катаракты. Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод о том, что оптимальные методы лечения катаракты являются крайне актуальными.

Точный рефракционный результат является обязательным современным критерием качества интраокулярной коррекции афакии. Совершенствование хирургии катаракты, а также разработка и внедрение в клиническую практику эластичных ИОЛ, привело к тому, что традиционные воспалительные осложнения стали редкими и уступают по частоте ошибкам расчета послеоперационной рефракции.

Одним из этапов расчета интраокулярной линзы является измерение передне-задней оси (ПЗО) глаза, которое производиться с использованием ультразвукового биометра.

Особого внимания заслуживает вопрос расчета оптической силы интраокулярной линзы при сопутствующих заболеваниях глаза, осложняющих процесс расчета ИОЛ. К одним из таких состояний относиться тампонада витреальной полости силиконовым маслом.

Силиконовая тампонада это послеоперационное состояние, при котором витреальная полость заполнена силиконовым маслом.

Силиконовое масло, силоксан или жидкий кремнийорганический полимер, это высоко вязкое вещество используемое в офтальмохирургии при осложненных отслойках сетчатки. Одним из осложнений длительной тампонады силиконовым маслом является осложненная (силиконовая) катаракта, поэтому часто при силиконовой тампонаде выполняется хирургическое лечение катаракты с имплантацией ИОЛ. По этой причине расчет оптической силы ИОЛ является важным этапом

предоперационного обследования пациента.

Физико-химические свойства силиконового масла, а именно плотность, влияют на скорость распространения ультразвуковой волны, замедляя ее и иногда полностью поглощая отраженную волны. Вышеперечисленное затрудняет процесс ультразвуковой эхобиометрии, не позволяя получить достоверные данные о величине переднезадней оси глаза. В подобных ситуациях чаще всего прибегают к расчету ИОЛ по величине переднезадней оси парного глаза, но данный метод является неточным, приводящим к большому количеству рефракционных ошибок в силу индивидуальных различий в величине переднезадних осей обоих глаз. Использование же ультразвукового биометра позволяющего провести измерение ПЗО глаза с силиконовой тампонадой витреальной полости минимизирует риск рефракционной ошибки после имплантации ИОЛ.

**Цель** - провести анализ результатов расчета оптической силы ИОЛ при силиконовой тампонаде витреальной полости, с использованием предложенной методики.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 25 пациентов (25 глаз), в возрасте от 18 до 60 лет, с состоянием силиконовой тампонады витреальной полости и осложненной катарактой. Силиконовая тампонада витреальной полости была выполнена по поводу различных патологических состояний, таких как регматогенная отслойка сетчатки (15 глаз), травматическая отслойка сетчатки (7 глаз), гемофтальм (3 глаза).

Всем пациентам была выполнена операция факоэмульсифакция катаракты с имплантацией интраокулярной линзы AcryFOLD (Appasami Ocular Devices Ltd., Индия).

В зависимости от использованной методики измерения переднезадней оси глаза все пациенты были разделены на 2 группы. В I группе 15-ти пациентам была проведена ультразвуковая биометрия глаза с силиконовой тампонадой по предложенной методике. Во II группе 10-ти пациентам ультразвуковая биомтерия проводилась на парном, здоровом глазу. В обоих группах измерение передне-задней оси и расчет оптической силы интраокулярной линзы проводился с использованием ультразвукового сканнера HiScan OPTIKON 2000 SE. Для расчета оптической силы ИОЛ использовалась формула SRK II. Оценка до и послеоперационной рефракции всех пациентов производилась с помощью авторефрактометра Huvitz. Для отображения полученных ре-

зультатов расчета оптической силы ИОЛ нами был предложен стандартизованный протокол расчета ИОЛ, в который заносились данные полученные при проведении измерений и величина целевой послеоперационной рефракции.

**Результаты исследования.** В раннем послеоперационном периоде (на 3-е стуки) всем пациентам была проведена авторефрактометрия. В I группе наблюдалось отклонение значения послеоперационной рефракции от запланированной на 0,64±0,2 дптр. Во II группе отклонение от целевой рефракции составило 1,74±0,2 дптр.

**Вывод.** Проведенный анализ результатов расчета оптической силы интраокулярной линзы при силиконовой тампонаде витреальной полости продемонстрировал достаточно высокую точность измерения величины переднезадней оси глаза при силиконовой тампонаде и как следствие этого меньшую величину отклонения значения послеоперационной рефракции от запланированной.

## ***АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ***

## ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ СРЕДИ ЖИТЕЛЬНИЦ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

Сулейманова Н.Д., молодой ученый

*Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов ДГМА*
*Научный руководитель: д.м.н., проф. Эседова А.Э.*

**Актуальность.** Данные литературы свидетельствуют о неравномерности распространения злокачественных опухолей, которая определяется не столько генетическими факторами, сколько географической зоной, своеобразностью уклада жизни людей, характером питания, привычками, традициями, этническими факторами и др. Степень реализации канцерогенного эффекта зависит от взаимодействия этих факторов.

**Цель исследования:** изучение заболеваемости раком шейки матки у женщин сельской местности Республики Дагестан (РД) за 20 лет (1987-2006 гг.).

**Материалы и методы.** Источниками исследования были материалы Республиканского онкологического диспансера МЗ РД. Были рассчитаны интенсивные показатели (ИП) заболеваемости – число случаев на 100 000 женского населения.

**Результаты и обсуждение.** За анализируемый период времени (1987-2006 гг.) среди взрослого женского населения РД зарегистрирован 2161 случай рака шейки матки, что составляло 44,8% от всех злокачественных опухолей половой сферы (среднемноголетний ИП заболеваемости – 9,9). Уровень заболеваемости раком шейки матки у городских женщин (ИП – 11,6 на 100 000 женского населения) выше, чем у сельских (8,6). Однако ИП заболеваемости раком шейки матки за анализируемый период у женщин сельской местности выросли на 13,0% (с 7,7 в 1987 г. до 8,7 в 2006 г.), тогда как у городских женщин этот показатель снизился на 26,5% (с 15,5 в 1987 г. до 11,4 в 2006 г.). Если показатель заболеваемости раком шейки матки в 2006 г. у городских женщин превышал таковой у сельских женщин в 2 раза, то в 2006 г. – всего лишь в 1, 3 раза. В сельской местности наибольшему риску заболеваемости раком шейки матки подвержен возраст от 40 до 69 лет (пик заболеваемости выявлялся в возрасте 60-69 лет), наиболее часто заболевает русское женское население (12,4), чем женщины коренных дагестанских этносов (6,9).

**Заключение.** В РД рак шейки матки является ведущей онкогенитальной патологией; заболеваемость раком данной локализации у жительниц городов выше, чем у жительниц сельской местности, однако у жительниц сельской местности отмечается тенденция к росту заболеваемости; в сельской местности наиболее часто заболевает русское женское население, чем женщины коренных этносов. Выявленные особенности следует учитывать при формировании групп повышенного риска онкогинекологической заболеваемости и разработки мер профилактики.

## *СТОМАТОЛОГИЯ*

# МЕТОД ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Аджиев Э.К., ассистент

*Кафедры стоматологии ФПК и ППС ДГМА*
*и ортопедической и общей стоматологии РМАПО*
*Научный руководитель: д.м.н., проф. Абакаров С.И.*

***Актуальность.*** Несмотря на огромные успехи дентальной имплантологии, актуальной проблемой остается снижение числа осложнений и сокращение сроков реабилитации пациентов после операции дентальной имплантации (Абакаров С.И. и др., 2008; Кулаков А.А., Григорьян А.С., 2009; Kawase T., Okuda K. et al. 2005).

Нарушение кровотока в зоне травмы и отсутствие факторов стимулирующих его восстановление приводят к нарушению условий репаративной регенерации костной ткани, остеоинтеграции дентальных имплантатов и повышают степень риска воспалительных осложнений (Робустова Т.Г., 2003, Тер-Асатуров Г.П. и др. 2010; Joos U., Buchter A. et al.2005). Большую роль для профилактики осложнений и сокращения периода реабилитации при операциях дентальной имплантации играет улучшение кровоснабжения и повышение кислородного обеспечения тканей за счет применения физиотерапевтических методов. На необходимость естественной нагрузки иммунной системы и сомнительность дальнейшего прогресса антибактериальной терапии указывают некоторые авторы (Дунаевский В.А., Магария Е.Ш., Минина Л.А., 1988; Гайкович 2009; Лутсар И., 2009).

Созданные к настоящему времени различные магнитотерапевтические аппараты местного и общего воздействия широко используются в медицине. Однако дальнейшее расширение применения магнитных полей в медицине сдерживается отсутствием единой общепринятой теории влияния магнитного поля на человеческий организм, что затрудняет разработку четко определенного перечня показаний для применения магнитного поля, выбор вида магнитного поля при различных патологических состояниях, подбор индивидуальных доз и частот воздействия. В связи с этим, актуальной проблемой деятельности научного содружества инженеров и врачей еще долгое время будет изучение и выбор оптимальных режимов магнитных воздействий, поиск путей мак-

симальной индивидуализации лечебных программ ( Беркутова А.М., Шулева В.И., Кураева Г.А. 2000; Тер-Асатуров Г.П. 2010).

**Цель.** Целью исследования явилось оптимизация процессов остеоинтеграции после дентальной имплантации путем воздействия переменным магнитным полем (ПеМП) на микроциркуляторное русло, на частоте спонтанных осцилляций локальных сосудов микроциркуляторного русла.

**Материалы и методы**. Для решения поставленной цели и задач исследования нами было проведено обследование и лечение 65 пациентов (45-исследуемая, 20-контрольная группа) 35 женщин и 30 мужчин, в возрасте от 21 до 67 лет с частичным и полным отсутствием зубов на верхней и нижней челюсти без сопутствующих заболеваний. Исследуемым пациентам были проведены операции по установке винтовых и цилиндрических имплантатов в виде корня зуба в области отсутствующих зубов. По показаниям, при значительной атрофии альвеолярных отростков проводилась костная пластика с использованием аутотрансплантата или других заменителей недостающей кости. Количество и объем вмещательств с использованием дентальных имплантатов в обеих группах было практически идентичным.

В контрольной группе лечение и реабилитация после проведения дентальной имплантации проводилась общепринятыми традиционными методами. Пациентам исследуемой группы, кроме комплекса лечебно-профилактических мероприятий в раннем послеоперационном периоде реабилитации  в области дентальной имплантации проводили воздействие ПеМП на индивидуально подобранных частотах в интервале от 10 до 30 Гц.

Воздействие ПеМП проводилось с помощью разработанного нами программно-аппаратного лечебно-диагностического комплекса, состоящего из цифрового фотоплетизмографа (Патент РФ №75294, 2008), фотоплетизмографического датчика, устройства управления тонусом сосудов микроциркуляторного русла (Патент РФ №75314, 2008) и электромагнитного излучателя «Магнитер» - АМТ-02. Устройства коммутированы через персональный компьютер и управляются специально разработанными компьютерными программами. Фотоплетизмографический датчик устанавливается в области бассейна сосудов зоны операции. При неподвижном, свободном положении пациента производится запись в течение стандартного периода (10 сек) показателей локальных периферических сосудов микроциркуляторного

русла в графическом и цифровом виде. После прекращения записи, в результате автоматического преобразования информации в окнах программы отображаются гистограмма частотного спектра фотоплетизмограммы (ФПГ) в диапазоне 10-30 Гц, графики ФПГ, отражающий объемный кровоток, дифференциальная ФПГ, отражающая динамику скорости кровотока и график дифференциала дифференциальной ФПГ, отражающий динамику его ускорения. Из автоматически определяемых устройством частот спектра ФПГ выбирается значение доминирующей частоты. Это значение задается генератору тока синусоидальной формы устройства управления тонусом сосудов микроциркуляторного русла через интерактивный пульт. Над областью хирургического вмещательства устанавливается электромагнитный излучатель (индуктор), после чего включается устройство посредством интерактивного пульта. Сеанс магнитотерапии осуществляется в течение 15 минут при выбранном значении частоты и при интенсивности магнитной индукции 10-50 мТл.

Сеансы проводятся ежедневно в течение двух недель. До и после каждого сеанса магнитотерапии проводилась регистрация основных показателей кровотока – фотоплетизмографического индекса (ФИ), показателя тонуса сосудов (ПТС), индекса периферического сопротивления (ИПС) и индекса эластичности (ИЭ) сосудов микроциркуляторного русла, до операции, на 7-е, 14-е, 21-е и 28-е сутки после операции.

**Результаты исследования.** В основной группе пациентов, уже на 7 сутки отмечается некоторая нормализация основных показателей кровотока в сравнении с контрольной группой. Через неделю выявляется достоверное различие результатов амплитудно-временных показателей ФПГ между пациентами основной и контрольной групп. ($P<0,05$) (табл.1). Данные количественного анализа коррелируют с визуальным анализом ФПГ и клинической картиной. ФПГ волны принимают правильную форму, исчезают дополнительные волны, увеличивается крутизна анакроты, катакрота уплощается, вершина заостряется.

На 14 день после начала воздействия ПеМП, показатели кровотока в основной группе существенно разнятся с таковыми в контрольной группе. Положительная динамика качественных и количественных показателей регионарного кровообращения сочетается с улучшением клинического состояния пациентов, исчезновением болей, инфильтратов и отеков в области операции. Восстановительные процессы клинического состояния в области операции у пациентов основной груп-

пы протекают с опережением на 2-3 дня по сравнению с контрольной группой. Во время процедуры магнитотерапии пациенты в большинстве случаев отмечают чувство прилива тепла, приятные ощущения расслабления и исчезновения напряжения в мягких тканях.

На 21, и тем более на 28 день после операции дентальной имплантации, показатели кровотока микроциркуляторного русла в основной группе сравниваются с таковыми до операции. В контрольной группе разница показателей кровотока в указанные сроки еще существенны. При последующих контрольных осмотрах в основной группе на 28, 45, 60, 90 сутки признаков воспаления не выявлено, фиксация имплантатов стабильна.

Погружение зонда в десневой карман установленных имплантатов соответствует 2-3 мм. Ортопантомограммы, проведенные на 30, 60, 90 сутки показали стабильную рентгенологическую картину стадий заживления костной раны и остеоинтеграции имплантатов.

В контрольной группе, несмотря на проведенный комплекс лечебно – профилактических мероприятий, с применением антибиотиков и физиопроцедур, направленных на создание оптимальных условий для репаративной регенерации, восстановление регионарного кровотока у пациентов происходило значительно медленнее, чем в исследуемой группе. Лишь на 28 день исследования показатели кровотока в области операции приближались к таковым до операции. Это свидетельствует о существенной задержке включения функционально – компенсаторных механизмов сосудистой системы в области травмы. У некоторых пациентов этой группы артериальная гиперемия не наблюдалась до окончания исследований кровообращения.

*Таблица№1*

***Сводная таблица показателей кровотока в исследуемой и контрольной группе до операции дентальной имплантации и в период реабилитации***

| Сроки набл. | **Фотоплетизмографические показатели** | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **ФИ, у.е.** | | | **ПТС %** | | | **ИПС %** | | | **ИЭ %** | | |
| | Иссл. группа | Контр. | Т, Р | Иссл. группа | Контр. | Т, Р | Иссл. группа | Контр. | Т, Р | Иссл. группа | Контр. | Т, Р |
| До операции | **0,25± 0,05** | ***0,25 ± 0,06*** | Т=0 | ***14,9 ± 0,9*** | ***15,0 ± 0,9*** | *Т=1,9 Р>0,05* | ***80,5± 1,1*** | ***80,6± 1,0*** | *Т=1,9 Р>0,05* | ***76,1± 1,1*** | ***76,2± 1,2*** | *Т=1,8 Р>0,05* |
| 7 дней | **0,12± 0,05** | **0,09 ± 0,06** | Т=11,4 Р<0,05 | **30,5 ± 0,8** | **38,6 ± 0,7** | Т=226 Р<0,05 | **110,5± 0,5** | **120,1± 0,8** | Т=302 Р<0,05 | **56,0± 0,6** | **43,7± 0,7** | Т=395 Р<0,05 |
| Т, Р | Т=81,8 Р<0,05 | Т=34,4 Р<0,05 | | Т=657 Р<0,05 | Т=452 Р<0,05 | | Т=968 Р<0,05 | Т=768 Р<0,05 | | Т=985 Р<0,05 | Т=687 Р<0,05 | |
| 14 дней | **0,19± 0,04** | **0,12 ± 0,08** | Т=23,2 Р<0,05 | **23,5 ± 0,6** | **27,0 ± 0,8** | Т=122 Р<0,05 | **93,6± 0,6** | **102,6± 0,7** | Т=289 Р<0,05 | **63,5± 0,5** | **50,8± 0,6** | Т=482 Р<0,05 |
| Т, Р | Т=48,6 Р<0,05 | Т=5,8 Р<0,05 | | Т=311 Р<0,05 | Т=212 Р<0,05 | | Т=962 Р<0,05 | Т=320 Р<0,05 | | Т=427 Р<0,05 | Т=150 Р<0,05 | |
| 21 день | **0,24± 0,05** | **0,16 ± 0,07** | Т=27,6 Р<0,05 | **17,3 ± 0,5** | **23,4 ± 0,7** | Т=210 Р<0,05 | **85,0± 0,5** | **89,8± 0,6** | Т=182 Р<0,05 | **73,6± *0,9*** | **57,2± *1,0*** | Т=361 Р<0,05 |
| Т, Р | Т=34,7 Р<0,05 | Т=7,3 Р<0,05 | | Т=138 Р<0,05 | Т=88 Р<0,05 | | Т=489 Р<0,05 | Т=270 Р<0,05 | | Т=575 Р<0,05 | Т=124 Р<0,05 | |
| 28 дней | **0,24± 0,05** | **0,19 ± 0,06** | Т=18,9 Р<0,05 | **15,1 ± 0,5** | **19,2 ± 0,6** | Т=156 Р<0,05 | **80,0± 0,5** | **86,0± 0,6** | Т=227 Р<0,05 | **77,3± 0,6** | **62,4± 0,7** | Т=479 Р<0,05 |
| Т, Р | Т=0 | Т=6,3 Р<0,05 | | Т=15,5 Р<0,05 | Т=86,7 Р<0,05 | | Т=314 Р<0,05 | Т=87 Р<0,05 | | Т=194 Р<0,05 | Т=95 Р<0,05 | |

Т– наблюдаемое значение коэффициента Стьюдента, Р – уровень значимости.

Анализ ФПГ показателей регионарного кровотока позволил отметить сокращение сроков нивелирования нарушений кровообращения и нормализацию тонуса сосудов области дентальной имплантации под влиянием воздействия ПеМП на частоте спонтанных осцилляций регионарных пульсирующих сосудов микроциркуляторного русла.

**Выводы.** Таким образом, воздействие ПеМП на частоте собственных осцилляций локальных сосудов, нормализуя микроциркуляцию крови в области дентальной имплантации, является эффективным методом профилактики воспалительных осложнений, ускоряет процессы остеоинтеграции и сокращает сроки функциональной реабилитации пациентов.

## РОЛЬ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХУШКИ КОРНЯ В СОХРАНЕНИИ ЗУБОВ

Омаров Ш. З., врач-ординатор,
Зайнутдинова М., студентка 5 курса томатологического факультета

*Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с курсом усовершенствования врачей ДГМА*
*Научный руководитель: к.м.н., проф. Асиятилов А.Х.*

**Актуальность.** В последние годы стоматология совершила значительный прорыв в методах замены утраченных зубов. Но ценность аутогенного органа не может сравниться ни с одной конструкцией протеза. Чаще всего причиной утраты зубов является воспалительный процесс, располагающийся на верхушке корня зуба. В стоматологии он известен как хронический апикальный периодонтит. Ранее А.Х. Асиятилов (1969 г.) и Е.В. Боровский (1973 г.) отмечали, что хронический апикальный периодонтит - это местная очаговая инфекция, являющаяся причиной стоматогенного хрониосепсиса. Как известно, особенностью одонтогенной инфекции является то, что она не проходит без дополнительного врачебного вмешательства, а, напротив, прогрессирует, тем самым делая шаг в сторону удаления зуба. Также причиной хронического апикального периодонтита может явиться некачественное эндодонтическое лечение, вызванное как непрофессионализмом врача, так и некоторыми анатомическими особенностями корневых каналов. Важно помнить, что чем раньше пациент обратится за помощью, тем больше шансов спасти зуб. Наиболее эффективным, актуальным и распространенным хирургическим вмешательством для

лечения хронического апикального периодонтита является резекция верхушки корня зуба – удаление апекса корня вместе с воспалительным инфильтратом. Основоположником резекции верхушки корня является Партч (1899), методику которого в дальнейшем видоизменили и расширили показания. Данная операция полезна как для сохранения зубов при изолированном одонтогенном воспалении, когда она является основной и единственной операцией; так и при более обширных операциях – цистотомии, цистэктомии, гайморотомии и др., когда резекция верхушки корня является одним из нескольких этапов хирургического лечения. Этот способ применяется на фронтальной группе зубов нижней челюсти, а на верхней челюсти к указанной группе добавляются и моляры. В редких случаях объектами резекции верхушки корня становятся моляры как на верхней челюсти, ввиду близкого расположения ко дну гайморовой пазухи, так и моляры нижней челюсти, операции на которых сопряжены с риском ранения сосудисто-нервного пучка, выходящего из подбородочного отверстия. Также в области моляров нижней челюсти значительно утолщена наружная пластинка, что делает операцию в этой области весьма травмирующей.

**Цель:** рассказать об альтернативном способе сохранения зубов, когда терапевтические манипуляции не приводят к купированию воспалительного процесса.

**Материалы и методы исследования.** В отделении ЧЛХ РКБ за последние полгода (сентябрь 2014 – февраль 2015 включительно) проведено около 60 операций, направленных на устранение очагов одонтогенной инфекции путем резекции верхушки корня зуба. Данной операции подвергались зубы как фронтальной группы, так и боковых групп. Изолированные участки воспаления, без распространения за периодонт, отмечались лишь примерно в 11 случаях, а в остальных инфильтрат на верхушке корня зуба являлся причиной следующих заболеваний: одонтогенный гайморит, периостит, остеомиелит, абсцессы и флегмоны.

**Результаты исследоваиия.** За счет профессионального подхода к выполнению операции, успех достигнут практически в 100% случаев. Для исключения подобных осложнений, ведущих к образованию хронической одонтогенной инфекции, необходима своевременная санация полости рта. В данный момент в нашей стране введена всеобщая диспансеризация населения, которая направлена на выявление и лече-

ние различных заболеваний, в том числе и одонтогенных. К сожалению, результаты обследования неутешительны. Например, при осмотре более 10 тысяч лиц до 18 лет в «Детской поликлинике №1» г. Махачкалы было выявлено, что около 90% из них имеют различные формы кариеса (Ш.З.Омаров), которые впоследствии приведут к образованию хронических очагов воспаления, что в период формирования челюстных костей крайне неблагоприятно. В данный момент ведется активная санация по осмотренным группам.

**Выводы.** Возвращаясь к основной теме статьи, следует отметить значимость резекции верхушки корня в практике: зуб сохраняет свою функциональную ценность, снимается очаг хронической одонтогенной инфекции.

## ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ В ЭНДЕМИЧЕСКИХ ОЧАГАХ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

Асиятилов Г. А., ассистент, Алиева С. Ф., ассистент,
Магомедова Х. М., ассистент, Багатаева П. Р., врач-интерн.,
Асиятилова З. А., студентка 2 курса стоматологического факультета

*Кафедра хирургической стоматологии и*
*челюстно-лицевой хирургии ДГМА*
*Научный руководитель: зав. каф. проф. Асиятилов А. Х.*

Слюнные железы (СЖ), являясь органами как экзокринной, так и эндокринной секреции, часто реагируют на нарушение деятельности органов эндокринной системы. Реактивно-дистрофические нарушения деятельности слюнных желез наблюдается при различных поражениях щитовидной железы.

**Целью** исследования явилось изучение изменений со стороны слюнных желез у больных, страдающим эндемическим зобом в Республике Дагестан.

**Материалы и методы.** Изучение литературы показало, что нарушения слюновыделительной функции больных СЖ встречается довольно часто (Денисов А. Б.,1994; Пожарицкая М. М.,2001; Саидкаримов И. С., Очилова С. О., 2006).

Мы изучали изменения со стороны слюнных желез у 46 больных, страдающим эндемическим зобом, находившихся на лечении в эндокринологическом отделении Республиканской клинической больницы в

г. Махачкале. Женщин было 35 (76%), мужчин 11 (23%), возраст больных от 25 до 72 лет.

**Результаты и обсуждение.** Учитывая особенности клинического проявления и течения заболевания слюнных желез, больные были распределены на 3 возрастные группы: 1-я группа – больные до 41 года, 2-я группа – от 41 года до 50 лет, 3-я группа – свыше 50 лет.

У больных 1-ой возрастной группы 20 -43,5% длительность заболевания эндемическим зобом составила 1-2 года. Характерными изменениями со стороны слюнных желез у этой группы были: сухость полости рта, нарушение слюновыделительной функции СЖ (до 1 мл за 5 минут), незначительная гипертрофия слюнных желез, умеренная болезненность при пальпации.

Сроки заболевания у больных 2-ой возрастной группы 18-39% составляли от 2 до 4 лет. Функция слюноотделения заметно нарушена у всех обследованных, причем меньше всего нарушена саливация у больных с увеличенными слюнными железами. Незначительная гипертрофия слюнных желез выявлена у 6 больных. Пальпаторно – слюнные железы плотно-эластичной консистенции, безболезненные.

Больные 3-ей возрастной группы 8-17,4% страдали эндемическим зобом более 4 лет. При обследовании у них околоушные и поднижнечелюстные слюнные железы были увеличены, уплотнены, бугристы, но безболезненны, саливация резко нарушена.

Отмечено, что чем больше срок поражения щитовидной железы, тем резче выражены клинические признаки поражения слюнных желез.

Ведущим признаком дисфункции слюнных желез у больных с эндемическим зобом были снижение саливации, что сопровождалось повышением вязкости слюны, наличием интенсивного кариеса, изменениями слизистой оболочки полости рта в виде сухости с явлениями атрофии, поражением тканей пародонта и снижением гигиены полости рта.

При лечении данной категории больных необходимо, наряду с лечением общего заболевания, производить тщательную санацию полости рта для устранения одонтогенных и неодонтогенных очагов инфекции, назначать слюногонные средства во избежание осложнений в виде сиаладенозов и сиаладенитов.

**Выводы.** Необходимо более детальное и глубокое изучение состояния СЖ у лиц, страдающих эндемическим зобом совместно с эндокринологом. Данное эндокринное заболевание является краевой

патологией, характерной для населения Республики Дагестан.

## РАСЧЕТ НАГРУЗКИ НА ЭНДОДОНТИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ (программа для ЭВМ)

Нарчаев М.А., аспирант

*Кафедра терапевтической стоматологии, ДГМА*
*Научный руководитель: д. м. н., доц. Меджидов М.Н.*

**Актуальность.** Современный протокол обработки корневых каналов зубов во время лечения подразумевает более или менее агрессивную работу в них стальными и никель-титановыми инструментами. Даже при четком следовании инструкции опытными врачами отломы части файла (инструмента для расширения) в канале происходят в 5% случаев. Сломанный в канале инструмент является, к сожалению, осложнением эндодонтической практики. Извлечение фрагмента представляет собой сложную, долгую, а иногда и невозможную процедуру [2]. Отломок препятствует очистке канала от инфекции, что в ряде случаев приводит к удалению зуба.

Практика показала, что последовательности обработки инструментами, предлагаемые производителями, часто не оптимальны и сами по себе приводят к поломкам [1]. Механизм перелома заключается в том, что при превышении допустимой нагрузки на определенном участке, кристаллическая решетка инструмента разрушается в зоне с наименьшим диаметром его поперечного сечения на этом участке. Практикующие врачи зачастую разрабатывают свои протоколы обработки, снижающие стресс металла. Следовательно, для снижения частоты отломов файлов необходим способ автоматического расчета нагрузки на протоколы обработки, как подобранные стоматологами самостоятельно, так и предлагаемые многочисленными производителями. Мы не нашли аналогов такой компьютерной программы, что и побудило нас к её разработке.

**Цель:** снижение риска поломки эндодонтических инструментов в корневых каналах зубов во время их механической обработки путем расчета нагрузки на эти инструменты с помощью разработанной компьютерной программы.

**Материалы и методы исследования.** В процессе исследования нами разработана компьютерная программа для расчета нагрузки на эндодонтические файлы. По классификации медицинских компьютерных

систем она относится к типу программ цифровой поддержки процесса лечения [3]. Программа, созданная на базе Microsoft Excel 2013, представляет собой электронную таблицу, в которую врач вносит весь выбранный протокол механической обработки канала (последовательность инструментов). В базу программы внесены все виды эндодонтических файлов, существующие на сегодняшний день. Заполнение таблицы происходит быстро, с использованием выпадающих списков. В результате мы получаем автоматический расчет нагрузки на каждый из выбранных файлов, который укажет, есть ли риск поломки. Еще одним преимуществом программы является автоматический расчет диаметров апикальной трети канала для выбора гуттаперчевого мастер-штифта при его пломбировании. Программный продукт внедрен в работу врачей-стоматологов стоматологической поликлиники «ИСТОК» г. Каспийска.

Проведено анкетирование практикующих врачей-стоматологов, занимающихся лечением корневых каналов зубов, для получения данных о последовательности инструментов, используемых для расширения узких, изогнутых корневых каналов. Также проведен анализ данных из инструкций ко всем наиболее распространенным на сегодняшний день системам файлов. Собранные данные представлены в таблицах 1 и 2.

*Таблица 1*

***Цифровые данные (абс. ч.) из официальных протоколов обработки корневых каналов, предлагаемых производителями популярных на сегодняшний день файлов****

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Step-back | 10.02 | 15.02 | 20.02 | 25.02 | 30.02 | 35.02 | 40.02 | | |
| Golden medium | 8.02 | 10.02 | 12.02 | 15.02 | 17.02 | 20.02 | 25.02 | 30.02 | 35.02 |
| M two | 10.02 | 10.04 | 15.05 | 20.06 | 25.06 | 30.05 | 35.04 | 40.04 | |
| Pro taper, 1 | 10.02 | 15.02 | 20.02 | S1 | (SX) | S2 | F1 | F2 | F3 |
| Pro taper, 2 | 10.02 | 13.02 | 16.02 | 19.02 | S1 | (SX) | S2 | F1 | F2 |
| Profile | 10.02 | (25.06) | 25.06 | 30.04 | | | | | |
| Micromega | 12.03 | 17.03 | (25.06) | 25.04 | 25.06 | 30.06 | 35.06 | 40.06 | |

***Расшифровка цифровых обозначений инструментов: до точки указан диаметр конца инструмента по ISO, после точки – его конусность.**

***Латинские обозначения являются официальными названиями инструментов. В скобках указаны инструменты для устьевой части канала.***

*Таблица 2*

***Цифровые данные (абс. ч.) из протоколов обработки корневых каналов, составленных врачами-стоматологами самостоятельно***

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M two/Step-back | 10.02 | 10.04 | 15.02 | 20.02 | 25.02 | 30.02 | 35.02 | 35.04 | |
| Pro taper/M two, 1 | 10.02 | 10.04 | S1 | (SX) | | | | | |
| Pro taper/M two, 2 | 10.02 | 10.04 | 13.02 | S1 | (SX) | | | | |
| Pro taper/M two, 3 | 8.02 | 13.02 | (SX) | 10.04 | 15.05 | 20.06 | 25.06 | 30.05 | 35.04 |

Данные, полученные в результате этих исследований, введены в нашу программу. Проведена модификация официальных последовательностей для получения безопасного протокола обработки корневых каналов зуба.

**Результаты исследования.** В результате проверки вышеуказанных последовательностей в разработанной программе обнаружилось, что технологии проведения механической обработки, предлагаемые некоторыми производителями, являются дефектными (рис. 1). На рисунке красным цветом отмечены зоны повышенной нагрузки на инструменты. Виден риск отлома трех инструментов в канале при следовании рекомендациям производителя (рис. 1, а). В результате опроса практикующих врачей-стоматологов выяснилось, что при работе с системой M two считается более безопасным изменение официального протокола, а именно не доведение инструмента 10.04 до конца канала на 2 мм и отказ от применения остальных инструментов из протокола. Проверка данной модификации представлена на рис. 1, б. Действительно, при таком подходе можно заметить значительное снижение нагрузки на инструмент 10.04, причем риск поломки последующих инструментов остается высоким как при малом, так и при большом исходном диаметре корневого канала (Рис. 1, в).

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|
| 15.02 | 10.04 | 15.05 | 20.06 |
| 15 | 10 | 15 | 20 |
| 17 | 14 | 20 | 26 |
| 19 | 18 | 25 | 32 |
| 21 | 22 | 30 | 38 |
| 23 | 26 | 35 | 44 |
| 25 | 30 | 40 | 50 |
| 27 | 34 | 45 | 56 |
| 29 | 38 | 50 | 62 |
| 31 | 42 | 55 | 68 |
| 33 | 46 | 60 | 74 |
| 35 | 50 | 65 | 80 |
| 37 | 54 | 70 | 86 |
| 39 | 58 | 75 | 92 |
| 41 | 62 | 80 | 98 |

*а)*

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|
| 15.02 | 10.04 | 15.05 | 20.06 |
| 15 | 15 | 15 | 20 |
| 17 | 17 | 20 | 26 |
| 19 | 10 | 25 | 32 |
| 21 | 14 | 30 | 38 |
| 23 | 18 | 35 | 44 |
| 25 | 22 | 40 | 50 |
| 27 | 26 | 45 | 56 |
| 29 | 30 | 50 | 62 |
| 31 | 34 | 55 | 68 |
| 33 | 38 | 60 | 74 |
| 35 | 42 | 65 | 80 |
| 37 | 46 | 70 | 86 |
| 39 | 50 | 75 | 92 |
| 41 | 54 | 80 | 98 |

*б)*

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|
| 30.02 | 10.04 | 15.05 | 20.06 |
| 30 | 10 | 15 | 20 |
| 32 | 14 | 20 | 26 |
| 34 | 18 | 25 | 32 |
| 36 | 22 | 30 | 38 |
| 38 | 26 | 35 | 44 |
| 40 | 30 | 40 | 50 |
| 42 | 34 | 45 | 56 |
| 44 | 38 | 50 | 62 |
| 46 | 42 | 55 | 68 |
| 48 | 46 | 60 | 74 |
| 50 | 50 | 65 | 80 |
| 52 | 54 | 70 | 86 |
| 54 | 58 | 75 | 92 |
| 56 | 62 | 80 | 98 |

*в)*

***Рис. 1. Расчет нагрузки на систему файлов M two (абс. ч.) с а) узким изначальным диаметром; б) с узким диаметром при условии не доведения второго инструмента на 2 мм; в) с широким изначальным диаметром***

В указанном протоколе инструментов Profile виден риск отлома инструмента 25.06 (рис. 2, а), причем риск снижается при обработке канала с большим исходным диаметром (рис. 2, б), как и в случае с системой M two. Также наблюдается значительное снижение нагрузки на инструмент при использовании инструмента для обработки устьевой части канала (рис. 2, в). Устьевые инструменты отличаются большим диаметром поперечного сечения и короткой длиной, что позволяет давать на них значительную нагрузку при работе в начальных отделах корневого канала без риска осложнений. Поэтому, напряжение устьевого файла при работе, отмеченное программой в исследовании указанного протокола, можно не учитывать.

