

ВЕСТНИК ДАГЕСТАНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ № 1(2), 2012

**ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
ДОКТОР МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ПРОФЕССОР А.О. ОСМАНОВ**

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Издается с 2011 года
ежеквартально

Территория распространения:

Российская Федерация, зарубежные страны

Зарегистрирован в Федеральной службе по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций (РОСКОМНАДЗОР) ПИ № ФС 77-47283 от 16.11.2011 г., в НЭБ (Научной электронной библиотеке) на сайте www.elibrary.ru, в базе данных РИНЦ

(Российского индекса научного цитирования) на основании лицензионного договора № 50-02/2012 от 27.02.2012 г.

ISSN 2226-4396

Зав. редакцией: Е.К. Беликова

Ответственные редакторы:

С.А. Магомедова, Н.Т. Рагимова, Л.И. Голубева

Перевод: С.Ш. Заирбекова

Интернет-версия: Р.М. Мухумаев, А.В. Бекеева

Технические редакторы:

А.М. Джанмурзаева, З.У. Мусаева, Р.А. Койчув

Цена свободная

Тираж: 2000 экз.

Д.Р. АХМЕДОВ, д.м.н., проф.
(зам. главного редактора)
А.А. АБАКАРОВ, д.м.н., проф.
А.А. АБДУЛЛАЕВ, д.м.н., проф.
М.Р. АБДУЛЛАЕВ, д.м.н., проф.
С.А. АБУСУЕВ, д.м.н., проф.
А.-Г.Д. АЛИЕВ, д.м.н., проф.
С.А. АЛИЕВ, д.м.н., проф.
П.М. АЛИЕВА, д.м.н., проф.
А.М. АЛИСКАНДИЕВ, д.м.н., проф.
З.М. АЛИХАНОВА, д.м.н., проф.
М.Г. АРБУЛИЕВ, д.м.н., проф.
А.Х. АСИЯТИЛОВ, к.м.н., проф.
Г.Р. АСКЕРХАНОВ, д.м.н., проф.
Л.М. АСХАБОВА, д.м.н., проф.
М.Г. АТАЕВ, к.м.н., доц.
(ответственный секретарь)
С.Ш. АХМЕДХАНОВ, д.м.н., проф.
Т.Р. АШУРБЕКОВ, д.м.н., проф.
М.М. БАКУЕВ, д.м.н., проф.
Р.С. ГАДЖИЕВ, д.м.н., проф.
Г.А. ГАДЖИМИРЗАЕВ, д.м.н., проф.
Р.М. ГАЗИЕВ, д.м.н., проф.
Г.К. ГУСЕЙНОВ, д.м.н., проф.
Т.С. ГУСЕЙНОВ, д.м.н., проф.
А.М. ИДАРМАЧЕВ, д.м.н., проф.
М.Т. КУДАЕВ, д.м.н., проф.
А.Г. МАГОМЕДОВ, д.м.н., проф.

М.Г. МАГОМЕДОВ, д.м.н., доц.
С.Н. МАММАЕВ, д.м.н., проф.
К.А. МАСУЕВ, д.м.н., проф.
С.М. МАХАЧЕВ, д.м.н., доц.
К.Г. МАХМУДОВ, к.м.н., проф.
М.Н. МЕДЖИДОВ, д.м.н., доц.
Р.Т. МЕДЖИДОВ, д.м.н., проф.
С.Н. МИНЕЕВА, к.м.н., проф.
К.О. МИНКАИЛОВ, д.м.н., проф.
Н.Р. МОЛЛАЕВА, д.м.н., проф.
Г.Г. МУСАЛОВ, д.м.н., проф.
Э.Р. НАГИЕВ, д.м.н., проф.
Ф.М. ОСМАНОВА, к.м.н., доц.
С.-М.А. ОМАРОВ, д.м.н., проф.,
чл.-корр. РАМН
Ш.М. ОМАРОВ, д.м.н., проф.
К.М. РАСУЛОВ, д.м.н., проф.
М.А. РИЗАХАНОВ, д.физ.-мат.н., проф.
М.З. САИДОВ, д.м.н., проф.
М.С. САИДОВ, к.м.н., доц.
М.А. ХАМИДОВ, д.м.н., доц.
Д.Г. ХАЧИРОВ, д.м.н., проф.
А.Р. ТАГИРБЕКОВА, к.м.н., доц.
(литературный редактор)
Н.У. ЧАМСУТДИНОВ, д.м.н., проф.
И.А. ШАМОВ, д.м.н., проф.
(научный редактор)
А.М. ШАХНАЗАРОВ, д.м.н., проф.
Э.М. ЭСЕДОВ, д.м.н., проф.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Подписной индекс

по каталогу российской
прессы «Почта России»:
51399

Адрес редакции:

367000, Россия, г. Махачкала,
пл. Ленина, д. 1 (4-й этаж, каб. № 53),
Дагестанская госмедакадемия

Телефоны: 8(8722) 67-19-88;
8(8722) 67-07-94

Факс: 8(8722) 68-12-80

Отдел рекламы: тел. 8(8722) 67-19-88

Редакция не несет ответственности

за содержание рекламных материалов

E-mail: vestnikdigma@yandex.ru

WWW-страница: www.vestnik.dgma.ru

С.И. АБАКАРОВ, д.м.н., проф. (Москва)
Б.Г. АЛЕКЯН, д.м.н., проф., акад. РАМН
(Москва)
С.Д. АРУТЮНОВ, д.м.н., проф. (Москва)
Н.И. БРИКО, д.м.н., проф., акад. РАМН
С.А. ВАРЗИН, д.м.н., проф. (С.-Петербург)
А.А. ВИШНЕВСКИЙ, д.м.н., проф. (Москва)
Х.М. ГАЛИМЗЯНОВ, д.м.н., проф.
(Астрахань)
А.М. ГОЛУБЕВ, д.м.н., проф. (Москва)
М.М. ДИБИРОВ, д.м.н., проф. (Москва)
С.И. ЕМЕЛЬЯНОВ, д.м.н., проф. (Москва)
Т.И. ИБРАГИМОВ, д.м.н., проф. (Москва)
М.Р. ИВАНОВА, д.м.н., проф. (Нальчик)
Д.Г. ИОСЕЛИАНИ, д.м.н., член-корр. РАН
(Москва)
В.В. ЛЕБЕДЕВ, д.м.н., проф. (Краснодар)
М.М. МАГОМЕДОВ, д.м.н., проф. (Москва)

О.М. МАХАЧЕВ, д.м.н., проф. (Москва)
Б.Д. МИНАЕВ, проф. (Ставрополь)
Л.Я. ПЛАХТИЙ, д.м.н., проф. (Владикавказ)
В.С. САВЕЛЬЕВ, д.м.н., проф.,
акад. РАН и РАМН (Москва)
Д.Г. САИДБЕКОВ, проф. (Италия)
В.Н. ЦАРЕВ, д.м.н., проф. (Москва)
М.Ф. ЧЕРКАСОВ, д.м.н., проф.
(Ростов-на-Дону)
А.Ф. ЧЕРНОУСОВ, д.м.н., проф.,
акад. РАМН (Москва)
М.Ш. ШАМХАЛОВА, д.м.н., проф. (Москва)
Г.А. ШАТВЕРЯН, д.м.н., проф. (Москва)
Е.В. ЭСАУЛЕНКО, д.м.н., проф. (С.-Петербург)
В.М. ЭФЕНДИЕВ, д.м.н., проф. (Баку)
Н.Д. ЮЩУК, д.м.н., проф.,
акад. РАМН (Москва)
О.Д. ЯГМУРОВ, д.м.н., проф. (С.-Петербург)

УЧРЕДИТЕЛЬ

© ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

ИЗДАТЕЛЬ

© Издательско-полиграфический центр ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