При добавлении в последний процесс обработки инструмента Profile 20.06 протокол расширения становится практически безопасным (рис. 2, г).

| 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|
| 15.02 | 25.06 | 30.04 |
| 15 | 25 | 30 |
| 17 | 31 | 34 |
| 19 | 37 | 38 |
| 21 | 43 | 42 |
| 23 | 49 | 46 |
| 25 | 55 | 50 |
| 27 | 61 | 54 |
| 29 | 67 | 58 |
| 31 | 73 | 62 |
| 33 | 79 | 66 |
| 35 | 85 | 70 |
| 37 | 91 | 74 |
| 39 | 97 | 78 |
| 41 | 103 | 82 |

*а)*

| 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|
| 30.02 | 25.06 | 30.04 |
| 30 | 25 | 30 |
| 32 | 31 | 34 |
| 34 | 37 | 38 |
| 36 | 43 | 42 |
| 38 | 49 | 46 |
| 40 | 55 | 50 |
| 42 | 61 | 54 |
| 44 | 67 | 58 |
| 46 | 73 | 62 |
| 48 | 79 | 66 |
| 50 | 85 | 70 |
| 52 | 91 | 74 |
| 54 | 97 | 78 |
| 56 | 103 | 82 |

*б)*

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|
| 30.02 | os35.08 | 25.06 | 30.04 |
| 30 | 30 | 25 | 30 |
| 32 | 32 | 31 | 34 |
| 34 | 34 | 37 | 38 |
| 36 | 36 | 43 | 42 |
| 38 | 35 | 49 | 46 |
| 40 | 43 | 55 | 50 |
| 42 | 51 | 61 | 54 |
| 44 | 59 | 67 | 58 |
| 46 | 67 | 73 | 62 |
| 48 | 75 | 79 | 66 |
| 50 | 83 | 85 | 70 |
| 52 | 91 | 91 | 74 |
| 54 | 99 | 97 | 78 |
| 56 | 107 | 103 | 82 |

*в)*

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
| 30.02 | os35.08 | 20.06 | 25.06 | 30.04 |
| 30 | 30 | 20 | 25 | 30 |
| 32 | 32 | 26 | 31 | 34 |
| 34 | 34 | 32 | 37 | 38 |
| 36 | 36 | 38 | 43 | 42 |
| 38 | 35 | 44 | 49 | 46 |
| 40 | 43 | 50 | 55 | 50 |
| 42 | 51 | 56 | 61 | 54 |
| 44 | 59 | 62 | 67 | 58 |
| 46 | 67 | 68 | 73 | 62 |
| 48 | 75 | 74 | 79 | 66 |
| 50 | 83 | 80 | 85 | 70 |
| 52 | 91 | 86 | 91 | 74 |
| 54 | 99 | 92 | 97 | 78 |
| 56 | 107 | 98 | 103 | 82 |

*г)*

***Рис. 2. Сравнительные данные нагрузки на систему файлов Profile (абс. ч.) на примере каналов с а) узким и б) широким изначальным размером, а также модификации с использованием в) устьевого инструмента и г) устьевого инструмента и инструмента 20.06***

**Выводы.**

1. Разработанная программа рассчитывает нагрузку на инструменты при расширении корневого канала, чем снижает риск их поломки.
2. Предложенная программа подсказывает правильную последовательность обработки в каждом клиническом случае.

**Список литературы**

1. Беляева Т.С. Комплексный клинико-лабораторный сравнительный анализ систем ротационных эндодонтических инструментов из никель-титанового сплава. Автореф. дисс. … канд. мед. наук. Москва, 2013. - 24 с.
2. Соломонов М.А. Сломанный инструмент в канале. Клиническая тактика. Фармгеоком Информ. М.,2010. -№02. - С. 14 - 17.
3. Чернов В.И., Есауленко И.Э., Родионов О.В. Медицинская информатика: Учебное пособие / - Ростов н/Д: Феникс, 2007. - С 100 - 102.

## ПРИМЕНЕНИЕ БЕЗЗОЛЬНОЙ ПЛАСТМАССЫ PATTERN RESIN LS ДЛЯ МОДЕЛИРОВАНИЯ ШТИФТОВЫХ КОНСТРУКЦИЙ ПРИ ПРЯМОМ МЕТОДЕ ИХ ИЗГОТОВЛЕНИЯ

Микаилов Э.Д., студент 5 курса стоматологического факультета

*Кафедра ортопедической стоматологии ДГМА*
*Научный руководитель: к.м.н., асс. Абакаров Т.А.*

**Актуальность работы.** Восстановление коронковой части зуба при её полной утрате, в результате кариеса и его осложнений, травмы, патологической стираемости и.т.д., не утратила своей актуальности и в настоящее время. Современные технологии реставрации опорных зубов, несмотря на большое разнообразие стандартных штифтов, не всегда находят широкого применения. Уже в течение многих лет врачи стоматологи – ортопеды отдают предпочтение литым культевым штифтовым конструкциям, эффективность использования которых в целом зависит от точности их изготовления. На сегодняшний день известны прямой и непрямой (лабораторный) методы изготовления штифтовых конструкций. Несомненно, прямой метод изготовления является наиболее точным. Важен не только метод изготовления, но и используемый материал. Эволюция материалов в стоматологии направлена в сторону максимального улучшения их свойств, что непо-

средственно отражается на конечном результате лечения.

**Цель работы:** изучение эффективности изготовления штифтовых конструкций прямым методом с использованием беззольной моделировочной пластмассы PATTERN RESIN LS по сравнению с применением для этого моделировочного воска для вкладок «Лавакс».

**Материалы и методы**. Нами было проведено обследование и ортопедическое лечение 30 больных, с полным разрушением коронковой части зуба, среди которых было 20 женщин и 10 мужчин. Всем пациентам штифтовая конструкция изготавливалась прямым методом, из них: 10 пациентам с применением моделировочного воска «Лавакс»; 20 пациентам – с применением беззольной моделировочной пластмассы PATTERN RESIN LS.

**Результаты исследования.** Проведенное ортопедическое лечение пациентов с полным отсутствием коронковой части зуба, показал высокую точность штифтовых конструкций изготовляемых прямым методом с использованием беззольной моделировочной пластмассы PATTERN RESIN LS и моделировочного воска «Лавакс». Однако необходимо отметить, что при моделировании штифтовых конструкций из воска «Лавакс», не исключалась вероятность деформации конструкций во время моделировки и выведении из корневого канала, травмирование десны, возникала сложность при изготовлении сразу нескольких конструкций. Использование беззольной моделировочной пластмассы PATTERN RESIN LS позволяло избежать травмирование краевого пародонта. Из-за жесткости конструкции исключалась вероятность её деформации при моделировании и выведении из корневого канала и предоставлялась возможность получения оттиска для изготовления временных протезов, что сокращало время изготовления временных конструкций. Не возникала сложность при моделировании сразу нескольких штифтовых культевых вкладок, значительно облегчалась работа при изготовлении разборных конструкций жевательной группы зубов.

**Вывод.** Использование беззольной моделировочной пластмассы PATTERN RESIN LS показало наиболее высокую точность изготовления конструкций, что снижает риск осложнений, наиболее широкие возможности его применения в сравнении с моделировочным воском «Лавакс», позволяющие выбрать данный материал как альтернативу при решении приоритетных клинических задач.

# ПРИМЕНЕНИЕ ГЕЛЯ «ПАНАВИР» В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ГЕРПЕТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ГУБ

Гамзалова Н.Б., студентка 5 курса стоматологического факультета,
Меджидова Н.Д., молодой учёный

*Кафедра терапевтической стоматологии ДГМА*
*Научный руководитель: д.м.н., доцент Меджидов М.Н.*

**Актуальность.** До сих пор остается наиболее распространенным вирусным заболеванием является простой герпес (herpes simplex), который поражает слизистую оболочку губ, щек, небные дужки и другие области. Заболевание - хроническое, с рецидивами, передающееся контактным путем. Выявлено два основных штамма данного вируса - один HSV-1, вызывает «лихорадку» на губах, а другой, HSV-2, проявляется болезненными высыпаниями в виде пузырьков на коже и слизистых оболочках. Обычно пузырьки появляются на 2-12-й день после заражения.

По данным ВОЗ герпес вирусами инфицировано от 90 до 100% людей. Обычно заболевания имеет сезонность и зависит от метеорологических факторов. Вирус может активироваться под влиянием эмо¬ционального стресса, физических травм, гормональных нарушений, переохлаждения и других заболеваний.

**Цель работы:** оценить эффективность применения отечественного препарата геля «Панавир» в комплексном лечении больных с хроническим рецидивирующим герпетическим поражением губ.

**Материалы методы.** Нами включено в комплексное лечение герпетического поражения губ гель «Панавир». Панавир – это растительный противовирусный препарат российского производства, обладающий широким спектром антивирусной активности. В основе состава лекарственного средства – биологически активные полисахариды, выделенные из побегов растения Паслен клубненосный.

Лечение проведено 19 больным в возрасте от 18 до 60 лет с хроническим рецидивирующим герпетическим поражением губ. Наиболее часто поражения локализовались на верхней губе, крыльях носа, реже на нижней губе. Обострения заболевания наблюдались в осенне-весенний период (в ноябре, марте месяцах).

Параллельно назначались противовирусные препараты (ацикловир гексал, герпевир, фенистил пенцивир и др.) внутрь больным с

хроническим герпетическим поражением губ и местно наносился гель «Панавир» полоской длинной 0,5 см на пораженную область три раза в день на протяжении 5 дней.

**Результаты.** Применение геля «Панавир» в комплексе с назначением противовирусной терапии при герпетическом поражении губ оказывало не только анальгезирующий эффект, но и обладало противовоспалительным и ранозаживляющими свойствами, что сокращало сроки заживления. Результаты прямо зависели от сроков применения геля, чем раньше начали лечение, тем скорее происходит про¬цесс регенерации. Гель «Панавир» хорошо переносится пациентами и не вызывает побочных эффектов.

**Вывод.** Гель «Панавир» является эффективным лекарственным препаратом для местного применения, обдающего противовирусным и ранозаживляющим действиями, и рекомендуется его широкое использование при лечении больных хроническим рецидивирующим герпетическим поражением губ.

## ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Эфендиев М. Н., аспирант, Меджидова Н.Д., молодой ученый

*Кафедра терапевтической стоматологии ДГМА*
*Научный руководитель: д.м.н., доц. Меджидов М.Н.*

**Актуальность.** Проблема изучения распространенности стоматологических заболеваний, в том числе заболеваний тканей пародонта у лиц с соматической патологией, приобрела особую актуальность в связи с увеличением заболеваемости в последние десятилетия [2, 3].

В настоящее время постоянно возрастает (до 5-8% в год) численность пациентов, страдающих заболеваниями почек, среди которых особую значимость имеет хронический пиелонефрит, являющийся результатом острого процесса, мочекаменной болезни (МКБ), и развивающийся вторично на фоне патологии других органов и систем.

Хронический пиелонефрит чаще развивается у лиц трудоспособного возраста вследствие широкого распространения инвазивных медицинских манипуляций и исследований, в том числе стоматологических.

В доступной литературе встречаются отдельных сообщения о взаимосвязи патогенетических механизмов развития воспалительных заболеваний пародонта и хронического пиелонефрита [1, 4, 5]. Вместе с тем до сих непонятно, какова распространенность воспалительных заболеваний пародонта у больных хроническим пиелонефритом, что и явилось **целью настоящего исследования**.

**Материалы и методы.** Нами проведено изучение стоматологического статуса у 50 больных хроническим пиелонефритом. У всех пациентов определяли наличие зубного камня и зубного налета. В работе использовались гигиенические и пародонтальные индексы. Нуждаемость в лечении заболеваний комплекса тканей пародонта у пациентов определяли с использованием индекса CPITN, предложенного ВОЗ.

**Результаты исследования.** При этом в 100 % случаев у пациентов отмечали кровоточивость десны во время или после зондирования пародонтального кармана. У 48 пациентов (96%) в области отдельных групп зубов обнаружены пародонтальные карманы глубиной до 3 мм, из них у 29 (60,4%) пациентов - глубиной до 4,5 мм. При определении уровня интенсивности поражения пародонта получены следующие результаты. Низкий уровень интенсивности поражения тканей пародонта установлен в 14,8 % случаев, средний - в 51,1%, высокий - в 34,1% случаев.

При этом в 80% случаев уровень гигиены полости рта определялся как удовлетворительный, среднее значение индекса у данной группы больных составило 2,41 ±0,36. В остальных 20% случаев уровень гигиены полости рта определен как плохой. Среднее значение равнялось 3,36±0,13. Средние значения зубного налета и зубного камня составили 1,34±0,22 и 1,26±0,22, что соответствовало оценке «удовлетворительно». При этом в 15% случаев наблюдения индекс РМА соответствовал легкой степени тяжести гингивита. Среднее значение индекса у данной группы больных было равно 28,12±1,64%. В 85% случаев среднее значение индекса РМА составило 48,1±6,1%, что соответствовало средней степени тяжести гингивита.

Нуждаемость в санации полости рта составляет 100%. Нуждаемость в лечении заболеваний комплекса тканей пародонта 90 %.

**Выводы.** Воспалительные заболевания пародонта сопутствуют в 100% случаев у пациентов хроническим пиелонефритом, проживающих в различных районах и городах Республики Дагестан. Отмечается, что у больных хроническим пиелонефритом, гигиенический ин-

декс колеблется от 1,9 до 3,48. 90% из этих лиц нуждаются в проведении пародонтологического лечения и все 100% - санации полости рта.

**Литература**

1. Астахова М. И., Герасимова Л. П., Павлов В. Н. Состояние тканей пародонта у больных хроническим пиелонефритом по данным лазерной допплеровской флоуметрии // Пародон-тология. 2008. №2. С. 15-17.

2. Горбачева И. А., Кирсанов А. И., Орехова Л. Ю. Общесоматические аспекты патогенеза и лечения генерализованного пародонтита // Стоматология, 2000. № 1. С. 13-16.

3. Горбачева И. А. Комплексный подход к лечению больных с сочетанными заболеваниями внутренних органов и воспалительными поражениями пародонта: клинико-морфологические и биохимические аспекты диагностики и прогнозирования течения: ав-тореф. дис.... д-ра мед. наук. СПб., 2004. 42 с.

4. Москаленко О. А. Состояние органов полости рта у больных хронической почечной недостаточностью при лечении их гемодиализом и трансплантации почки: автореф. дис... канд. мед наук. Кемерово, 1995. 24с.

5. Vasiliki K. Kitsou, Antonios Konstantinidis, Konstantinos C. Siamopoulos Chronic renal failure and periodontal, disease // Renal failure. 2000. 22(3). 307-318.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЛЕКТРООДОНТОМЕТРИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЛУБОКОГО КАРИЕСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ЛЕЧЕБНЫХ ПРОКЛАДОК

Байрамов К.А., молодой учёный, Меджидова М.Н., молодой ученый, Гамзалова Н.Б., студентка 5 курса стоматологического факультета

*Кафедра терапевтической стоматологии ДГМА*
*Научный руководитель, д.м.н., доцент Меджидов М.Н.*

**Актуальность.** Поиск эффективных прокладочных материалов для лечения глубокого кариеса остаётся актуальным до настоящего времени. Нас заинтересовал препарат Na-ацемин, обладающий рядом положительных свойств для терапии глубокого кариеса. Na-ацемин (натриевая соль Z-ацетиламинокапроновой кислоты) за счёт своего стимулирующего действия на репаративные процессы в костной и по-

кровных тканях с успехом применяется для ускорения консолидации костных фрагментов при переломах, эпителизации при лечении ран и ожогов, лечении заболеваний тканей пародонта и др. Препарат малотоксичен. Пластикостимулирующий эффект Na-ацемина связан с регулирующим действием на фибробластические процессы, в результате которого происходит восстановление соединительной ткани с параллельным расположением волокон коллагена. Препарат нормализует местное кровообращение и синтез мукополисахаридов.

Оптимальная концентрация Na-ацемина была определена в серии экспериментов на животных. В состав пасты также был введен этоний, в качестве основы - оксид цинка, растворитель - дистиллированная вода.

**Цель исследования:** сравнительная оценка показателей электроодонтометрии при лечении глубокого кариеса с использованием различных лечебных прокладок.

**Материалы и методы.** Клинические исследования были проведены у 54 пациентов обоего пола в возрасте от 18 до 57 лет и состояли из обследования, лечения и динамического наблюдения 116 зубов с глубоким кариесом. Основную группу составили 83 зуба, в которых на дно кариозной полости накладывали лечебную прокладку на основе Na-ацемина. Контролем служили 33 зуба, в которых в качестве лечебной прокладки использовали препарат «Calxyd» (Spofa dental) на основе гидроксида кальция.

Для оценки результатов лечения во время контрольных осмотров (через 2 недели, 2, 4, 6, 9 месяцев, 1 год) выявляли жалобы больных, сохранность пломб, проводили перкуторное обследование и снимали показатели электроодонтометрии.

**Результаты исследования.** Через 2 месяца после лечения глубокого кариеса с использованием прокладки с Na-ацемином уже наблюдалась достоверная разница с показателями электровозбудимости пульпы до лечения, а через 4 месяца отмечалась окончательная нормализация электровозбудимости пульпы до функциональных показателей. Наиболее значительные положительные изменения в пульпе зуба происходят в сроки 2-4-6 месяцев, а показатели электроодонтометрии при последующих контрольных осмотрах значительно не отличаются от предыдущих значений.

Анализ результатов электроодонтометрии зубов, леченых с использованием «Calxyd», не подтвердил повышения функционального состояния пульпы до нормы даже спустя 2 года после начала лечения.

**Вывод.** Результаты клинических исследований с использованием электроодонтометрии позволили установить преимущества лечебной прокладки с Na-ацемином по сравнению с прокладкой на основе гидроксида кальция.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФТОРСОДЕРЖАЩИХ КОМПОЗИТНЫХ РЕСТАВРАЦИЙ В КЛИНИКЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Байрамов К.А., молодой учёный, Меджидова М.Н., молодой ученый

*Кафедра терапевтической стоматологии ДГМА*
*Научный руководитель, д.м.н., доцент Меджидов М.Н.*

**Актуальность.** Длительная стабильность высокой эстетики и функциональной полноценности композитной реставрации является актуальной задачей для стоматолога. Поэтому чрезвычайно важен вопрос выбора пломбировочного материала. Фторсодержащий наполнитель (ФН) фотоотверждаемых композитных материалов (ФКМ) возможно оказывает влияние на клиническую стабильность реставрации.

**Цель исследования:** выявить влияние фторвыделяющего свойства композитного пломбировочного ма¬териала на клиническое состояние пломб.

Материалы и методы. Для клинического исследования было обследовано 102 пациента. Проводили наблюдение у 310 реставраций боковых зубов и выделили 2 группы. Пломбы с ФН и без него были выполнены в условиях одной полости рта. Оценку реставраций проводили непосредственно после пломбирования и через 6 и 12 месяцев после него в соответствии с критериями G. Ryge (1980). Для определения различий между группами применялись методы непараметрической статистики.

**Результаты исследования.** Клинические исследование пломб по параметрам «анатомическая форма», «краевое прилегание», «цветовая стабильность» и «вторичный кариес» между ФКМ с ФН и без фтора на протяжении годичного пери¬ода исследования выявило статистически достоверные отличия. При оценке «краевое окрашивание» пломб получены статистически достоверные отличия через 6 месяцев, и данная тенденция сохранялась на протяжении 12 месяцев. По параметру «шероховатость поверхности» через год также отмечалась тенденция к бо-

лее активному снижению качества реставрации у ФКМ без фтора.

Данную тенденцию обеспечивает наличие ионов фтора в биологической пленке на поверхности реставрации, что особенно актуально в период стабилизации физико-химических свойств выполненной реставрации. Фтор даже в незначительной концентрации, оказывает бактериостатическое дей¬ствие и способствует стабилизации начальных кариозных поражений эмали.

**Вывод.** ФКМ с ФН способствуют длительному сохранению функциональных и эстетических свойств выполненной реставрации.

## ***НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ***

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАССАЖА И ЛФК У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ, В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ ОНМК РКБ

Нажмудинов Р. З. студент 6 курса лечебного факультета

*Кафедра нервных болезней, медицинской генетики и нейрохирургии ДГМА*
*Научный руководитель: к.м.н., доц. Абусуева Б. А.*

**Актуальность.** Инсульт представляет собой крайне важную медико-социальную проблему, поскольку является самой распространенной причиной инвалидизации населения, и как правило причиной инвалидизации являются двигательные нарушения, которые развиваются в остром периоде инсульта в 80 – 90% случаев. Помимо двигательных нарушений, у большинства больных, перенесших инсульт, наблюдаются изменения мышечного тонуса. Исходя из этого наряду с повышением эффективности профилактики болезней системы кровообращения и лечения больных, необходимо совершенствовать методы реабилитации и повышение их эффективности.

**Цель исследования**: обоснование эффективности массажа и ЛФК в лечении и реабилитации больных с инсультом, в условиях стационара.

**Задачи:**

1. Исследовать влияние массажа на восстановление двигательных и чувствительных функций пациентов после инсульта;
2. Определить оптимальные сроки начала и продолжительности массажа и ЛФК

**Материалы и методы исследования.** Были взяты под наблюде-

ние 30 пациентов с ишемическим инсультом, в возрасте от 45 до 65 лет, в период от 1.12.2014г. по 1.03.2015г. Все больные находились на этапе стандартного лечения после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения с формированием гемипареза.

Всем больным, на 4-5 день был назначен массаж и ЛФК, продолжительностью 10-12 дней.

Всем больным проводилась оценка степени пареза, пораженных конечностей, при помощи шестибальной шкалы мышечной силы.

Пациенты были распределены на 2 группы. Первая группа больных (14 человек) на момент начала проведения ЛФК и массажа имела 0 балла, вторая группа (6 человек) – 1 балла.

**Результаты исследования.** На 10-12 день после проведения курса лечении массажем и ЛФК все пациенты повторно проходили тестирование, по шестибальной шкале оценки мышечной силы.

В первой группе больных у 7-ми человек сила мышц пораженной конечности составил 1балл, у 5-ти человек - 2 балла, у 2-х мышечный тонус не изменился.

Во второй группе исследуемых сила мышц достигла у 3-х пациентов 2 балла, у 2-х пациентов 3 балла, у одного пациента 4 балла.

**Выводы.**

Применение классического и сегментарного видов массажа, и проведение ЛФК, достоверно улучшает результаты восстановительного лечения пациентов, с нарушением двигательных и чувствительных функций после инсульта.

Наилучшие результаты восстановительного лечения, отмечаются при ежедневном проведении массажа, на протяжении двух недель, с началом курса лечения, не позднее, чем на 5-е сутки от начала заболевания.

## *ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ*

# НОСОВЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПО ДАННЫМ СТАЦИОНАРОВ РКБ

Магомедов М.У., студент 6 курса лечебного факультета

*Кафедра оториноларингологии с усовершенствованием врачей*
*Научный руководитель: д.м.н., проф. Гаджимирзаев Г.А.*

**Актуальность темы.** Среди спонтанных кровотечений, носовые кровотечения (НК) по частоте возникновения занимают первое место и являются наиболее распространенным показанием для экстренной госпитализации в ЛОР-стационары.

По статистическим данным число больных с НК госпитализируемых по экстренным показаниям в 2014г. составил от 10-34% от общего числа стационарных Лор больных.

Актуальность изучения этиологии ,патогенеза,диагностики, лечения и профилактики НК определяется широким их распространением, и особенно трудностями возникающими при лечении данной группы пациентов. Поскольку НК чаще всего являются лишь симптомом различных заболеваний органов и систем организма, в лечебно-диагностическом процессе участвуют не только оториноларингологи , но и специалисты многих клинических дисциплин.

**Целью** данной работы является повышение эффективности лечения пациентов с носовыми кровотечениями различной этиологии на основании оптимизации методов первичного скоропомощного и последующего стационарного обследования и лечения этого контингента больных.

**Материал и методы исследования.** За 2014 год в приемное отделение РКБ обратилось по поводу НК 360 человек . Из них 55%мужчин и 45% женщин. Больные с НК часто обращались в зимние месяцы 31,2%, весенние месяцы 29.14% ,на осенние и летние месяцы приходится почти одинаковое количество больных 18.72% и 20.9%.У больных отмечалось состояние эмоционального напряжения, беспокойствия и страха. Местными причинами приводящими к НК явились различные травмы носа,околоносовых пазух и соседних анатомических образований, дистрофические изменения слизистой оболочки полости носа ,атрофические формы ринита, кровоточащий полип и деформация перегородки носа. Общие причины- заболевания сердеч-

но-сосудистой и кроветворной систем, гипертоническая болезнь, заболевание печени и почек,гипертермия при тепловом и солнечном ударе,перегревании и т.д. Диагноз НК для оториноларинголога не представляет особых затруднений и устанавливается на основании внешнего осмотра, передней риноскопии и фарингоскопии.

Способы остановки НК определяются прежде всего анатомической зоной их возникновения и возможностями которыми располагает врач. Многое зависит от материальной оснащенности приемного отделения, стационара ,станции скорой помощи,так и от квалификации врача. Поэтому знакомство как с традиционными методами остановки НК, так и современными не только желательно, но и необходимо. Говоря о современных технологиях для остановки НК следует отметить разработку фирмы «Яртек Медикал» (Россия) в виде латексного катетера «Эпистоп-3» (рис. 1), с помощью которого одновременно можно выполнить переднюю и заднюю тампонаду полости носа. Тампонада этим катетером проводится быстро, безболезненно, не травмируя слизистую оболочку носа. Баллоны катетера легко раздуваются, больной при этом не испытывает никакого дискомфорта.

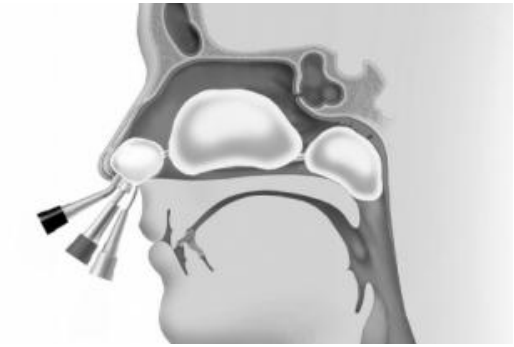

**Рис. 1.** Разработка фирмы «Яртек Медикал» (Россия) для остановки НК.

Для остановки НК исходящего из переднего отдела полости носа и для профилактики геморрагий предложены носовые тампоны с гелевым чехлом, производство «Рапид Рено» Германия (рис. 2).

**Рис 2.** Носовые тампоны с гелевым чехлом.

Гелевый чехол содержит активное гемостатическое вещество, которое способствует быстрому гемостазу, ускорению эпителизации и профилактики образования некрозов и синехий. Манжета легко прилаживается к анатомии полости носа и обеспечивает ровную, мягкую тампонаду. Несомненным преимуществом тампонады носа с помощью «Эпистоп-3» и гелевым чехлом является возможность ими пользоваться специалистами не владеющим ринологическими методами исследования. Высокая стоимость по сравнению с традиционными средствами тампонады носа ограничивает повсеместное их применение на регулярной основе.

В повседневной врачебной практике в условиях ограниченного обеспечения лечебных учреждений специальными лекарственными средствами, самым распространенным методом остановки НК остается тампонада носа с использованием марлевых турунд (рис 3).

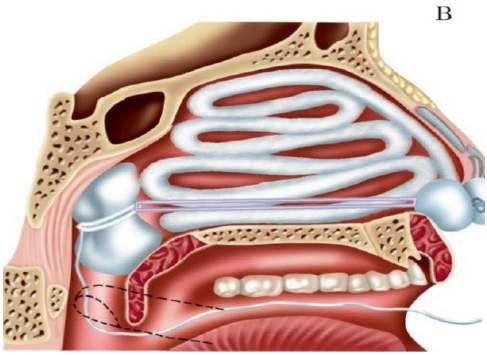


**Рис. 3.** Схема тампонады носа с использованием марлевых турунд.

Данной методике присущи весьма серьезные недостатки: травматический характер проведения манипуляции, болезненность,возобновление кровотечения после извлечения тампона, отсутствие носового дыхания. В норме в ответ на введение марлевых турунд на участке соприкосновения тампона с окружающими тканями, особенно поврежденными, откладывается фибрин, с последующим формированием рыхлых спаек. Спустя 36-48 часов выпавший фибрин фиксирует тампон к тканям слизистой оболочки. Обычно в ЛОР- практике принято удаление тампона из полости носа через 2 суток –это приводит к разрушению нежных, рыхлых спаек, а также отхождению образовавшихся тромбов и к рецидиву кровотечения , иногда довольно интенсивному,что вынуждает врача к повторной тугой тампонаде.

На кафедре оториноларингологии ДГМА было предложено удалять тампон из полости носа поэтапно по мере его ослизнения, если при подтягивании турунды ощущается сопротивление или появляются признаки кровотечения , дальнейшие попытки освобождения полости носа должны быть прекращены. Обычно на 5-6 сутки происходит лизис фибрина и начинается его ослизнение. На 6-7 сутки тампон полностью ослизняется и можно свободно его извлечь, без усилий и без рецидива геморагии. В целях профилактики туботимпанита и нагноений за время нахождения тампона в носу больные получали профилактические дозы антибиотиков, а турунды ежедневно пропитывали растворами диоксидина или мирамистина.

Предложенный метод показывает хорошие результаты.

**Заключение.** Опыт практической работы показал, что в борьбе с кровотечением из носа особое внимание следует уделять снятию эмоционального напряжения, беспокойствие и страха не только у больного, но и сопровождающих пациента родственников. Излишнее возбуждение больного усиливает кровотечение. Изложенные выше приемы остановки НК будут полезны не только для оториноларингологов, но и для врачей смежных клинических дисциплин, в первую очередь врачам общей практики. Отметим также , что нередко результаты лечения больных с НК в немалой степени зависят от того , насколько правильно были установлены показания к тому или иному методу остановки кровотечения , насколько квалифицировано это было выполнено и какими материальными возможностями располагает лечебное учреждение.

# ВЛИЯНИЕ СЛАБЫХ ИМПУЛЬСНЫХ ЭЛЕКТРИЧЕСКИХ ТОКОВ НА РЕГЕНЕРАЦИЮ КОСТНОЙ ТКАНИ

Магарамов А.М., клинический ординатор

*Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ДГМА*
*Научный руководитель: д.м.н., доц. Атаев А.Р.*

Вопрос о возможности ускорения заживления переломов не потерял своей актуальности и до настоящего времени, занимая одно из центральных мест в травматологии и ортопедии. Путем проведения серии экспериментальных и клинических наблюдений многие зарубежные и отечественные ученные /Beckeett, 13 assenn 1962г., Bassett b и др. 1964г., Friedenbery и др. 1966г.,1971г., В.Н.Шейн, 1983г. И др./ установили, что при помощи постоянного тока можно ускорить сращение отломков, лечить ложные суставы и длительно не заживающие трофические язвы.

Для электростимуляции костной регенерации при несрастающихся переломах и ложных суставах нами сконструировано устройство, которое представляет собой генератор прямоугольных импульсов, состоящий из мультивибратора и стабилизатора выходного тока. Устройство генерирует монополярные прямоугольные импульсы с частотой 1-10% Гц и амплитудой тока 5-10 мкА. Устройство обеспечивает стабильность тока с точностью 5% при изменении электрического сопротивления тканей от 0 до 1 см. с помощью батарей «Крона» обеспечивается непрерывная работа устройства в течение одного месяца. Рабочая часть электродов изготовлена из платиновой проволоки без изоляции, а соединительные провода изолированы хлорвиниловым покрытием. Габариты прибора 5,0х2,5х1,0 см.

После обработки операционного поля и местного обезболивания 1% раствором новокаина иглой-проводником через кожу формулируется тоннель в кости по направлению к линии перелома на глубину 1,5 см и по игле вводится электрод с отрицательной полярностью /катод/, а электрод с положительной полярностью /анод/ таким же образом вводится подкожно над областью перелома. Конечность фиксируется глубокой гипсовой лонгетой, а устройство с батарейкой фиксируется лейкопластырем к лонгете.

Данное устройство было применено у 15 больных в возрасте от 14

до 21 года. Причем у 7 из них наблюдались длительно несрастающиеся переломы костей голени, у 2-х ложные суставы, у 4-х болезнь Осгуда-Шляттера и у остальных 2-х больных- болезнь Легг-Кальве-Петреса. Срок электростимуляции от 3,5 до 5 недель. Степень срастания перелома мы оценивали по рентгенограммам и по данным клинического наблюдения. Контрольную рентгенографию проводили через каждые 10-12 дней. Рентгеноконтрастную мозоль определяли в сроки от 20 до 30 дней.

Таким образом, наши наблюдения показали, что воздействия импульсного электрического тока с амплитудой 5 и 10 мкА хорошо воздействуют на процессы мазолеобразования.

## СПОСОБ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ОБШИРНЫХ ВЗРЫВНЫХ РАН

Бийболатова К.Б., студентка 6 курса лечебного факультета,
Халилюлин Х.Р., студент 2 курса медико-профилактического факультета

*Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ*
*Научный руководитель: д.м.н., доц. Атаев А.Р.*

**Актуальность.** Среди непосредственных причин смерти при ранениях и травмах особое место занимает острая массивная кровопотеря. Это жизнеугрожающее состояние обуславливает около 50% летальных исходов на догоспитальном этапе. Догоспитальный этап является решающим в определении исходов у многих категорий раненых и пострадавших, и допущенные на этом этапе ошибки в большинстве случаев не удается исправить в последующем, даже при высоком уровне оказания медицинской помощи. Вероятность сохранения жизни и благоприятного исхода лечения в случае продолжающегося кровотечения напрямую зависит от качественной догоспитальной помощи (ДГП), как можно более раннего и полноценного гемостаза, и скорости доставки раненого на госпитальный этап лечения. Это представляется возможным только при наличии эффективных методов остановки кровотечения, которые могли бы использоваться уже на догоспитальном этапе. В связи с этим разработка и внедрение новых средств гемостаза является одной из приоритетных задач, стоящих перед медицинской наукой.

**Цель исследования:** обосновать преимущество временной оста-

новки кровотечений из обширных ран конечностей взрывного происхождения местным гемостатическим средством «Гемостоп».

**Материал и методы исследования:** Исследование проводилось в Республике Дагестан. В анализируемую группу вошли 26 пострадавших с обширными взрывными ранениями конечностей.

**Результаты исследования.** Взрывные поражения, которые до последних десятилетий считались в основном проблемой военной медицины, в современных условиях превратились в актуальную проблему гражданского здравоохранения. Предрасполагающим фактором для этого стали участившиеся случаи террористических актов осуществленных посредством взрывов. Взрывы на улицах, в местах большого скопления людей, подрывы транспортных средств, общественных и жилых зданий приводят к возникновению большого количества пострадавших среди мирных граждан. Взрывное поражение - это многофакторное, как правило, сочетанное или множественное поражение человека, обусловленное одномоментным повреждающим действием факторов взрыва или вызванных им повреждений при разрушениях конструкций, деталей зданий, строений, механизмов, и характеризующееся как местными повреждениями тканей, так и общим контузионно-коммоционным синдромом.

Особые механизмы взрывного поражения обуславливают формирование обширных повреждений мягких тканей, костей, суставов с множественной локализацией, часто – с полным разрушением или отрывом одного и даже нескольких сегментов конечностей, наличием сочетанных повреждений органов груди, живота, головы.

В анализируемую группу входит 26 пострадавших при взрывах с так называемыми контрлатеральными ранениями, когда имело место сочетание отрыва одной конечности с множественными ранениями мягких тканей другой конечности. Они имеют обширную раневую поверхность со своеобразными по внешнему виду множественными рваными ранами кожи, повреждениями подкожной жировой клетчатки и подлежащих мышц, распространяясь зачастую до промежности и таза. Такие раны представляют собой источник постоянного капиллярного и венозного кровотечения, которое по величине, продолжительности и интенсивности превышает кровотечение из оторванной конечности.

Исходя из особенностей травматогенеза, при минно-взрывных ранениях традиционные методы гемостаза не могут рассматриваться в качестве исчерпывающих. Не решает проблему и кровоостанавли-

вающий жгут. В этих случаях высокое наложение жгута хотя и обеспечивает полное обескровливание конечности, но при поздних сроках поступления раненых на этапы квалифицированной хирургической лишает возможности сохранения поврежденной, но не оторванной конечности, а некоторым раненым стоит и жизни. Давящая повязка как альтернатива жгуту в этих случаях не столько обеспечивает остановку кровотечения, сколько увеличивает общую кровопотерю, впитывая из обширной раневой поверхности массу крови.

Разработанный нами способ местного гемостаза при взрывных ранениях (регистрационный номер 2014105793) заключается в том, что между слоями гигроскопичного атравматичного материала, например многослойной марлевой салфетки, наносят слой средства «Гемостоп», оказывающего местное кровоостанавливающее действие. Наложение такой повязки является временным способом остановки кровотечения при обширных взрывных ранениях. Способ реализуется следующим образом. На стерильную марлевую салфетку, состоящую из 3-4 слоев марли, наносится средство «Гемостоп» из расчета 1,0-2,0 гр. на 1 кв.см., затем повязка накладывается на рану и конечность туго бинтуется. Несомненным преимуществом данного способа является быстрота проведения манипуляции. Применение данного способа при оказании помощи пострадавшим на догоспитальном этапе позволяет в течение нескольких минут остановить кровотечение, соответственно избежать таких осложнений, как травматический шок вследствие массивной кровопотери и повторные (вторичные) кровотечения.

Способ прост в использовании, дает быстрый кровоостанавливающий эффект, доступен для условий догоспитального этапа и рекомендуется к применению для бригад скорой медицинской помощи и медицины катастроф.

**Выводы:** 1. Недостаточный объем первой помощи, неполноценно осуществленный местный гемостаз является причиной частых ампутаций конечностей и тяжелого состояния пострадавших при взрывных ранениях.

2. Оказание первой помощи в соответствии с установленными правилами, ее достаточный объем, правильный подбор способа местного гемостаза, являются обязательными условиями успешного лечения пострадавших при террористических актах.

# УСТРОЙСТВО ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗА

Магарамов А.М., клинический ординатор,
Алиева М.Т., студентка 5 курса лечебного факультета

*Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ.*
*Научный руководитель: д.м.н., доц. Атаев А.Р.*

**Актуальность:** При переломах костей часто показано оперативное лечение, которое заключается в открытом сопоставлении (репозиции) отломков и жесткой фиксации их с помощью металлической пластинки и винтами.

Применение данного устройства значительно сокращает время операции и нахождение больного под наркозом, что очень важно. Данная модель предназначена для широкого применения в травматологической практике.

**Цель:** Заключается в практичном установлении и удалении винтов. Устройство имеет удобную рукоятку и муфту с квадратным шлицом, которая соответствует квадратной головке винта. Винт с квадратной головкой надевается на устройство с квадратным шлицом и фиксируется муфтой, затем к сопоставленным костным отломкам прикладывается металлическая пластинка и фиксируется винтами с помощью устройства. В случае удаления металлоконструкции винт легко обнаруживается в костном регенерате и без проблем удаляется

**Материалы и методы исследования:** Предлагаемое в качестве полезной модели устройство для остеосинтеза применяли при оперативном лечении больных с винтообразным переломом плечевой кости, костей предплечья, локтевого отростка. Предлагаемая полезная модель используется следующим образом: держа устройство за рукоятку, откручиваем втулку, освобождаем муфту с квадратным шлицем и прорезями. Затем надеваем муфту с квадратным шлицем и прорезями на квадратную головку винта. После этого, закручиваем втулку по резьбе, фиксируя квадратную головку посредством сжатия муфты с квадратным шлицем и прорезями. После завершения введения винта, вновь, откручиваем втулку по резьбе, ослабляя муфту с квадратным шлицем и прорезями, после чего, снимаем ее с квадратной головки; винт.

**Результаты исследования:** Данная модель сокращает время операции за счет удобной формы винтов, которая без проблем находится и удаляется из костного регенерата кости. Тем самым снижается время нахождения больного под наркозом.

**Выводы:** От известных конструкций, предназначенных для остеосинтеза, данное устройство отличается тем, что: головка винта не имеет шлица, головка винта и шлиц муфты имеют квадратную муфту, что увеличивает надежность фиксации винта в устройстве для его введения, муфта снабжена прорезями, обеспечивающими плотный охват головки винта, при закручивании втулки.

Таким образом, применение предлагаемого устройства способствует повышению эффективности введения и облегчение удаления винта из кости, за счет квадратной формы головки, которая удобно фиксируется в муфте при введении винта и легко обнаруживается в костном регенерате во время удаления.

## КОРРЕЛЯЦИОННАЯ СВЯЗЬ РЕНТГЕНОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ВРОЖДЕННОМ ВЫВИХЕ БЕДРА У ДЕТЕЙ

Абакаров А.А., молодой ученый

*Кафедра травматологии и ортопедии ФПК ППС ДГМА*
*Научный руководитель: д.м.н., проф. Абакаров А.А.*

**Актуальность проблемы.** Нами определены средние значения индексов, характеризующих вертлужную впадину, проксимальный конец бедренной кости и их взаимоотношение при ВВБ в зависимости от возраста больного. Данные обработаны на ЭВМ, выявлены коэффициент корреляции каждого показателя и корреляционная взаимосвязь. Всего изучены 1260 рентгенограмм 286 суставов детей с врожденным вывихом бедра в возрасте от 1 года до 14 лет.

**Цель исследования:** изучение корреляционной взаимосвязи параметров диспластического тазобедренного сустава и выбрать показатели, имеющие наибольшее прогностическое значение для развития сустава.

**Материал и методы исследования.** Всего изучены 1260 рентгенограмм 286 суставов детей с врожденным вывихом бедра в возрасте от 1 года до 14 лет.

Таблица 1

***Оценка значимости коэффициента корреляции в диспластическом суставе (n=100)***

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Возраст | 1.0 | | | | | | | | | | |
| ЛСС | -0.47 | 1 0 | | | | | | | | | |
| РЛШ | 0.39 | -0,19 | 1.0 | | | | | | | | |
| АИ | 0.19 | -0.11 | 0,03 | 1,0 | | | | | | | |
| Т | 0.69 | -0.40 | 0.20 | -0.03 | 1.0 | | | | | | |
| Д | 0.59 | -0.35 | 0.17 | 0.07 | 0.61 | 1.0 | | | | | |
| К/Д | 0 | -0.30 | -0.04 | -0.05 | 0.21 | -0.52 | 1.0 | | | | |
| ШДУ | -0.41 | 0,28 | -0.27 | -0.02 | -0.30 | -0,28 | 0,03 | 1.0 | | | |
| А | -0.26 | 0.08 | -0.10 | -0.07 | -0.15 | -0.17 | 0.04 | 0.09 | 1.0 | | |
| ГРГ | 0.75 | -0.41 | 0.09 | -0.06 | 0.69 | 0.60 | 0.08 | 0.34 | -0.12 | 1.0 | |
| ВРГ | 0.37 | -0.23 | 0 | -0, | 0.47 | 0.44 | 0.04 | 0.14 | 0.18 | 0.70 | 1.0 |
| | Возраст | ЛСС | РЛШ | АИ | т | Д | к/д | ШДУ | А | ГРГ | ВРГ |

**Результаты.** Анализ корреляционной матрицы выявил взаимосвязь большинства основных параметров тазобедренного сустава. Высокой информативностью обладают возрастной фактор, лонно-седалищный синхондроз (ЛСС), ацетабулярный индекс (Аи), толщина тела (Т) подвздошной кости и дна (Д) вертлужной впадины, шеечно-диафизарный угол (ШДУ). Чем старше возраст больного, тем меньше значение ЛСС, ШДУ и больше размеры головки бедренной кости. (табл №1)

Значимость данных корреляционной матрицы проверена с помощью критерия Колмогорова (n=100, a=0,05). Оказалось, что размеры ЛСС имеют достоверную корреляционную связь с показателями диспластического сустава: чем больше размеры ЛСС, тем меньше величина Т, Д, размеры головки бедренной кости (достоверность больше 0,95). Значит, по размерам ЛСС можно судить о степени диспластичности сустава, т.е. имеется ли задержка оссификации или сустав отстает в росте.

Изучена корреляционная связь рентгенометрических параметров в возрастных группах 1-2, 3-4, 5-6, 7-9 лет, Полученные данные говорят о высокой информативности линейных величин ЛСС. Однако эта величина по-разному коррелирована в возрастных группах 1-2, и 3-5 лет (табл. 2 и 3)

Таблица 2

***Оценка значимости коэффициента корреляции в диспластическом тазобедренном суставе у детей в возрасте от 1 до 2 лет***

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Возраст ірасі | 1.0 | | | | | | | | |
| ЛСС | -0.60 | 1.0 | | | | | | | |
| РЛШ | 0.55 | 0.02 | 1.0 | | | | | | |
| АИ | -0.33 | 0.27 | -0.29 | 1.0 | | | | | |
| Т | 0.21 | 0.24 | 0.55 | -0.32 | 1.0 | | | | |
| Д | 0.16 | 0.28 | 0.01 | 0.12 | 0.38 | 1.0 | | | |
| К/Д | -0.03 | -0.07 | 0.43 | -0.33 | 0.34 | -0.69 | 1.0 | | |
| ШДУ | -0.35 | -0.18 | -0.46 | 0.19 | -0.25 | 0 | -0.21 | 1.0 | |
| А | 0.27 | 016 | -0.21 | -0,01 | 0.04 | -0.19 | 0,16 | 0,49 | 1.0 |
| | Возраст | ЛСС | РЛШ | АИ | Т | Д | К/Д | ШДУ | А |

Таблица 3

***Оценка значимости коэффициента корреляции в диспластическом тазобедренном суставе у детей в возрасте от 3 до 5 лет***

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Возраст | 1.0 | | | | | | | | |
| ЛСС | 0.01 | 1.0 | | | | | | | |
| РЛШ | 0.27 | -0.31 | 1,0 | | | | | | |
| АИ | -0.01 | -0.09 | 0,09 | 1.0 | | | | | |
| Т | 0.37 | -0.24 | 0.52 | -0.09 | 1. 0 | | | | |
| Д | 0,45 | -0,17 | 0 | -0,16 | 0.01 | 1.0 | | | |
| К/Д | -0.13 | -0.02 | 0.29 | 0,17 | 0,52 | -0.81 | 1.0 | | |
| ШДУ | -0.37 | -0.03 | 0. 03 | -0.20 | 0.23 | 0.15 | 0,01 | 1.0 | |
| А | -0.38 | -0.15 | -025 | -0.09 | -0.17 | 0.06 | -0.16 | 0.08 | 1.0 |
| | Воз-раст | ЛСС | РЛШ | АИ | Т | Д | К/Д | ШДУ | А |

Исследования показали, что в первой возрастной группе (n= 50, достоверность составляет 0,95 при величинах более 0,23): чем больше размеры ЛСС, тем выше значения АИ., Т., Д. Иными словами, чем больше размеры ЛСС, тем значительнее отставание сустава в оссификации.

Значит, открытое вправление вывиха бедра без вмешательства на тазовом компоненте будет способствовать трансформации хрящевых структур в костные и доразвитию сустава. Если размерь, ЛСС у детей в возрасте до 2 лет меньше норматива диспластического сустава, то речь идет об отставании в росте всего сустава. У таких больных целесообразно открытое вправление вывиха сочетать с реконструкцией вертлужной впадины

Во второй возрастной группе (n=67, достоверность составляет 0.95 при величинах более 0.19): чем больше размеры ЛСС, тем меньше индексы АИ., Т., Д (табл.2). Давление головки бедра на латеральные отделы тела подвздошной кости, борозда скольжения или формирование неоартроза оказывают стимулирующее влияние на оссификацию вертлужной впадины. Поэтому об истинном состоянии тазового компонента можно судить по линейным величинам ЛСС; чем больше ЛСС, тем диспластичнее сустав и наоборот. При маленьких размерах ЛСС вертлужная впадина имеет потенциальную возможность самостоятельного доразвития после вправления головки бедренной кости.

**Выводы.**

Ацетабулопластика или остеотомия таза значительно увеличивает травматичность хирургического вмешательства. Поэтому проведенное исследование позволяет ортопеду достоверно прогнозировать возможность самостоятельного доразвития тазобедренного сустава у детей.

## ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ДИСПЛАСТИЧЕСКОГО ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА БЕДРА ПРИ ВРОЖДЕННОМ ВЫВИХЕ БЕДРА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Абакаров А.А., молодой ученый

*Кафедра травматологии и ортопедии ФПК ППС ДГМА*
*Научный руководитель: д.м.н., проф. Абакаров А.А.*

**Актуальность проблемы.** Изучение особенностей формирования диспластического тазобедренного сустава является основным объективным фактором в выборе методики хирургического вмешательства у детей с врожденным вывихом бедра (ВВБ). Для оценки состояния

тазобедренного сустава предложено много рентгенометрических показателей, описанные достаточно подробно в ряде работ (1,2,3,4,5,6,7,8). Изменения в суставах представлены в виде конкретных рентгенометрических данных для каждой возрастной группы детей. Значительное количество рентгенометрических показателей ставит ортопеда практического здравоохранения в сложное положение при оценке состояния сустава.

**Цель исследования.** Изучение корреляционной взаимосвязи параметров диспластического тазобедренного сустава и выбрать показатели, имеющие наибольшее прогностическое значение для развития сустава.

**Материал и методы исследования.** Нами определены средние значения индексов, характеризующих вертлужную впадину, проксимальный конец бедренной кости и их взаимоотношение при ВВБ в зависимости от возраста больного. Данные обработаны на ЭВМ, выявлены коэффициент корреляции каждого показателя и корреляционная взаимосвязь. Всего изучены 1260 рентгенограмм 286 суставов детей с врожденным вывихом бедра в возрасте от 1 года до 14 лет.

Измерения линейных и угловых величин тазобедренного сустава производили с помощью специально изготовленного угломера. Артрография тазобедренного сустава выполнена у 42 больных. Исследование биоэлектрической активности мышц, окружающих тазобедренный сустав осуществлено у 36 детей с односторонним вывихом бедра (63 электромиограммы). Глубинная температура в костной ткани головки бедра изучена с помощью радиометра конструкции Нижегородского НИРФИ у 32 детей.

**Результаты.** Исследование показало, что шеечно-диафизарный угол увеличен у детей дошкольного возраста, а в более старшем возрасте нормализуется или остается чуть повышенным. Разрыв линии Шентона нарастает с возрастом больного, что говорит об укорочении и повышении тонуса пельвиотрохантерных мышц в период ходьбы больного. Размеры ядра окостенения головки бедренной кости всегда меньше, чем в здоровых суставах. Рост головки бедра происходит у детей до десятилетнего возраста, а в последующем идет задержка развития, что говорит о тяжести анатомо-морфологических изменений в суставе у больных старшего возраста. Антеторсия проксимального конца бедренной кости нарастает у детей до 5-летнего возраста, а в последующих возрастных группах уменьшается до 54,2 ±4,2º .

***Рентгенометрические параметры проксимального отдела бедренной кости при ВВБ в различных возрастных группах***

| **Возрастные группы (в годах)** | **Шеечно-диафизарный угол в градусах** | **Разрыв линии Шентона в мм** | **Горизонтальный размер ядра окостенения головки бедра в мм.** | **Вертикальный размер ядра окостенения головки бедра в мм.** | **Антеторсия бедра в градусах** |
|---|---|---|---|---|---|
| 1-3 | 150,1±15,8 | 20,3±1,22 | 12,5±0,91 | 7,9±0,42 | 66,4±2,58 |
| 4-5 | 148,8±15,6 | 25,5±1,44 | 18,7±0,63 | 10,1±0,33 | 65,3±1,65 |
| 6-7 | 145,5±2,20 | 29,1±2,41 | 25,3±1,48 | 11,5±0,73 | 57,2±4,36 |
| 8-10 | 137,0±1,44 | 35,4±5,35 | 32,0±3,11 | 12,2±0,77 | 57,3±4,36 |
| 11-14 | 136,2±3,21 | 39,0±8,13 | 31,7±3,32 | 9,8±1,49 | 54,3±4,26 |

**Выводы.** Проведенное исследование установило взаимосвязь основных параметров тазобедренного сустава при врожденном вывихе бедра у детей. Установлено, что основной рост проксимального конца бедра происходит в додесятилетнем возрасте. Поэтому своевременная диагностика и лечение врожденного вывиха бедра остается актуальной проблемой современной ортопедии.

# СМЕРТНОСТЬ ОТ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА ВЗРОСЛЫХ СЕЛА В ДАГЕСТАНЕ

Гасанова З.М., аспирант,
Гасанова Х. К., студентка 3 курса лечебного факультета,
Рагимов М.Р., студент 5 курса лечебного факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

*НИИ экологической медицины ДГМА*
*Научный руководитель: д.м.н., проф. Абусуев С.А.*

**Актуальность.** Согласно прогнозам ВОЗ, заболеваемость сахарным диабетом 2 типа (СД-2) в мире с 2000 по 2030 г. вырастет на 37% [Koppes L.L. et al., 2003]. В Беларуси в период с 1981 по 1993 годы уровень смертности от СД среди мужчин вырос в 4,3 раза (с 1,5 до 6,5 на 100 000 населения), а среди женщин - в 3,9 раза (с 2,4 до 9,4 на 100 000 населения) [Разводовский Ю.Е., 2006]. В 2002 году в России смертность от СД составляла 7,8 случая на 100 000 населенияю. [Минздрав России, 2003].

Доля умерших от болезней эндокринной системы по РД за 2002 год составляла: оба пола – 0,53%; мужчины – 0,35%; женщины – 0,81%. Удельный вес умерших от болезней эндокринной системы по сельской местности – 0,5%. [Минздрав РД, 2003].

**Цель исследования:** оценить региональные особенности смертности от СД-2 взрослого населения экологических зон сельской местности Республики Дагестан для выявления проблемных контингентов населения.

**Материал и методы исследования**

Данные о 631 случае смерти от СД-2 за 2002-2011 годы получены из Эндокринологического центра Минздрава Республики Дагестан (РД). Из всех учтенных случаев смерти от СД-2 в РД 55,8% проживали в сельской местности, из них 61,8% были жителями равнинной экологической зоны. В структуре умерших от СД-2 женщины составили 63%, а мужчины - 37% (табл. 1).

Были рассчитаны годовые интенсивные показатели смертности (ИПС - число случаев смерти на 100 000 населения), а также среднемноголетние ИПС с 95% доверительными интервалами (ДИ). Динамику оценивали по тренду и среднегодовому темпу прироста/снижения (СТП).

Таблица 1.

**Абсолютное число умерших мужчин и женщин от СД-2 по экологическим зонам сельской местности РД**

| Экозоны | Мужчины | Женщины |
|---|---|---|
| Равнина | 150 | 272 |
| Предгорье | 43 | 64 |
| Горы | 41 | 61 |
| Сельская местность | 234 | 397 |

**Результаты исследования.** ИПС от СД-2 за 10 летний период имел тенденцию к росту. Наиболее высокие ИПС отмечались в 2011 году.

По ИПС среди экологических зон РД наиболее неблагополучно выглядит равнинная зона, где показатель смертности от СД-2 составила 9,8 на 100 000 населения. ИПС от СД-2 сельской местности – 6,1 превышает аналогичный показатель по РД – 5,7 на 100 000 населения (рис. 1).

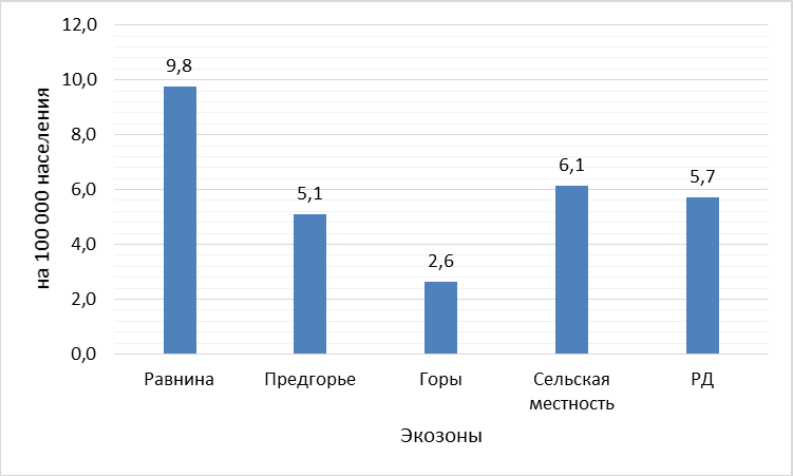


**Рис. 1**. Среднемноголетние интенсивные показатели смертности от СД-2 населения (оба пола) экологических зон Дагестана.

На юге равнины высокий ИПС от СД-2 отмечен у женщин Дербентского района. Смертность от СД-2 мужчин на севере равнины больше в Карабудахкентском районе, а на юге равнины – в Дербентском районе (табл. 2).

Таблица 2.

**Среднемноголетние ИПС от СД 2 типа взрослого мужского и женского населения равнины и предгорья РД за 2002-2011 гг. (на 100 000 взрослых)**

| Экозоны | Женщины | Мужчины |
|---|---|---|
| Равнина | 12,1 | 7,3 |
| Север равнины | 8,8 | 5,1 |
| Юг равнины | 1,9 | 1,2 |
| Предгорье | 5,8 | 4,3 |
| Север предгорья | 3,7 | 4,6 |
| Юг предгорья | 7,4 | 4,1 |

Высокая смертность от СД-2 мужчин и женщин севера предгорной экологической зоны наблюдалась в Казбековском районе.

На юге предгорья наибольшая смертность от СД-2 среди женского населения отмечена в Хивском районе (26,1), среди мужского населения - в Табасаранском районе (12,0). На севере внутригорья высокие показатели смертности от СД-2 отмечались в Гергебильском районе, а на юге внутригорья – в Левашинском районе (табл. 3).

Таблица 3.

**Среднемноголетние ИПС от СД-2 взрослого населения горной местности РД за 2002-2011 гг. (на 100 000 взрослых)**

| Экозоны | Женщины | Мужчины |
|---|---|---|
| Внутригорье | 2,6 | 2,2 |
| Север внутригорья | 1,5 | 1,2 |
| Юг внутригорья | 4,3 | 3,7 |
| Высокогорье | 3,5 | 2,2 |
| Север высокогорья | 1,4 | 1,0 |
| Юг высокогорья | 5,1 | 3,0 |
| Сельская местность | 7,4 | 4,7 |

На севере высокогорья высокие показатели смертности от СД-2 отмечались у мужчин и женщин в Цунтинском районе, а на юге высокогорья – в Докузпаринском районе.

В сельской местности РД смертность от СД-2 женского населения составляла 7,4 случая на 100 000 женщин, у мужчин – 4,7, что кратно в 1,5 раза.

**Выводы:**

1. За весь исследуемый период наблюдается рост смертности от СД-2 по всем экологическим зонам взрослого населения сельской местности РД.
2. Наиболее неблагополучна по смертности от СД-2 выглядит равнинная экозона по сравнению сельской местностью и республикой.
3. Наблюдается существенная разница показателей смертности по оси север-юг, на юге экозон смертность выше, чем на севере.
4. ИПС женского населения экозон в разы превалируют аналогичный показатель мужского населения.

## ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНА НАСЛЕДСТВЕННОГО ГЕМОХРОМАТОЗА HFE У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ДАГЕСТАНА

Гамзатова А.И., студентка 3 курса лечебного факультета
Израилова Г.Р., аспирантка

*НИИ Экологической медицины ДГМА*
*Кафедра биологической химии биологического факультета*
*Дагестанского государственного университета*
*Научный руководитель: д.м.н. Саидов М.З.*

**Актуальность.** Наследственный гемохроматоз (НГХ) - наиболее распространенная причина первичной перегрузки железом и связан с генетически обусловленным нарушением метаболизма железа наследуемое по аутосомно-рецессивному типу. Для НГХ характерна высокая генетическая гетерогенность с различным уровнем пенетрантности (European Association For The Study Of The Liver, 2010)В 1996 г. J.N. Feder et al. идентифицировали ген наследственного гемохроматоза (НГХ) – HFE, мутации которого наиболее часто приводят к развитию этого заболевания. В европейских популяциях 80% больных НГХ являются либо гомозиготами по мутации C282Y, либо компаундными гетерозиготами по мутациям C282Y u H63D в гене HFE. В настоящее время выделяют первичный и вторичный гемохроматоз. Описаны четыре типа первичного (наследственного) гемохроматоза. *Гемохроматоз I типа* (HFE-ассоциированный НГХ) наследуется по аутосомно-рецессивному типу и обусловлен мутациями гена HFE, расположенного на коротком плече 6-й хромосомы. Наиболее часто (87–90% случаев)

регистрируется мутация C282Y – замена цистеина на тирозин в 282-м положении аминокислоты; реже встречается мутация H63D – замена цитидина на гуанин в 63-м положении аминокислоты. Распространенность этих мутаций различная: на севере Западной Европы наиболее распространена мутация C282Y, в США и Канаде – H63D. *Ювенильный гемохроматоз (II тип)* является относительно редкой формой с ранним началом; встречается как у мужчин, так и у женщин. Заболевание обусловлено мутациями гена, ответственного за синтез другого белка метаболизма железа – гепсидина. Это быстротекущая форма болезни с клиническими проявлениями в первые три десятилетия жизни. *Гемохроматоз III типа* (не связанный с HFE) обусловлен мутациями гена, кодирующего синтез рецептора для трансферрина. *Гемохроматоз IV* типа обусловлен мутациями гена SLC40A1, кодирующего синтез транспортного белка ферропортина. Основные клинические проявления у гомозигот включают симптомы поражения печени, сердца, органов эндокринной системы и суставов. Несмотря на то, что НГХ является довольно частым заболеванием, исследование полиморфизма гена HFE для населения Дагестана до сих пор не проводилось.

**Цель:** исследования является оценка распространенности мутаций в генах гемохроматоза (HFE) , ассоциированных с наследственным гемохроматозом, у новорожденных детей Дагестана.

**Материалы и методы исследования.** Анализ распространенности мутаций в гене HFE проведен с использованием образцов ДНК 30 пациентов. Экстракцию геномной ДНК проводилась из крови набором ТестГен согласно инструкции производителя. Генотипирование мутаций Ser65Cys и His63Asp в гене гемохроматоза HFE проводили набором для определения полиморфизмов гена HFE от компании Литех. Основным молекулярно-генетическим методом определения полиморфизмов различных генов является ПЦР. Генотипирование проводили на аппарате 7900 HT Applied Biosystems/Life Technologies.

**Результаты исследования.** Проведено исследование ДНК пациента с целью поиска двух нуклеотидных замен в гене HFE. Из 30 исследованных пациентов на Ser65Cys в гомозиготном состоянии мутация обнаружена у одного больного, что составляет около 3.3%. Обнаружено, также, гетерозиготное носительство данной мутации у одного пациента (3.3%). His63Asp в гомозиготном состоянии не была выявлена. В гетерозиготном состоянии данная мутация встречается с более высокой частотой и составляет около 10%. Как показали исследования, боль-

шинство пациентов с НГХ являются гетерозиготами на His63Asp, меньшая часть – смешанными гетерозиготами (Ser65Cys/His63Asp). Прогноз у пациентов, которым была проведена ранняя диагностика гемохроматоза благоприятный. Продолжительность жизни больных не отличается от таковой у лиц, не страдающих гемохроматозом.

**Выводы.**

Представленное клиническое наблюдение свидетельствует о необходимости включения в диагностический поиск более редких заболеваний, включая НГХ, так как своевременное установление диагноза с помощью современных лабораторных и молекулярно-генетических методов исследований и проведение своевременной терапии позволяют предотвратить развитие опасных осложнений и во многом определяют благоприятный жизненный прогноз.

## СМЕРТНОСТЬ ОТ ЛИМФОМ НАСЕЛЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТОВ В ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ЗОНАХ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

Рамазанова А.Э., студентка 3 курса лечебного факультета

*НИИ экологической медицины ДГМА*
*Научный руководитель: к.м.н., доцент Атаев М.Г.*

**Актуальность.** Термин «лимфома» объединяет две различные группы опухолей: лимфому Ходжкина и неходжкинскую лимфому. В структуре заболеваемостью злокачественными новообразованиями лимфомы составляют до 5% новых опухолей у мужчин и 4% - у женщин [Абдулкадыров К.М., 2006]. Известно о существовании двух пиков заболеваемости лимфомами: в возрасте 20-29 лет и старше 55 лет. Мужчины несколько чаще болеют, чем женщины, с соотношением 1,4:1 [Ries L. A. G., 2002]. В структуре смертности от онкологических заболеваний лимфомы составляют 3,6% и находятся на 5-6 месте [Чиссов В.И., Старинский В.В., 2002].

**Цель** - оценка и анализ смертности от лимфом населения различных возрастных групп для выявления проблемных популяций Дагестана.

**Материал и методы.** Сведения об умерших от лимфом за 2010-2014 годы были получены из базы данных Министерства здравоохранения Республики Дагестан.

Проведена оценка показателей смертности от лимфом населения раз-

личных экологических зон и возрастных групп в РД. Показатели рассчитаны на 100 000 населения соответствующего возраста и экозоны. Группы для сравнения формировались по кодам болезней МКБ-10 (табл. 1).

Таблица 1.

**Классификация гемобластозов по МКБ-10**

| Код МКБ-10 | Группы болезней лимфоидной и кроветворной тканей |
|---|---|
| С81 | Болезнь Ходжкина [лимфогранулематоз] |
| С82 | Фолликулярная [нодулярная] неходжскинская лимфома |
| С83 | Диффузная неходжкинская лимфома |
| С84 | Периферические и кожные Т-клеточные лимфомы |
| С85 | Другие неуточненные типы неходжкинской лимфомы |

Показатели смертности описаны в виде средней арифметической (М), стандартного квадратического отклонения (SD), 95% доверительного интервала (95%ДИ) за 5-летний период – с 2010 по 2014 г.

Математическая обработка данных проводилась с использованием статистического пакета программы Microsoft Excel.

**Результаты.** Как видно из таблицы 2, наибольшая смертность отмечается от лимфомы Ходжкина (С81), а наименьшая - от фолликулярной неходжкинской лимфомы (С82). Анализируя возрастные категории, можно отметить, что максимальный показатель смертности приходится на 60–74 года, а минимальный – на 0-14 лет.

Таблица 2.

**Смертность от лимфом (С81-С85), на 100 000 населения РД**

| Код МКБ-10 | Возраст | | | | | | Всего |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0-14 | 15-29 | 30-44 | 45-59 | 60-74 | >75 | |
| С81 | 0,06 | 0,27 | 0,76 | 0,97 | 2,22 | 1,74 | 0,59 |
| С82 | 0,00 | 0,02 | 0,17 | 0,44 | 0,82 | 0,50 | 0,18 |
| С83 | 0,06 | 0,07 | 0,34 | 0,44 | 1,40 | 0,75 | 0,29 |
| С84-С85 | 0,20 | 0,00 | 0,52 | 0,66 | 1,87 | 2,49 | 0,45 |
| **Итого** | **0,32** | **0,36** | **1,79** | **2,51** | **6,31** | **5,48** | **1,51** |

Из данных таблицы 3 видно, что максимальный показатель смертности от лимфом (С81-С85) пришелся на 2013 год, а минимальный - на 2012 год. Анализ динамики показателя смертности от лим-

фом по возрастным группам показал разнонаправленность тенденций за 5 лет (табл. 3).

Таблица 3.

**Смертность от лимфом (С81-С85), на 100 000 населения РД**

| Возрастные группы, лет | Год | | | | | M | SD | 95%ДИ | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | | | от | до |
| **Все возраста** | **1,53** | **1,34** | **1,19** | **1,58** | **1,55** | **1,44** | **0,17** | **1,23** | **1,65** |
| 0-14 | 0,82 | 0,14 | 0,14 | 0,27 | 0,13 | 0,30 | 0,30 | 0 | 0,67 |
| 15-29 | 0,59 | 0,12 | 0,47 | 0,35 | 0,24 | 0,35 | 0,19 | 0,12 | 0,59 |
| 30-44 | 1,65 | 1,97 | 1,15 | 1,95 | 1,79 | 1,70 | 0,34 | 1,28 | 2,12 |
| 45-59 | 2,03 | 2,17 | 1,88 | 2,64 | 3,24 | 2,40 | 0,56 | 1,71 | 3,09 |
| 60-74 | 4,62 | 6,83 | 6,17 | 5,48 | 7,13 | 6,05 | 1,02 | 4,79 | 7,32 |
| >75 | 7,91 | 3,78 | 3,61 | 8,04 | 3,45 | 5,33 | 2,40 | 2,36 | 8,31 |

Среднепятилетний показатель смертности от лимфом населения молодого возраста до 30 лет достоверно ниже по сравнению с таковым показателем населения в возрасте 30-59 лет. Наибольший показатель смертности от лимфом выявлен у лиц старше 60 лет.

Как видно из таблицы 4, динамика смертности от лимфом в сельской местности мало отличается от таковой в городах. В целом, чем ниже находится местность над уровнем моря, тем выше показатель смертности. Соответственно, за 5 лет в высокогорных районах меньше людей умерло от лимфом, чем в низменных районах и городах (табл. 4).

Таблица 4.

**Смертность от лимфом (С81-С85), на 100 000 населения РД**

| Код МКБ-10 | Равнина | Предгорье | Внутригорье | Высокогорье | Сельская местность | Города | РД |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **С81-С85** | **1,8** | **1,5** | **1,3** | **1,4** | **1,6** | **1,5** | **1,5** |
| 0-14 | 0,5 | 0,2 | 0,0 | 0,5 | 0,4 | 0,2 | 0,3 |
| 15-29 | 0,4 | 0,7 | 0,2 | 0,5 | 0,5 | 0,3 | 0,4 |
| 30-44 | 1,8 | 2,6 | 2,2 | 2,0 | 2,1 | 1,4 | 1,8 |
| 45-59 | 3,0 | 1,9 | 1,6 | 1,8 | 2,3 | 2,8 | 2,5 |
| 60-74 | 7,8 | 5,8 | 5,4 | 5,5 | 6,5 | 6,1 | 6,3 |
| >75 | 7,8 | 1,6 | 4,4 | 1,6 | 4,3 | 8,3 | 5,5 |

**Выводы**

Таким образом, в структуре смертности от лимфом 1 место занимает болезнь Ходжкина. К наиболее неблагополучным популяциям по смертности от лимфом относятся жители городов и равнинной экологической зоны.

## ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ СМЕРТНОСТИ ОТ ЛЕЙКОЗОВ В ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ЗОНАХ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

Рамазанова А.Э., студентка 3 курса лечебного факультета

*Кафедра патологической физиологии ДГМА*
*Научный руководитель: к.м.н., доцент Курбанов К.З.*

**Актуальность.** Злокачественные новообразования кроветворной ткани (лейкемии) являются одной из актуальных проблем современной онкологии. Острые лейкемии составляют около 50-60% от всех лейкемий, причем острая миелобластная лейкемия встречается несколько чаще, чем острая лимфобластная лейкемия. Хронические лейкемии составляют около 40-50% от всех лейкемий, причем хроническая лимфоцитарная лейкемия встречается несколько чаще, чем хроническая миелоцитарная лейкемия [Давыдов М. И., 2007].

Если четверть века назад большинство больных острыми лейкозами погибало в течение первых месяцев заболевания без достижения ремиссии, то в настоящее время от 10 до 80% больных (в зависимости от возраста, формы заболевания, группы риска) могут рассчитывать на длительную выживаемость и выздоровление [Глузман Д. Ф., 2000].