Содержание

КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА		
Ключевые показатели оценки работы исследователей и научных коллективов <i>А.О. Османов</i>	5	
ХИРУРГИЯ		
Диагностика и лечение острых гастродуоденальных кровотечений, развившихся на фоне хронической почечной недостаточности <i>С.П. Гайбатов, З.М. Закариев, Э.А. Закариева, Р.С. Гайбатов</i>	7	
Оптимизация доступа для холецистэктомии у больных калькулезным холециститом <i>Р.Т. Меджидов, Р.А. Койчурев, Р.Р. Курбанисмаилова</i>	12	
ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ		
Артериальная гипертензия у больных хроническими диффузными заболеваниями печени в Дагестане <i>Ш.М. Омаров, М.Г. Атаев, Р.Г. Магомедова</i>	18	
ПСИХИАТРИЯ		
Йододефицит и психическое здоровье детей в Республике Дагестан <i>Н.Р. Моллаева, М.А. Алиев, И.Д. Мирошкина, Л.Ш. Гаммацаева, Б.А. Алибекова, А.Б. Яхьяева</i>	24	
СТОМАТОЛОГИЯ		
Состояние слюновыделительной системы у больных сиаладенозом при патологии щитовидной железы <i>А.Х. Асиятилов, Г.А. Асиятилов, Х.А. Ордашев</i>	28	
Состояние тканей пародонта у больных шизофренией <i>С.А. Бутаева, А.В. Митронин, Б.Д. Цыганков, А.Р. Гаджиев</i>	31	
НЕВРОЛОГИЯ		
Анализ факторов риска инсульта в Дагестане <i>М.Ф. Магомаев, Г.Н. Авакян, Л.В. Стаховская, В.И. Скворцова</i>	34	
ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ		
Брюшной тиф: клиника-лабораторные проявления, течение и исходы в современных условиях <i>Д.Р. Ахмедов, С.А. Пашаева, С.А. Магомедова</i>	39	
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ		
Эпизоотическая и эпидемиологическая ситуация по бешенству в Республике Дагестан и меры по улучшению антирабической помощи населению <i>М.М. Асадулаев, М.М. Омаров, Д.Р. Ахмедов, М.Г. Газимагомедов, Ш.Д. Мухтаров, И.Г. Алжанбекова, С.М. Попандопуло</i>	44	
УРОЛОГИЯ		
Современные подходы к терапии хронического бактериального простатита у лиц пожилого и старческого возраста <i>Х.-М.Н. Джалилов, Т.В. Царуева, М.С. Саидов, Г.М. Газиев</i>	49	
АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ		
Влияние паритета на костный метаболизм и липидный обмен <i>А.Э. Эседова, Т.Х.-М. Хашаева, З.А. Абусуева, А.Б. Гасанова, А.Р. Махмудова, А.Г. Гамидова</i>	52	
Роль плаценты человека в лечении дисгормональных изменений молочных желез <i>Р.Г. Алиев, Р.М. Газиев, Х.З. Омарова, Н.Д. Исаева</i>	56	
ПЕДИАТРИЯ		
Характеристика малых аномалий сердца при пролапсе митрального клапана у детей по данным двухмерной эхокардиографии <i>Ш.М. Магомедова, Ю.М. Белозеров, И.М. Османов</i>	60	
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА		
Рентгеноспектральный флуоресцентный анализ при судебно-медицинской экспертизе рубленых повреждений <i>М.Т. Исмаилов</i>	63	
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ		
Активация туберкулеза легких при применении антицитокиновой терапии <i>Э.М. Эседов, Ф.Д. Ахмедова, Ж.Ш. Умаханова, А.С. Абасова, В.Р. Мурадова</i>	69	
МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ		
Естественнонаучное образование в медицинском вузе и анализ учебных достижений студентов по физике, химии и биологии <i>М.М. Муталипов, З.А. Хуршилова, А.М. Магомедов, К.М. Магомедова, М.А. Магомедов, П.А. Гамзатова</i>	73	
Инсулиноподобный фактор роста-1 в патогенезе плацентарной недостаточности и преэклампсии (обзор литературы) <i>Ш.М. Магомедова</i>	78	
ЮБИЛЕИ		
К 85-летию члена-корреспондента РАМН, профессора Султан-Мурада Аслановича Омарова.....	83	
ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ		85

BULLETIN OF DAGESTAN STATE MEDICAL ACADEMY N 1(2) 2012

EDITOR-IN-CHIEF
PROFESSOR A.O. OSMANOV

Published quarterly since 2011

EDITORIAL BOARD

Founder:

Dagestan State
Medical Academy

Territory distribution

Russian Federation,
foreign countries

ISSN 2226-4396

Head of Editorial: E.K. Belikova

Executive editors:

S.A. Magomedova, N.T. Ragimova,
L.I. Golubeva

Translation: S.Sh. Zairbekova

Internet version:

R.M. Mukhumaev, A.V. Bekeeva

Technical Editors:

A.M. Dzhanmurzaeva, N.M. Alieva,
R.A. Kojchuev

Head of Editorial Board: E.K. Belicova

Address:

367000, Russia, Makhachkala,
Lenin square, 1, 4th floor, N 53,
Dagestan State Medical Academy

Phone: 8 (8722) 67 19 88;

8 (8722) 67 07 94

Fax: 8 (8722) 68-12-80

E-mail: vestnikdgma@yandex.ru

WWW-page: www.vestnik.dgma.ru

Advertising Department:

tel. 8(8722) 67 19 88

D.R. Akhmedov, prof.
(Deputy Editor)
A.A. Abakarov, prof.
A.A. Abdullaev, prof.
M.R. Abdullaev, prof.
S.A. Abusuev, prof.
A.M. Aliskandiev, prof.
A.-G.D. Aliev, prof.
S.A. Aliev, prof.
P.M. Alieva, prof.
Z.M. Alikhanova, prof.
S.Sh. Akhmedkhanov, prof.
M.G. Arbuliev, prof.
A.H. Asiyatillov, prof.
G.R. Askerkhanov, prof.
L.M. Askhabova, prof.
T.R. Ashurbekov, prof.
M.G. Ataev, assoc.
(Executive Secretary)
M.M. Bakuev, prof.
N.U. Chamsutdinov, prof.
E.M. Esedov, prof.
R.S. Gadzhiev, prof.
G.A. Gadzhimirzaev, prof.
R.M. Gaziev, prof.
G.K. Guseynov, prof.
T.S. Guseynov, prof.
A.M. Idarmachev, prof.
M.A. Khamidov, assoc.

D.G. Khachirov, prof.
M.T. Kudaev, prof.
K.G. Machmudov, prof.
A.G. Magomedov, prof.
M.G. Magomedov, assoc.
S.M. Makhachev, assoc.
S.N. Mammaev, prof.
K.A. Masuev, prof.
M.N. Medzhidov, assoc.
R.T. Medzhidov, prof.
S.N. Mineeva, prof.
K.O. Minkailov, prof.
N.R. Mollaeva, prof.
G.G. Musalov, prof.
E.R. Nagiev, prof.
Sh.M. Omarov, prof.,
S.-M.A. Omarov, prof.
Corr. m. RAMS
F.M. Osmanova, assoc.
K.M. Rasulov, prof.
M.A. Rizakhanov, prof.
M.Z. Saidov, prof.
M.S. Saidov, prof.
A.R. Tagirbekova, assoc.
(Literary editor)
A.M. Shakhnazarov, prof.
I.A. Shamov, prof.
(Scientific editor)

EDITORIAL COUNCIL

S.I. Abakarov, prof. (Moscow)
B.G. Alekyan, Acad. RAMS, prof. (Moscow)
S.D. Arutyunov, prof. (Moscow)
N.I. Briko, Acad. RAMS, prof. (Moscow)
M.F. Cherkasov, prof. (Rostov-on-Don)
A.F. Chernousov, Acad. RAMS, prof. (Moscow)
M.M. Dibirov, prof. (Moscow)
V.M. Efendiyev, prof. (Baku)
S.I. Emelyanov, prof. (Moscow)
E.V. Esaulenko, prof. (St. Petersburg)
H.M. Galimzyanov, prof. (Astrakhan)
A.M. Golubev, prof. (Moscow)
T.I. Ibragimov, prof. (Moscow)
D.G. Ioseliani, Corresp. Member RAS (Moscow)