**Цель:** оценка и анализ смертности от лейкозов населения различных возрастных групп для выявления проблемных популяций Дагестана.

**Материал и методы.** Материалы для проведения исследования по данной теме были получены из базы данных министерства здравоохранения республики Дагестан за 2010-2014 годы.

Таблица 1.

**Классификация гемобластозов**

| Код МКБ-10 | Группы болезней лимфоидной и кроветворной тканей |
|---|---|
| C90 | Множественная миелома и злокачественные плазмоклеточные новообразования |
| C91 | Лимфоидный лейкоз [лимфолейкоз] |
| C92 | Миелоидный лейкоз [миелолейкоз] |
| C93 | Моноцитарный лейкоз |
| C94 | Другой лейкоз уточненного клеточного типа |
| C95 | Лейкоз неуточненного клеточного типа |
| C96 | Другие и неуточненные злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей |

Показатели смертности описаны в виде средней арифметической (M), стандартного квадратического отклонения (SD), 95% доверительного интервала (95%ДИ).

Математическая обработка данных проводилась с использованием статистического пакета программы Microsoft Excel.

**Результаты.** Как видно из таблицы 2, самый высокий показатель смертности от лимфоидного лейкоза (C91) (табл. 1) приходится на возраст старше 75 лет. Анализируя возрастные группы, можно отметить, что максимальная смертность приходится на 60 – 74 года, а минимальная – на 15-29 лет.

Таблица 2.

**Смертность от лейкемий (C90-C96), на 100 000 населения РД**

| Код МКБ-10 | Возраст | | | | | | Всего |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0-14 | 15-29 | 30-44 | 45-59 | 60-74 | >75 | |
| C90 | 0,03 | 0,02 | 0,21 | 1,24 | 3,26 | 1,99 | 0,52 |
| C91 | 1,28 | 0,75 | 0,90 | 2,17 | 4,78 | 8,72 | 1,62 |
| C92 | 0,40 | 0,42 | 0,69 | 1,37 | 5,71 | 3,74 | 1,05 |
| C93-C96 | 0,06 | 0,02 | 0,10 | 0,40 | 0,93 | 0,50 | 0,18 |
| Общий итог | 1,77 | 1,21 | 1,90 | 5,18 | 12,68 | 14,97 | 2,34 |

Из данных таблицы 3 видно, что максимальный показатель смертности от лейкемий (С90-С96) пришелся на 2010 год, а минимальный - на 2012 год. Анализ динамики показателя смертности от лейкемий по возрастным группам показал разнонаправленность тенденций за 5 лет (табл. 3).

Таблица 3.

**Смертность от лейкемий (С90-С96), на 100 000 населения РД**

| Возрастные группы, лет | Год | | | | | M | SD | 95%ДИ | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | | | от | до |
| **С90-С96** | **3,90** | **3,41** | **2,76** | **3,13** | **2,83** | **3,20** | **0,47** | **2,62** | **3,78** |
| 0-14 | 2,46 | 1,77 | 0,95 | 1,88 | 1,34 | 1,68 | 0,57 | 0,97 | 2,39 |
| 15-29 | 1,55 | 1,42 | 1,18 | 1,06 | 0,59 | 1,16 | 0,37 | 0,70 | 1,62 |
| 30-44 | 2,98 | 1,15 | 1,47 | 1,46 | 1,95 | 1,80 | 0,72 | 0,91 | 2,69 |
| 45-59 | 4,73 | 5,20 | 5,01 | 5,47 | 4,26 | 4,93 | 0,47 | 4,36 | 5,51 |
| 60-74 | 16,76 | 15,94 | 11,21 | 14,26 | 12,61 | 14,13 | 2,29 | 11,28 | 16,97 |
| >75 | 17,15 | 18,89 | 13,23 | 9,19 | 14,94 | 14,55 | 3,75 | 9,90 | 19,20 |

Как видно из таблицы 4, динамика смертей от всех форм лейкозов в сельской местности мало отличается от таковой в городах. В целом, чем ниже находится местность над уровнем моря, тем выше показатель смертности. Соответственно, за 5 лет в высокогорных районах меньше людей умерло от лейкозов, чем в низменных районах и городах (табл. 4).

Таблица 4.

**Смертность от лейкемий (С90-С96), на 100 000 населения РД**

| Код МКБ-10 | Равнина | Предгорье | Внутригорье | Высокогорье | Сельская местность | Города | РД |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **С90-С96** | **3,2** | **3,4** | **3,6** | **3,0** | **3,3** | **3,5** | **3,4** |
| 0-14 | 2,0 | 2,0 | 1,3 | 1,9 | 1,8 | 1,6 | 1,8 |
| 15-29 | 1,5 | 2,2 | 1,7 | 1,3 | 1,6 | 0,7 | 1,2 |
| 30-44 | 1,6 | 2,3 | 2,8 | 1,7 | 2,0 | 1,8 | 1,9 |
| 45-59 | 5,4 | 5,6 | 4,5 | 5,0 | 5,2 | 5,1 | 5,2 |
| 60-74 | 13,6 | 11,5 | 17,3 | 9,9 | 13,2 | 16,6 | 14,7 |
| >75 | 8,9 | 6,6 | 10,3 | 9,7 | 8,9 | 28,9 | 14,9 |

**Выводы.**

Таким образом, смертность от лейкозов РД значительно увеличивается в возрасте 60 лет и старше. К наиболее неблагополучным экозонам по смертности от лейкемий относятся города и внутригорье. В структуре смертности от лейкемий лидирующее место занимает лимфолейкоз.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗЛИЧНЫХ КЛИМАТОГЕОГРАФИЧЕСКИХ ЗОН РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

Османова С.А., аспирантка, Меджидов М.Н., доцент

*Кафедра терапевтической стоматологии ДГМА*
*Научные руководители: д.м.н., доц. Меджидов М.Н., д.м.н., проф. Хачиров Дж.Г.*

**Актуальность.** К наиболее актуальным направлениям научных исследований по эпидемиологии рецидивирующего афтозного стоматита (РАС) относится изучение влияния экологических факторов окружающей среды на его развитие. Экологический риск для здоровья человека связан с воздействием на организм комплекса факторов окружающей среды - химических агентов, металлов, ионизирующего и солнечного излучения, геохимических и климатических особенностей регионов.

Среди перечисленных факторов наибольшую опасность представляют ксенобиотики - соединения, чуждые для организма, обладающие сильными мутагенными, токсическими, а нередко и канцерогенными свойствами. Клиника патологических процессов при контакте тканей и органов полости рта с вредными веществами во многом определяется характеристиками повреждающего фактора и механизмом его действия.

**Цель работы:** эпидемиологические исследования и оценка факторов риска развития рецидивирующего афтозного стоматита с разработкой рациональных форм организации стоматологической помощи при этом заболевании в горных местностях Республики Дагестан.

**Материалы и методы.** В этой связи были проведены эпидемиологические исследования в равнинной и горной местности Республики Дагестан. Использованы карты стоматологического осмотра с указани-

ем ф.и.о., возраста. Клинические методы исследования включали в себя жалобы, осмотр, сбор анамнеза. В ходе выполнения работы нами использованы сведения лабораторного контроля качества питьевой воды по химическим показателям (определение средней концентрации pH, щелочности, жесткости, содержание фтора, йода, нитратов, нитритов, железа, магния, марганца, сульфатов, хлоридов меди) в горных местностях Республики Дагестан. Проведено анкетирование по питанию с указанием времени приема пищи, количества и качества пищи. В соответствии с рекомендациями ВОЗ, обследованные были разделены на следующие группы: 15-29 лет, от 30 - 39 лет, 40 - 49 лет, 50 - 70 лет.

**Результаты исследования.** В ходе проведенного исследования нами было осмотрено в горной местности - 210 человек, из них, мужчин - 83, женщин - 127.

При обследовании обнаружены следующие формы РАС по возрастным группам (табл. 1):

*Таблица 1.*

**Распределение различных форм РАС по возрастным группам**

| Клинические формы РАС<br><br>Возрастная группа | Фибринозная | Некротическая | Гландулярная | Рубцующаяся | Деформиру-ющаяся | Лихеноидная |
|---|---|---|---|---|---|---|
| *15-29 лет (50 чел.)* | 3 (6%) | | 5 (10%) | 20 (40%) | 20 (40%) | 4 (8%) |
| *30-39 лет (40 чел.)* | 3 (7,5%) | 3(7,5%) | 3 (7,5%) | 20 (50%) | 2 (5%) | 24 (60%) |
| *40-49 лет (60 чел.)* | 4 (6,6%) | 20 (33,3%) | 3 (5%) | 22 (36,6%) | 1 (6,6%) | 46 (76,6%) |
| *50-70 лет (60 чел.)* | 2 (3,3%) | 24 (40%) | 5 (8,3%) | 16 (26,6%) | | 50 (83,3%) |

При составлении анкеты по питанию было осмотрено 120 человек. Исследование проводилось в течение 15 дней, в результате чего было установлено, что возникновение РАС в горной местности, в основном, возникает в связи с употреблением грубой и однообразной пищи и несоблюдения гигиены полости рта (табл. 2).

*Таблица 2.*

**Зависимость развития РАС от характера употребляемой пищи**

| Характер употребляемой пищи<br><br>Возрастная группа | Грубая | Мягкая | Холодная | Горячая | Однообразная | Разнообразная |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 15-29 лет (30 чел.) | 10 | 10 | 10 | 20 | 25 | 5 |
| 30-39 лет (30 чел.) | 16 | 14 | 8 | 22 | 24 | 6 |
| 40-49 лет (30 чел.) | 10 | 20 | 2 | 18 | 27 | 3 |
| 50-70 лет (30 чел.) | | 30 | 2 | 28 | 26 | 4 |

По нашему мнению, распространенность и интенсивность РАС у населения, проживающего в горной местности, обусловлены не столько непосредственным влиянием климатических факторов, сколько особенностями питания, быта, снижением функций щитовидной железы, свойственной лицам, проживающим в горной йоддефицитной местности.

**Выводы.**

Причиной возникновения РАС в горной местности, в основном, является употребление грубой, однообразной пищи, несоблюдение гигиены полости рта.

Данные лабораторного контроля качества питьевой воды по химическим показателям, проведенного в горной местности Республики Дагестан, позволили сделать вывод, что щелочность в питьевой воде больше, а жесткость меньше. Выявлено снижение содержания кальция, магния, фтора, йода в питьевой воде в горной местности, с чем, возможно, также связан большой процент заболевания РАС.

Проведение дальнейших исследований в экологически неблагоприятных регионах и на прилегающих к ним территориях позволит получить более объективные и достоверные сведения о распространенности РАС с учетом генетических факторов, конституциональной предрасположенности, этнических особенностей населения, питания и других факторов.

Дальнейшие исследования будут полезными при разработке методов профилактики РАС, возникающих под влиянием неблагоприятных факторов внешней среды, и проведены медико-географическое картографирование с целью составления долгосрочных программ развития стоматологической помощи населению, проживающему в различных климатогеографических зонах.

## ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

## *ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ*

### ОРГАНИЗАЦИЯ ТРУДА ГЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РАЙОННЫХ БОЛЬНИЦ

Эфендиев А.Р., аспирант

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения*
*Научный руководитель – д.м.н., проф. Гаджиев Р.С.*

**Актуальность**. В настоящее время одним из приоритетных направлений в развитии сельского здравоохранения является совершенствование управления, направленного на качественно новое решение проблемы охраны и укрепления здоровья населения.

**Целью** исследования явилась разработка мероприятий, направленных на повышение эффективности управления здравоохранением сельского района.

**Материал и методы исследования**. Изучены содержание и организация труда главных врачей ЦРБ и их заместителей в 2 сельских районах (Магарамкентский, Курахский). Проведен хронометраж рабочего времени в течение 215 часов. В соответствии с целью и задачами исследования были использованы статистический и хронометражный методы.

В целях совершенствования существующей системы управления здравоохранением сельского района было изучено содержание 136 документов (приказы, справки, планы, решение медицинских советов и др.), проанализировано содержание 47 письменных управленческих решений, принимаемых главными врачами на районном уровне и определена их структура.

**Результаты и их обсуждение.** В структуре затрат рабочего време-

ни на административно- организационную деятельность приходится от 44,3% у заместителей главных врачей по медицинской части до 57,6% у главных врачей ЦРБ, в том числе на решение хозяйственных вопросов и строительство - от 8,5 до 15,2%; работу с документами - от 6,9 до 12,4%; совещания, заседания - от 6,6 до 10%. Недостаточное внимание уделяется контролю и проверке исполнения планов, приказов, решений и других актов управления (2,0 - 4,5%) рабочего времени и еще меньше – анализу деятельности медицинских учреждений и служб (0,6 - 1,1%). Такой важный раздел, как организация лечебно-диагностической и профилактической помощи и руководство ею, в общем бюджете рабочего времени составляет от 23,7% у заместителей по организационно-методической работе до 41,1% у заместителей по медицинской части.

Нерациональные затраты времени составили от 19,7% у заместителей главных врачей по медицинской части до 23,4% у главных врачей ЦРБ.

Исследование показало, что главные врачи знакомы со своими правами и обязанностями и правами своих подчиненных. Однако некоторые главные врачи не имеют четкого представления о том, как следует организовать контроль за выполнением подчиненными своих обязанностей. Это приводит к тому, что они часто занимаются решением вопросов, не входящих в их непосредственные функции, тем самым подменяя или дублируя подчиненных и нерационально тратя свое рабочее время.

Изучение существующей системы медицинской информации показало, что в сложившихся условиях руководители ЦРБ не располагают необходимой информацией для объективной оценки деятельности медицинских учреждений района. В исследовании особое внимание было уделено процессам, связанным с организацией поиска информации, ее накопления, переработки, использования и доставки в органы здравоохранения (сельский врачебный участок, ЦРБ, Минздрав Республики Дагестан и др.). Составление статистических отчетов в каждом административном районе обусловлено большими затратами рабочего времени многих работников.

Информация, содержащаяся в годовых статистических отчетах, а также конечные результаты их переработки (сводные отчеты, обзоры и др.) на сбор, поиск, накопление, переработку и доставку которых затрачивается в каждом районе значительное число рабочих часов и несколько тысяч рублей в год, управленческий персонал ЦРБ мало

использует для оперативного управления и текущего планирования.

Изучение эффективности актов управления здравоохранением (выполнение приказов, решений) показало, что многие из них исполняются частично или вообще не исполняются и в результате эффективность распорядительной деятельности органов управления здравоохранением не достигает поставленной цели.

Основными причинами, снижающими эффективность распорядительной деятельности органов и учреждений здравоохранения, являются: не поступление актов к исполнителям (21,7%); недостаточная материально-техническая база для исполнения (19,3%); акты дублируют содержание ранее изданных приказов, решений (12,3%); отсутствие в актах конкретных указаний (10,1%); разное толкование содержания акта управления его автором и исполнителем (7,5%); позднее поступление актов к исполнителям (7%); отсутствие опыта у исполнителей (5,2%); негативное отношение исполнителя к акту управления (4,6%) и прочие причины (12,3%). В ЦРБ и других лечебно-профилактических учреждениях района отсутствует единая система учета и хранения актов управления.

В структуре управленческих решений, принимаемых главными врачами ЦРБ на районном уровне, более половины (55,8%) решений приходится на кадровые вопросы, 15,5% - на организацию лечебно-профилактической помощи, 8,1% - на планирование и финансирование, 9,6% - на организационно-административные вопросы, 5,2% - на хозяйственные вопросы и лишь 2,2% - на организацию контроля исполнения. Оперативные решения по району составляют 87,5%, тактические - 10,1% и стратегические - 2,4%. По сроку действия на долгосрочные решения приходится 8,3%, среднесрочные - 15,7% и разовые - 76%. На уровне сельского врачебного участка - 75,2% управленческих решений приходится на кадровые вопросы, 5,1% - на организационно- административные и хозяйственные вопросы, 8,0% - на другие вопросы и лишь 1,2% - на планирование, финансирование и организацию контроля исполнения.

Упорядочить рабочий день главных врачей может, прежде всего, строгое соблюдение планов-графиков рабочего дня (недели) главного врача и его заместителей. Планы-графики должны установить раздельные часы и дни приемов граждан, заместителей главного врача, руководящих работников медицинских учреждений района. Определенное время следует выделить для посещения вышестоящих органов

и медицинских учреждений района. Планы-графики заместителей главных врачей должны учитывать необходимость их взаимодействия между собой и с главным врачом.

В планах-графиках должно быть предусмотрено участие главного врача в различных мероприятиях (заседаниях медицинских советов, глав администраций и др.), дни и часы, проведения которых установлены заранее. Их следует направить во все медицинские учреждения района, а также в вышестоящие органы, общественные и другие организации.

**Выводы.**

1. В структуре рабочего времени на административно-управленческую деятельность приходится от 44,3% у заместителей главных врачей по медицинской части до 57,6% у главных врачей ЦРБ, на организацию лечебно-профилактической помощи падает от 23,7% у заместителей по организационно-методической работе до 41,1% у заместителей по медицинской части.

2. В структуре управленческих решений, принимаемых главными врачами ЦРБ на районном уровне, более половины (55,8%) решений приходится на кадровые вопросы, 15,5% - на организацию лечебно-профилактической помощи, 8,1% - на планирование и финансирование, 9,6% - на организационно-административные вопросы и 7,2% - на хозяйственные вопросы.

## ОРГАНИЗАЦИЯ ТРУДА ЗАВЕДУЮЩИХ ОТДЕЛЕНИЯМИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РАЙОННЫХ БОЛЬНИЦ

Эфендиев А.Р., аспирант

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения ДГМА*
*Научный руководитель – д.м.н., проф. Гаджиев Р.С.*

***Актуальность.*** Заведующий отделением является одним из важных звеньев в системе управления центральной районной больницы. В круг его обязанностей входят: организация и руководство лечебно-диагностическим процессом, обеспечение нормального ритма и слаженности в работе всего медицинского персонала отделения, решение вопросов рационального использования кадров и систематического повышения их квалификации.

От того, как организован труд заведующего отделением ЦРБ, во многом зависит уровень оказания медицинской помощи сельскому населению.

***Целью исследования*** явилась разработка методических рекомендаций по рационализации труда заведующих отделениями ЦРБ.

***Материал и методы исследования***. Работа выполнялась в 2013-2014 гг. на базе 2 центральных районных больниц (Магарамкентский, Курахский) Республики Дагестан. В соответствии с целью и задачами исследования были использованы статистический и хронометражный методы. Изучены содержание и организация труда 12 заведующих отделениями. Хронометраж рабочего времени проводился в течение 267 часов.

***Результаты и их обсуждение.*** Основные затраты времени у заведующих отделениями во все сезоны года приходятся на работу в стационаре (от 67% у заведующих детскими до 88% хирургическими отделениями). Работа в поликлинике составила всего от 8,2% (хирурги) до 15,5% (педиатры) общего бюджета рабочего времени.

Заведующие терапевтическими и хирургическими отделениями чаще бывают в поликлинике в осенне-зимний период, в это время у них значительно возрастает объем работы в комиссиях военкомата и КЭК. Заведующие акушерско-гинекологическими, детскими и неврологическими отделениями чаще бывают в поликлинике в весенне-летний период, замещая уходящих в отпуск лечащих врачей.

Для выявления резервов и недостатков в организации труда заведующих отделениями была изучена структура затрат рабочего времени. На основную работу у заведующих отделениями, полностью освобожденных от ведения больных, приходится от 43% (хирурги) до 50,7% (терапевты), а у заведующих, работающих на полставки, - от 18,9% (неврологи) до 27,1% (терапевты) всех трудовых затрат. При этом значительный удельный вес у всех заведующих отделениями составляет административно-организационная работа. Детальный анализ этого вида деятельности показывает, что наибольшие затраты рабочего времени приходятся на производственные совещания («пятиминутки») в отделениях от 3,6% (терапевты) до 4,3% (хирурги) и на работу с документацией, не связанной с обслуживанием больных (составление отчетов, справок, написание ответов на письма, работа с требованиями, графиками и т.д.) - от 3,2% (хирурги) до 4,1% (терапевты).

Такой важный раздел, как организация лечебно-диагностического

процесса и руководство им в общем бюджете рабочего времени занимает всего у полностью освобожденных от ведения больных заведующих отделениями от 12,7% (хирурги) до 17,2% (терапевты), а у работающих на полставки - от 3,6% (неврологи) до 7,5% (педиатры).

Было установлено, что заведующие отделениями особенно мало внимания уделяют анализу деятельности отделения (0,7%), повышению квалификации медицинского персонала (1,6%), контролю за работой врачей по данным историй болезни и амбулаторных карт (2,4%). А между тем указанные виды деятельности в их работе должны занимать ведущее место. Более половины времени, затрачиваемого на организацию и руководство лечебно-диагностическим процессом, приходится на обходы с лечащими врачами, но несмотря на большие затраты времени, в организации обходов имеются существенные недостатки: обходы проводятся в разные часы и дни недели, нет определенной системы и плана этой работы. Анализ материала анкетного опроса об обходах показал, что нет единого и правильного, на наш взгляд, представления о методике их проведения.

Как известно, одной из форм повышения квалификации врачей являются клинические разборы, которые должны проводиться заведующими отделениями. Однако из наших материалов следует, что организацию их проведения многие заведующие отделениями не знают. Качество проведенного обхода в большинстве случаев зависит от количества осмотренных больных во время одного обхода. В ходе исследования было выявлено, что ряд заведующих отделениями в процессе одного обхода осматривают большое количество больных. Естественно, при такой практике они не могут глубоко вникнуть и разобраться в диагностике и лечении больных. К тому же, часть обходов неэффективна, поскольку последующие разборы с ординаторами по поводу тактики ведения больных, как правило, проводятся не всегда.

Важным разделом работы заведующих отделениями является консультативная деятельность. Обращает на себя внимание недостаточное время, отводимое консультативному приему в поликлинике. Так, в среднем из 10,3% всех затрат времени у заведующих отделениями на консультативную деятельность только 1,2% приходится на консультацию в поликлинике. Большой удельный вес в структуре рабочего времени заведующих отделениями занимает лечебно-профилактическая работа – у полностью освобожденных от ведения больных от 28,6% (терапевты) до 40,7% (хирурги), а у заведующих,

работающих на полставки, - от 53,8% (терапевты) до 66,5% (неврологи). Это объясняется не только тем, что им часто приходится работать в качестве лечащих врачей в связи с подменой временно отсутствующих врачей, но и нерациональной организацией их труда и нечетким знанием своих обязанностей.

Большую долю времени (11,3-15,9%) в структуре рабочего дня заведующих отделениями занимают «другие виды деятельности»: подготовительная работа, которая по своему характеру могла бы быть выполнена средним медперсоналом (1,5%); участие в совещаниях, собраниях вне отделения, где присутствие заведующих отделениями не всегда обязательно (1,9%); выполнение общественных мероприятий (от 1,2% времени у хирургов до 3,1 % у терапевтов), которые, как правило, проводятся в рабочее время и т.д.

Анализ структуры затрат времени заведующих отделениями в течение рабочего дня по видам деятельности показал неравномерность проведения тех или иных видов работы в разные часы, отсутствие плановости в работе. На участие в работе КЭК с 8 до 12 часов заведующие отделениями затрачивают от 16% (терапевты) до 21,7% (хирурги). Однако заседание КЭК более целесообразно, по нашему мнению, проводить во второй половине дня, так как утренние часы у врачей всегда перегружены.

Консультации в отделениях проводятся в разные часы. Так, заведующие терапевтическими и хирургическими отделениями в среднем в 23,3% случаев проводили консультации с 14 до 16 часов, т.е. в период послеобеденного отдыха, нарушая тем самым режим дня не только консультируемых больных, но и других больных, находящихся в палате. В 11,6% случаев консультация проводилась в вечернее время, с 16 до 18 часов, что является менее эффективным, т.к. в это время часто отсутствуют лечащие врачи и заведующий отделением.

***Выводы***

1. Основные затраты времени у заведующих отделениями ЦРБ во все сезоны года приходятся на работу в стационаре (от 67% у заведующих детскими до 88% хирургическими отделениями). Работа в поликлинике составила лишь от 8,2% до 15,5% общего бюджета рабочего времени.

2. На основную работу у заведующих отделениями приходится от 43% (хирурги) до 50,7% (терапевты), на организацию лечебно-диагностического процесса и руководства им в общем бюджете рабочего времени – от 12,7% (хирурги) до 17,2% (терапевты). Большую

долю времени (11,3-15,9%) в структуре рабочего дня заведующих отделениями занимают прочие виды деятельности, не связанные с лечебно-диагностической работой.

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКИХ ПОЛИКЛИНИК

Гаджимурадова З.Г., аспирантка

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения ДГМА*
*Научный руководитель – д.м.н., доцент Агаларова Л.С.*

**Актуальность**. Улучшение качества оказания медицинской помощи, системное реформирование здравоохранения требует всестороннего подхода, по многим позициям нацеленного на пациента и его здоровье. В этом отношении одно из ключевых направлений – расширение профилактической работы среди населения, интегральной частью которой является санитарное просвещение, ориентированное на минимизацию и нейтрализацию факторов риска, негативно влияющих на здоровье.

**Цель исследования** – научное обоснование основных направлений совершенствования санитарного просвещения в условиях городской поликлиники.

**Материал и методы исследования.** В соответствии с целью и задачами исследования были использованы статистический, социологический и аналитический методы. Предмет исследования – организация санитарного просвещения в условиях городской поликлиники. Единица наблюдения – житель, врач, средний медицинский работник поликлиники.

Исследование проводилось в 2013-2014 гг. на базе 2 поликлиник (№2 и 9) г. Махачкалы Республики Дагестан. Объем выборки был статистически обоснован и составил 235 жителей и 65 медицинских работников.

Сбор первичной информации осуществлялся методами анкетирования и интервьюирования с использованием методических принципов добровольности и анонимности. Результаты социологического анкетирования и интервьюирования сводились в таблицы относительных показателей.

**Результаты и их обсуждение.** Для повышения целенаправленно-

сти и действенности санитарно-просветительной работы необходимо знать, какова степень осведомленности различных социальных и возрастно-половых групп населения в вопросах санитарии и гигиены. Анализ полученного материала позволил выявить интересы населения в области санитарного просвещения. Более половины опрошенных (56,4%) интересуют вопросы профилактики онкологических заболеваний. Среди интересующихся профилактикой сердечно-сосудистых заболеваний 63% составляют лица в возрасте 40 лет и старше, профилактика нервно-психических заболеваний чаще волнует людей в возрасте до 40 лет (59,4%). Из числа опрошенных 45,2 % не были удовлетворены проводимой санитарно-просветительной работой.

Важным для планирования санитарного просвещения является изучение источников информации населения по охране здоровья. Установлено, что основными источниками пополнения знаний и повышения санитарной грамотности является журнал «Здоровье» (27%) и телевидение 8,2%, у лиц старшего возраста - телевизионная передача «Здоровье». Лица молодого и среднего возраста (35,4%) отдают предпочтение живому контакту с врачом на приеме. Население проявляет большой интерес к научно-популярной медицинской литературе, почти каждый третий (29,7%) читает статьи по охране здоровья, публикуемые в периодической печати, брошюры и даже медицинские книги. Большинство женщин высказали пожелания об увеличении выпуска литературы по вопросам воспитания здорового ребенка.

В использовании источников информации по охране здоровья выявляются некоторые различия между служащими и рабочими. Служащие среди всех форм информации отдают предпочтение научно-популярной литературе и средствам массовой информации (54,4 %); среди рабочих большой популярностью пользуется журнал «Здоровье» и телепередачи (29,2%).

На вопрос анкеты: «Интересуют ли Вас вопросы, связанные с охраной здоровья?» - получены следующие ответы: «Да» - 76%, «Не очень» - 18,7%; «Не интересуют» - 4,3%. Основными источниками информации, из которых население получает сведения по охране здоровья являются: специальная и научно-популярная литература - 23,1%, лекции и беседы медицинских работников - 14,3%, статьи по охране здоровья в газетах и журналах - 23,4%, телевидение - 7,5% .

Одним из показателей недостаточной медицинской активности населения является поведение при возникновении заболевания. Толь-

ко 12,4% опрошенных указали, что при первых признаках заболевания они берут больничный лист и проводят лечение. Однако 67,2% жителей попадает в категорию «иногда берут больничный лист», а 20,3% респондентов отметили, что в случае болезни начинают самостоятельное лечение и продолжают ходить на работу.

Только 7,9% жителей оценили уровень своей гигиенической грамотности как достаточный, а 15% респондентов не владеют знаниями в вопросах санитарно-гигиенической грамотности. Установлено, что жители чаще отмечали достаточность своей информированности в этих вопросах (16,6 % и 3,8% соответственно).

Исследование показало, что более 70% населения получают санитарно- гигиеническую информацию от родственников и знакомых. Среди респондентов 60,8% отметили, что их гигиенические знания получены из средств массовой информации. В то же время, только каждый десятый житель села отметил, что их санитарным просвещением занимались медицинские работники, и только 5,1% указали, что самостоятельно изучали научно-популярную литературу.

Исследование показало, что для 50,2% респондентов ведущим источником информации по вопросам санитарного просвещения для населения являются родственники и знакомые. На информацию, полученную из передач телевидения, указали 39,9% опрошенных. Роль медицинских работников в формировании навыков здорового образа жизни отметили только 6,4%, а научно-популярной литературы – лишь 3,3% респондентов. Более половины (56,3%) населения указали, что никогда не обращались к медицинским работникам специально за консультацией по вопросам здорового образа жизни. При этом более 80% опрошенных отметили необходимость в санитарном просвещении.

Анализ показал, что при проведении работы по санитарному просвещению населения в области здорового образа жизни 75,1% медицинских работников используют индивидуальные беседы. В тоже время 33,1% респондентов недостаточно используют как влияние семьи на получение гигиенических знаний, так и средства наглядной агитации. При проведении мероприятий санитарного просвещения только 26,8% опрошенных используют санитарные бюллетени.

Оценивают свой образ жизни как здоровый только 30,2% медицинских работников. При этом врачи оценивают свой образ жизни как нездоровый значительно чаще, чем медицинские работники среднего звена (50,9% и 33,3% соответственно). Исследование показало, что

более 75% медицинских работников отметили в своем образе жизни наличие рискогенных факторов. Наиболее распространены нерациональное питание (52%), недостаток двигательной активности (25,8%), конфликтные ситуации на работе (22,9%).

Согласно данным социологического опроса, 86,8% медицинских работников не курят. Курение табака отметили лишь 13,1% опрошенных, и 13% медицинских работников указали, что не употребляют спиртных напитков.

**Выводы**

1. Анализ полученного материала позволил выявить интересы населения в области санитарного просвещения. Более половины опрошенных (56,4%) интересуют вопросы профилактики онкологических заболеваний, 63% - сердечно-сосудистых заболеваний, 59,4% - нервно-психических заболеваний.

2. Основными источниками наполнения знаний и повышения санитарной грамотности являются журнал «Здоровье» (27%) и телевидение – 18,2%. Лица молодого и среднего возраста (35,4%) отдают предпочтение живому контакту с врачом на приеме.

3. Исследование показало, что только 30,2% медицинских работников оценивают свой образ жизни как здоровый. При этом врачи оценивают свой образ жизни как нездоровый значительно чаще, чем медицинские работники среднего звена – 50,9% и 33,3% соответственно.

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Гаджимурадова З.Г., аспирантка, Гамзаева М.А., аспирантка

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения ДГМА*
*Научный руководитель: д.м.н., доц. Агаларова Л.С.*

***Актуальность.*** Профилактическое направление охраны здоровья населения является стратегической задачей государственной политики в нашей стране.

Проблема медицинской профилактики в новых экономических условиях является одной из самых актуальных в здравоохранении. Большое внимание этому вопросу уделено в государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения» до 2020 года. Однако до настоящего времени не достаточно разработаны: ор-

ганизационно-методическая основа диспансеризации населения; критерии и показатели качества работы врачей по диспансеризации; методика анализа и оценка качества диспансеризации.

***Целью исследования*** явилась разработка рекомендаций по повышению качества и эффективности профилактической деятельности врачей первичного звена здравоохранения.

***Материал и методы исследования.*** Исследование проводилось в 2012-2013 гг. на базе 2 поликлиник (№ 2, 9) г. Махачкалы Республики Дагестан. Для сбора материала была разработана «Карта оценки качества диспансеризации» и «Анкета изучения мнения населения о качестве профилактической работы». Качество профилактической работы изучено по материалам 147 карт амбулаторных больных и анкетного опроса (165 человек). В соответствии с целью и задачами в исследовании использовались статистический и социологический методы.

***Результаты и их обсуждение***

Результаты исследования показали, что основная доля (67,1%) диспансерных больных выявляется при их обращении в поликлиники, 21,9% - при профилактических осмотрах и 11% - в стационарах. Это свидетельствует о недостаточной профилактической деятельности участковых врачей. Установлено, что 89,7% больных состоит под диспансерным наблюдением у одного врача, 8,2% наблюдаются у 2 врачей, 2,1% - у 3 и более врачей.

В структуре лечебно-оздоровительных мероприятий (ЛОМ) амбулаторное лечение составляет 55,3%, стационарное лечение - 9,9%, санаторно-курортное лечение – 13,8%. План лечебно-оздоровительных мероприятий был адекватным лишь у 63,3% диспансерных больных. План ЛОМ полностью выполняется только у 27,4%, частично – у 60,4% и не выполняется – у 12,2% диспансерных больных.

Установлено, что больные наблюдались нерегулярно в среднем, в 32,4% случаев врачами общей практики (ВОП), в 48% случаев участковыми терапевтами (УТ) и более чем в 2/3 (70,2%) случаев врачами узких специальностей. Особенно это имело место при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки (39,5% у ВОП, 52,8% у УТ и 74,7% у узких специалистов), бронхиальной астме (39,6 % у ВОП, 49,5% у УТ и 74,8 % у узких специалистов), гипертонической болезни (35,5% у ВОП, 54,4 % у УТ и 65,1% у узких специалистов) и при нефритах (34,6% у ВОП, 54% у УТ и 71% у узких специалистов). Причинами нерегулярного наблюдения в среднем в 40,3% случаев была недисци-

плинированность больных (неявка), в 29,7% - недостаточный контроль заведующего отделением и лечащего врача за качеством диспансеризации, в 17,6% случаев – перегруженность участковых врачей.

При анализе полноты обследования установлено, что в среднем при всех заболеваниях в 41,7% случаев обследование проводилось не в полном объёме. Особенно высока доля недостаточно обследованных среди больных бронхиальной астмой (48,4%), бронхитами (46,8%), гастритами (45,7%), анемиями (43,7%) и холециститами (42,6%). Важным аспектом эффективности диспансеризации является качество выполнения плана лечебно-оздоровительных мероприятий. Однако по материалам исследования в среднем в 39,9% случаев при всех заболеваниях оздоровительные мероприятия проводились некачественно. Особенно это имело место при гастритах (47,6%), бронхитах (44,3%), нефритах (43,1%) и гипертонической болезни (41,7%).

Изучение мнения населения об организации и качестве профилактических осмотров показало, что 34% рабочих и служащих не приходят на профилактические осмотры даже в рабочее время. Основными причинами неявки, по мнению опрошенных, являются: низкое качество профилактических осмотров (40,3%), считают себя здоровыми (14,1%), недооценка важности этого мероприятия (11,5%), очереди в поликлинике (9,4%), чрезмерная занятость на работе и на приусадебном участке (2,6%) и др.

Изучение мнения населения об организации и качестве диспансеризации показало, что более 2/3 из них положительно относятся к проводимым профилактическим обследованиям, а 16,7% - безразлично. Установлена низкая медицинская активность населения. В случаях выявления на профилактическом осмотре заболеваний, о которых опрошенные ранее не знали, 1/3 часть предпочитает не обращаться в поликлинику.

В результате внедрения наших рекомендаций и предложений по повышению качества диспансеризации значительно возросла регулярность наблюдения больных с хроническими заболеваниями. Регулярность наблюдения в целом возросла у врачей общей практики с 67,6% до 74,9%, у участковых терапевтов – с 52% до 64,9%. Особенно это имело место у врачей общей практики при наблюдении больных с ишемической болезнью сердца – с 69,3% до 77,8%, гастритами – с 69,8% до 78,2%, нефритами – с 65,4% до 72,9%, бронхиальной астмой – с 60,4% до 69,6%, сахарным диабетом – с 67,3% до 76,8% и глаукомой – с 67% до 76,4 %.

Своевременность обследования больных в среднем по всем заболеваниям возросла с 65,7% до 77,5%. Особенно это имело место при гипертонической болезни (73,4%), ишемической болезни сердца (75,3%), язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки (78,2%), нефритах (74,9%), бронхиальной астме (77,5%) и сахарном диабете (85,3%). Полнота обследования в среднем по всем заболеваниям увеличилась с 58,3% до 66,7%, особенно при гипертонической болезни, гастритах, холециститах, бронхиальной астме и анемиях.

Качество выполнения лечебно-оздоровительных мероприятий возросло в среднем по всем заболеваниям с 60,1% до 73,6%, в основном за счет гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, гастритов, холециститов, бронхитов и бронхиальной астмы.

**Выводы.**

1. Более 2/3 (67,1%) диспансерных больных выявляется при обращении в поликлиники, 21,9% - при профилактических осмотрах и 11% в стационарах. Это свидетельствует о недостаточной профилактической деятельности участковых врачей.

2. В структуре лечебно-оздоровительных мероприятий амбулаторное лечение составляет 61,3%, стационарное лечение 9,9%, санаторно-курортное лечение – 7,8%.

3. Установлена низкая медицинская активность населения. В случаях выявления на профилактическом осмотре заболеваний, о которых опрошенные ранее не знали, 29,4% предпочитает не обращаться в поликлинику, 15,2% - ждут вызова врача, 8,4% - лечатся домашними средствами.

# РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КУРЕНИЯ СРЕДИ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Газиева Э.М., аспирант,
Адигюзелов Ф.З., врач-интерн кафедры терапии №1
Первого МГМУ им И.М. Сеченова,
Азимов Н.А., Шахбанов М.Э. - студенты 6 курса лечебного факультета

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения*
*Научный руководитель: д.м.н., доц. Агаларова Л.С.*

**Актуальность**. Систематический рост потребления табачных изделий, увеличение численности регулярно курящих, сдвиг начала курения в младшие возрастные группы, опасные для здоровья последствия никотинизма, обусловливающие возникновение различных заболеваний, вред пассивного курения, а также недостаточный уровень знаний населения об этой вредной привычке для выработки отрицательного отношения к ней - все это делает курение важной медико-социальной проблемой современности.

Нанося огромный вред индивидуальному и общественному здоровью, курение увеличивает смертность в допенсионном возрасте, увеличивает показатели общей заболеваемости, заболеваемости с временной нетрудоспособностью, инвалидности, снижает показатели средней продолжительности предстоящей жизни.

Данные исследований свидетельствуют о том, что к курению приобщаются все более широкие слои населения, причем распространенность никотинизма в разных регионах неодинакова, что связано с национальными и культурными традициями, особенностями образа жизни в каждой республике.

**Целью исследования** явилось изучение распространенности курения среди различных групп населения с учетом возрастных, половых, профессиональных особенностей в условиях крупного города.

**Материал и методы исследования**. Программа исследования включала комплекс следующих методов: анкетирование, анкетирование-интервьюирование. Нами разработана анкета, включающая 80 вопросов. Мы сочли необходимым включить некоторые, касающиеся отношения к курению и курительного статуса, в программу наблюдения. В целом нас интересовало, почему человек начал курить, почему курит, почему не может расстаться с этой привычкой.

В основу разработанной нами анкеты положены закрытые вопросы, по каждому из которых респонденту предлагался набор из нескольких вариантов готовых ответов, что значительно ускоряло процесс сбора и обработки данных (длительность заполнения анкеты составила в среднем 35 минут). Анонимный характер сбора материала, проводимый под наблюдением исследователя, позволил обеспечить полноту и качество заполнения анкет. Всего опрошено 1054 человека.

**Результаты и их обсуждение.** Анализ полученных результатов показал следующее, наибольшая распространенность курения установлена в группе рабочих - 57,0 %. Среди рабочих процент курящих мужчин составляет 82,8%, а среди женщин – 17,2%. Необходимо подчеркнуть, что уровень распространенности курения среди рабочих довольно высокий: курильщики составляют более половины изучаемой группы.

Успех программы борьбы с курением в значительной степени зависит от позиции в этом вопросе работников органов здравоохранения. Предпринятое нами исследование имело целью выявить осведомленность медицинских работников, их отношение к данной проблеме.

Установлено, что наибольшая распространенность этой вредной привычки отмечается в возрастной группе от 20 до 29 лет среди рабочих. Обращает на себя внимание тенденция к уменьшению числа курильщиков с возрастом, как среди мужчин, так и среди женщин. Так, в возрастной группе от 20 до 29 лет курящие рабочие составляют 74,3 %, а в пенсионной в 1,2 раза меньше - 52,9%.

При изучении распространенности никотинизма в зависимости от уровня образования установлено, что курение более распространено среди лиц, окончивших ПТУ (67,5 %) и имеющих среднее образование (73,4 %, чем в группах с высшим - 52,1 %) и средне-техническим образованием (49,0 %, $p<0,05$). Доля курильщиков также увеличивается в направлении более низкого уровня образования.

Полученные данные позволяют судить о положительной роли семьи в антиникотиновой установке. Так, если среди мужчин-рабочих, состоящих в браке, распространенность курения равна 65,9 %, то среди неженатых и расторгнувших брак этот показатель выше - 72,0 % и 70,6 % соответственно ($p<0,05$).

Нами изучались не только качественные, но и количественные характеристики курения.

76,5 % лиц мужского пола из числа ответивших впервые попробо-

вали закурить в возрасте от 12 до 14 лет, тогда как 90,7 % лиц женского пола впервые выкурили сигарету в возрасте от 14 до 16 лет.

Важно отметить, что у сравнительно большого числа мужчин (12,4 %) констатировано знакомство с сигаретой в 11-13-летнем возрасте.

Изучение длительности периода привыкания к курению (от периодического к систематическому) показало, что у женщин он более короткий - от 1 до 5 месяцев (в основном 3 месяца), у мужчин - от 1 месяца до 1,5 лет (в основном 1 год).

Это позволяет сделать вывод о том, что женский организм менее устойчив к действию мягкого наркотика, каким является никотин.

Анализ материалов показал, что большинство опрошенных (85,0 %) как мужчин, так и женщин, из всего многообразия видов табачных изделий (сигареты, папиросы, табак, трубка, сигары) отдают предпочтение сигаретам.

Известно, что одной из мер по борьбе с курением является уменьшение концентрации вредных компонентов табачного дыма – смолы, никотина. Фильтры снижают содержание никотина на 25-30 %, антиникотиновая вата – на 50 %. Исследованием установлено, что большинство опрошенных употребляют сигареты с фильтром, особенно женщины.

41,1 % рабочих курят сигареты без фильтра, объясняя этот выбор большим специфическим действием последних.

Индивидуальные беседы выяснили, что многие из опрошенных употребляют сигареты с фильтром не потому, что отдают им предпочтение, а по причине возможности их приобретения.

Следовательно, изменение выкуриваемого материала, способов курения, более совершенные фильтры - это полумеры, ибо безвредных ни сигарет, ни способов курения нет, все это может лишь частично изменить привычку, но не ликвидировать ее.

Вопросы «Почему человек начал курить?» и «Почему курит?» отнюдь не равнозначны.

Исследованиями установлено, что начало курения связано с чисто социально-психологическими моментами, в то время как продолжение курения помимо психологических факторов зависит и от физических причин, обусловленных развитием привычки к воздействию никотина.

Анализ материалов показал, что большинство опрошенных контингентов отмечают два фактора, способствующих закреплению привычки.

На стимулирующее действие курения (повышение работоспособности) указывают лишь немногие. Сравнительно большое количество опрошенных (от 2,2% до 50,0%), особенно среди девушек, курят из-за моды.

**Выводы.** Анализ материалов показывает, что курение широко распространено среди изучаемых контингентов, уровень его распространенности зависит от ряда социально-демографических характеристик (пола, возраста и т.д.), действенность антиникотиновой пропаганды среди населения недостаточна.

## ИЗУЧЕНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ ГОРОДА МАХАЧКАЛЫ

Гасанова З.А., студентка 3 курса лечебного факультета

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения*
*Научный руководитель: асс. Гаджиева Л.А.*

**Актуальность:** Наиболее актуальной для здравоохранения на современном этапе является проблема качества диспансеризации всего населения, в том числе, студенческой молодежи. В «Концепции развития здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года» большое внимание уделено совершенствованию профилактического направления здравоохранения.

Наблюдаемое ухудшение здоровья студентов на пороге вступления в трудоспособный и репродуктивный возраст делает особенно актуальным изучение социальных условий их жизни, определение роли различных факторов в формировании их здоровья.

**Целью** настоящего исследования явилось изучение некоторых особенностей образа жизни студентов, проживающих в городе Махачкала республики Дагестан.

Основной **задачей** проведенного исследования является выявление неблагоприятных факторов жизни и обучения студентов.

**Материалы и методы исследования.** Работа выполнялась в 2014 году на базе вузов г.Махачкалы. В исследовании использовались статистический и социологический (анкетирование) методы. Было обработано 712 анкет студентов 1-6 курсов Даггосмедакадемии, 1-2 курсов Даггосуниверситета и Даггоспедуниверситета.

**Результаты исследования.** Важно, чем студенты занимаются в

свободное время. Выяснилось, что 8% посещали театр, 10% библиотеку, 25% кинотеатр, 27% смотрели телевизор, и 30% сидели за компьютером. Девочки вдвое чаще проводили свободное время в библиотеке, мальчики же чаще девочек посещали различные кружки и спортивные секции, выезжали на природу 24,3% и 34,3% соответственно.

Другим важным фактором влияющих на здоровье студентов является питание. Большую часть дня студента проводили в учебном заведение, при этом 30,8% из них ответили, что не обедали и не перекусывали за время учебы. Количество приемов пищи в течение суток, как известно, также имеет важное значение. 3 раза и более в сутки питались 24,4% опрошенных студентов, не чаще 2 раза в сутки – 49,4%.

По данным нашего исследования 37 % питаются нерегулярно 1-2 раза в день, 25 % оценивают свое питание как однообразное, 35 % считают, что питание студентов организованно плохо и в качестве причин 54,5% - указывают на недостаток времени для приготовления пищи, а 35% на недостаток в продуктах.

В структуре питания студентов продолжается снижение потребления биологически ценных продуктов питания.

Правильная организация сна обеспечивает активную трудоспособность в течение рабочего дня. Подавляющее большинство 62,5% респондентов отметили продолжительность сна в среднем 5-7 часов. Но достаточным такую длительность сна признали лишь 39,5 %. По 7-8 часов спят 20,3 % из числа опрошенных,продолжительность сна 8 и более часов, отметили - 5%, а 12,2 % респондентов отмечают у себя бессонницу.

Другим важным разделом явилось изучение организации занятий физкультурой и спортом, время, уделяемое на физкультуру и спорт. Полученные нами данные свидетельствуют о том, что только 14,2% первокурсников регулярно занимались утренней гигиенической гимнастикой, 37,5% - спортом, к старшим курсам – 9,5% и 14,6 соответственно долю времени обследованных. В качестве причин, препятствующих активным занятиям спортом, физкультурой были названы: отсутствие желания – 10,4%, загруженность учебой – 38,2%, отсутствие условий в квартире – 15,2%, отсутствие спортивных сооружений на территории дома – 16,8%.

Одним из существенных факторов определяющих медицинскую активность является отношение к вредным привычкам. По данным анкетирования 16,5% обследованных курят.

По данным нашего исследования доля курящих студентов увеличивалась с 7% на младших курсах до 25% на старших курсах. Вредоносное действие курения на здоровье признается подавляющим большинством опрошенных (97%).

По данным опроса около (20%) студентов употребляют алкоголь. Изучение частоты потребления алкоголя выявило, что основная доля обследованных – более 90% употребляют алкоголь «по праздникам». Следует отметить, что 15,5% опрошенных начали употреблять алкоголь в возрасте до 18 лет.

## ***АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА***

## ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ЧЕРЕПА ЧЕЛОВЕКА

Гусейнова С.Т., доцент, Абдуллахова П.А., молодой ученый,
Махачев М.Б., студентка 3 курса педиатрического факультета,
Убайдатова Х.М., студентка 2 курса стоматологического факультета

*Кафедра анатомии человека ДГМА*
*Научный руководитель: д.м.н., доц. Гусейнова С.Т.*

**Актуальность.** При черепно-мозговых травмах (ЧМТ) у детей и взрослых и анализе лучевой анатомии (рентген, УЗИ, компьютерная топография и т.д.) и антропометрических исследованиях серьезное внимание уделяют морфологическим особенностям конструкции черепа, в особенности в стоматологии и нейрохирургии (1, 2, 3, 4).

В практической деятельности врача-стоматолога часто встречаются различные варианты строения костей черепа и их отверстий, борозд, щелей, топографии артерий, вен, черепных нервов, а также регионарных лимфатических узлов.

В медицинской краниологии ошибки врачей могут быть связаны с недостаточным знанием вариантной и индивидуальной анатомии структур черепа.

**Цель исследования**. Выявить индивидуальные и вариантные особенности строения костей черепа.

**Материал и методы исследования**. Краниометрическими и морфометрическими методами исследования изучали у взрослых людей особенности конструкции костей черепа на 24 препаратах.

**Результаты исследования.** При обзорной краниографии следует

обратить внимание на формы черепа и верхнечелюстной пазухи. Часто при долихокрании наблюдается узкая форма верхнечелюстной пазухи, при мезокрании встречается средняя форма верхнечелюстной пазухи, при брахиокрании наблюдается широкая форма пазухи. Такая же взаимосвязь встречается при исследовании анатомии черепа и других воздухоносных полостей (клиновидная пазуха, ячейки решетчатой кости, ячейки сосцевидного отростка и т.д.) Отмечаются морфофункциональные параллели с формой лица и строением костей лицевого черепа у мужчин и женщин. В прикладном плане при анализе рентгеноанатомических снимков черепа, необходимо обратить внимание на следующие особенности. В переднезадней пропорции черепа венечный шов находится выше ламбовидного шва. На расстоянии от 1 до 5мм от срединной линии на снимке черепа имеются просветления от ямочек грануляции, следы прилегания пахионовых грануляций, не путать с патологическими дефектами и переломами. В ямках стенки ровные и локализованы ближе к сагиттальной пазухе. На рентгеновском снимке край тела нижней челюсти ровный, дугообразный, ближе к альвеолярной дуге имеются уплотнения костной ткани (следы альвеолярного контрфорса нижней челюсти).

Такие же следы утолщения имеются на основании тела и ветви нижней челюсти (альвеолярный и восходящий контрфорсы). Они начинают усиленно развиваться с пяти лет и до юношеского возраста и у пожилых и старых лиц уменьшаются.

Мозговой отдел черепа у новорожденных в 7-8 раз больше чем лицевой отдел. Бугры черепа у детей выражены четче, площадь входа в глазницу широкая.

В 8-10% встречается лобный (метопический) шов и не следует путать с переломом черепа при черепно-мозговой травме. Нижняя челюсть у новорожденных детей чаще всего состоит из двух половин и в единую кость превращается в грудном возрасте. В связи со слабым развитием мимических и жевательных мышц, костные линии, выступы, бугры на черепе детей слабо выделены на рентгеновском и компьютерном снимках.

На черепе новорожденного ребенка не сформулированы зубчатые швы, края смыкания костей ровные, где у взрослого встречается зубчатые швы (венечный, сагиттальный и др.)

Формы черепа у детей лептопрозопическая и хамепрозопическая, в отличие от взрослого не выражены, они формируются в связи с

окончательным развитием черепа в подростковом и зрелом возрастах.

Пневматизация воздухоносных полостей черепа до двух лет не выражены, кроме пазухи верхней челюсти. Синостозирование метопического шва наступает после двух лет. Слияние парных зачатков нижней челюсти наступает в 1-1,5 года. Зубчатые швы начинают формироваться с 3-5 лет до зрелого возраста.

Анатомо-морфологическая характеристика нижней челюсти необходима при трансплантации, протезировании, имплантировании зубных зачатков и зубов, устранении аномалий и дефектов развития.

В отношении толщины нижней челюсти мнения исследователей расходятся. Так, высота нижней челюсти наибольшая на уровне резцов, наименьшая – на уровне восьмого зуба. Вертикальный размер челюсти индивидуально различен, и этот показатель характеризует ту или иную меру «массивности» нижней челюсти. Форма поперечного сечения тела нижней челюсти неодинакова в различных участках.

Морфометрию нижней челюсти производили штангенциркулем и лентами согласно антропологическим краниометрическим методом исследования (В.П.Алексеев, Г.Ф. Дебец, В.С. Сперанский, Ю.А. Гладилин, Л.В. Кузнецова, Л.В. Музурова и др.). Для измерения выбирали краниологические точки черепа (гонион, гнатион, и т.д), рентгенологические снимки, поперечные и продольные срезы нижней челюсти у лиц зрелого возраста.

Анализ собственных наблюдений показывает, что по морфометрическим и рентгенологическим признакам на нижней челюсти имеются особенности строения компактного и губчатого вещества. Форма базальной дуги нижней челюсти варьирует в разных видах: усеченный овал, параболическая, подковообразная; узкая и длинная, широкая и короткая.

Л.В. Музурова и соавт. (2004) изучали изменчивость альвеолярной дуги верхней челюсти на черепах людей от 1 до 24 года и отмечает локальные особенности толщины альвеолярной дуги по возрастам и она подвержена изменчивости, что согласуется с нашими данными в отношении нижней челюсти. Контрфорсы и другие параметры нижней челюсти разнятся в области резцов, клыков, премоляров и моляров.

**Выводы.** При обобщении измерений отмечается, что угол нижней челюсти (в градусах) у мужчин составляет 124-+5,2, у женщин – 127,1+-4,2. Высота тела челюсти у мужчин в области резцов 29,4 +-2,1 мм, а у женщин 27,2+-1,7 мм. Альвеолы наиболее глубокие в области

клыков и вторых премоляров. С возрастом у мужчин и женщин высота тела на всем протяжении нижней челюсти уменьшается на 3,4-0,5мм. Средняя высота тела нижней челюсти равняется 23,3+-0,2мм.

**Литература**

1.Гладилин Ю.А. Морфология нижней челюсти. Саратов, изд-во Саратовского гос. мед. университета, 2013-200 с.

2. Гусейнов Т.С., Гусейнова С.Т., Гусейнов Т.С. Анатомия и врачебная работа. Махачкала, издат. дом « Наука плюс», 2012 – 100 с.

3.Куприянов В.В, Воскресенский Н.В, Анатомические варианты и ошибки в практике врача. М.: Медицина, 1970 – 174 с.

4. Михайлов С.С., Колесников Л.Л. Анатомия человека. М.: издат. группа « Гэотар – Медиа», 2011, т. 1,2.

## ВАРИАНТЫ СТРОЕНИЯ ОТВЕРСТИЙ И ЯМОК ТВЕРДОГО НЕБА

Гусейнова С.Т., доцент,
Убайдатова Х.М., студентка 2 курса стоматологического факультета

*Кафедра анатомии человека ДГМА*
*Научный руководитель: д.м.н., доц. Гусейнова С.Т.*

**Актуальность.** Значительный интерес представляет для врачей - стоматологов глубокие знания различных формаций черепа, в особенности отверстий и ямок твердого неба у человека.

Важнейшие новые морфологические сведения полезны при анализе травм и заболеваний в медицинской краниологии.

**Цель исследования.** Изучить макро- и микроскопическое строение отверстий и ямок и их содержимых с учетом возраста, вариантов и форм черепа.

**Материал и методы исследования.** Краниометрическими и остеометрическими методами изучали морфологию резцовой ямки и резцового отверстия, большого и малого отверстий твердого неба и их содержимое (артерии, вены, нервы) на 16 черепах новорожденных, детей и взрослых.

При анализе морфометрии отверстий твердого неба и форм отмечается, что диаметр отверстий больше на брахикраниумах, чем у долихокранов.

**Результаты исследования**. Морфометрическими методами изучили длину, ширину и глубину резцовой ямки и резцового канала и

установили, что в их строении имеются возрастные и вариантные особенности, связанные с формой конструкции черепа ( долихокраны, мезокраны, брахиокраны).

Форма резцовой ямки варьирует по нашим наблюдениям, в пределах округлой, овальной, цилиндрической и грушевидной конфигурации.

Резцовая ямка верхней челюсти идет от задней (небной) поверхности медиальных резцов до границы клыков.

У новорожденного резцовое отверстие имеет диаметр 0,5- 0,9 мм, у детей 1,1-1,3 мм, у взрослых 1,5-1,9 мм. В связи с ростом черепа и верхней челюсти с 3-5-6 лет, так же меняются морфометрические показатели отверстий твердого неба ( большое и маленькое и резцовые отверстия).

Диаметр большого небного отверстия варьирует от 2-2,5 мм у новорожденных и до 5-6мм у взрослых.

Встречаются ассиметрия и другие отклонения в форме отверстий твердого неба. Гистотопография артерий, вен и нервов в отверстиях варьирует от 1 до 3 ветвей (магистральная, рассыпная, смешанная форма ветвления сосудисто-нервного пучка).

**Выводы.** Полученные сведения полезны при уранопластике, протезировании и конструктивных стоматологических вмешательствах на верхней челюсти.

## ***ГИСТОЛОГИЯ***

## ЦИТОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ГРАНУЛОЦИТОВ ПРИ ЭУТИРЕОИДНОМ ЭНДЕМИЧЕСКОМ ЗОБЕ

Дибиров Т.М., аспирант

*Кафедра гистологии ДГМА*
*Научный руководитель: д.м.н., проф. Бакуев М.М.*

**Актуальность.** Цитохимическое исследование нейтрофильных гранулоцитов (НГ) является необходимым компонентом при установлении степени неспецифической резистентности организма. Среди прочих компонентов НГ основными факторами антимикробных систем являются миелопероксидаза (МПО) и катионные белки (КБ).

Рядом исследователей установлено наличие связей между активностью антимикробных систем НГ и функциональной активностью

щитовидной железы (ЩЖ). В частности, было показано, что тиреоидные гормоны (Т3 – Т4) могут дейодинироваться в присутствии перекиси водорода – Н2О2 и МПО и образующийся йодид влияет на антимикробную активность НГ.

Эутиреоидный эндемический зоб разной степени выраженности относится к наиболее частым заболеваниям эндокринной системы и является следствием воздействия на организм человека неблагоприятных экологических, медико – социальных, климата – географических и других факторов. По этой причине изучение антимикробных систем, ответственных за состояние неспецифической резистентности у больных с эутиреоидным эндемическим зобом является актуальным, поскольку подавляющая часть России эндемична по зобу.

**Цель исследования: и**зучение взаимозависимости активности миелопероксидазы и катионных белков НГ периферической крови от степени увеличения ЩЖ при эутиреоидном эндемическом зобе.

**Материалы и методы исследования.** В работе использован материал – венозная кровь, взятая у больных с эутиреоидным эндемическим зобом разной степени увеличения ЩЖ. Больные были распределены на следующие группы:

1. Эутиреоидным эндемическим зобом 1 ст. – 23 чел.
2. Эутиреоидным эндемическим зобом 2 ст. – 19 чел.

В качестве контроля использовали венозную кровь, взятую у 10 добровольцев в возрасте 20 – 45 лет.

Активность катионных белков в НГ периферической крови определяли методом В.Е. Пигаревского с использованием прочного зеленого.

Для выявления активности МПО в мазках лейкомассы использовали методы по Грэхэм – Кноллю и Корновскому.

**Результаты исследования.** Активность МПО в НГ крови больных эутиреоидным эндемическим зобом при первой степени увеличения ЩЖ умеренно снижена. Отметим, что диагноз больных соответствовал принятой в 1994 году классификации ВОЗ, то есть I и II степени увеличения. В мазках преобладают клетки с умеренным содержанием продуктов реакции. Наряду с ними, примерно 3-7% НГ, преимущественно сегментоядерные формы, или насыщены цитохимическими продуктами, или же имеют лишь их следы.

Средний цитохимический показатель активности фермента существенно не отличается от контрольных цифр (1,41±0,04), при контроле – 1,49±0,04).

Картина изменена в случае эутиреоидного эндемического зоба II степени увеличения. Количество НГ с умеренной активностью МПО заметно меньше, тогда как клетки со следами продуктов реакции достигают 15-20%.

В цитоплазме клеток преобладает диффузный компонент продуктов реакции. СЦП-1,21±0,02, при контроле -1,49±0,04.

Проведенные по ходу лечения исследования показали, что при первой степени увеличения сдвиги активности фермента в НГ незначительные. Они существенны в случаях второй степени увеличения ЩЖ; активное лечение с приемом йодсодержащих препаратов уже к концу шестого месяца приближает значения активности фермента к контрольным цифрам (Рис.1).

Следует отметить, что процесс нормализации активности МПО в результате проводимого лечения сопровождается постепенным преобладанием в цитоплазме клеток гранулярного компонента над диффузным.

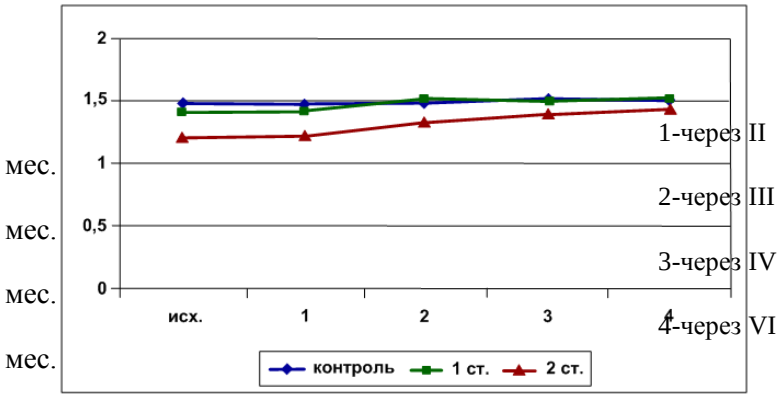


**Рис.1**. Динамика изменения активности МПО НГ больных эутиреоидным эндемическим зобом в зависимости от длительности лечения.

Таблица 1

***Показатели содержания КБ в НГ крови больных эутиреоидным эндемическим зобом разной степени увеличения ЩЖ в зависимости от длительности лечения (M±m)***

| Варианты исследования | | Продолжительность лечения | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Исх. | 2 мес. | 3 мес. | 4 мес. | 6 мес. |
| Эутиреоидный эндемический зоб | 1 ст. | 1,53±0,05 | 1,51±0,04 | 1,49±0,04 | 1,56±0,05 | 1,57±0,04 |
| | 2 ст. | 1,57±0,05 | 1,61±0,07 | 1,59±0,06 | 1,51±0,05 | 1,53±0,04 |
| Контроль | | 1,55±0,06 | | | | |

Содержание КБ в НГ крови больных эндемическим зобом стабильно независимо от степени тяжести состояния больного. Большинство НГ имеет умеренное содержание окрашенного материала. Последний равномерно распределен по всей цитоплазме. Однако в мазках нередко встречаются сегментоядерные формы НГ чрезмерно насыщенные конечными продуктами реакции ярко-зеленого цвета. Количество их несколько больше в случаях II степени увеличения ЩЖ. Проводимое лечение не влияло на содержание компонента в цитоплазме клеток; обнаруженные в процессе лечения сдвиги были не достоверными, (Таб.1).

**Выводы.** 1. При эутиреоидном эндемическом зобе активность МПО в НГ периферической крови 2 ст. увеличения ЩЖ умеренно снижена. Она нормализуется через 2-3 мес. проводимого лечения.

2. Изменения активности КБ в НГ у больных эутиреоидным эндемическим зобом разной степени выраженности не достоверны. Они не меняются и в процессе лечения.

# СТУДЕНТЫ ДГМА О ЗДОРОВЬЕ И ЗДОРОВОМ ОБРАЗЕ ЖИЗНИ

Гарунова З.М., студентка 3 курса лечебного факультета,
Магомедов А.Т., студент 4 курса стоматологического факультета

*Кафедра нормальной физиологии ДГМА*
*Научный руководитель: д.м.н., проф. Сулаквелидзе Т.С.*

**Актуальность.** В последние годы стали уделять более пристальное внимание здоровому образу жизни студенческой молодёжи. Это связано с озабоченностью общества здоровьем специалистов, выпускаемых средними и высшими учебными заведениями, ростом заболеваемости в процессе профессиональной подготовки, последующим снижением работоспособности. Негативная динамика состояния здоровья студентов при поступлении в вуз напрямую связана с изменением условий и высокой напряжённостью учебной деятельности, связанной с возросшими требованиями, предъявляемыми к конкурентоспособности будущих специалистов. При этом основной составляющей конкурентоспособности специалиста является не только уровень компетентности, но и приверженность его к здоровому образу жизни.

Студенческая молодёжь – особая группа населения с характерными условиями жизни, учёбы. Она является группой повышенного риска по причине непростых возрастных проблем (адаптационных, физиологических, анатомических изменений, связанных с процессом созревания, приспособлением к новым условиям проживания, формированием межличностных взаимоотношений вне семьи).

Анализ проведённых по данной проблеме исследований свидетельствует о неупорядоченности и хаотичной организации образа жизни. Это отражается в таких важнейших компонентах, как несвоевременный приём пищи, систематическое недосыпание, непродолжительное пребывание на свежем воздухе, недостаточная двигательная активность, отсутствие закаливающих процедур, выполнение самостоятельной учебной работы во время, предназначенное для сна, курение и др.

**Цель нашего исследования:** изучить отношение студенческой молодёжи начальных курсов ДГМА к своему здоровью и здоровому образу жизни.

**Материалы и методы исследования.** Провели анонимное анкетирование среди студентов 1 и 2 курсов всех специальностей охватив 18 академических групп.

| | |
|---|---|
| Лечебный факультет | 9гр,17гр,22гр,18гр,15гр,23гр,24гр,30гр,31гр,32гр. |
| Стоматологический | 10гр.,12гр.,13 гр. |
| Педиатрический | 1гр. 2гр. 3гр. |
| Фармацевтический | 1гр. 2гр. |

Общее число респондентов 250 (р), из них 190 студенток девушек (д) и 60 студентов юношей (ю). Всем была предложена анкета с различными вопросами:

* отражающими отношение к своему здоровью, оценку здоровья;

* по соблюдению основных составляющих здорового образа жизни;

*относительно различных факторов влияющих на здоровье и др.

**Результаты исследования.** Проанализировав все ответы мы получили следующие данные:

- Беспокоятся о своем здоровье 135 респондентов.
- Недостаточно уделяют внимание своему здоровью107 человек.
- Не беспокоятся о своем здоровье 10 опрошенных, из них 7 девушек и 3 юношей.

На вопрос «Часто ли Вы болеете?» ответили, что

а) болеют часто (до 5-6 раз в год) 26 респондентов, б) не часто – пару раз в год – 177 респондентов, в) считают себя практически здоровыми 36 человек.

Из наших респондентов 38 человек отметили, что страдают хроническими заболеваниями из них 30 девушек и 8 юношей.

Из факторов, влияющих на здоровье:

А) Экологию среды отметили 80 респондентов

Б) образ жизни человека отмечают 224 респондентов

В) 22 человека считают, что на здоровье людей влияет уровень здравоохранения в городе и республике.

Г) 83 респондента считают, что на здоровье человека влияют наследственные факторы.

Основные составляющие здорового образа жизни (ЗОЖ): режим труда и отдыха; организация сна; режим питания; организация

двигательной активности, выполнение требований санитарии, гигиены, закаливание; профилактика вредных привычек; психофизическая регуляция организма и др.

По соблюдению нашими студентами ЗОЖ мы получили следующие данные:

- Придерживаются режима питания 95 р.
- Соблюдают режим труда и отдыха 137 р.
- Занимаются спортом и ведут активный образ жизни 126р.
- Полноценно поспать удаётся только 98 опрошенным студентам.
- Стрессовые ситуации избегают 124 р.
- 19 человек откровенно признали у себя наличие вредных привычек.

Нам показалось интересно сравнить данные опроса среди девушек и ребят.

Проанализировав результаты мы пришли к следующим **выводам**:

1. Более внимательны к себе и своему здоровью юноши 62%, чем девушки 50%
2. Девушки болеют чаще - 12% чем юноши 6%
3. Практически здоровыми себя считают 18% юношей и 13% девушек.
4. Хронические заболевания у себя отметили примерно одинаковое количество: девушек15% и 13% и юношей.
5. Режим труда и отдыха:
1. В соблюдении режима питания девушки более аккуратны: 40% против 33% юношей
2. Чередованию труда и отдыха также больше уделяют внимание девушки 58%, чем юноши 48%,
3. В занятиях спортом и ведении активного образа жизни явное преимущество у ребят – 77%, а у девушек 42%;
4. Поспать любят практически одинаково все: по 39%-40%;
5. Стрессовых ситуаций девушки чаще избегают– 52% , а у юношей 42%
6. Процент, свидетельствующий и наличии вредных привычек у ребят в два раза больше, но в общем проценты незначительные: у ребят 12% у девушек 6%.

Представлены результаты первого этапа исследований. Наши студенты прошли обследование в Республиканском центре здоровья (главврач А.Н. Гаджиев), где проводили биоимпедансаметрию, спи-

рометрию, диагностику зрения; определяли состояние сердечно сосудистой системы; экспресс-анализы глюкозы и холестерина в крови; консультации врачей - стоматолога, окулиста, терапевта и др. На всех заведены персональные карточки здоровья с которыми кафедра планирует дальнейшую работу.

## ***ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ***

## ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МЕТОДА ЭЭГ В ДИАГНОСТИКЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Магомедова А.М., студентка 3 курса лечебного факультета

*Кафедра патологической физиологии;*
*кафедра неврологии и нейрохирургии*
*Научные руководители: д.м.н., проф. Саидов М.З.,*
*к.м.н, асс. Алиев К.Т.*

**Актуальность.** Рассеянный склероз занимает третье место по распространенности среди неврологических заболеваний ЦНС, поражающих в молодом трудоспособном возрасте (20 – 40), и активно прогрессирует и «омолаживается», охватывая все более юный контингент больных. Показатели распространенности РС в Дагестане на момент проведения исследования составляет 7,5 на 100 тыс. населения. С 70-х годов уровень заболеваемости рассеянным склерозом увеличился втрое.

Диагностика РС на ранних стадиях имеет большое значение, так как иммуномодулирующая терапия, назначаемая для лечения, имеет наибольшую силу воздействия именно на начальных стадиях развития заболевания.

**Цель данного исследования** - продемонстрировать значимость метода электроэнцефалографии и установить его эффективность в диагностике рассеянного склероза на ранних стадиях, а также отметить виды обнаруживаемых при помощи ЭЭГ патологических изменений.

**Материалы и методы исследования.**

В ходе исследования были проанализированы электроэнцефалограммы 50 пациентов, прошедших обследование и лечение в отделении неврологии – 3 РЦКБ с различными типами РС, с тяжестью неврологического дефицита не более 5 баллов по шкале EDSS.

Были составлены групповые статистические таблицы, отображающие клинические показатели лиц, принявших участие в исследовании.