M.R. Ivanova, prof. (Nalchik)
V.V. Lebedev, prof. (Krasnodar)
M.M. Magomedov, prof. (Moscow)
O.M. Makhachev, prof. (Moscow)
B.D. Minaev, prof. (Stavropol)
L.Y. Plakhtiy, prof. (Vladikavkaz)
D.G. Saidbekov, prof. (Rome, Italy)
V.S. Savelyev, Acad. RAS, RAMS, prof. (Moscow)
M.Sh. Shamkhalova, prof. (Moscow)
G.A. Shatveryan, prof. (Moscow)
V.N. Tsarev, prof. (Moscow)
S.A. Varzin, prof. (St. Petersburg)
A.A. Vishnevskiy, prof. (Moscow)
O.D. Yagmurov, prof. (St. Petersburg)
N.D. Yushchuk, Acad. RAMS, prof. (Moscow)

Contents

COLUMN OF EDITOR-IN-CHIEF	
Key indicators of performance evaluation researchers and research teams A.O. Osmanov	5
SURGERY	
Diagnosis and treatment of acute gastroduodenal bleeding developing in chronic renal failure S.P. Gaybatov, Z.M. Zakariyev, E.A. Zakariyev, R.S. Gaybatov	7
Optimisation of access for cholecystectomy at the patients with the calculous cholecystitis R.T. Medzhidov, R.A. Koichuev, R.R. Curbanismailova	12
INTERNAL MEDICINE	
Arterial hypertension in patients with chronic diffuse liver diseases in Dagestan Republic Sh.M. Omarov, M.G. Ataev, R.G. Magomedova	18
PSYCHIATRY	
Iodine deficiency and mental health in children of Dagestan Republic N.R. Mollaeva, A.A. Alieva, M.A. Aliev, I.D. Miroshkina, L.Sh.Gammatsaeva, B.A. Alibekova, A.B. Yakhyaeva	24
STOMATOLOGY	
Condition of salivation system in patients with sialadenosis and thyroid pathology A.H. Asiyatillov, G.A. Asiyatillov, H.A. Ordashev	28
Periodontal tissues condition in patients with schizophrenia S.A. Butaeva, A.V. Mitronin, B.D. Tsigankov, A.R. Gadzhiev	31
NEUROLOGY	
Analysis of risk factors for stroke in Dagestan M.F. Magomaev, G.N. Avakyan, L.V. Stakhovskaya, V.I. Skvortsova	34
INFECTIOUS DISEASES	
Typhoid fever: clinical and laboratory manifestations, course and outcomes of current conditions D.R. Akhmedov, S.A. Pashayeva, S.A. Magomedova	39
EPIDEMIOLOGY	
Evaluation of epizootic and epidemiological situation in the Dagestan Republic, and measures to improve rabies help to the population M.M. Asadulayev, M.M. Omarov, D.R. Akhmedov, M.G. Gazimagomedov, Sh.D. Mukhtarov, I.G. Alzhanbekova, S.M. Popandopulo	44
UROLOGY	
Modern approach in therapy of chronic bacterial prostatitis H-M.N. Djulilov, T.V. Tsaruyeva, M.S. Saidov, G.M. Gaziyeu	49
OBSTETRICS AND GYNECOLOGY	
Influence of parity on bone and lipid metabolism A.E. Esedova, T.H.-M. Hashaeva, Z.A. Abusueva, A.B. Gasanova, A.R. Machmudova, A.G. Gamidova	52
The role of placenta in treatment dishormonal changes of mammary glands R.G. Aliyev, R.M. Gaziyeu, H.Z. Omarova, N.D. Isayeva	56
PEDIATRICS	
Characteristics of heart abnormalities in mitral valve prolapse in children by bidimensional echocardiography Sh.M. Magomedova, U.M. Belozarov, I.M. Osmanov	60
FORENSIC MEDICINE	
Roentgenospectral fluorescent analysis in judicial-medical expertize M.T. Ismailov	63
CASES OF PRACTIC	
Activation of pulmonary tuberculosis in the application of anticytokine therapy E.V. Esedov, F.D. Akhmedova, Zh.Sh. Umahanova, A.S. Abasova, V.R. Muradova	69
MEDICAL EDUCATION	
Natural science education in medical school and statistical analysis of educational achievements of students in physics, chemistry and biology M.M. Mutalipov, Z.A. Hurshilova, A.M. Magomedov, K.M. Magomedova, M.A. Magomedova, P.A. Gamzatova	73
Insulinoid growth factor in pathogenesis of placental insufficiency and pre-eclampsia (review) Sh.M. Magomedova	78
JUBILEE	
Omarov Sultan-Murad Aslanovich	83
Instructions for autors	85

Ключевые показатели оценки работы исследователей и научных коллективов

Выход в свет научно-практического журнала «Вестник Дагестанской государственной медицинской академии» («Вестник ДГМА») в 2012 году совпадает с 80-летним юбилеем основания академии и является важным событием, имеющим большое значение для научной медицины и практического здравоохранения. Наш журнал является рецензируемым, он зарегистрирован в Научной электронной библиотеке (НЭБ) и входит в базу данных Российского индекса научного цитирования (РИНЦ). База данных РИНЦ расположена в интегрированном научном информационном ресурсе в Российской зоне сети Интернет, доступной для зарегистрированных пользователей НЭБ, и создается в рамках Федеральной целевой научно-технической программы Министерства образования и науки (МОН) России: «Исследования и разработки по приоритетным направлениям развития науки и техники».

Редакцией журнала «Вестник ДГМА» представляются для включения в РИНЦ следующие метаданные статей, опубликованных на его страницах: 1) *название статьи; 2) *сведения об авторах - фамилия, имя, отчество полностью, место работы и должность, контактная информация (телефон, e-mail); 3) *аннотация; 4) *ключевые слова; 5) тематический рубрикатор - УДК/ББК либо другие библиотечно-библиографические классификационные и предметные индексы; 6) библиографический список (на кириллице и латинице). Просим обратить внимание, что сведения, помеченные звездочкой, приводятся на русском и английском языках.

Редакция журнала серьезно работает над тем, чтобы оформить все необходимые документы и войти в Перечень ведущих научных журналов и изданий Высшей аттестационной комиссии (ВАК) МОН России, в которых должны публиковаться основные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата и доктора наук. Согласно решению Президиума ВАК № 45.1-132 от 14.10.2008 г. все российские научные журналы, претендующие на включение в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, должны быть представлены и оценены в РИНЦ.

Одним из ключевых показателей, широко используемых во всем мире для оценки работы исследователей и научных коллективов, является индекс цитирования и импакт-фактор журнала, в котором были опубликованы статьи. Статистика баз данных по цитированию журнальных публикаций дает возможность оценить влияние ученого или организации на мировую науку, определить качество проведенных научных исследований.

Индекс цитирования - это специализированный информационный продукт, в котором собирается и обрабатывается полная библиографическая информация о журнальных статьях, аннотации и пристатейные списки цитируемой литературы. Такая база позволяет находить как публикации, цитируемые в отдельно взятой статье, так и публикации, цитирующие эту статью.

Таким образом, пользователь может проводить эффективный масштабный поиск библиографии, охватывающей весь фронт публикаций по интересующей его теме или предмету.

Импакт-фактор журнала - один из формальных критериев, по которому можно сопоставлять уровень научных исследований в близких областях знаний. При присуждении грантов, выдвижении на научные премии (включая Нобелевскую) эксперты непременно обращают внимание на наличие у соискателя публикаций в журналах с высоким импакт-фактором. Импакт-фактор журнала - это дробь, знаменатель которой равен числу статей, опубликованных этим журналом в течение заданного периода (обычно это два года), а числитель - число ссылок (сделанных за этот же период в различных источниках) на указанные выше статьи. При этом подразумевается, что чем выше значение импакт-фактора, тем выше научная ценность, авторитетность журнала.

РИНЦ - интегрированная информационно-аналитическая система по научным публикациям. Она создается НЭБ (elibrary.ru) в рамках проекта, инициированного Федеральным агентством по науке и инновациям (Роснаука). В РИНЦ включаются наиболее авторитетные российские научные журналы. РИНЦ позволяет оценить уровень научного издания на базе формальных и объективных критериев. Основным таким критерием является относительный показатель цитирования статей, опубликованных в данном журнале, то есть его импакт-фактор. Самое высокое значение импакт-фактора РИНЦ 2,986 было в 2009 г.

Авторы, претендующие на издание в «Вестнике ДГМА», должны придерживаться единого формата оформления пристатейных библиографических списков в соответствии с ГОСТ Р 7.05-2008 «Библиографическая ссылка» (более подробную информацию можно получить на сайте http://elibrary.ru/projects/events/conf_vak_icons/regl.pdf).

Ректор Дагестанской государственной медицинской академии,
главный редактор «Вестника ДГМА»,
профессор **А.О. Османов**

Key indicators for assessing performance of research and academic communities

The appearance of scientific-practical journal "Bulletin of Dagestan State Medical Academy" ("Bulletin of DSMA") in jubilee for academy year 2012, a year of 80th anniversary from the day of its foundation is an important scientific event for practical health. Our journal is reviewed; it is registered in SEL (scientific electronic library) and admitted to Data Base of RSCI (Russian Science Citation Index). Data Base of RSCI is located in integrate scientific information source of Russian zone of Internet, accessible for registered users of SEL and creates by Federal aimed scientific- technical program of Ministry of Education and Science of Russia: "Research and methods on priority directions of science development and technics.

Editorials of our journal introduce for including to RSCI following editorial metadata published in each number of journal: 1) *the title of the article; 2) *information about authors-full surname, full name, full patronymic of author(s); each authors' place of work, contact information (e-mail) for each author; 3) *annotation; 4) *key words; 5) theme rubric: UDC and BBC or other librarian-bibliographic classification and subject indexes; 6) bibliographic list (only in origin language and latinitsa). Pay attention, please to information signed by * must be given in Russian and English languages. Editorial staff works hard in order to register officially all necessary documents and be included to The list of leading scientific journals and editions of HCC (Higher Certifying Commission) of Ministry of Education and Science of Russia where must be published all main results of dissertation on competition for scientific degree of candidate or doctor of science. According to decision of presidium of HCC № 45.1-132 from 14.10.2008, all Russian scientific, pretending to including to The list of leading Reviewed Scientific Journals and editions must be introduced and evaluate in RSCI.

One of the main indexes widely used all over the world for estimation of research work and scientific groups is Citation Index and impact-factor of journals where articles were published. Statistics of Data

Base on citation journal publications gives the opportunity to evaluate the influence of scientist or organization on world science and to determine the quality of done scientific researches. Citation Index is a specialized informative product, where full bibliography information about journal articles, annotations and editorial lists of literature. Such Base allows finding both publications citing in separately editorial and publication, citing this article.

So, user can carry out an effective scale search for bibliography, involving all publications on interesting theme or subject.

Journal impact-factor is one of the formal criteria by which we can compare the level of scientific researches in similar fields of knowledge. While awarding grants, promotion to scientific prizes (including Nobel) experts always pay attention to the presence of publications with high impact-factor in competitors. Journal impact-factor is a fraction, where denominator is equal the number of articles, published in journals in definite period (usually it is a period of two years), and numerator – a number of references (done for the same period in different sources) on indicated previously editorials. The higher impact-factor is the higher scientific value and authority of journal.

Russian Science Citation Index (RSCI) integrates informative-analyzing system on scientific publications. RSCI is created by SEL (elibrary.ru) in project' bounds because of initiated by (Rosnauka). In RSCI includes the most authorized Russian Scientific journals. RSCI is a mechanism, allowing evaluating the level of scientific edition on the base of formal and objective criteria. Such main criteria are a comparative index of article citing published in this journal, i.e. its impact-factor. The highest meaning of impact factor RSCI is 2009 – 2,986.

Authors, pretending on publications in "Bulletin of DSMA" must hold on common size of putting in order editorial list according to GOST 7.05.-2008 "Bibliographic reference" (http://elibrary.ru/projects/events/conf_vak_icons/regl.pdf).

Rector of Dagestan state medical academy,
Editor-in-Chief "Bulletin of DSMA",
Professor **A.O. Osmanov**

УДК 616.34-005.1-07:616.61-089

Диагностика и лечение острых гастродуоденальных кровотечений, развившихся на фоне хронической почечной недостаточности

С.П. Гайбатов¹, З.М. Закариев¹, Э.А. Закариева¹, Р.С. Гайбатов²ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, ¹кафедра хирургии ФПК и ППС с курсом эндоскопической хирургии, Махачкала;ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургская педиатрическая академия» Минздравсоцразвития России, ²кафедра общей хирургии, Санкт-Петербург

Резюме

Под наблюдением находились 111 больных, у которых на фоне хронической почечной недостаточности язвы желудка и 12-перстной кишки (ДПК) осложнились кровотечением. При эзофагогастродуоденоскопии выявлено кровотечение по Forrest: F-IA – у 6,3%, F-IB – у 21,6%, F-IIA – у 27,9% и F-IIB – у 44,2% пациентов. В зависимости от локализации язвы, интенсивности кровотечения и стадии хронической почечной недостаточности лечебные мероприятия менялись. С целью гемостаза при локализации язвы в зоне кардии и малой кривизны желудка выполнена периульцерозная инфильтрация: 5 мл 0,5% новокаина, 20 мг кваматела и 500 мг амоксициллина, а при рецидиве – иссечение язвы. На язвы задней стенки ДПК наложены гемостатические швы, а при язве передней стенки ДПК проведена антрум-резекция. В послеоперационном периоде назначались противоязвенная терапия, коррекция функций почек и малобелковая диета.

Ключевые слова: кровотечение, хроническая почечная недостаточность, диагностика и лечение.

Diagnosis and treatment of acute gastroduodenal bleeding in chronic renal failure

S.P. Gaybatov, Z.M. Zakariyev, E.A. Zakarieva, R.S. Gaybatov

Dagestan State Medical Academy, Makhachkala;
St. Petersburg pediatric academy

Summary

111 patients were observed with stomach ulcer and duodenum ulcer, developing on the phone of chronic renal failure complicated by hemorrhage. While esophagogastroduodenoscopy the hemorrhage by Forrest was revealed: F-IA - 6, 3%, F-IB - 21, 6%, F-IIA - 27, 9% and F-IIB - 44, 2% of patients. Medical therapies have been changed in the dependence of the location of ulcers, bleeding intensity and stage of chronic renal failure. For hemostasis, in the localization of ulcers in the area of the cardia and lesser curvature of stomach, per ulcerous infiltration was performed: novocaine 0.5% to 5 ml, quamatel 20 mg amoxicillin 500 mg, and at relapse - excision of ulcers. Ulcers on the posterior wall of duodenum - applying haemostatic sutures, and the ulcer of anterior wall of duodenum gut, antrum resection was done. Postoperatively, anti-ulcer drugs and correction of renal function and protein malnutrition diet were indicated.

Key words: bleeding, chronic renal failure, diagnosis and treatment.