**Результаты исследования:**

Обнаружение тета- и дельта- волн на ЭЭГ гарантированно свидетельствует о дальнейшем неблагоприятном прогнозе течении заболевания. Повышение показателя нормированных спектров мощности во всех отведениях на 1-2 Гц также является признаком наличия демиелинизирующей патологии. У большинства пациентов с ремитирующим типом РС наблюдаются умеренные изменения на ЭЭГ дезорганизованного характера, в то время как у пациентов с прогрессирующей острой формой РС – разлитое раздражение диэнцефальных структур мозга

ЭЭГ в качестве диагностического метода, как правило, используется комплексно с методом вызванных потенциалов, однако в качестве самостоятельного исследования наглядно демонстрирует патологические изменения в работе нервной системы. Является наиболее широко практикуемым в Дагестане методом диагностики РС.

Таблица 1

***Демографические и клинические характеристики лиц, принявших участие в исследовании***

| Тип течения РС | РРС | ППРС | ВПРС |
|---|---|---|---|
| Число больных | 16 | 25 | 9 |
| Пол (жен./муж.) | 11/5 | 22/3 | 3/6 |
| Возраст дебюта | 25 ± 4 | 43 ± 4 | 35 ± 0,40 |
| Возраст на момент исследования | 32± 4,3 | 48 ± 3,7 | 37± 4,5 |
| Среднегодовая частота обострения | 0,5 | 1 - 2 | 0,5 - 1 |

В табл. 1 представлены клинико-демографические данные пятидесяти больных РС, из которых 36 – женщины, 14 – мужчины. По гендерной статистике в стадии РРС и ППРС преобладают женщины, в стадии ВПРС

преобладают мужчины. Основная возрастная категория больных – лица от тридцати до пятидесяти пяти лет. В стадии РРС отмечается наиболее юный возраст дебюта заболевания (21 год), в стадии ППРС – наиболее поздний (52 года). Самой распространенной стадия развития РС в Дагестане является Первично-прогрессирующий. Среднегодовая величина обострений имеет наивысший показатель в стадии ППРС.

**Выводы**.

**1.** Метод ЭЭГ является достаточно информативным для постановки диагноза «рассеянный склероз»

**2.** При помощи ЭЭГ возможно обнаружить показатели, точно позволяющие определить диагноз РС

**3.** При проведении диагностики на ранней стадии развития заболевания вероятность дальнейшего благоприятного прогноза вследствие медикаментозной терапии значительно повышается.

**Литература**

**1.** И.Д. Столяров. Рассеянный склероз: диагностика, лечение, специалисты - СПб.: «Элби СПб», 2008. – 320 с.

**2.** Е.И. Гусев. Рассеянный склероз. Клиническое руководство. (М.: Реал Тайм, 2011, 528 с: ил.)

**3.** Н.Н. Яхно. Болезни нервной системы - М.: Медицина, 2005. - 744 с.

**4.** Зенков Л.Р - Клиническая электроэнцефалография с элементами эпилептологии – 2004.

**5.** Martin A. Samuels. Manual of Neurologic Therapeutics – 1995

**6.** Бисага Г. Н. - Рассеянный склероз: диагностика и патогенетическая терапия – 2004.

## *ФАРМАКОЛОГИЯ*

# НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ КАК СРЕДСТВА СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Алиева Б.И., студентка 3 курса лечебного факультета

*Кафедра фармакологии*
*Научный руководитель: д.м.н. проф. Омаров Ш.М.*

**Актуальность.** Одной из основных целей медицины является устранение страданий больного человека. Боль, особенно острая - одна из первых причин обращения за врачебной помощью. Зачастую из-за неправильно проведенной обезболивающей терапии у 40% больных боль становится хронической. Хроническая боль – это болевой синдром, длящийся 3 и более месяцев. Она оказывает выраженное влияние на все аспекты качества жизни, приводит к нарушению сна, ограничениям как в личной, так и в общественной жизни. Одними из ведущих синдромов, при которых назначают обезболивающие препараты, являются боли в спине и суставах.

Наиболее широко востребованными анальгетиками являются нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). Это обусловлено их противовоспалительными, обезболивающими и жаропонижающими эффектами. Поскольку симптомы, на которые они влияют, встречаются при различных заболеваниях, они используются в различных областях медицины. В настоящее время рынок НПВС в России насчитывает свыше 210 препаратов. По данным анализа, в 2009 г. было продано 128 миллионов упаковок. Наиболее часто НПВС назначаются в качестве симптоматической терапии при болях различного генеза, часто без учета показаний и противопоказаний, не в полных терапевтических дозах, что приводит к хронизации болевых синдромов. В то же время при ряде заболеваний длительное (в течение многих лет) применение НПВС порой оправдано. Но, именно длительное их применение настораживает и иногда даже вызывает протесты со стороны врачей общей практики из-за боязни развития нежелательных реакций.

**Материал и методы.** Нами было опрошено 32 человека, принимавших НПВС, находившихся на лечении в терапевтическом и неврологическом отделениях ГВ, в возрасте от 54 до 82-х лет. Среди них

женщин- 19, мужчин – 13. Выяснилось, что 24 больных (75%) самостоятельно начали прием НПВС. Только 25% больных руководствуются назначением врача при приеме и выборе тактики лечения данным НПВС. Знают и соблюдают правильный режим приема этих препаратов всего лишь 10 больных (31,3%), а остальные 22 вообще не знали о побочных эффектах, которые могут вызывать эти препараты. Однако, у половины опрошенных имели место побочные эффекты НПВС. Это были такие симптомы, как боли в эпигастрии (14 б-х), носовые кровотечения (2 б-х), черный стул (2 б-х). В стационарных условиях НПВС преимущественно назначались в инъекционных формах, хотя уже давно известно, что независимо от способа введения они обладают единым механизмом действия, спектром и частотой нежелательных реакций. Наиболее широко используемыми НПВС оказались диклофенак, мелоксикам, нимесулид.

**Обсуждение.** При ряде заболеваний длительный и непрерывный прием НПВС является основным принципом терапии. К такому заболеванию относится анкилозирующий спондилит или болезнь Бехтерева - хроническое заболевание, преимущественно поражающее осевой скелет (позвоночник, крестцово-подвздошные суставы) с нередким вовлечением периферических суставов, а также внутренних органов. Особенностью прогрессирования этого заболевания является то, что воспаление, возникающее преимущественно в углах тел позвонков, вызывает эрозирование подлежащей костной ткани, с образованием эрозий и в последующем синдесмофитов. Назначение НПВС преследует цель подавления воспаления и замедления прогрессирования структурных повреждений.

Эффективность НПВС в лечении больных анкилозирующим спондилитом хорошо известна ревматологам. Она основывается на многих крупных исследованиях. В одном из исследований изучалась эффективность препарата Эторикоксиб в дозах – 90 мг и 120 мг. Было показано, что НПВС очень эффективны при анкилозирующем спондилите, в сравнении с пациентами с механической болью в спине, и плацебо. Было показано, что Эторикоксиб в дозировках 90 мг и 120 мг, и Напроксен в дозе 1000 мг были эффективны ко второй неделе приема по сравнению с плацебо. А дозы 90 мг и 120 мг Эторикоксиба не отличались друг от друга, но превышали эффективность Напроксена в дозе 1000 мг в сутки.

Помимо влияния на боль, НПВС оказывают большое влияние на улучшение функций позвоночника и суставов, что связано с тем, что они снижают активность заболевания.

Симптоматический эффект НПВС при болезни Бехтерева заключается в том, что они эффективно и быстро уменьшают боль, скованность, улучшают функцию суставов и позвоночника. Оценку эффективности необходимо проводить через две недели от начала лечения препаратом. При отсутствии эффекта следует его заменить на другой препарат из другой группы.

В ряде исследований было показано, что помимо симптоматического действия, НПВС оказывают патогенетическое действие, замедляют рентгенологическое прогрессирование анкилозирующего спондилита. Их эффективность выше, когда прием препаратов осуществляется непрерывно и постоянно. Под хорошим клиническим эффектом приема НПВС в первую очередь понимается их назначение в адекватных терапевтических дозах, в пересчете на 150 мг Диклофенака, который считается золотым стандартом в этой терапии. Хороший клинический эффект, это отчетливое уменьшение боли от приема НПВС в течение 24-48 часов или после возобновления их приема в течение 24-48 часов после отмены (т.е. в течение суток). Если говорить о влиянии НПВС на активность в режиме непрерывного приема и приема препаратов по требованию, то в оценке снижения индекса BASDAI (это индекс, который оценивает активность заболевания), влияния на уровень С-реактивного белка, оценку боли и общего состояния пациентов – режимы дозирования этих препаратов абсолютно одинаковы. Они увеличивают продолжительность и качество жизни пациентов, а это лица молодого возраста 20-30 лет.

**Выводы**. Безусловно, длительный и непрерывный прием НПВС сопряжен с риском развития нежелательных явлений. Но и здесь существуют мифы, которые нужно развеивать, о так называемых безопасных и небезопасных лекарственных препаратах, относящихся к группе НПВС. Необходимо отметить, что выбор препарата и оценка его безопасности зависит в первую очередь от знаний врача, какие риски может получить пациент при длительном приеме этих препаратов. Несмотря на то, что риски существуют, и нет НПВС, которые бы не оказывали потенциально нежелательные явления, в частности на сердечнососудистую систему, миф, что, например, Ибупрофен более безопасен в отношении развития артериальной гипертензии, говорит о

том, что надо учитывать все риски. И если мы посмотрим на текст инструкции, выяснится, что представленные препараты (Эторикоксиб), на которых в инструкции в разделе «Предупреждения» написано «Строгий контроль за артериальным давлением», оказывали наименьшее влияние по сравнению с Ибупрофеном на подъем артериального давления.

Безусловно, одним из самых грозных осложнений НПВС является риск развития поражения желудочно-кишечного тракта (перфорация, изъязвление, кровотечение). Необходимо отметить, что риск будет намного меньше, при длительном приеме препарата, при правильном его выборе. И здесь, предпочтение должно отдаваться селективным НПВС, которые более чем на 50% снижают риск развития этих осложнений.

И говоря в заключение о НПВС, хотелось бы обратить внимание, что в ряде случаев эти препараты являются препаратами жизненно необходимыми и требующими длительного и постоянного приема. И не только потому, что они снимают боль и улучшают функциональное состояние, а потому что, как при анкилозирующем спондилите, эти препараты реально замедляют прогрессирование болезни. Конечно, доза НПВСа должна подбираться индивидуально с учетом всех имеющихся клинических проявлений, активности заболевания, с учетом риска развития нежелательных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта и сердечнососудистой системы.

При достижении стойкого эффекта можно снижать дозу препарата до минимальной, но не стоит ее отменять. Потому что при ее отмене, происходит снижение эффективного противовоспалительного и обезболивающего действия, воспаление опять возвращается на свои круги и заболевание прогрессирует большими темпами, чем это было бы, если бы назначали эти препараты постоянно, в малой дозе.

# ПРИРОДНЫЕ АНТИОКСИДАНТЫ В ГЕРОНТОЛОГИИ

Патахова П.А., студентка 6 курса лечебного факультета,
Алиева Б.И., студентка 3 курса лечебного факультета,
Исаева Д.М., студентка 2 курса лечебного факультета,
Магомедова З.Ш., доцент

*Кафедра фармакологии*
*Научный руководитель: д.м.н. проф. Омаров Ш.М.*

**Актуальность.** Среди групп влияний, играющих важную роль в старении, безусловно, важное значение имеет механизм повреждений биомолекул с самыми разнообразными внешними влияниями.

Среди таковых влияний многие авторы давно пытались выделить наиболее значимые. Одним из наиболее значимых факторов оказался окислительный метаболизм – оказалось, что его интенсивность обратно пропорциональна продолжительности жизни для многих далеко отстоящих друг от друга видов, эти факты послужили основой для выдвижения свободно радикальной теории старения.

С возрастом, безусловно, повышается содержание в тканях человека и животных продуктов окислительного повреждения макромолекул, в том числе ДНК. Повреждение ДНК могут играть важную роль в мутагенезе в старости. Предполагается, что свободные радикалы стимулируют и апоптоз – то есть программируемую гибель клеток, путем раскрытия каналов мембраны для белка, находящегося в межмембранном пространстве и запускающего этот процесс. Свободные радикалы, несомненно, главный мутаген аэробных клеток.

Общий анализ данных об участии свободных радикалов в процессах старения и сопровождающих старение заболеваний позволяет утверждать, что повреждение макромолекул от действия свободных радикалов приводит к мутациям, нестабильности генома в целом и развитию ряда возрастных патологий: сердечно-сосудистые заболевания, дисфункция мозга, возрастная иммунодепрессия, онкозаболевания, катаракта и др.

В настоящее время антиоксиданты представлены многочисленными группами эндогенных и экзогенных биологически активных веществ, в том числе и лекарственных препаратов. Они широко применяются в клинической медицине с целью блокировать влияние свободных радикалов (СР), инициирующих свободнорадикальное окисление (СРО), которое при чрезмерной активации и высоких концентрациях СР является универсальным патогенетическим фактором при многих заболеваниях.

Фармакологическое действие антиоксидантов обусловлено их способностью связывать свободные радикалы и уменьшать интенсивность окислительных процессов в организме. Кроме того, антиоксиданты замедляют процессы старения и износа клеточных мембран и самих клеток, а, следовательно, и всего организма в целом, усиливают иммунитет, нормализуют функции сердечнососудистой и нервной систем, обладают антиканцерогенным действием, создают выраженный косметический эффект.

Важнейшими элементами антиоксидантной защиты организма являются: ферментные антиоксиданты, неферментные и растительные антиоксиданты.

В исследованиях последних лет показано, что в патогенезе многих расстройств важная роль принадлежит оксидативному стрессу, развивающемуся в результате дисбаланса между оксидантной и антиоксидантной системами. При этом в крови и тканях достигают высоких концентраций продукты перекисного окисления липидов, в частности – малоновый альдегид, дестабилизирующий клеточные мембраны.

С учетом перспектив практического использования особое внимание привлекают природные антиоксиданты. Высокий интерес к антиоксидантам объясняется их способностью блокировать вредное воздействие на организм свободных радикалов и защищать человека от самых опасных заболеваний и старения (все современные теории старения основываются на свободно-радикальных процессах). Свободные радикалы – это молекулы, утратившие электрон, и в поисках его они могут атаковать соседние молекулы. Если свободные радикалы забирают электрон из таких необходимых организму компонентов, как ДНК, жиры или белки, то повреждаются клеточные структуры, что влечет за собой проблемы со здоровьем. Избыточное содержание свободных радикалов в организме человека определяется как окислительный стресс, вызванный различными негативными воздействиями: облучением (ультрафиолетовым и радиационным), плохой экологией, загрязненной и некачественной пищей, стрессами, некоторыми лекарствами и лечебными процедурами, курением, алкоголизмом и т.п.

Более подробно мы изучили антиоксидантные свойства мёда. Мед имеет сложный химический состав и обладает высокой биологической активностью, обусловленной действием ферментов, аскорбиновой кислоты, флавоноидов, фенольных кислот, каратиноидов, органических кислот, аминокислот, протеинов и других соединений, входящих в его

антиоксидантную составляющую. Новейшие исследования показывают, что ежедневное употребление меда не только более чем удовлетворяет потребность человека в сладком, но и поднимает в крови уровень борющихся с болезнями антиоксидантов.

В различных видах меда присутствуют переменные концентрации полифенолов – мощных антиоксидантов, которые, как считается, уменьшают риск развития рака и заболеваний сердца. Антиоксидантная активность (сумма биологически активных веществ восстанавливающего характера) меда зависит от его ботанического происхождения. Как правило, она выше у темных медов. Так, высокой антиоксидантной активностью характеризуется мед падевый, с каштана, гречихи, вереска, чабреца.

Во время созревания и хранения в меде происходят сложные химические, физико-химические и ферментативные процессы. Вероятно, его антиоксидантная активность определяется не только ботаническим происхождением, но и условиями хранения.

Антиоксидантную активность меда определяли в 10 образцах различного ботанического происхождения, а также при их хранении в течение года.

В результате было установлено, что темный мед отличается значительно более высокой антиоксидантной активностью, чем светлый. Самое высокое значение этого признака (0,33-0,47 мг/г) отмечено у гречишного меда. Это можно объяснить высоким содержанием в нем флавоноидных соединений вследствие синтеза и накопления растительных полифенолов в вегетативных органах гречихи. Несколько меньшая антиоксидантная активность (0,23 мг/г) обнаружена в каштановом меде. Промежуточное значение (0,07-0,15 мг/г) имел разнотравный мед, в том числе с преобладанием кипрейного, липового, фацелиевого.

После 6 месяцев хранения меда средние показатели антиоксидантной активности [(0,160±0.03) мг/г] в образцах мало отличались от исходных [ (0,17±0,03) мг/г]. Таким образом, антиоксидантная активность исследуемых образцов после года хранения уменьшилась на 33%.

Среди множества биологически активных веществ, которые могут нормализовать жизненные функции человеческого организма особенно в пожилом и старческом возрасте наиболее значимые биологически активные продукты пчеловодства (апитерапия). В многостороннем оздоравливающем воздействии на организм апипрепаратов в гериатрической практике очень ценными являются их антиоксидантные, иммуномодулирующие, онкопротекторные, нормализующие обменные процессы свойства.

Наш многолетний опыт клинического изучения эффективности антиоксидантной терапии подтверждает эффективность использования антиоксидантов у больных с различной патологией.

**Цель:** изучение антиоксидантной активности пчелиного мёда.

**Материалы и методы исследования:** Исследования, проводимые под контролем комплексного иммунологического исследования с изучением показателей клеточного и гуморального иммунитета, а также неспецифических факторов защиты выявило нормализующее влияние препаратов прополиса, маточного молочка, пыльцы, перги и меда на изменение функций иммунокомпетентных клеток – лимфоцитов и макрофагов. Кроме того, по результатам наблюдений больных с хроническими воспалительными изменениями оценены динамика показателей перекисного окисления липидов (уровни аскорбата, токоферола, малонового альдегида, активности супероксиддисмутазы и каталазы) в процессе «традиционной» терапии и возможность коррекции выявленных нарушений. Применение антиоксидантов в гериатрической практике обеспечивает поддержку, а порой и восстановление иммунологического потенциала больных, что способствует продлению их жизни.

У больных с множественными очагами хронической инфекции (хронический тонзиллит, синусит, одонтогенная инфекция, холецистит и др.) были установлены иммунологические дисбалансы. Эти пациенты диспансерно наблюдались как часто и длительно болеющие ОРВИ, бронхитами, пневмониями, обострениями хронических заболеваний. Назначение антиоксидантных комплексов этим больным приводило к уравновешиванию иммунологических показателей с восстановлением их до нормальных уровней.

**Результаты исследования:** Данные некоторых авторов и наши предварительные результаты, посвященные профилактике развития отдаленных метастазов у больных с раком желудка подтвердили, что разработанный способ длительной антиоксидантной терапии апипрепаратами повышает отдаленные результаты хирургического лечения больных раком желудка с наиболее неблагоприятными прогностическими признаками. Ввиду отсутствия токсических эффектов при длительном применении апипрепаратов для профилактики метастазов может проводиться в амбулаторных условиях.

**Выводы:** Приведенные материалы дают доводы в пользу широкого использования апитерапии в комплексной терапии хронических заболеваний, наряду с другими патогенетическими методами лечения.

Полученные результаты и литературные данные свидетельствуют о восстановлении разнообразных нарушенных иммунологических и неспецифических защитных функций в организме с формированием устойчивого равновесия в механизмах иммунологического реагирования. Это направление натуральной медицины знаменует собой новый подход к преодолению сочетанной полиорганной патологии, обеспечивает эффективную профилактику заболеваемости и способствует высокому качеству жизни. Апитерапевтические препараты зарекомендовали себя как высокоэффективные геропротекторные средства широкого диапазона действия.

## ***ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ***

## СПОСОБ ОБРАБОТКИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ШОВНЫХ МАТЕРИАЛОВ

Манатов М.М., студент 3 курса лечебного факультета

*Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии ДГМА*
*Научный руководитель: к.м.н., доцент Патахов Г.М.*

**Актуальность.** На сегодняшний день гепатохирурги имеют в своем арсенале различные рассасывающиеся шовные нити органического (кетгут) и синтетического (полисорб, викрил, дексон) происхождения. Относительно низкая стоимость кетгутовой нити все еще является аргументом в приоритетности ее практического применения в отечественной хирургии, хотя мировая практика от него почти отказалась. Высокая реактогенность кетгута сравнима с иммунной реакцией при трансплантации чужеродных тканей. При ушивании чистой раны кетгутом достаточно внесения 100 микробных тел стафилококка, чтобы вызвать гнойное воспаление. Кетгутовая нить как гетерогенный белок может вызывать местную тканевую реакцию даже при отсутствии микробов вплоть до асептических некрозов тканей. Сроки потери прочности и рассасывания кетгута непредсказуемы. В среднем простой кетгут рассасывается в течение 3 недель, однако эти сроки нередко варьируют от 2 дней до 6 месяцев. При этом в течение первых пяти дней кетгут теряет до 90 % своей механической прочности. В этом плане такие синтетические полифиламентные рассасывающие шовные материалы, как полисорб, дексон, викрил, гораздо прочнее кетгута и обладают меньшей тканевой реактогенностью, но и при их применении воспалительная реакция может быть достаточно выраженной и длиться до полного рассасывания материала. Также не-

достатком полифиламентных шовных материалов является высокая жесткость, низкая эластичность и выраженный «эффект пилы», для снижения которого нити покрывают такими полимерами, как стеарат кальция, но при этом снижается и прочность узла.

К современным методам профилактики послеоперационных осложнений инфекционного генеза относится выполнение оперативного вмешательства с помощью биоактивных (обычно антимикробных) шовных материалов, обладающих антимикробной активностью и способностью стимулировать репаративные процессы. Однако побочным действием многих из них является высокая частота аллергических реакций вплоть до анафилактического шока, риск возникновения таких осложнений, как гемолитическая анемия, тромбоцитопения, нейтропения, эозинофилия; вторичные инфекции резистентными бактериями. В ряде случаев противопоказанием к их применению могут служить печеночная недостаточность, беременность, кормление грудью, детский возраст. Немаловажным фактом остается и довольно дорогостоящее сырье для их производства.

**Целью исследования** является создание шовного материала, обладающего антимикробной активностью и способностью стимулировать репаративные процессы при гепаторафии.

**Материал и методы исследования.** Нами разработан «Способ биологической активизации шовных материалов для гепаторафии» патент на изобретение №2380119 от 27.01.2009 г. Способ заключается в том, что стерильный рассасывающийся шовный материал, используемый для гепаторафии при повреждениях и резекциях печени, на 72 часа перед непосредственным применением помещают в банку с 15 %-м спиртовым раствором прополиса и закрывают притертой крышкой. Извлеченный из раствора прополиса материал подсушивается на воздухе и помещается в раствор капрофера перед непосредственным применением по назначению.

Нами в экспериментальных условиях на базе операционного блока кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии Даггосмедакадемии, с соблюдением всех правил и международных правовых соглашений о гуманном отношении к подопытным животным были выполнены экспериментальные исследования на 60 белых крысах (4 серии по 15 животных в каждой) и 20 беспородистых собаках обоего пола (4 серии по 5 животных в каждой), а после получения положительных результатов проведена клиническая апробация шовного

материала подвергнутого воздействию по разработанному нами способу биоактивизации на 10 больных при операциях на печени.

Во всех четырех сериях экспериментов после моделирования колото-резаных ран осуществляли гемостаз путем наложения гемостатических швов. В первой серии в качестве шовного материала использовался викрил, а во второй серии кетгут. В обоих сериях нити викрила и кетгута предварительно подвергали обработке по предложенному нами способу биологической активизации шовных материалов.

В качестве контрольных были выполнены третья и четвертая серии экспериментов, при которых гепаторафию производили, используя викрил и кетгут без какой-либо обработки. Животные выводились из эксперимента через две недели после операции.

Во время вскрытия оценивали патоморфологические изменения в паренхиме органа на месте наложения швов, биоактивность и биорезистентность биологически активизированного шовного материала в сравнительном аспекте контрольными нитями викрила и кетгута без обработки. Для гистологического исследования кусочки ткани печени фиксировали в 10 %-м растворе нейтрального формалина, заливали в парафиновые блоки, далее использовали метод световой микроскопии стекол с парафиновыми срезами, окрашенных гематоксилилином и пикрофуксином по Ван-Гизону.

**Результаты исследования.** Наилучшие показатели биологической активности в плане бактерицидного воздействия и сокращения сроков регенерации, а также биорезистентности с окружающими тканями и малой частотой осложнений в виде нагноения или аллергических проявлений показал шовный материал викрил, обработанный 15 %-м спиртовым раствором прополиса и раствором капрофера.

Биологическая активность шовного материала при гепаторафии проявляется за счет влияния таких активных биокомпонентов, как 15 %-й раствор прополиса и препарата капрофер (состоит из карбонильного комплекса треххлористого железа и эпсилонаминкапроновой кислоты), обладающих антисептическими, противовоспалительными, антиоксидантными, противоотечными и гемостатическими свойствами.

Прополис и капрофер, обладая бактерицидными и бактериостатическими свойствами, способны подавлять активность и уничтожать широкий спектр микроорганизмов, вирусов, простейших и грибков, что ускоряет регенераторные процессы и способствует образованию нежного соединительно-тканного рубца. Изучение процессов репара-

ции в сравнительном аспекте с контрольными наблюдениями показало, что биоактивизированный шовный материал, не изменяя характера заживления, ускоряет его темп. Это объясняется биологическими особенностями препаратов, которыми он обработан, обладающих ингибирующим влиянием на местный тканевой фибринолиз. Они и обусловливают меньшую выраженность по сравнению с контрольными наблюдениями, эксудативного компонента воспалительного процесса в соединительно-тканной основе ран печени. Их антиоксидантные свойства оказывают стимулирующее противовоспалительное и гепатозащитное влияние, с улучшением местной микроциркуляции и ускоренным восстановлением функции гепатоцитов. Капрофер оказывает гемостатическое действие, путем коагуляции белка образует кровяной сгусток в точках прокола, что предупреждает кровоподтеки при гепаторафии. Сочетание адгезивных качеств «природного клея» - прополиса и фармпрепарата капрофера повышает устойчивость покрытия нитей к сдирающим нагрузкам, смягчает «эффект пилы» и пролонгирует антимикробное воздействие при получении хирургических шовных материалов с антимикробным покрытием.

## ***МИКРОБИОЛОГИЯ***

## АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ШТАММОВ СИНЕГНОЙНОЙ ПАЛОЧКИ, ВЫДЕЛЕННЫХ У ПАЦИЕНТОВ ОЖОГОВОГО ОТДЕЛЕНИЯ РКБ

Магомедов М.-Р.Н., студент4 курса лечебного факультета

*Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии ДГМА*
*Научный руководитель: к.м.н., доц. Саидов М.С.*

**Актуальность.** Наиболее частыми причинами гнойных осложнений у ожоговых больных являются стафилококк, синегнойная палочка. Синегнойную палочку (Pseudomonas aeruginosa) отношение к «проблемным» условно-патогенным микроорганизмам. Установлено, что около 5-10% здоровых людей и до 70% пациентов, находящихся на стационарном лечении, являются носителями штаммов P. aeruginosa (Зверев В.В., Бойченко М.Н., 2010). Вирулентность синегнойной палочки возрастает после пассажа через организм больного человека, в связи с чем возрастает роль как одного и из главных возбудителей внутрибольничных инфекций. В настоящее время наиболее эффективными антибиотиками при лечении

синегнойной инфекции являются некоторые цефалоспорины (цефтазидин, цефепим), капбапенемы (меропенем, имипенем), аминогликозиды (амикацин, гентамицин), фторхинолоны.

**Цель** нашего исследования - изучить чувствительность к антибиотикам штаммов P. aeruginosa , выделенных у больного ожогового отделения Республиканской клинической больницы.

**Материалы и методы.** Было проведено бактериологическое исследование гноя, отделяемого с ожоговой поверхности пациентов, находящихся на стационарном лечении в ожоговом отделении РКБ. Всего было выделено 70 штаммов P.aeruginosa. Определение чувствительности к антибиотикам производили диско-диффузионным методом на агаре АГВ.

**Результаты.** Наиболее высокую чувствительность отмечали к фторхинолонам: ципрофлоксацину - 81,8%, норфлоксацину-80,6%, офлоксацину-63,6%, несколько меньшую- к аминогликозидам: к амикацину- 60%, тобрамицину-52,9%, а чувствительность к такому часто называемому антибиотику с «антисинегнойной» направленностью, как гентамицин, всего-10,4%. Получение разной чувствительности возбудителя к препаратам группы аминогликозидов можно объяснить тем, что неккоторые клинические штаммы микроорганизмов формируют неполную перекрестную изменчивость, в связи с чем гентамицинустойчивые синегнойные палочки сохраняют чувствительность к амикацину. Чувствительность к цефтазидиму была 44,1%, такие антибиотики, как карбеницилин, пиперациллин были чувствительны, соответственно, в 19,4 и 36,4% случаев. 100% резистентность отмечали к таким препаратам, как ампициллин, оксациллин, цефазолин, цефалексин, фузидин. Отметим, что у 12 больных (17,1%) выделенные культуры были устойчивы к 9 и более антибиотикам, применявшимся при исследовании, что позволяет подозревать, в данном случае, наличие госпитальных штаммов P.aeruginosa.

**Вывод.** Из полученных результатов следует, что выделенные культуры чувствительны к фторхинолонам- ципрофлоксацину (81,8%), норлоксацину ( 80,6%) аминогликозиду-амикацину (60%), что необходимо учесть при антибактериальной терапии соответствующих больных.

# АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ В КИЗЛЯРСКОМ РАЙОНЕ ДАГЕСТАНЕ

Махмудова М.М., врач-бактериолог, Саидова З.М.*, ассистент

*Бактериологическая лаборатория Кизлярской центральной городской больницы, г. Кизляр*
*Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии ДГМА*
*Научный руководитель: к.м.н., доц. Саидов М.С.*

**Актуальность.** Внебольничная пневмония относится к наиболее распространенным острым инфекционным заболеваниям. Этиология внебольничных пневмоний непосредственно связана с нормальной микрофлорой, колонизирующей верхние отделы дыхательных путей . Из большого количества бактерий, лишь некоторые способны при попадании в нижние отделы дыхательных путей вызвать пневмонию. В этиологии внебольничных пневмоний важную роль играют такие бактерии как S. pneumoniae, H. Influenzae, S. aureus, K. Pneumoniae и др. (Яковлев В.П., Яковлева С.В., 2003; Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Яковлев С.В. и др., 2003)

При диагнозе «пневмония» клиницисты назначают антибактериальную терапию на эмпирической основе, не дожидаясь результатов бактериологического исследования. В амбулаторной практике предпочтение следует отдавать назначению антибактериальных препаратов внутрь. S. pneumoniae характеризуется высокой природной чувствительностью к беталактамным антибиотикам, макролидам, тетрациклинам, фторхинолонам и др. Препаратами выбора являются пероральные пенициллины с ингибиторами беталактамаз, в частности амоксиклав, цефалоспорины II поколения, к альтернативной группе относятся макролиды и антибиотики группы тетрациклинов.

S. aureus – значение этого возбудителя в этиологии пневмоний возрастает у лиц пожилого возраста, а также при состояниях приводящих к иммунодефицитам. Препаратами выбора при стафилококковых пневмониях являются оксациллин, амоксициллин – клавуланат, цефалоспорины, фторхинолоны. (Чучалин А.Г., Синопальников А.И. и др. 2003).

Одним из принципов выбора антимикробного препарата является учет региональных особенностей антибиотикорезистентности наиболее актуальных возбудителей данной инфекции.

**Цель:** изучение антибиотикорезистентности основных возбудите-

лей внебольничных пневмоний.

**Материалы и методы исследования**. В бактериологической лаборатории ЦГБ г. Кизляра в течение 2013-14 г.г. проведено бактериологическое исследование мокроты от 103 больных с диагнозом «пневмония». В качестве материала для исследования использовались свободно отхаркиваемая мокрота. Забор материала проводили, как правило, до начала антибактериальной терапии. Посев производили на кровяной агар, ЖСА, среду Эндо, Сабуро. Бактериологическое исследование проводили согласно действующей ныне приказа МЗ СССР №535 от 22 апреля 1985 г «Об унификации микробиологических (бактериологических) методов исследования, применяемых в клинико-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений».

Чувствительность к антибиотиками производили диско-диффузионным методом с использованием стандартных дисков.

**Результаты.** Полученные результаты показали, что S. epidermidis был выделен у 31 больного (30,1%), S. aureus - у 23 (22,3%), S. pneumoniae- у 32 (31,1%), K. pneumoniae у 7 (6,8%), E.coli у 7 (6,8%), Proteus spp у 3(2,9%).

По данным большинства исследователей (Яковлев В.П., Яковлев С.В., 2003; Дворецкий Л.И., Данилина В.А., 2004 и др.) выделение S. epidermidis скорее свидетельствует о контаминации мокроты микрофлорой верхних дыхательных путей, а не этиологической значимости этого возбудителя в развитии пневмонии. С учетом этого, полученные результаты свидетельствуют о ведущем значении таких возбудителей как . S. pneumoniae, S. aureus.

Результаты определения чувствительности к S. pneumoniae к антибиотикам показали, что наиболее высокая резистентность отмечалась к таким антибиотикам как бензилпенициллин (79,3%), оксациллин (74,4%), ампициллин (53,3%), цефазолин (46,6%), цефатоксим (40,7%). Более низкая резистентность отмечалась к таким антибиотикам, как азитромицин (29,6%), ципрофлоксацин (11,0%).

Резистентность к S. aureus была наиболее высокой у бензилпенициллина (69,0%), ампициллина (53,0%), цефазолина (40,0%). Устойчивость к азитромицину (33,4%), доксициклину (31,8%), рифампицину (27,8%). Низкая резистентность отмечалась к таким антибиотикам как цефотаксим (16,7%), гентамицин (11,0%). Наиболее высокая чувствительность, равная (100%) отмечалась у штаммов S. aureus к ципрофлоксацину.

**Выводы:** Полученные результаты свидетельствуют о важной роли S. pneumoniae, S. aureus в этиологии внебольничных пневмоний в Кизлярском районе Дагестане. Региональные результаты определения чувствительности к антибиотикам могут быть использованы при организации антибиотикотерапии внебольничных пневмоний.

## ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ ГОСПИТАЛЬНОЙ СРЕДЫ НА РАЗВИТИЕ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ В РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ СТАЦИОНАРАХ

Моллаева А.М., аспирантка

*Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии ДГМА*
*Научный руководитель: д.б.н., проф. Омарова С.М.*

**Актуальность.** Внутрибольничные инфекции (ВБИ) или инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП) [Г.Г.Онищенко, 2008; О.В.Шеховцова, Е.В.Шаталова, 2012; Ю.С. Светличная с соавт., 2014] продолжают оставаться одними из наиболее частых осложнений у госпитализированных пациентов. Они являются четвертой по частоте причиной летальности после болезней сердечно-сосудистой системы, злокачественных опухолей и инсультов.

Основными стационарами риска для развития внутрибольничных инфекций, как известно, являются хирургические и родовспомогательные клиники. Серьезную опасность с точки зрения инфицирования и возникновения ВБИ представляют родовспомогательные учреждения, в которых из-за высокой восприимчивости и ослабленности организма матерей и новорожденных возникают различные нозологические формы гнойно-воспалительных и гнойно-септических осложнений, уровень которых у родильниц, например, колеблется от 4,6 до 11,9%.