Введение

В настоящее время гастродуоденальные язвенные кровотечения стали не только медицинской, но и социально-экономической проблемой. Согласно статистике последних лет [1, 3, 5], на 100 тысяч жителей за год регистрируется около 160 больных гастродуоденальной язвой, осложненной кровотечением. Экономические затраты на лечение этих больных, по данным американских исследователей, составляют около 750-800 млн долларов в год. Особую тревогу у врачей вызывает учащение этого осложнения гастродуоденальных язв у пациентов, страдающих хронической почечной недостаточностью (ХПН), что усугубляет тяжесть геморрагии, вызванной глубокими метаболическими нарушениями в организме,

длительным приемом ими нестероидных противовоспалительных препаратов. По данным литературы [2, 4], у 20% больных с хронической почечной недостаточностью встречаются хронические гастродуоденальные язвы, и если учесть то обстоятельство, что эти пациенты в течение длительного времени принимают нестероидные противовоспалительные препараты, то этот процент удваивается. Наслоение микробной флоры, какой является *Helicobacter pylori*, и глубокие метаболические нарушения в организме, вызванные ХПН, способствуют развитию осложнений гастродуоденальных язв, в том числе кровотечений. Геморрагия в объеме 500-600 мл угнетает функцию почек по выделению продуктов обмена из организма вследствие наступающих гемодинамических нарушений в почечной паренхиме, особенно у больных, страдающих ХПН. В этой ситуации основной задачей становится поддержание объема циркулирующей крови (ОЦК) на должном уровне, восстановление микроциркуляции и транскапиллярного обмена. До сих пор не разработаны критерии адекватного восстановления

Для корреспонденции:

Гайбатов Салих Пиралиевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургии ФПК и ППС с курсом эндоскопической хирургии ГБОУ ВПО «ДГМА» Минздравсоцразвития России.
Тел.: 8 (928) 811 11 76.

Статья поступила 05.03.2012 г., принята к печати 23.03.2012 г.

указанных параметров в зависимости от стадии ХПН.

В этой связи **целью исследования** явился выбор оптимального варианта лечения в зависимости от тяжести кровопотери, с учетом стадии сопутствующей хронической почечной недостаточности.

Материал и методы

Исследование основано на результатах лечения 111 пациентов, госпитализированных в клинику неотложной хирургии ДГМА за период 2007-2011 гг. по поводу гастродуоденальных язвенных кровотечений. У 7,2% язвенное кровотечение установлено было впервые. Мужчины составили 67,3%, женщины – 32,7%. Средний возраст больных составил 47,4±3,5 года. С момента возникновения осложнения в первые 6 часов госпитализированы 73,5% пациентов, через 8-10 часов – 18,2%, позже 24 часов – 7,2%, причем последняя группа в основном состояла из пациентов пожилого и старческого возраста. За исключением 5 больных, всем остальным в момент госпитализации выполнена экстренная фиброгастродуоденоскопия (ФГДС). Указанные 5 случаев составили пациенты, поступившие с профузным кровотечением в состоянии геморрагического шока III ст.

Наиболее интенсивное кровотечение наблюдалось у больных с язвой двенадцатиперстной

кишки, язвенный дефект у которых располагался на задней стенке.

Тяжесть состояния определяли комплексно по классификации А.И. Горбашко (1974), степени кровопотери и параметрам функционального состояния почек – их концентрационной и выделительной функций (по содержанию в крови мочевины, креатинина, диурезу).

Легкая степень кровопотери - гемоглобин (Hb) 100 г/л, эритроциты $3,9 \cdot 10^{12}/л$, артериальное давление (АД) 100/70 мм рт.ст., пульс 90 в минуту, первая степень ХПН (мочевина 12 ммоль/л, креатинин 0,25 ммоль/л, диурез 500 мл в сутки) - выявлена у 49 пациентов.

Средняя степень кровопотери - Hb 80 г/л, эритроциты $2,9 \cdot 10^{12}/л$, АД 90/60 мм рт.ст., пульс 100 в минуту, вторая степень ХПН (мочевина 20,5 ммоль/л, креатинин 0,5 ммоль/л, диурез менее 500 мл в сутки) - у 31 пациента.

Тяжелая степень кровопотери - Hb 70 г/л, эритроциты $1,9 \cdot 10^{12}/л$, АД 70/40 мм рт.ст., пульс 110 в минуту, вторая степень ХПН (мочевина 30 ммоль/л, креатинин более 0,5 ммоль/л, диурез менее 300 мл в сутки) выявлена у 24 пациентов.

Крайне тяжелая степень кровопотери - Hb 50 г/л, эритроциты $1,0 \cdot 10^{12}/л$, АД 50/30 мм рт.ст., пульс 120 в минуту, третья степень ХПН (мочевина 50 ммоль/л, креатинин более 0,75 ммоль/л, диурез 150-200 мл в сутки) - у 7 больных.

Распределение больных по эндоскопической классификации язвенных кровотечений по J. Forrest [6] приведено в таблице.

Таблица

Общая характеристика больных по эндоскопической классификации кровотечений J. Forrest (1974)

Локализация язвы	Forrest							
	IA		IB		IIA		IIB	
	n	%	n	%	n	%	n	%
I. Желудок:								
а) кардиальный отдел	2	-	3	2	1,8	-	2,7	1,8
б) средняя треть малой кривизны	5	9	7	3	4,5	8,1	6,3	2,7
II. Двенадцатиперстная кишка:								
а) задняя стенка	8	10	9	4	7,2	9,0	8,1	3,6
б) передняя стенка	10	16	14	9	9,0	14,4	12,6	8,1
В с е г о	7 (6,3%)		24 (21,6%)		31 (27,9%)		49 (44,2%)	

Кроме того, в экстренном порядке производился общий анализ крови, мочи, изучались функциональные показатели печени (общий билирубин и его фракции, общий белок сыворотки крови), а также производилось ультразвуковое исследование почек с изучением внутриоргана кровотока после эндоскопического гемостаза.

Результаты и обсуждение

Анализируются результаты наблюдения 111 больных, лечившихся в клинике неотложной хирургии ГБОУ ВПО «ДГМА» за последние пять лет (2007-2011 гг.) по поводу гастродуоденальных кровотечений, возникших на фоне хронической почечной недостаточности.

На основании анализа материала мы убедились в том, что в диагностике и лечении этой категории больных должен быть комплексный подход. В зависимости от тяжести клинической картины пациенты были разделены на четыре клинические группы.

В первую группу вошли 49 пациентов, у которых при экстренной ФГДС установлено наличие язвенного кровотечения по Forrest IIB. Из них у 16 язвенный дефект размерами 0,8x0,6x0,3 см располагался в зоне с/3 малой кривизны желудка, у 14 – на задней стенке двенадцатиперстной кишки, у 10 – в зоне кардиального отдела желудка и у остальных 9 пациентов язвенный дефект 0,6x0,5x0,3 см локализовался на передней стенке двенадцатиперстной кишки. Во всех 49 случаях ФГДС картина была идентичной. Исследование

периферической крови выявило легкую степень анемии, в среднем содержание Hb колебалось в пределах 95-100 г/л, эритроцитов – $3 \cdot 10^{12}$ /л, гематокрита – 36%, имела место умеренная гипопро-теинемия ($58 \pm 1,6$ г/л) за счет снижения альбуминовой фракции ($32,0 \pm 0,5\%$) в сочетании с кальциемией и фосфатемией. Исследование функционального состояния почек выявило значительное снижение концентрационной, фильтрационной (удельный вес мочи в среднем составил 1002, мочевины – 20 ммоль/л, креатинина – 0,25 ммоль/л) и выделительной функций. При ультразвуковом исследовании обнаружено истончение коркового слоя, уменьшение размеров почек, при доплерографии – извилистость внутриорганных сосудов и уменьшение кровотока.

В 10 случаях при локализации язвы в кардиальном отделе желудка и у 16 при расположении язвы по малой кривизне с целью гемостаза использован метод периульцерозной медикаментозной инфильтрации (0,5% раствор новокаина 5 мл, амоксициллин 500 мг и квамател 20 мг). В трех случаях у больных пожилого возраста наблюдался рецидив геморрагии из язвы, в связи с чем выполнено иссечение язвы. В 23 случаях с целью гемостаза проводилась консервативная терапия, включающая коллоиды, кристаллоиды, свежзамороженную плазму, гемостатики. В этой клинической группе выявлена сопутствующая хроническая почечная недостаточность в стадии ремиссии. Учитывая наличие кровопотери, гипопро-теинемии, нарушение функций почек, анемии, в комплекс лечения включали ежедневные трансфузии свежзамороженной одногруппной плазмы, кетостерил и уросептики. Параллельно проводилась противоязвенная терапия с включением кваматела по 20 мг внутривенно 2 раза в день. Особое внимание уделялось диетотерапии с учетом гипопро-теинемии, назначался разработанный Институтом питания РАМН стол 7а (мало-белковая диета).

Летальные исходы в этой группе не наблюдались. Изучение ближайших результатов показало, что принятая тактика оказалась адекватной.

Во вторую группу (31 человек) включены пациенты с кровотечениями по Forrest – IIA и умеренно выраженной хронической почечной недостаточностью второй стадии с креатинином крови 0,25–0,5 ммоль/л и мочевиной 25 ммоль/л. Пациенты этой клинической группы поступили в стационар в течение первых 4 часов с момента появления признаков гастродуоденального кровотечения, с проявлениями рвоты «кофейной гущей», мелены, слабости, головокружения. Из 31 больного у 10 (в возрасте 45-50 лет) язвенный дефект размерами 0,9x0,6x0,4 см располагался в средней трети малой кривизны желудка. Из них в 6 случаях с целью гемостаза выполнена диатермокоагуляция и получен положительный эффект. У четырех пациентов после диатермокоагуляции наступил рецидив кровотечения, в связи с чем выполнена резекция желудка по Бильрот–I. Биохимическое исследование крови показало гипопро-теи-

немию (общий белок $49 \pm 1,5$ г/л), умеренную анемию со снижением гемоглобина до $76,4 \pm 2,5$ г/л, эритроцитов в периферической крови – $2,9 \cdot 10^{12}$ /л, гипокальциемию – $1,6 \pm 0,3$ ммоль/л, гипофосфатемию. При УЗИ выявлены истончение коркового слоя обеих почек, деформация чашечно-лоханочной системы, обеднение и деформация интраорганных сосудов, некоторое расширение венозной системы. У 9 больных язвенный дефект размерами 0,5x0,4x0,3 см располагался на задней стенке двенадцатиперстной кишки. Из них в 6 случаях с помощью диатермокоагуляции получен гемостатический эффект. У трех больных на третьи сутки наступил рецидив кровотечения, в связи с чем выполнена дуоденотомия и узловыми швами ушит язвенный дефект. У 8 пациентов язва локализовалась в зоне кардиального отдела желудка, из них в 6 случаях гемостатический эффект получен диатермокоагуляцией, а у двух больных через 6 часов наступил рецидив кровотечения, и им выполнены гастротомия и ушивание кровотокащей язвы. Во всех случаях обнаружена умеренная анемия со снижением гемоглобина в пределах $85,5 \pm 2,3$ г/л и содержания эритроцитов в периферической крови – $2,7 \cdot 10^{12}$ /л. При УЗИ отмечено истончение коркового слоя обеих почек, деформация чашечно-лоханочной системы, извилистость внутриорганных сосудов и снижение кровотока. В четырех случаях язвенный дефект размерами 0,5x0,4x0,3 см располагался на передней стенке двенадцатиперстной кишки. С целью гемостаза произведена периульцерозная инфильтрация с использованием вышеописанной смеси, что позволило получить гемостаз. В дальнейшем пациенты получали комплекс консервативного лечения с включением кваматела (фамотидина) по 20 мг, метрогила (метронидазола) 100 мг и амоксициллина 1 г внутривенно. С целью коррекции функции почек пациенты получали инфузионно-трансфузионную терапию и кетостерил. Осложнений у этих пациентов не наблюдалось.

В третью группу (24 больных) включены пациенты, поступившие в первые два часа от начала гастродуоденального кровотечения по Forrest – IB. У этих пациентов сопутствующая хроническая почечная недостаточность III стадии в фазе обострения, с уровнем креатинина 0,5 ммоль/л и мочевины 18 ммоль/л, со значительным снижением общего белка – $34,6 \pm 7,2$ г/л, гемоглобина – $80,2 \pm 3,6$ г/л, эритроцитов в периферической крови – $2,4 \cdot 10^{12}$ /л. Из 24 пациентов группы у 9 язвы были размерами 1,0x0,6x0,4 см, располагались в средней трети малой кривизны желудка. Из них у 5 пациентов гемостаз осуществлен диатермокоагуляцией. В последующие дни больные получали комплекс консервативной терапии идентично предыдущей группе. При УЗИ на третьи сутки после госпитализации обнаружено уменьшение размеров обеих почек, истончение коркового слоя, деформация чашечно-лоханочной системы. Допплерографическим исследованием выявлены извилистость, деформация сосудистой системы и обеднение интраорганных кровотока. Выявлены

протеинурия $1,5 \pm 0,3$ г/л и пиурия 20-30 лейкоцитов в поле зрения и цилиндрурия, выщелоченные эритроциты в моче. У 7 пациентов язва имела размеры $0,7 \times 0,5 \times 0,4$ см, локализовалась на задней стенке двенадцатиперстной кишки. У четырех больных диатермокоагуляция дала положительный результат. Остальные три больного, в связи с рецидивом кровотечения из язвы и старческим возрастом, наличием сопутствующей сердечно-сосудистой недостаточности, были оперированы (дуоденотомия, ушивание язвы) с целью гемостаза. У 5 пациентов с язвенным дефектом $1,5 \times 1,0 \times 0,7$ см, расположенным в кардиальном отделе желудка, выполнена периульцерозная инфильтрация. У одного больного на вторые сутки наступил рецидив геморрагии, по поводу чего выполнена резекция кардиального отдела желудка. На 5-е сутки после операции диагностированы несостоятельность швов, перитонит и наступил летальный исход. У трех пациентов этой группы язвенный дефект размерами $1,5 \times 1,0 \times 0,6$ см располагался на передней стенке двенадцатиперстной кишки. В связи с продолжающейся геморрагией из язвы и отсутствием эффекта от диатермокоагуляции во всех случаях выполнена резекция антрума по методике Бильрот-I. Осложнения в послеоперационном периоде не наблюдались. В этой клинической группе у всех 24 пациентов имело место обострение ХПН со снижением концентрационной, выделительной функций почек. При УЗИ почек определялось уменьшение их размеров, деформация чашечно-лоханочной системы и снижение внутриорганного кровотока. В послеоперационном периоде пациенты получали комплекс гемостатической, противоязвенной (квamatел по 20 мг внутривенно, хлорид кальция 10% 10 мл внутривенно), антибактериальной (амоксциллин 1 г внутривенно 2 раза в день) терапии. Назначались инфузии коллоидов, кристаллоидов и свежзамороженной однокрупной плазмы, а также кетостерил. Исход заболевания в данной группе был благоприятным.

Четвертая группа состояла из 7 пациентов, поступивших в клинику с кровотечением по классификации Forrest IA, уровнем креатинина более $0,5$ ммоль/л и мочевины в пределах 20-25 ммоль/л, обострением ХПН III-IV стадии. В связи с наличием продолжающегося кровотечения (данные ФГДС) и признаков внутреннего кровотечения диагностические и лечебные мероприятия проводились в операционной. Из 7 пациентов у трех наступил летальный исход в течение первого часа после госпитализации от продолжающегося кровотечения из язвы, расположенной на задней стенке двенадцатиперстной кишки. В этой клинической группе в четырех случаях выполнено ушивание язвы с целью гемостаза. В послеоперационном периоде больные получали весь комплекс гемостатической, антибактериальной, инфузионной (коллоидные, кристаллоидные растворы, свежзамороженная плазма) терапии и коррекцию функционального состояния почек (кетостерил). Особое внимание в послеоперационном пе-

риоде обращали на диетотерапию с учетом анемии, гипопроотеинемии. Назначалась малобелковая диета, которая снижает риск развития отрицательного азотистого баланса и улучшает утилизацию белка.