Анатомо-физиологические особенности, сниженная иммунная реактивность способствуют высокой восприимчивости новорожденных к гнойно-воспалительным заболеваниям (ГВЗ). Инфицирование может наступить как во внутриутробном периоде, так и сразу после рождения. В настоящее время перинатальная инфекционно-воспалительная патология (ИВП) объединяющая большую группу разнообразных нозологических форм, занимает около 25-30% в структуре ГВЗ новорожденных, и эта доля продолжает увеличиваться.

**Цель:** изучить санитарно-микробиологическое состояние воздушной среды акушерского стационара, как фактора развития внутрибольничного инфицирования среди пациентов родовспомогательных учреждений.

**Материалы и методы исследования.** Для решения поставленной цели был использован бактериологический метод (согласно Приказу МЗ РФ № 691 от 28.12.1989г). «О профилактике ВБИ в акушерском стационаре» и приказом № 345 МЗ РФ от 26.11.1997 «О совершенствовании мероприятий по профилактике ВБИ в акушерских стационарах», Санитарно-Эпидемиологических правил и нормативов «СанПиН 2.1.3.2630-10» Утвержденных постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от «18» мая 2010 № 58.

Исследование микрофлоры воздушной среды проводили седиментационным и аспирационным методами с использованием аппарата Кротова. Аспирационный метод Кротова является более точным количественным методом определения микробного числа воздуха с помощью специального прибора. Для подсчета КОЕ микроорганизмов в работе использовали чашки Петри с сухим питательным агаром (СПА). На аппарате устанавливали отметку в 2,5 л/мин и пропускали 100 литров воздуха в течение 4 минут. Для определения стафилококковой обсемененности использовали чашки Петри с желточно-солевым агаром (ЖСА) для этого, на отметке в 2,5 л/мин в течение 10 минут пропускали соответственно 250 литров воздуха.

**Результаты исследования.** Состояние внутрибольничной среды в значительной мере определяет вероятность развития ВБИ. Регулярные санитарно-микробиологические исследования проб, взятых с предметов окружающей среды и воздуха с целью определения бактериальной обсемененности стационара достаточно информативны для предупреждения развития ВБИ. Источником циркуляции и распространения условно-патогенных микроорганизмов (УПМ), потенциальных возбудителей ВБИ, в клинике могут быть и больные, носители и медицинский персонал. Известно, что высокая устойчивость УПМ в окружающей среде предполагает как воздушно-капельный, так и контактно-бытовой пути передачи микроорганизмов, представляя опасность для пациентов с ослабленной иммунной системой. В связи с этим на первом этапе настоящего исследования была определена микрофлора воздуха для подтверждения внутрибольничного характера ИВП.

Всего изучено 57 образцов смывов с различных объектов ОРИТ и

проб воздуха, проведены 3-х кратные исследования, изучены характеристики выделенных микроорганизмов, как возможных возбудителей ИВП.

В соответствии с приказом МЗ РФ № 691 от 28.12.1989г. «О профилактике ВБИ в акушерском стационаре» и приказом №345 МЗ РФ от 26.11.1997 «О совершенствовании мероприятий по профилактике ВБИ в акушерских стационарах», санитарно-гигиенический фон стационара определяется обсемененностью воздуха и объектов внешней среды (поверхностей оборудования, инвентаря, изделий медицинского назначения, а также рук персонала и родильниц) санитарно-показательными микроорганизмами, включая стафилококки (воздушная среда стационара оценивается по содержанию *S.aureus* на 1 $м^3$ воздуха, смывы с объектов окружающей среды регламентируются содержанием стафилококков на площади размером 10 $см^2$).

В серии 3-х кратных исследований проведен качественный и количественный (КОЕ) анализ бактериальной обсемененности воздушной среды ОРИТ родильного дома РКБ. Изучено 36 проб воздуха седиментационным методом, с использованием аппарата Кротова. Результаты исследований показали, что санитарное состояние помещений удовлетворительное, микробное число не превышает допустимые нормы. Санитарно-показательные микроорганизмы высевались в единичных случаях.

Установлено, что в 14 случаях пробы (38,8±2,2%) оказались положительными. Из них в 9 случаях (64,3±2,7%) высеивалась грамположительная микрофлора. Грамотрицательные бактерии выделили в 5 (35,7±2,3%) случаях.

Доминирующей микрофлорой воздуха в ОРИТ являлись грамположительные микроорганизмы. В результате, выделено Гр+ бактерий - 64,3 ±2,7% и Гр- бактерий в 35,7±1,3% случаях.

В процессе изучения состояния воздушной среды вычисляли общее микробное число (ОМЧ). Исследования проводили как до начала, так и в процессе работы ОРИТ родильного дома РКБ. Так, в родильном зале КОЕ до начала работы составляло 65-80 мкл/мл, а во время работы замеры показали следующие значения – 100 -150мкл/мл, что является относительной нормой для этих помещений. Что же касается процедурных, перевязочных, палат ОРИТ, детских палат, комнат для сбора и пастеризации молока КОЕ составляло в среднем, до начала работы 120-150 мкл/мл, а во время работы около 230 -350мкл/мл, что также является нормой бактериальной обсемененности воздуха для акушерских стационаров.

**Выводы.** В результате проведенных исследований установлен микробиологический пейзаж воздушной среды ОРИТ родильного дома и определено количество КОЕ/мл, установлена относительная норма показателей на момент проведения настоящих исследований, что исключает внутрибольничный характер ИВП у обследованных.

## УРОВЕНЬ АКТИВНОСТИ ЛИЗОЦИМА В СЛЮНЕ И СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ

Сайпудинова К., студентка 2 курса лечебного факультета

*Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии ДГМА*
*Научный руководитель: к.м.н., доц. Саидова Б.М.*

Лизоцим – фермент мурамидаза, гидролизующий связь между N - ацетилмурамовой кислотой и N – ацетилглюкозамином, содержащихся в клеточной стенке некоторых микроорганизмов. Лизоцим секретируется макрофагами, нейтрофилами, хрящевой тканью, клетками синовиальных оболочек, слюнными и молочными железами.

Особенно много лизоцима в слюне у животных и человека. Этим объясняется относительно быстрая заживляемость ран и царапин в ротовой полости.

Описаны и другие механизмы бактерицидного действия лизоцима в отношении бактерий – индуцированная лизоцимом активация эндогенного фермента. Лизоцим способствует агрегации бактерий и элиминации их из полости рта. У лизоцима имеются небольшие С – концевые амфифильные последовательности, придающие ему антибактериальные свойства (Царев В.Н., 2013, Сбойчаков В.Б., 2013 и др.). В то же время мало работ, изучающих роль лизоцима в местном иммунитете при вирусных инфекциях.

В связи с этим **целью** нашей работы было изучить уровень активности лизоцима в слюне и сыворотке крови у больных вирусными гепатитами А, В и С.

**Материал и методы исследования.** Нами было изучено уровень активности лизоцима в слюне и крови у больных вирусными гепатитами А, В и С. В качестве контрольной группы была обследована группа здоровых лиц (доноров) – 20 человек.

Определение уровня активности лизоцима проводили нефелометрическим методом (Дорофейчук В.Г., 1965).

Полученные результаты представлены в табл. 1.

Таблица 1

***Уровень активности лизоцима в слюне и сыворотке крови у больных вирусными гепатитами А, В и С и здоровых лиц***

| Группа обследованных | Количество обследованных n | Активность лизоцима в % | |
|---|---|---|---|
| | | В крови | В слюне |
| 1. Вирусные гепатиты, в т.ч. | 30 | | |
| А | 10 | 15,9±3,2 | 27,0±5,8 |
| В | 10 | 13,2±3,0 | 23,9±4,6 |
| С | 10 | 13,9±2,2 | 25,4±3,2 |
| 2. Контрольная группа | 20 | 12,5±1,6 | 21,5±2,3 |

Полученные результаты показывают, что уровень активности лизоцима в сыворотке крови и в слюне у больных вирусными гепатитами А,В и С колеблется от 13,2% до 15,9%, в слюне – от 23,9% до 27, 0%. Статистически значимой разницы между показателями больных с гепатитами А,В и С между собой, а также с уровнем активности показателя у здоровых лиц, не получено (P>0,05).

**Вывод.** Между показателями уровня активности лизоцима у больных с вирусными гепатитами и у здоровых лиц не получено статистически значимой разницы, что ставит под сомнение его роль в местном иммунитете при вирусных гепатитах А, В и С.

## ***МЕДИЦИНСКАЯ БИОЛОГИЯ***

## ПАРАЗИТО-ХОЗЯИННЫЕ ОТНОШЕНИЯ ПРИ МИКСТИНВАЗИИ СОБАК TOXASCARISLEONINA (LINSTOW, 1902) LEIPER, 1907, TOXOCARACANIS (WERNER, 1782) STILES, 1905, И ECHINOCOCCUSGRANULOSUS (BATSCH, 1786) RUD., 1801

Магомедова М.Г., студентка 1 курса лечебного факультета,
Трунова С.А., ассистент

*Кафедра медицинской биологии ДГМА*
*Научный руководитель: к.б.н., Трунова С.А.*

**Актуальность.** Паразито-хозяинные отношения – сложное, антагонистическое биологическое явление, эволюционно сложившееся между живыми существами и по возрасту равное возрасту жизни на земле. Они осуществляются на организменном и клеточно-гуморальном уровнях. Организм хозяина отвечает на внедрение паразита сенсибилизацией, эозинофилией, обильным выделением слизи, лихорадкой, а паразит дейст-

вует токсинами, метаболитами, секретами специальных желез, высокой численностью (интенсивностью инвазии). Чем больше интенсивность инвазии, тем выше патогенное влияние гельминта на организм хозяина. Паразито-хозяинные отношения обусловлены, прежде всего, резистентностью организма хозяина и вирулентностью гельминта.

Метаболиты гельминтов, поступая в организм хозяина, влияют на количественный и качественный составы крови, степень отклонения которых находится в тесной взаимосвязи с уровнем интоксикации и сенсибилизации организма хозяина.

При гельминтозах в крови, во внутренних органах, в желудочно-кишечном соке появляется избирательная ферментативная активность трех типов: а) повышение активности постоянно присутствующих ферментов в крови, моче, кале, которые обусловлены наследственностью, токсическими и алиментарными ферментопатиями; б) повышение содержания этих ферментов, обусловленное нарушением внутриклеточной организации ферментов и патологической проницаемостью гистогематологических барьеров; в) появление в крови, кале, моче ферментов, которые отсутствуют в здоровом организме, что связано также с нарушением проницаемости гистологических барьеров, либо адаптивным синтезом защитных ферментов.

При моноинвазиях и микстинвазияхпаразито-хозяинные отношения будут в разной степени напряженности.

Взаимоотношения между гельминтом и хозяином будут проявляться по-разному при разных показателях интенсивности инвазии и в зависимости от локализации ее в органах и тканях. Результатом паразито-хозяинных отношений являются изменения количественного и качественного составов микрофлоры кишечника, печени, легких, а также физиологических механизмов их функционирования .

**Цель.** Работа преследовала цель изучить паразито-хозяинные отношения при микстинвазиях собак в равнинном поясе Дагестана.

**Материал и методы исследования.** Исследования проведены в 2014-2015гг., где проводили комплексное паразитологическое обследование собак. Объектом исследования были беспородные, бродячие собаки, разного возраста и пола. Динамику паразитно-хозяйнных отношений при микстинвазиях T. canis, T. leonina, E. granulosus изучали в опытах на территории ветеринарной клиники факультета ветмедицины ФГОУ ВПО «Дагестанская государственная сельскохозяйственная академия».

**Результаты исследования.** Анализ материалов наших исследований показывает, что при одновременном инвазировании собак тремя и более видами гельминтов паразито-хозяинные отношения развиваются при сложном конгломерате патогенных факторов – механического, токсического, инокуляторного и аллергического, когда организм хозяина должен бороться со многими метаболитами, токсинами разного генетического происхождения.

Мы часто регистрировали микстинвазиитоксокар, токсаскарисов и эхинококков.

Особенно тяжело переболевают при микстинвазиитоксокар, T. leonina, T. canis и E. granulosus щенки и молодняк от 6 месяцев до года. За тремя такими больными собаками мы вели наблюдения в течение 90 дней. Клинические наблюдения и гематологические исследования за больными микстинвазией – токсокарозом, токсаскариозом, эхинококкозом проводили на 15, 30, 60, 90 дни. После всех трех больных ассоциированной формой гельминтозов подвергли дегельминтизации азиноксом-плюс, в дозе 1 таблетка на 10 кг массы тела, и провели гематологические исследования на 30, 60, 90, 120 дни.

У таких больных отмечаются сильное угнетение общего состояния, вялость, потеря аппетита, истощение, слабость, бледность слизистых оболочек, взвизгивания, боли в животе, отставание в росте и развитии (в живой массе они на 3-4 кг меньше, чем их здоровые сверстники). Такие больные часто лежат, они вялые, плохо реагируют на окружающее, часто поносят, их каловые массы с прожилками крови и с имаго T. leonina, T. canis и E. granulosus.

Диагноз у таких больных нами установлен по клиническим признакам, лабораторным исследованиям, и обнаружению в фекалиях яиц токсокар, токсаскарисов и яиц эхинококков, а также с учетом эпизоотологических данных. Исследования нами проведены осенью, в период интенсивного заражения собак этими гельминтами.

У больных при микстинвазиитоксокар, T. leonina, T. canis и E. granulosus наблюдалось изменения морфологических показателей крови.

В морфологических показателях крови собак, инвазированных спонтанно микстинвазиямитоксокар, T. leonina, T. canis и E. granulosus, на 15, 30, 60, 90 сутки наблюдений концентрация гемоглобина уменьшилась соответственно на 22,4-28,7-29,9-28,7%, эритроцитов – на 12,2-12,3-15,4-14,8%, число лейкоцитов увеличилось в 2-2,3-17,-1,8 раза по сравнению с показателями у здоровых животных .

Характерные изменения отмечаются в показателях лейкоцитарной формулы. Так, у больных собак увеличилось содержание палочкоядерных нейтрофилов (в 2,3-2,6 раза), эозинофилов (в 2,1-2,7-2,9-3,1 раза), лимфоцитов (на 16,3-17,4-18,1-17,1%), но уменьшилось число сегментоядерных нейтрофилов (на 20,0-23,6-23,8-22,9%). В крови больных всегда присутствуют юные нейтрофилы, их число колебалось в пределах 0,8+0,01 – 1,4+0,08%.

После дегельминтизации азиноксом-плюс, двукратно с интервалом 24 часа, у переболевших собак гематологические показатели постепенно улучшились. Тем не менее, на 120 сутки после лечения у переболевших собак морфологические показатели крови все еще отличались ($P<0,05$) от таковых у интактных здоровых животных.

Указанное свидетельствует о глубоких патологических изменениях не только в кишечнике, но и в целом организме больных собак при микстинвазииT. leonina, T. canis и E. granulosus, что даже по истечении 120 дней морфологические показатели крови не восстанавливаются до параметров у интактных животных.

**Выводы.** Таким образом, при микстинвазии собак T. leonina, T. canis и E. granulosus паразито-хозяинные отношения развиваются более антагонистично и злокачественно, что, бесспорно, наблюдается по клиническому проявлению болезни, морфологическим изменениям крови, которые даже через 120 дней после изгнания гельминтов из организма больных собак не восстанавливаются до нормы физиологических показателей.

## ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ЛИЧИНОЧНОГО ЭХИНОКОККОЗА И ТЕНУИКОЛЬНОГО ЦИСТИЦЕРКОЗА ДОМАШНИХ ЖВАЧНЫХ В ДАГЕСТАНЕ

Атаева С.Т., студентка 1 курса лечебного факультета,
Трунова С.А., ассистент

*Кафедра медицинской биологии ДГМА*
*Научный руководитель: к.б.н., Трунова С.А.*

**Актуальность.** Эхинококкоз личиночный, является одним из наиболее социально опасных антропозоонозных гельминтозов, где источник инвазии (окончательные хозяева) собаки, особенно бродячие и приотарные, а также волк, шакал, койот, динго, редко лиса, кошка. Личинка (пу-

зырчатая стадия), паразитирует у домашних диких животных и человека (промежуточные хозяева). Животные заряжаются через корм, воду, загрязненные яйцами Echinococcus granulosus, человек – через плохо мытые овощи, фрукты, зелень и грязные руки, обсемененные также яйцами этой цестоды. Пузырчатая стадия эхинококкуса локализуется во всех внутренних органах, но чаще в легких и печени.

Проблемы эхинококкоза животных в разные годы в Дагестане изучали Г.С. Ярулин (1953), В.М. Шамхалов (1988), А.М. Атаев (2013).

Тенуикольный цистицеркоз широко распространенный среди домашних жвачных цестодоз, характеризующийся поражением брюшной полости (серозные покровы, поверхность кишечника, сальника, печени, селезенки). Больные животные, как отмечает М.Ш. Акбаев, Ф.И. Василевич и др. (2008), сильно истощаются. Источник инвазии тенуикольного цистицеркоза также собаки.

Личиночные эхинококкоз и тенуикольный цистицеркоз наносят большой экономический ущерб животноводству, а прежде всего здоровью человека, при котором лечение только хирургическое.

Эти два личиночных цестодоза требуют постоянного эпидемиологического, эпизоотологического мониторинга ситуации и организации рациональной комплексной борьбы с ними, усилиями медицинской и ветеринарной служб.

По данным В.М. Шамхалова (1988), А.М. Атаева (2013) зараженность домашних жвачных личиночным эхинококкозом колеблется 19,0-33,0%, соответственно тенуикольным цистицеркозом 15,0-18,0.

**Цель:** изучение заряженности внутренних органов личиночным эхинококкозом и тенуикольным цистицеркозом на убойных пунктах и рынке №2 г.Махачкала.

**Материал и методы исследования.** Исследования проведены в 2014-2015гг. на рынках и убойных пунктах г.Махачкала. Клиническому осмотру и частично вскрытию подвергнуты органы грудной, брюшной полостей. С сентября 2014г., по март 2015г. исследовано всего 250 комплектов легких и сердец овец, 150 крупного рогатого скота, по 250 печени, селезенки, почек, серозные покровы, сальник, кишечник овец и по 100 от крупного рогатого скота. Выясняли место локализации пузыря эхинококкуса, тенуикольного цистицерка, количество, размер.

В работе использованы метод неполного гельминтологического вскрытия по академику К.И.Скрябину (1928) и клинического, послеубойного осмотра туш и органов, принятых в ветеринарии и гельминтологии.

**Результаты исследования.** Собранный материал показал, что домашние жвачные заражены личиночным эхинококкозом, тенуикольным цистицеркозом. Бесспорно более объективные данные по этим гельминтозам собранные на убойных пунктах, чем материалы из рынка №2, г.Махачкалы. Выбраковка и зачистка органов от пузырей эхино-коккуса и тенуикольного цистицерка производится в местах убоя скота, соответственно на рынок №2 поступают внутренние органы не пораженные этими личинками. На рынке мы регистрировали случайно незамеченные личинки или экземпляры эхинококкусов, локализованные в глубоких слоях паренхимы печени и легких, а также маленькие по размерам.

Нами обнаружены личинки эхинококкуса размерами в диаметре от 1 до 4 см, в количестве от 1 до 17 экземпляров, соответственно тенуикольный цистицерк от 1 до 2 см, от 1 до 8 экземпляров.

Легкие овец поражены личинками эхинококкуса 11,4% (26 из 250 исследованных), соответственно печень 11,5% (23 из 200), селезенка 2,0% (4 из 200), почки 1,0% (2 из 200). Легкие крупного (рогатого скота заражены личинками эхинококкуса 4,0 (6 из 150), печень 5,0% (5 из 100). Одновременно печень и легкие овец поражены 5,2% (13 из 150), крупного рогатого скота 3,0 (3 из 100). У овец сердце и крупного рогатого скота селезенка, почки, сердце не заражены личинками эхинококкуса.

Тенуикольный цистицерк зарегистрирован у овец на сальнике 10,0% (20 из 200), на кишечнике 8,0% (16 из 200), серозные покровы 5,0%(10 из 200), соответственно у крупного рогатого скота на сальнике 6,0%(6 из 100), кишечнике 3,0% (3 из 100).

Зараженность овец личинками эхинококкуса, которые содержались в равнинном поясе достигает 24,8% тенуикольным цистицерком - 13,0%, соответственно в предгорном 11,5 и 6,5%, в горном 4,5 и 2,5%.

В легких овец эхинококковые пузыри расположены под капсулой в 26 случаях из 57 (45,6%), глубоко в паренхиме в 31 регистрация (54,4%) соответственно в печени 43,6% и 56,6%. У крупного рогатого скота эхинококковые пузыри во всех регистрациях расположены под капсулой печени и легких.

Все обнаруженные у крупного рогатого скота 32 экземпляра эхинококковых пузырей (24 регистрации) без сколексов, т.е. ацефалоцисты, на что указывают В.М. Шамхалов (1988), А.С. Бессонов (2007), соответственно у овец 147 экземпляра со сколексами.

**Выводы.**

1. Овцы поступающие на убойные пункты г. Махачкала заражены личинками эхинококкуса до 12%, крупный рогатый скот до 7%.

2. На убойных пунктах следует качественно проводить ветеринарно-санитарный контроль внутренних органов и пораженные пузырями кусочки органов утилизировать сжиганием.

## ***БИОЛОГИЧЕСКАЯ ХИМИЯ***

## ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ β – ЛИПОПРОТЕИДОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ ДЛЯ КЛИНИКИ

Магомедова П. А., студентка 3 курса лечебного факультета,
Пайзулаева П. Д., студентка 3 курса лечебного факультета,
Магомедова Р. М., студентка 3 курса лечебного факультета

*Кафедра общей и биологической химии ДГМА*
*Научный руководитель: к.б.н., доцент Магомедова М. А.*

**Актуальность.** Заболевания системы кровообращения занимают первое место в структуре инвалидности и смертности и представлены, в основном, ишемической болезнью сердца (ИБС), цереброваскулярной патологией и периферическими сосудистыми заболеваниями. Следствием этих заболеваний является атеросклеротическое поражение сосудистого русла.

Экспериментальные и клинические исследования показали тесную зависимость между нарушениями липидного обмена (дислипидемии) и развитием атеросклероза. Среди населения нашей страны повышение уровня общего холестерина (ОХС) и холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) регистрируется в среднем у 50% лиц трудоспособного возраста.

**Цель:** определение липопротеидов низкой плотности в сыворотке крови

Учитывая вышесказанное, изучение обмена веществ и определение уровня липопротеидов (ЛП), как основных элементов развития атеросклероза сосудистого русла является необходимым лабораторным исследованием при диагностике сосудистых заболеваний. При атеросклеротическом поражении сосудов происходит диспропорция как количественного, так и качественного состава липидного спектра

крови, которое трактуется как явление дислипидемии, характеризующееся нарушением уровня или состава липопротеидов в плазме крови.

Липопротеиды низкой плотности (ЛПНП, бета-липопротеиды, β-ЛП) - представляют собой основной класс липопротеидов, которые, в основном, осуществляют транспорт холестерина, включают в свою структуру, в основном свободный холестерин и в меньшей степени триглицериды. Их синтез происходит в печени, но также они могут формироваться и в плазме крови вследствие расщепления липопротеидов очень низкой плотности.

Содержание β – липопротеидов колеблется в пределах 350-600 мг %.

Основная масса липидов находиться в крови не в свободном состоянии, а в составе белково-липидных комплексов хиломикроны, λ - липопротеиды и β – липопротеиды.

β – липопротеиды содержат меньше белка и значительное количество липидов – до 95 % от всей относительной молекулярной массы и низкую относительную плотность ( 1,01 – 1,06 З)

**Материалы и методы исследования.** Методика определения β – липопротеидов низкой плотности. В основу метода исследования положена способность β – липопротеидов осаждаться в присутствии хлорида кальция и гепарина. Гепарин способен образовывать с β – липопротеидами комплекс, который под действием хлорида кальция выпадает в осадок. Для проведения расчета вычисляют разность оптической плотности раствора до введения гепарина и после добавления гепарина и умножали на 1000.

В пробирку вносят 2 мл 0,27 раствора CaCI2 и 0,2 мл сыворотки крови перемешивают. Определяют оптическую плотность раствора при красном светофильтре. Раствор из кюветы переливают в пробирку, добавляют микропипеткой гепарин 0,04 мл и перемешивают. Точно через 4 минуты снова определяют оптическую плотность раствора в тех же условиях. Расчет проводили следующим образом: вычисляли разность оптической плотности и умножали его на 1000- коэффициент эмпирический , предложен Ледвиной, так как построение калибровочной кривой сопряжено с рядом трудностей.

Нами проводилось исследование β – липопротеидов (ЛПНП) у 24 человек. Из них 12 мужчин и 12 женщин. Средний возраст которых колеблется от 17-39 лет.

Сельских жителей – 17; городских – 7.

**Результаты исследования и выводы.** У жителей села было обнаружено высокое содержание β – липопротеидов относительно городских жителей.

Видимо, это было обусловлено рационом питания с преимущественным содержание животных жиров.

Существенной разницы между содержанием β – липопротеидов в мужской и женской популяции обнаружено не было. Была обнаружена незначительная разница в содержании β – липопротеидов по возрастному критерию. Чем моложе обследуемый тем ниже показатель.

Видимо, это связано с возрастными изменениями сосудов. Так как именно при атеросклеротическом поражении сосудов наблюдается изменения уровня и состава липопротеидов в плазме крови.

## КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ

Мустапаева З. С., студентка 5 курса педиатрического факультета,
Савзиханова Э. Б., студентка 5 курса педиатрического факультета,
Мехдиева М. М., студентка 2 курса лечебного факультета

*Кафедра общей и биологической химии ДГМА*
*Научный руководитель: к.б.н. доцент Магомедова М. А.*

**Актуальность.** Распространенность нарушений пуринового обмена в последние десятилетия значительно возросла и регистрируется у 5–20% обследованных. В то же время, лишь у 10–20% из этой группы обнаруживают клинически выраженные проявления подагры или ее осложнений. В большинстве случаев гиперурикемия протекает бессимптомно.Гиперурикемию рассматривают как один из факторов риска развития артериальной гипертензии, атеросклероза, поражения почек и ряда других заболеваний, что диктует необходимость своевременного распознавания расстройств пуринового обмена. В практической деятельности подобные расстройства остаются, в большинстве случаев, недооцененными. Механизмы развития гиперурикемии при многих заболеваниях остаются недостаточно изученными, вследствие чего возникает необходимость в более детальном обследовании подобных больных.

**Цель:** определение мочевой кислоты в моче. Уровень мочевой кислоты (МК) в крови повышается по двум основным причинам. Выделяют гиперпродукционную гиперурикемию, развивающуюся в результате нарушения синтеза или ускоренного распада пуриновых нуклеотидов. Этот вид гиперурикемии в умеренно выраженной форме

может развиваться при самых разных заболеваниях, наиболее часто он встречается и выявляется в гематологической практике. Уровень МК в крови также повышается из-за замедленного ее выделения почками, приводя к так называемой гипоэкскреторной гиперурикемии. Не исключено, что во многих случаях гиперурикемия формируется при сочетании обоих названных механизмов. Дополнительным фактором, способствующим увеличению общего количества МК в организме, является избыточное употребление в пищу продуктов, богатых пуриновыми соединениями. При употреблении мяса количество мочевой кислоты в моче повышается и понижается при растительной пище.

**Материалы и методы исследования.** Мы проводили качественное и количественное определение мочевой кислоты в группе из 26 человек. Из них – 10 женщин и 16 мужчин. Средний возраст – от35 до 55 лет. Сельских жителей – 16, городских – 10.

Качественный метод определения мочевой кислоты - мурексидная проба. В фарфоровую чашку опускают 2-3 капли испытуемой мочи, смешивают с 2-3 каплями азотной кислоты и высушивают на водяной бане, после чего остается небольшой налет красноватого цвета. На этот налет наносят 1-2 капли аммиака, отчего появляется пурпурно-красное окрашивание (мурексид - пурпуровокислый аммоний), которое становится фиолетовым от добавления одной капли едкой щелочи.

Количественный метод. Этот метод основан на осаждении мочевой кислоты в виде мочекислого аммония, количество которого затем вычисляют по титрованию его раствором марганцовокислого калия.

Необходимые реактивы: 1) 1/500 г сернокислого аммония, насыпанного в литровую колбу, растворяют в 600 мл дистиллированной воды, добавляют смесь из 5 г уксуснокислого урана, растворенного в 100 мл дистиллированной воды и 6 мл крепкой уксусной кислоты, после чего в колбу приливают до метки одного литра дистиллированной воды; 2) крепкая серная кислота (H2S04); 3) 25% нашатырный спирт и 4) 1/50 нормальный раствор марганцовокислого калия.

Методика определения: в пробирку с 8 мл мочи добавляют 2 мл реактива № 1 (раствор сернокислого аммония с ураном), оставляют до образования осадка (72 часа), после этого фильтруют и 7,5 мл фильтрата, что равно 6 мл мочи, наливают в центрифужную пробирку, добавляют 10-15 капель нашатырного спирта (реактив № 3), прикрывают пробкой и оставляют на 10-15 часов. Получается осадок мочевой кислоты в виде мочекислого аммония.

Мочекислый аммоний центрифугируют, жидкость сливают, добавляют снова 6-8 мл реактива № 1, смешивают и вновь центрифугируют, затем жидкость сливают. К полученному осадку приливают 3-5 мл дистиллированной воды, 1 мл серной кислоты (реактив № 2), размешивают стеклянной палочкой и образовавшуюся горячую жидкость титруют 1/50 раствором марганцовокислого калия (реактив № 4) до появления не исчезающего в течение 10 секунд розового окрашивания. Расчет: количество миллилитров раствора марганцовокислого калия, употребленного при титровании, умножают на 1,5, так как 1 мл 1/50 н. раствора марганцовокислого калия соответствует 0,00150 г или 1,5 мг мочевой кислоты.

Получают количество миллиграмм мочевой кислоты в 8 мл испытуемой мочи. Чтобы вычислить количество мочевой кислоты в суточном количестве испытуемой мочи (1500 мл), надо количество миллилитров раствора марганцовокислого калия умножить на 1,5, разделить на количество исследованной мочи (8 мл) и умножить на суточное количество испытуемой мочи (1500 мл).

Определение концентрации мочевой кислоты имеет особое значение для диагностики начальных стадий поражения почек и подагры.

**Результаты и выводы.** Нами было обнаружено высокое содержание мочевой кислоты преимущественно у мужчин. Видимо этим обусловлено то, что мужчины чаще болеют подагрой чем женщины. Кроме этого мы обнаружили повышенное выделение мочевой кислоты с мочой у жителей сельской местности, что обусловлено алиментарным фактором – избыточным потреблением белка, так как мочевая кислота у человека является конечным продуктом обмена пуриновых оснований, входящих в состав сложных белков нуклеопротеидов.

Увеличение содержания мочевой кислоты выявляется при подагре, лейкозах, вирусном гепатите, серповидноклеточной анемии, болезнь Вильсона-Коновалова.

Снижение - при ксантурии, дефиците фолиевой кислоты, свинцовой интоксикации.

## ***БИОФИЗИКА***

# СТАТИСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВСТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Султанова С.М., студентка 1 курса лечебного факультета

*Кафедра биофизики, информатики и медаппаратуры ДГМА*
*Научный руководитель: доц. Магомедов М-Р. М.*

На примере однородной по качественному и количественному признаку выборочно отобранной из совокупности студентов Дагестанской государственной медицинской академии и в рамках учебного стандарта медико-биологической статистики проводятся статистические исследования антропометрических параметров молодежи Дагестана. В данную работу вошли результаты исследования распределения семнадцатилетних студенток (1997 г.р.) по росту. В ходе выполнения данной темы была определена выборка объемом п=112 удовлетворяющая требованиям представительности. Изменения роста производилось в период больших перемен на кафедре биофизики, информатики и медаппаратуры.

Обработка результатов измерений привели к следующим статистическим характеристикам:

a. распределение студенток по росту (рис. 1) подчиняется нормальному закону (закон Гауса);

b. средний рост студенток у = 164 см;

c. среднее квадратическое отклонение распределения $S_y$=12 см*;*

d. размах вариации G=26 см;

e. лимиты распределения $y_{min}$ =150 см *Уmax*=176 см;

f. мода распределения M(X)=165 см.

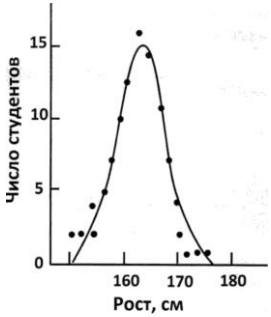


**Рис. 1.** Распределение студенток по росту.

Представленные данные являются результатом пионерских исследований распределения молодежи по росту в Дагестане. Статистические исследования антропометрических и других статистических параметров детей, молодежи будут продолжены.

## *ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА*

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОЗОНИРОВАННОГО ПЕРФТОРАНА ПРИ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ

**(экспериментальное исследование)**

Рагимова Д. Р., студентка 4 курса лечебного факультета

*Кафедра анатомии человека ДГМА[1],*
*ФГУЗ «Дагестанская противочумная станция» Роспотребнадзора[2]*
*Научные руководители: д.м.н., проф. [1]Рагимов Р.М.,*
*к.м.н. [2]Омарова Б.К.*

**Актуальность.** Включение методов озонотерапии способствует более быстрому устранению причин, приводящих к синдрому энтеральной недостаточности при гнойном перитоните (Кудрявцев Б.П. и соавт., 1999), что обусловлено бактерицидным, противовоспалительным, иммуномодулирующим и детоксикационным свойствами озона (Корабельников И.А. и соавт., 1997; Крылов В.Г., 2006; Рябов А.А., 2006, Мохов Е.М. и соавт., 2012). Однако, нестабильность озона в физиологическом растворе и, связанное с ней снижение санирующей способности, ограничивают возможность его применения при распространенных формах перитонита. Озон, как известно, хорошо растворим и стабилен в перфторорганических соединениях (Разумовский С.Д. и Подмастерьев В.В., 2000). Перфторан используется при перитоните для профилактики образования послеоперационных спаек (Ярема И. В. и Магомедов М.А., 2003).

**Поэтому нами была поставлена цель:** сравнить санирующие и противоспаечные эффекты озонированного перфторана и озонированного физиологического раствора при гнойном перитоните.

**Материалы и методы исследования.** Исследование проводилось на половозрелых белых крысах. Нами воспроизводилась модель калового перитонита по С.С. Ременнику (1965) в 2 сериях опытов, после чего животным в брюшную полость инъецировали: в 1-й серии – озонированный перфторан, во 2-й серии – озонированный физиологиче-

ский раствор. Указанные препараты вводили однократно из расчета 2 мл на 100г массы животного.

Озонирование использованных в работе растворов производили на озонаторе «Медозонс – БМ АОТ – Н-01-91» по методу, предложенному Р.М. Рагимовым с соавт. (2012): путём барботирования озонокислородной смесью со скоростью 0,25 л/мин и заданной концентрацией 5000 мкг/л. Концентрацию озона определяли на «Спектрофотометр – НФ 254/1».

Соблюдались требования работы с лабораторными животными, и имелось согласие Этического комитета на проведение данного исследования.

Распределение животных по сериям и их выживаемость представлены в таблице.

Таблица

***Показатели летальности крыс в эксперименте***

| Серии по 25 крыс | Динамика гибели крыс (сутки) | | | | | Пало всего: (%), |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1с | 2с | 3с | 4-7с | 8-14с | |
| 1-я серия | - | 1 | 1 | - | - | 2 (8,0%,); |
| 2-я серия | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 9 (36,0%); |
| $\chi^2$ =4,196; p=0,041 | | | | | | |

Животных выводили из эксперимента на 1, 2, 3, 7 и 14-е сутки под хлороформным наркозом. В работе использован материал от выживших крыс. В динамике эксперимента оценивали микробный пейзаж и характер перитонеальной жидкости с идентификацией её микробного состава, а по титру микробных тел определяли степень контаминации. Микробиологические исследования проведены в ФГУЗ «Дагестанская противочумная станция» Роспотребнадзора с любезного согласия и под руководством зам. директора данного учреждения, к.м.н. Омаровой Б.К.