Заключение

Проведенный анализ материала показывает, что больные ХПН подвержены риску развития хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки, которые в большинстве случаев осложняются кровотечением и тем самым способствуют обострению ХПН. В некоторых случаях гастро-дуоденальная геморрагия из язвы возникает на фоне обострения ХПН. Лечение этого тяжелого контингента больных должно быть комплексным с учетом ХПН. В случаях продолжающегося кровотечения или его рецидива из язвы показан минимальный объем оперативного вмешательства в виде наложения гемостатических швов или иссечения язвы.

Литература

1. Багненко С.Ф., Синенченко Г.И., Вербицкий В.Г., Курыгин А.А. Применение протоколов организации лечебно-диагностической помощи при язвенных гастро-дуоденальных кровотечениях в клинической практике // Вестник хирургии. 2007. № 4. С. 71-75.
2. Николаев А.Ю., Милованов Ю.С. Лечение почечной недостаточности. М., 1999.
3. Сажин В.П., Кутакова Е.С., Климов Д.Е., Сажин И.В., Савельев В.М., Грыженко С.В. Профилактика и лечение язвенных гастро-дуоденальных кровотечений // Хирургия. 2011. № 11. С. 20-25.
4. Фитзон-Рысс Ю.И., Рысс Е.С. Гастро-дуоденальные язвы. Л.: Медицина, 1978.
5. Viviane A., Alan B.N. Estimaf of costs of hospital stay for variceal and nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in the United States // Value Health, 2008. 11. P. 1-3.

References

1. Bagnenko S.F., Sinenchenko G.I., Verbitsky V.G., Kurygin A.A. Primeneniye protokolov organizatsiyi lechebno-diagnosticheskoy pomoshchi pri yazvennykh gastroduodenalnykh krvotecheniyah v klinicheskoy praktike // Vestnik hirurgii. 2007. N. 4. S. 71-75.
2. Nikolaev A.Y., Milovanov Y.S. Lecheniye pochechnoy nedostatochnosti. M., 1999.
3. Sazhin V.P., Kutakova E., Klimov D., Sazhin I.V., Saveliev V.N., Gryzhenko S.V. Profilaktika i lecheniye yasvennykh gastroduodenalnykh krvotechenyi // Hirurgiya. 2011. N. 11. S. 20-25.
4. Fitzon-Ryss Y.I., Ryss Y.S. Gastroduodenalnyye yazvy. L.: Medicine, 1978.
5. Viviane A., Alan B.N. Estimaf of costs of hospital stay for variceal and nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in the United States // Value Health, 2008, 11; P. 1-3.

Сведения о соавторах:

Закариев Закари Магомедович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургии ФПК и ППС с курсом эндоскопической хирургии ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России. Тел.+7 (928) 674 19 47.

Закариева Эльмира Ахмедгаджиевна - врач-нефролог нефрологического отделения Республиканской клинической больницы Минздрава Республики Дагестан.
Тел.+7 (928) 516 17 50.

Гайбатов Рашид Салихович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургская педиатрическая академия» Минздравсоцразвития России.
Тел.+7(928) 811 11 76.



www.ursosan.ru

УРСОСАН это:

- ★ Препарат выбора для патогенетической терапии широкого спектра заболеваний печени и желчевыводящих путей с воздействием на максимальное число звеньев патогенеза
- ★ Эффективный и безопасный препарат с европейским качеством, представленный в РФ компанией-производителем и отвечающий стандартам качества ЕС
- ★ Препарат с многолетним опытом применения, имеющий большую доказательную базу зарубежных и отечественных исследований
- ★ Включен в перечень льготных лекарственных средств Федеральной программы ОНЛС/ДЛО с 2004 года

Представительство в Москве: тел./факс (495) 665-61-03
e-mail: promedcs@promedcs.ru

 **PRO.MED.CS**
Praha a.s.

УДК 616.366-089

Оптимизация доступа для холецистэктомии у больных калькулезным холециститом

Р.Т. Меджидов, Р.А. Койчурев, Р.Р. Курбанисмаилова

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, кафедра общей хирургии, Махачкала.

Резюме

Работа основана на анализе результатов клинического обследования и лечения 468 больных калькулезным холециститом (КХ). Все больные были разделены на три клинические группы: первую составили 158 пациентов, которым выполнена лапароскопическая холецистэктомия; вторую - пациенты, которым оперативная помощь оказана из минилапаротомного доступа с элементами «открытой» лапароскопии, - 155 человек; в третью группу вошли 152 больного, оперированных путем широкой лапаротомии. Задачи обследования и лечения больных КХ решали путем комбинированного и последовательного применения комплекса клинико-лабораторных исследований, инструментальных, рентгенологических и эндоскопических методов диагностики и диапевтики. Анализ результатов лечения больных с КХ с применением разных хирургических доступов показывает, что у больных, оперированных с применением миниинвазивных технологий, имеет место гладкое и более легкое течение послеоперационного периода. Лапароскопическая холецистэктомия - радикальная операция, которая по праву может считаться приемлемой для лечения большинства больных с желчнокаменной болезнью и ее осложнениями, наряду с вмешательствами из традиционных доступов. Когда значительно повышаются требования к интраоперационной ревизии зоны операции и на порядок выше риск возникновения опасных интраоперационных осложнений, использование широкой лапаротомии более оправдано. В случаях, когда имеется высокий риск развития легочно-сердечных осложнений, более показанными являются методы щадящего оперирования из минидоступа.

Ключевые слова: калькулезный холецистит, лапароскопическая холецистэктомия, лапароскопический доступ, минилапаротомный доступ, широкая лапаротомия, осложнения, конверсия.

Optimisation of access for cholecystectomy in the calculous cholecystitis

R.T. Medzhidov, R.A. Koichuev, R.R. Curbanismailova

Dagestan State Medical Academy, Makhachkala

Summary

The work is based on the analyses of the clinical examinations' results and the treatment of 468 patients with calculous cholecystitis (CCC). All the patients were divided into three groups: the 1st group was composed of patients undergone to the laparoscopic cholecystectomy - 158 patients; in the 2nd group - the patients who had got the operative help from the minilaparotomicae access with the elements of «opened» laparoscopy - 155 persons; in the 3^d group - the persons who undergone to the operative interference by means of wide laparotomy - 152 patients.

The problems of examination and treatment of the patients with CCC were decided in combination and consistent using the complex of clinical, laboratory investigations, tools, x-ray and endoscopic methods of diagnostics and diapevtics.

The analysis of the results of the patients' treatment with CCC by using of different surgical accesses show that the patients operated with the using of miniinvasion technology had smooth and slighter course of postoperative period. Laparoscopic cholecystectomy - it is radical operation that really can consider switable for the treatment of the most patients with the cholelithiasis disease and its complications with the interferences from the traditional accesses. When the requires to the intraoperative inspection are increased, zones of operation and the risk of appearance of dangerous intraoperative complications are higher using wide laparotomy more really. When there are the high ricks of development of pulmonary - cardiac complications the methods of none aggressive operation from the miniaccess are more switadle.

Key words: calculous cholecystitis, laparoscopic access, minilaparotomical access, wide laparotomy, complications, conversion.

Введение

Уменьшение травматичности оперативного вмешательства с одновременным повышением его эффективности является одной из основных тенденций современной хирургии. До конца 80-х годов «золотым стандартом» в лечении калькулезного холецистита (КХ) считалась холецистэктомия (ХЭ) путем широкой лапаротомии (ШЛ) с полноценной интраоперационной ревизией желчевыводящих путей, а с 90-х годов - лапароско-

пическая холецистэктомия (ЛХЭ) и ХЭ из минилапаротомного доступа (МЛД) с элементами «открытой» лапароскопии [1-5, 7, 9-11].

Наряду с очевидными преимуществами нетрадиционные доступы обладают и целым рядом недостатков, к которым, в частности, относятся невозможность пальпаторной ревизии органов брюшной полости, необходимость напряженного пневмоперитонеума, различные технические ограничения методик. Эти недостатки новых, так называемых «малых» доступов могут привести к развитию осложнений, в ряде случаев весьма серьезных, требующих для своей коррекции ШЛ [2, 4, 7, 8, 10].