Статистическая обработка результатов исследования проведена с использованием компьютерной программы «Биостат» (версия 4.03). Применён парный критерий Стьюдента, а для отдельных показателей выборок определены медиана (Ме), 25-й и 75-й процентили (р25, р75); различия между сравниваемыми группами в этом случае определяли по критерию Крускала – Уоллиса. Для анализа таблиц сопряженности применялся критерий Хи ($\chi$) - квадрат.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Для оценки эффектив-

ности методики одним из показателей была выживаемость животных (таблица). Данные по 1-й серии явно отличались в позитивную сторону. Макроскопическая картина брюшины и внутренних органов после введения озонированного перфторана (1-я серия) на всех этапах исследования была существенно лучше, чем во 2-й серии. У 23 (92,0%) крыс 1-й серии распространённый перитонит не развивался, а ограничивался охватом одной или двух областей в нижнем этаже брюшной полости. Только в 2 (8,0%) случаях у крыс 1-й серии наблюдалось распространение инфекционного процесса и развитие разлитого гнойного перитонита, что, возможно, и явилось причиной гибели этих животных.

На 1-е сутки у крыс 1-й серии в брюшной полости обнаруживали 0,4 – 0,7 мл мутноватой жидкости с молочным оттенком, а визуальные изменения сводились к увеличению размеров селезёнки и лёгкому набуханию брыжеечных лимфатических узлов. На 3-7-е сутки обнаруживались мелкие абсцессы диаметром 2-3 мм, а на 7-14 сутки - отдельные нежные спайки между соседними петлями кишок.

В отличие от первой, во 2-й серии у 9 (36,0%) животных развился распространенный гнойный процесс, который охватывал всю брюшную полость (критерий $\chi^2$; p = 0,041). При введении озонированного физиологического раствора (2-я серия) в ранние сроки обнаруживалось 1-2 мл гнойной или гнойно - геморрагической жидкости, определялись абсцессы диаметром до 12-15мм, а после 7-х суток отчетливо были выражены спайки; при этом желудок был значительно вздут, в просвете тонкой кишки определялись желтоватые пенистые массы.

Изменения состава перитонеальной жидкости отчетливо коррелировали с тяжестью воспалительного процесса и свидетельствовали о наименьшей выраженности его в серии с озонированным перфтораном. При этом в этой серии увеличивалось число фагоцитирующих клеток, в основном макрофагов. Преобладали вакуолизированные мононуклеарные фагоциты с широкой цитоплазмой, т.е. активные макрофаги («перфторофаги»). Количество их составляло 9,33±0,99 (у интактных животных - 3,88±1,17, соответственно, p=0,000). В цитоплазме их, кроме вакуолей, не редко обнаруживались микробные включения, представленные в основном ассоциациями кокков, реже палочек. Лишь в отдельных препаратах крыс 1-й серии скопления микроорганизмов определялись вне клеток, вокруг нейтрофильных лейкоцитов. В цитоплазме отдельных макрофагов определялись нейтрофилы или сегменты их ядер.

Выраженность спаечного процесса в сериях опытов росла пропорционально увеличению количества фибробластов в перитонеальной жидкости, что во всех случаях обнаруживалось у крыс 2-й серии, при этом в 28% случаях обнаруживались спайки в виде конгломератов. Напротив, в 1-й серии количество фибробластов было значительно меньше (на 2-3 сутки их количество составляло всего лишь 1,2-2,3 %, тогда как во 2-й серии число фибробластов достигало до 6,5-8,5 %). Вместе с тем в 1-й серии, как уже было отмечено, возрастало число макрофагов («перфторофагов»), которые не только активно фагоцитировали детрит и микроорганизмы, но и, вероятно, сдерживали миграцию фибробластов, тем самым и развитие спаечного процесса.

Принципиально отличалась также микробиологическая картина перитонеального экссудата у животных 1-й серии. В 1-е сутки на всех средах отмечался рост от 5 до 8 колоний диаметром 2-3 мм. На 2-е сутки титр микробных тел составлял $3x10^2$ в 1мм. К 3-м суткам оставались лишь единичные колонии, а к 7-м суткам и последующие сроки посевы роста не давали.

А во 2-й серии рост культур был более существенным, по сравнению с 1-й серией и сохранялся до 7-14 суток. В частности, на среде Эндо был отмечен сплошной рост фуксиново-красных с металлическим блеском колоний микроорганизмов. На 2-е сутки их титр составлял $4x10^4$ м.к./мм. Наблюдался рост колоний S- и R- форм на кровяном и щелочном агарах даже при разведении материала в 1:1000.

Таким образом, выполненные экспериментальные исследования на модели калового перитонита по изученным параметрам свидетельствовали о существенных преимуществах внутрибрюшного введения озонированного перфторана, как с целью санации брюшной полости, так и для предупреждения развития спаечного процесса.

**Выводы.**

1. При каловом перитоните введение озонированного перфторана позволяет существенно снизить показатели летальности животных: по сравнению с серией, где аналогично применяли озонированный физиологический раствор, летальность крыс снизилась на 28,0% (p=0,04).

2. Орошение брюшной полости озонированным перфтораном при экспериментальном перитоните позволяет уменьшить степень микробной контаминации в $10^3$-$10^4$ раз, развитие спаечного процесса брюшной полости в 2,5-3 раза.

3. Внутрибрюшное применение озонированного перфторана не сопровождается какими-либо неблагоприятными побочными эффектами и может быть рекомендовано для широкого внедрения в клиническую практику.

**Литература**

1. Корабельников, А.И. Озон в лечении гнойного перитонита/ А.И. Корабельников, С.В. Аксенова //. Новгород, 1997, 108 с.

2. Крылов, В.Г. Некоторые патофизиологические аспекты эффективности озонотерапии при перитоните: автореф. дис. ... канд. мед. наук, 2006.

3. Кудрявцев, Б.П. Озонотерапия перитонита в чрезвычайных ситуациях/ Б.П Кудрявцев., Семенов С.В., Снигоренко А.С. и др. // Пособие для врачей . М.: ВЦМК «Защита», 1999, 32 с. (Приложение к журналу «Медицина катастроф», № 6, 1999).

4. Мохов, Е.М. Применение озонированного Перфторана при лечении гнойных ран/ Е.М. Мохов, С.И. Воробьев, А.Р. Армасов //Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2012, том 5, №2. – С. 325-330.

5. Рагимов, Р.М. Способ озонирования перфторана / Р.М. Рагимов, А.О. Османов, А.М. Голубев // Патент РФ на изобретение № 2445076 от 20.03. 2012 г.

6. Разумовский, С.Д. Растворы озона в субстратзамещающих перфторорганических жидкостях и их свойства/ С.Д. Разумовский, В.В. Подмастерьев // Тез. докл. IV Всероссийской научно-практической конференции «Озон и методы эфферентной терапии в медицине». - Н. Новгород, 2000. - С. 168.

7. Рябов, А.А. Применение комбинированной озонотерапии в комплексном лечении распространенного перитонита: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.27/А.А. Рябов. – М., 2006 – 18 с.

8. Ярема, И.В. Перфторан в профилактике образования послеоперационных спаек при перитоните (экспериментальное исследование) / И.В. Ярема, М.А. Магомедов // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2003. – Т. 136. – № 12. - С. 661-663.

# МОНИТОРИНГ КАЧЕСТВА ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЛАДШИХ КУРСОВ ДАГГОСМЕДАКАДЕМИИ

Гаджимурадова К.М., (учёный секретарь СНО),
студентка 2 курса лечебного факультета

*Кафедра гистологии ДГМА*
*Научный руководитель: к.м.н., доц. Кафланова Э.К.*

Одним из источников информации о качестве образовательного процесса является анкетирование. По его результатам проводится оценка образовательной деятельности, системы управления организации, содержания и качества подготовки обучающихся, организации учебного процесса, качества учебно-методического, библиотечно-информационного обеспечения, материально-технической базы

Мы провели анкетирование студентов первых и вторых курсов. В процессе анкетирования было опрошено 85 студентов-первокурсников:

62,4% - студенты стоматологического, 21,2% - студенты лечебного, 14,1%- студенты фармацевтического факультетов; 2,4% опрошенных студентов не указали факультет. Количество лиц мужского пола - 42,4%, лиц женского- 57,6%. Среди опрошенных 84,7% имеют среднее общее образование, начальное профессиональное- 5,9%, неоконченное высшее - 3,5%, высшее профессиональное - 2,4% и 1,2% на момент поступления в ДГМА имели среднее профессиональное образование.

Анализ ответов первокурсников позволил сделать вывод о том, что одной из серьёзных проблем работы вуза является адаптация студентов первого курса к новым условиям обучения, так как подача материала для усвоения и его объём в Академии резко отличаются от школьной программы. Сложно первокурснику **адаптироваться к самому учебному процессу**. На вопрос **«успеваете ли Вы записывать лекцию за преподавателем»,** 40 % опрошенных студентов ответили что « иногда» не успевают, 8,2%- что «часто», 5,9%- «никогда» не успевают. Только 14% первокурсников успевают фиксировать лекционный материал.

С утверждением «**мне трудно проследить общую нить рассуждения преподавателя** во время лекции» согласились с формулировкой: «иногда»- 28,2%, «редко»- 33%, « никогда» - 22,4%.

Трудности первокурсники испытывают и с **выполнением домашних заданий**: «всегда» - 18, 8% опрошенных студентов, «часто»- 31,8%, «иногда»- 28,2%, «редко» - 16,5%. Только 2,4% первокурсников не счи-

тают домашние задания очень большими и полностью их выполняют. При этом большее число студентов отмечает, что у них редко возникают проблемы с **доступом к источникам информации**: количеством выдаваемых библиотекой Академии учебников довольны 55,4% первокурсников, «иногда» испытывают затруднения 20% опрошенных; и 75, 3% учащихся активно пользуется электронными средствами информации.

Довольно большое число студентов считают, что **преподаватели спрашивают на семинарах больше чем они объясняют**: « всегда» - считает 14,1%, «часто» - 20%, «иногда» - 24,7%, «редко» - 27%. С требованиями преподавателей согласны 13% учащихся.

Высокий процент (82,2%) опрошенных первокурсников отмечают, что им не **хватает времени на сон, на полноценный отдых**: 40% - «всегда», 20% - «часто», 21,2%- «иногда». Поэтому и на вопрос « **испытываете ли Вы затруднения в связи с учебной нагрузкой в Академии**» утвердительно ответили 69,3 % первокурсников; из них: 16,5% - « всегда», 18,8% - «часто», 34% - «иногда». И только те же 13% учащихся ответили, что « никогда» не испытывают затруднений с учебной нагрузкой. В тоже время их анкетирование показал высокую **степень коммуникации.** На вопрос **«какие взаимоотношения в вашей группе**» - 72,5% опрошенных ответили «дружеские»; на вопрос «**много ли у вас друзей в** Академии - 55,3% ответили, что довольно много, а 32,9% - что друзья есть, но их немного. Интересно отметить, что при **возникновении проблем с учебой** к друзьям и одногруппникам готовы обратиться за помощью только 16,5% опрошенных; 51,7% - ответили, что рассчитывают на себя.

Оценить **бытовые условия** студентов – первокурсников позволили ответы на следующие вопросы:

«где Вы живете на сегодняшний день»: дома живут 70,6% опрошенных; на съемной квартире - 11,8%; 8,2% - в общежитии, у родственников - 5,9%. « испытываете ли Вы затруднения с организацией питания»: утвердительно ответили 38,9%, 16,5% - «иногда».

Адаптация студентов к новым условиям обучения, как правило, заканчивается к концу 2-го учебного семестра. Приспособление к новым условиям отнимает много сил у студента. В период адаптации студентов большое значение имеет воспитательная работа. Внеурочная деятельность помогает в сплочении студенческих групп, где важную роль играет куратор учебной группы, который в первые месяцы обучения является опорой студентов во всем. Трудности, с которыми сталкиваются студенты, различны по своему происхождению. Одни из них объективно неизбежны в

силу поиска способов взаимодействия в новых условиях, другие носят субъективный характер и связаны со слабой подготовкой, недостатками воспитания в семье и школе. Результаты анкетирования высветили такие проблемы, как «неумение быстро конспектировать лекции; отсутствие достаточного времени на сон и самостоятельную подготовку к практическим занятиям». Оценивая психологическое состояние первокурсников, им был задан вопрос **«какие чувства вы испытываете в последнее время».** Несмотря на высокую степень коммуникации и большое количество дружеских связей 31,8% студентов ответили что испытывают тревогу, а 29,4% затруднились с ответом. Целенаправленную помощь студентам первых курсов должна оказывать психологическая служба Академии. Её деятельность необходимо направить на психологическое сопровождение периода адаптации студентов первых курсов.

Мы также провели сравнительное анкетирование 101 студента 1 и 2 курсов лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов. Задаваемые вопросы позволили оценить удовлетворенность студентов качеством проведения лекции, практических занятий, методов организации самостоятельной работы. В результате его установлено, что оценка тех или иных аспектов учебного процесса студентами разных факультетов часто аналогична, тогда как значительно разнится у студентов первого и второго курса одного факультета. Второкурсники адаптировались к учёбе и имеют более взвешенные суждения. Например, оценивая **актуальность, объем и доступность лекционного материала** в среднем 85% студентов первых курсов ставили оценки «хорошо» и «отлично»; студенты второго курса были более критичны - «хорошо» и «отлично» отметили в анкетах в среднем 52% опрошенных. **Методикой изложения материала на практическом занятии** удовлетворены в среднем 75% первокурсников и 58% второкурсников. При этом, **индивидуальной работой с преподавателем** довольны 70% - 80% студентов на всех факультетах и курсах. **Система оценки знаний** на практическом занятии также удовлетворяет в среднем 70% (от 62% до 78%) от общего числа студентов. По поводу **самостоятельной работы** (методов организации, контроля выполнения, системы оценки) мнение студентов разных курсов значительно расходится: если эти показатели положительно оценивают в среднем 80% студентов первого курса, то на втором курсе - в среднем около 50%.

В учебном процессе довольно важную роль играет **актуальность и доступность учебно-методической литературы** и сопровождающих материалов. Около 75% первокурсников высоко оценивают каче-

ство тестовых заданий и ситуационных задач; на втором курсе - только 50%. В среднем 60% - 70% не удовлетворены доступностью учебно-методической литературы, а электронных пособий по дисциплинам в среднем 57% первокурсников и 90% второкурсников.

Суждения первокурсников менее критичны, так как они погружены в новую для себя среду, в которой им непривычно и сложно ориентироваться. На вопрос «**совпало ли ваше представление о студенческой жизни** и об учебе с реальностью» 29,4% первокурсника дали отрицательный ответ, а 50,6% ответили «частично». Таким образом абитуриент не имеет, но должен иметь полное представление о предстоящей учёбе в выбранном вузе. Профориентационная работа в школах призвана частично восполнить этот пробел.

## ***ГУМАНИТАРНЫЕ НАУКИ***

## ЗНАЧЕНИЕ ЗАКОНОВ ЛОГИКИ ВО ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Гаджиева С.А., студентка 2 курса лечебногофакультета,
Кафаров Т.Э., профессор,
Халиков А.С., доцент

*Кафедра философии и истории ДГМА*
*Научный руководитель: д.ф.н., проф. Кафаров Т.Э.*

Заповедь медицины гласит: «Кто правильно мыслит, тот хорошо диагностирует, кто правильно диагностирует, тот хорошо лечит». А правильно мыслить – это мыслить в соответствии с законами логики.

Поэтому изучение логики необходимо для повышения точности и эффективности диагностического мышления.

Культура современного клинического мышления врачей определяется сознательным овладением логико-методологическими основами диагноза. [2, 6].

Стремясь к скорейшему построению диагностического умозаключения (а диагноз – это умозаключение) практические врачи, как правило, даже не задумываются о характере суждений и понятий, которыми пользуются. Большинство клиницистов просто не знают законов логики и пользуются им неосознанно.

Ибн-Сина писал: «Существует путь, которым необходимо пройти от познанного к непознанному, дабы познать его. Логика и является той наукой, в которой раскрывается как непознанное познается через по-

знанное, что является истиной, что ложно и скольких видов бывает каждое из них». И далее средневековый мыслитель заключает: «Логика – наука мерило, а другие науки – науки о пользе и ущербе». [1, 112].

Сегодня становится все более очевидным, что диагностические ошибки – это не столько результат недостаточной медицинской квалификации, сколько почти неотвратимое следствие незнания и нарушения самых элементарных требований законов логики.

Законы логики современным врачом усваиваются стихийно и эмпирически в процессе жизни и практики. Но такое овладение логикой оказывается недостаточной в сложных обстоятельствах в полемике и, особенно для контроля за правильностью мышления.

Правильное логическое мышление:

а) должно быть определенным, однозначным и ясным;

б) последовательным, т.е. лишенным логической противоречивости;

в) должно быть доказательным, достаточно обоснованным.

Каждый патологический процесс обладает определенной совокупностью специфических свойств (симптомы, синдромы, этиология, патогенез). В силу внутренней определенности один патологический процесс отличается от другого. При этом определенность и различия патологических процессов и их признаков имеют свои внутренние основания. Поэтому мысленное отражение этих патологических процессов и их признаков должно быть в сознании врача определенным, последовательным и доказанным. Основные правила логически стройного врачебного мышления раскрываются в 4-х законах логики.

Закон тождества характеризует определенность мышления. Последовательность мышления характеризуется законом непротиворечия и законом исключенного третьего. Доказательность мышления характеризуется законом достаточного основания. Логические законы присущи всем операциям мышления и являются обязательными, определяющими нормы правильного врачебного мышления. Согласно закону тождества, рассуждая о каком-либо предмете, мы по ходу всего рассуждения должны иметь в виду именно его, причем в одном и том же раз взятом определенном отношении. Данный закон выражается в формуле А есть А и действует как нормативный принцип, не допуская подмены одного понятия другим. Он предостерегает от двусмысленности в процессе рассуждения.

Это не значит, что закон тождества делает статичной нашу мысль. Ведь и диалектика связана не только с гибкостью, подвижностью, но и с

определенностью, устойчивостью понятий. Без определенности понятий диалектика превращается в софистику и эклектику. Тождество в мышлении отражает возможность в природе относительного покоя, состояний равновесия. Без соблюдения закона тождества не могло бы быть ни одной определенной мысли, т.е. мы не могли бы даже начать мыслительный процесс. В диагностической практике соблюдение закона тождества требует, прежде всего, конкретности и определенности понятий.

Увлечение клинической медицины различными терминами делает диагностику неконкретной, путанной, туманной. С развитием мед.науки уточняются названия многих болезней, открываются неизвестные прежде их разновидности, появляются новые средства обследования больного и вместе с ними дополнительные диагностические признаки. Закон тождества требует постоянного обновления и уточнения международной и государственной номенклатуры нозологических форм и их модификаций. Каждый врач должен хорошо знать последнюю номенклатуру болезней и использовать её в своей диагностической деятельности. Закон тождества непосредственно связан с законом непротиворечия.

Согласно этому закону, два суждения, одно из которых утверждает что-либо о предмете, а другое одновременно отрицает то же самое об этом же предмете, не могут быть одинаково истинными. «Невозможно что-либо вместе утверждать и отрицать» - писал Аристотель. Строить диагностическое предположение, основываясь на части клинической симптоматики, не учитывать других признаков заболевания, противоречащих высказываемому суждению, - значит нарушить требование закона непротиворечия. Но разные болезни часто имеют сходную клиническую картину. Тогда требуется искать симптомы, подтверждающие одно заболевание и исключающие остальные.

Закон исключенного третьего, вытекающий из закона непротиворечия, гласит: одно из двух противоречивых суждений с необходимостью должно быть либо истинным, либо ложным, «третьего не дано». Сфера действия данного закона ограничивается следующими ситуациями:

Во-первых, если одно суждение что-то утверждает в отношении единичного предмета или явления, а другое суждение это не отрицает. Так, из двух высказываний: «У больного есть крупозная пневмония», и «У больного нет крупозной пневмонии» одно истинно, другое неизбежно ложно и никакого третьего суждения быть не может. В то же время к противоположным общеутвердительному и общеотрицательному суждениям, относящимся к целому классу предметов или явлений, закон ис-

ключенного третьего не применим. Поэтому суждения «все пневмонии вызываются пневмококками»», и «ни одна пневмония не вызывается пневмококками» будут ложными. Истинным окажется частное суждение: «некоторые пневмонии вызываются пневмококками».

Во-вторых, если одно суждение что-то утверждает в отношении целого класса предметов, а другое отрицает это же относительно части предметов данного класса. Из двух суждений «Все пневмонии излечиваются пенициллином» и «некоторые пневмонии не излечиваются пенициллином», первое ложно, второе – истинно.

В-третьих, с позиций закона исключенного третьего следует рассматривать два суждения, если одно из них что-то отрицает в отношении целого класса предметов, а второе утверждает то же самое в отношении части класса. Например, из двух суждений «рак щитовидной железы никогда не сопровождается явлениями тиреотоксикоза» и «у некоторых больных рак щитовидной железы сопровождается признаками тиреотоксикоза», первое ложно, второе истинно, и никакого третьего высказывания по этому вопросу быть не может. Область допустимого применения закона исключенного третьего в логике четко определена. Клиницист должен помнить об этом, чтобы не впадать в ошибки. Что делать, когда выдвигается две и более гипотезы с равной степенью вероятности. Во-первых, нужно иметь в виду, что не всегда они являются взаимоисключающими, т.к. у больного может оказаться сложное заболевание, т.е. обе предполагаемые болезни могут быть одновременно. Поэтому в данном случае нельзя мыслить только по принципу «или – или». Закон выражается формулой А либо В, либо не В.

Закон достаточного основания гласит: «всякое высказывание, чтобы быть истинным должно иметь достаточное основание». Мало утверждать истинность какого-либо положения, необходимо приводить доказательство, указывать основания истинности. Однако не всякое приводимое основание может быть достаточным. Обоснование может быть в каждом отдельном случае различным, но каждая мысль должна быть доказательной. Достоверность диагноза обязательно предполагает его обоснованность. Обоснованность диагноза опирается на установление специфических для данной нозологической формы симптомов и синдромов, которые в свою очередь также должны быть обоснованными.

Для обоснования диагноза используются проверенные практикой истины современной медицинской науки. Закон отражает причинно-следственную связь явлений. Но чем сложнее эта связь, тем труднее ус-

тановить основание. Этим, в частности, объясняется трудность достаточно обоснованного распознавания сложных патологических процессов, требующих применения дифференциальной диагностики. Основанием дифференциальной диагностики должны служить многочисленные специфические медицинские способы различия сходных болезней.

Нарушение этого закона часто встречается в практике медицинского мышления, в частности, в диагностике. Причем, наиболее часты ошибки в т.н. предварительных диагнозах, которые ставятся после первого знакомства с больным, его расспроса и осмотра. Диагноз далеко не всех болезней возможно обосновать только на базе данных опроса и осмотра больного, поэтому он может быть ошибочным.

Определение того или иного симптома (кашель, температура, систолический шум и т.д.) само по себе не указывает на наличие некоторой болезни или её причины. Заключение об этом врач делает на основе понимания стоящего за выявленным симптомом общего физиологического механизма или морфологического изменения органа, клетки с помощью определения логической связи данного симптома с совокупностью других симптомокомплексов.

Следует иметь в виду, что достаточное основание может быть различным для разных заболеваний. В одних случаях, к этому ведет осмотр (кожные, некоторые глазные, ушные заболевания), в других – проведение рутинных лабораторно-инструментальных методов исследования (анализ крови при анемии, рентгеноскопия грудной клетки при пневмонии, ЭКГ при инфаркте миокарда); в третьих – спец. диагностика методов, включая самые сложные (пункционная биопсия печени – при гепатите, коронография при ишемической болезни сердца и т.д.). В каждом конкретном случае врач должен стремиться к тому, чтобы диагноз был наиболее полнее обоснован специфическими симптомами, определенное число и достоверность которых выступает в качестве достаточного основания правильности диагноза.

Все логические законы взаимосвязаны и обуславливают друг друга. Мышление не может быть определенным без последовательности и доказательности. Не может оно быть и последовательным без определенности и доказательности. Точно так же доказательным мышлением врача может быть лишь при условии его определенности и последовательности.

Логические законы применяются на всех стадиях и при всех формах мыслительных операций врача, определяя правильность диагностического процесса.

**Литература:**

1. Тарасов К.Е., Великов В.К., Фролова А.И. Логика и семиотика диагноза (методологические проблемы). М.: Медицина, 1989.

2. История арабо-мусульманской философии. Антология / Под ред. А.В.Смирнова. – М.: Академический Проект, 2013, с. 112.

# Оглавление

**К Л И Н И Ч Е С К А Я  М Е Д И Ц И Н А** 3

*ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ* *3*

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ЛОКОМОТОРНОГО АППАРАТА У БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ БРУЦЕЛЛЕЗА 3

ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В 9

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В И С В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН ЗА 2009-2014 г.г. 12

ПРИРОДНО-ОЧАГОВЫЕ ВИРУСНЫЕ ЛИХОРАДКИ: КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ 17

*ТЕРАПИЯ* *22*

ПОКАЗАТЕЛИ ПЛАЗМЕННОГО ГЕМОСТАЗА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 22

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АПЛАСТИЧЕСКИМИ АНЕМИЯМИ 26

БОЛЕЗНЬ БЕХЧЕТА В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА-ИНТЕРНА 30

ОЦЕНКА ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ РИСКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 33

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ВАСКУЛИТЫ В ЭТНОСАХ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН 35

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ И ОЦЕНКА ИХ ПРИВЕРЖЕННОСТИ к ЛЕЧЕНИЮ В ИНФАРКТНОМ ОТДЕЛЕНИИ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ №2 (г. МАХАЧКАЛА) 41

РОСТРАНЕННОСТЬ АЛЛЕРГОПАТОЛОГИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ 44

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АД 45

УРОВЕНЬ ХОЛЕСТЕРИНА И ТРИГЛИЦЕРИДОВ В ЭТНИЧЕСКИХ ГРУППАХ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН 49

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ДИСФУНКЦИЙ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ 54

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА 58

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ 61

СИНДРОМ СТИЛЛА У ВЗРОСЛЫХ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ИНТЕРНИСТА 66

АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ И У БЕРЕМЕННЫХ В XXI СТОЛЕТИИ 69

СЛУЧАЙ ЮВЕНИЛЬНОГО АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА. 74

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ И ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ 74

СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ И ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ 81

АНЕМИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 86

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ ПРИ СОЧЕТАНИИ С ПАТОЛОГИЕЙ ПОЛОСТИ РТА 88

*ХИРУРГИЯ* *89*

ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ МАЛОИНВАЗИВНЫМ СПОСОБОМ 89

РОЛЬ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ У БОЛЬНЫХ С ПОЛНЫМ НАРУЖНЫМ ОТВЕДЕНИЕМ ЖЕЛЧИ 90

ОДНОЭТАПНЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТАЗЕ 92

РЕПЕРФУЗИОННЫЙ СИНДРОМ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ СИНДРОМОМ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА 93

ВЫБОР МЕТОДА ГЕРНИОПЛАСТИКИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ 95

МЕСТНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СУСПЕНЗИЙ «БЕМЕТРИМ» В ЛЕЧЕНИИ НАГНОИВШИХСЯ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ 96

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ РАДИКАЛЬНОЙ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ 99

МЕСТНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ «БЕМЕТРИМА» В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН 101

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ В ЛЕЧЕНИИ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ФОНЕ ИБС 104

*ПЕДИАТРИЯ* 107

ХАРАКТЕР ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У ДЕТЕЙ 107

ОСОБЕННОСТИ РАННЕЙ АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ С ЗВУР ОТ МАТЕРЕЙ ИНФИЦИРОВАННЫХ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСОМ 109

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ ОТДЕЛЕНИЯ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ДРКБ Г. МАХАЧКАЛЫ ЗА 2014 г. 111

*ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ* 114

ИССЛЕДОВАНИЕ РЕФРАКТОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КЕРАТОКОНУСА И ВОЗМОЖНСТИ ИХ ОПТИМИЗАЦИИ 114

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ МАКУЛЯРНОГО ОТЕКА ПРИ ИНТРАВИТРЕАЛЬНОМ ВВЕДЕНИИ ИНГИБИТОРОВ НЕОАНГИОГЕНЕЗА 118

РАЦИОНАЛЬНЫЕ СТРАТЕГИИ ЛАЗЕРКОАГУЛЯЦИИ И ИНГИБИТОРЫ VEGF В ЛЕЧЕНИИ РЕТИНОВАСКУЛЯРНОГО МАКУЛЯРНОГО ОТЕКА 121

МЕТОДИКА ФИКСАЦИИ ИНТРАОКУЛЯРНОЙ ЛИНЗЫ ПРИ ОТСУТСТВИИ КАПСУЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ 125

РАСЧЕТ ОПТИЧЕСКОЙ СИЛЫ ИНТРАОКУЛЯРНОЙ ЛИНЗЫ ПРИ СИЛИКОНОВОЙ ТАМПОНАДЕ ВИТРЕАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ 128

*АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ* *130*

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ СРЕДИ ЖИТЕЛЬНИЦ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН 130

*СТОМАТОЛОГИЯ* *132*

МЕТОД ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ 132

РОЛЬ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХУШКИ КОРНЯ В СОХРАНЕНИИ ЗУБОВ 137

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ В ЭНДЕМИЧЕСКИХ ОЧАГАХ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН 139

РАСЧЕТ НАГРУЗКИ НА ЭНДОДОНТИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ (программа для ЭВМ) 141

ПРИМЕНЕНИЕ ГЕЛЯ «ПАНАВИР» В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ГЕРПЕТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ГУБ 148

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ 149

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЛЕКТРООДОНТОМЕТРИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЛУБОКОГО КАРИЕСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ЛЕЧЕБНЫХ ПРОКЛАДОК 151

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФТОРСОДЕРЖАЩИХ КОМПОЗИТНЫХ РЕСТАВРАЦИЙ В КЛИНИКЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ 153

*НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ* *154*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАССАЖА И ЛФК У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ, В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ ОНМК РКБ 154

*ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ* *156*

НОСОВЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПО ДАННЫМ СТАЦИОНАРОВ РКБ 156

*ТРАВМАТОЛОГИЯ, ОРТОПЕДИЯ И ВПХ* *160*

ВЛИЯНИЕ СЛАБЫХ ИМПУЛЬСНЫХ ЭЛЕКТРИЧЕСКИХ ТОКОВ НА РЕГЕНЕРАЦИЮ КОСТНОЙ ТКАНИ 160

СПОСОБ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ОБШИРНЫХ ВЗРЫВНЫХ РАН 161

УСТРОЙСТВО ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗА 164

КОРРЕЛЯЦИОННАЯ СВЯЗЬ РЕНТГЕНОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ВРОЖДЕННОМ ВЫВИХЕ БЕДРА У ДЕТЕЙ 165

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ДИСПЛАСТИЧЕСКОГО ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА БЕДРА ПРИ ВРОЖДЕННОМ ВЫВИХЕ БЕДРА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ 168

*ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ* *171*

СМЕРТНОСТЬ ОТ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА ВЗРОСЛЫХ СЕЛА В ДАГЕСТАНЕ 171

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНА НАСЛЕДСТВЕННОГО ГЕМОХРОМАТОЗА HFE У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ДАГЕСТАНА 174

СМЕРТНОСТЬ ОТ ЛИМФОМ НАСЕЛЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТОВ В ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ЗОНАХ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН 176

ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ СМЕРТНОСТИ ОТ ЛЕЙКОЗОВ В ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ЗОНАХ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН 179

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗЛИЧНЫХ КЛИМАТОГЕОГРАФИЧЕСКИХ ЗОН РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН 182

***ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА*** *185*

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ 185

ОРГАНИЗАЦИЯ ТРУДА ГЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РАЙОННЫХ БОЛЬНИЦ 185

ОРГАНИЗАЦИЯ ТРУДА ЗАВЕДУЮЩИХ ОТДЕЛЕНИЯМИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РАЙОННЫХ БОЛЬНИЦ 188

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКИХ ПОЛИКЛИНИК 192

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 195

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КУРЕНИЯ СРЕДИ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ 199

ИЗУЧЕНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ ГОРОДА МАХАЧКАЛЫ 202

**АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА** 204

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ЧЕРЕПА ЧЕЛОВЕКА 204

ВАРИАНТЫ СТРОЕНИЯ ОТВЕРСТИЙ И ЯМОК ТВЕРДОГО НЕБА 207

*ГИСТОЛОГИЯ* *208*

ЦИТОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ГРАНУЛОЦИТОВ ПРИ ЭУТИРЕОИДНОМ ЭНДЕМИЧЕСКОМ ЗОБЕ 208

*ФИЗИОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕКА* *212*

СТУДЕНТЫ ДГМА О ЗДОРОВЬЕ И ЗДОРОВОМ ОБРАЗЕ ЖИЗНИ 212

*ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ* *215*

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МЕТОДА ЭЭГ В ДИАГНОСТИКЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА 215

*ФАРМАКОЛОГИЯ* *218*

НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ КАК СРЕДСТВА СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ 218

ПРИРОДНЫЕ АНТИОКСИДАНТЫ В ГЕРОНТОЛОГИИ 222

*ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ* *226*

СПОСОБ ОБРАБОТКИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ШОВНЫХ МАТЕРИАЛОВ 226

*МИКРОБИОЛОГИЯ* *229*

АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ШТАММОВ СИНЕГНОЙНОЙ ПАЛОЧКИ, ВЫДЕЛЕННЫХ У ПАЦИЕНТОВ ОЖОГОВОГО ОТДЕЛЕНИЯ РКБ 229

АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ В КИЗЛЯРСКОМ РАЙОНЕ ДАГЕСТАНЕ 231

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ ГОСПИТАЛЬНОЙ СРЕДЫ НА РАЗВИТИЕ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ В РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ СТАЦИОНАРАХ 233

УРОВЕНЬ АКТИВНОСТИ ЛИЗОЦИМА В СЛЮНЕ И СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ 236

*МЕДИЦИНСКАЯ БИОЛОГИЯ* *237*

ПАРАЗИТО-ХОЗЯИННЫЕ ОТНОШЕНИЯ ПРИ МИКСТИНВАЗИИ СОБАК TOXASCARISLEONINA (LINSTOW, 1902) LEIPER, 1907, TOXOCARACANIS (WERNER, 1782) STILES, 1905, И ECHINOCOCCUSGRANULOSUS (BATSCH, 1786) RUD., 1801 237

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ЛИЧИНОЧНОГО ЭХИНОКОККОЗА И ТЕНУИКОЛЬНОГО ЦИСТИЦЕРКОЗА ДОМАШНИХ ЖВАЧНЫХ В ДАГЕСТАНЕ 240

*БИОЛОГИЧЕСКАЯ ХИМИЯ* *243*

ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ β – ЛИПОПРОТЕИДОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ ДЛЯ КЛИНИКИ 243

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ 245

*БИОФИЗИКА* *248*

СТАТИСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ 248

*ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА* *249*

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОЗОНИРОВАННОГО ПЕРФТОРАНА ПРИ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ (экспериментальное исследование) 249

*МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ* *254*

МОНИТОРИНГ КАЧЕСТВА ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЛАДШИХ КУРСОВ ДАГГОСМЕДАКАДЕМИИ 254

*ГУМАНИТАРНЫЕ НАУКИ* *257*

ЗНАЧЕНИЕ ЗАКОНОВ ЛОГИКИ ВО ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ 257