Сообщения ведущих хирургов на симпозиумах, съездах, конгрессах свидетельствуют о существовании еще не решенных, проблемных вопросов

Для корреспонденции:

Меджидов Расул Тенчаевич - доктор медицинских наук, профессор заведующий кафедрой общей хирургии ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России.

Тел. 8 (8722) 68 52 05.

Статья поступила 18.03.2012 г., принята к печати 27.03.2012 г.

при выборе радикального хирургического доступа у больных с КХ и ее осложнениями [9-11]. Большинство сторонников новых методов оперирования на желчном пузыре (ЖП) и протоках стремятся к универсализации и расширению диапазона оперативных возможностей используемого и пропагандируемого ими доступа, рассматривая его как альтернативу всем другим и, прежде всего, традиционным методам.

Цель работы. Разработка научно обоснованных критериев выбора оптимального для каждой конкретной клинической ситуации варианта оперативного доступа при вмешательствах на желчевыводящих путях у больных КХ.

Материал и методы

Работа основана на анализе результатов клинического обследования и лечения 468 больных с КХ. Все больные были разделены на три клинические группы: первую составили больные, которым выполнена ЛХЭ, – 158 пациентов; вторую – пациенты, которым оперативная помощь оказана из МЛД с элементами “открытой” лапароскопии, – 155 человек; в третью группу вошли лица, перенесшие оперативное вмешательство путем ШЛ, – 155 больных. Большинство оперированных составили лица, страдающие хронической формой течения заболевания, – 326 человек или 69,6%. Из них 119 (36,5%) пациентов оперировано лапароскопическим доступом (ЛД), 89 (27,2%) – с использованием МЛД и 118 (36,6%) – путем ШЛ. В числе оперированных с острым КХ доля катарального холецистита невелика и составила 13,8%. Преимущественно встречались больные с флегмонозной (66%) и гангренозной (20,2%) формами заболевания. Так, ЛХЭ выполнена 33 (23,2%) больным с деструктивными формами острого холецистита, с элементами “открытой” лапароскопии – 56 (39,1%) и традиционная – 34 (23,9%).

Перивезикальный инфильтрат в анализируемых группах отмечен у 46 пациентов, околопупырный абсцесс – у 9, эмпиема ЖП – у 12. При этом в группе оперированных из ЛД околопупырный инфильтрат наблюдался у 12 больных, эмпиема ЖП – у двух, околопупырный абсцесс выявлен у трех пациентов. При использовании МЛД данные осложнения встречались на порядок чаще: перивезикальный инфильтрат – у 22, околопупырный абсцесс – у 5 и эмпиема ЖП – у четырех больных, оперированных с использованием лапароскопической технологии, отмечен у 6 пациентов, МЛД – у 8. Среди пациентов, оперированных путем ШЛ, инфильтрат в зоне шейки ЖП и гепатодуоденальной связки отмечен у 12 больных, околопупырный абсцесс – у одного, эмпиема ЖП – у 6, холедохолитиаз – у 8.

Аномалия и пороки развития внепеченочных желчных путей наблюдались только среди больных, оперированных из традиционных доступов, и составили 0,6% (три пациента). В одном слу-

чае хирурги столкнулись на операции с атрезией ЖП, в другом – выявлена “трифуркация” билиарного дерева (дополнительный правый печеночный проток) и в третьем случае была выявлена киста холедоха.

Тяжелое течение КХ с формированием билиодигестивного свища (между ЖП и двенадцатиперстной кишкой) отмечено у одного больного при ЛХЭ, с развитием билиобилиарных свищей (синдром Мириззи) – у двух пациентов при минилапаротомной холецистэктомии и у двух больных при вмешательствах путем ШЛ. В общее количество включены также три пациента с раком ЖП в сочетании с холелитиазом и четыре – с полипозом ЖП. Злокачественное поражение ЖП было выявлено у двух больных, оперированных путем МЛД, и одного – путем ШЛ. Во всех случаях выявления билиарных свищей и опухолевого поражения желчных путей при операциях из “малых” доступов для завершения последних потребовалась конверсия в лапаротомию. Полипоз ЖП отмечен у трех пациентов при ЛХЭ и у одного – при ХЭ из традиционного доступа.

Неосложненные формы хронического КХ отмечены у 262 (56,0%) больных. В их числе 101 (38,5%) пациент, оперированный из ЛД, 64 (24,5%) – из МЛД и 97 (37,0%) – путем ШЛ. Осложненное течение холелитиаза в анализируемых группах больных наблюдалось у 206 (44,0%) человек. В их числе было 55 (26,7%) больных, оперированных с использованием ЛД, 93 (45,2%) – МЛД и 58 (28,1%) – путем ШЛ.

В группу осложненных форм КХ вошли больные с камнями в желчных протоках, внутренними желчными свищами, отключенным ЖП с развитием водянки ЖП или без нее, механической желтухой, билиарным панкреатитом, раковым поражением ЖП.

Наряду с ХЭ 14 больным с КХ были выполнены другие оперативные вмешательства на органах брюшной полости. В их числе – герниопластика с ТХЭ у 8 пациентов, герниопластика с ЛХЭ у 3 больных, гастрэктомия по поводу рака желудка – у 2 и резекция желудка по поводу язвенной болезни у 1 больной в сочетании с традиционной ХЭ.

Ожирение различной степени отмечено у 13% больных. Ожирением 1-й степени страдали 4,6% больных, 2-й степени – 3,7%, 3-й степени – 4,7% больных.

Подавляющее большинство больных поступили в стационар в удовлетворительном (74,9%) и среднетяжелом (17,0%) состоянии. У 7,9% пациентов состояние при поступлении расценено как тяжелое. В группе больных, оперированных из ЛД, тяжелое состояние при поступлении отмечено у 2,4% больных, среди оперированных путем МЛД – у 2,6% и ШЛ – у 2,9%.

Из сопутствующих заболеваний в анализируемых группах ведущее место занимают сердечно-сосудистые заболевания: артериальная гипертония – 31,9%, ишемическая болезнь сердца – 22,1%, атеросклероз и кардиосклероз – 23,3%.

Хронический бронхит отмечен у 7,4% больных, бронхиальная астма – у 2,1%, эмфизема легких – у 13,9%, дыхательная недостаточность различной степени выраженности – у 17,2% больных. При обследовании желудка и двенадцатиперстной кишки хронический гастродуоденит выявлен у 19,7%; полип желудка – у 3,5%; эрозивные гастриты и дуодениты – у 8,8% больных; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения - у 0,6% и вне обострения – у 2,9%. Сахарным диабетом страдали 44 (9,4%) пациента.

Среди других сопутствующих заболеваний отмечались: мочекаменная болезнь – 5%; хронический пиелонефрит – 4,1%; варикозная болезнь, хронический тромбоз вены – 8,3%; киста поджелудочной железы – 0,6%.

ЛХЭ выполнялась преимущественно у больных с хроническим КХ вне обострения, что составило 76,7% от числа всех ЛХЭ. Оперативное вмешательство путем МЛД с элементами открытой лапароскопии также проводилось чаще при хроническом течении заболевания (55,8%), чем при остром (42,5%). Соотношение оперативных вмешательств путем ШЛ при острой и хронической формах заболевания составило 1:3,9.

Задачи обследования и лечения больных КХ решали путем комбинированного и последовательного применения комплекса клинико-лабораторных исследований, инструментальных, рентгенологических и эндоскопических методов диагностики и диагностики. При этом эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ) была применена у 47 (10%) больных и у 18 пациентов завершена эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ).

Лапароскопическая чреспузырная декомпрессия билиарного тракта была выполнена у 34 (7,4%) больных с деструктивными формами острого холецистита, а у 14 пациентов с деструктивным холециститом микрохолецистостомия выполнена под ультразвуковым наведением, еще у трех больных холецистостома наложена под контролем компьютерной томографии. Холедохоскопия выполнена 11 больным, оперированным ШЛ.

Результаты и обсуждение

Устранить холедохолитиаз методами эндоскопического внутреннего дренирования не удалось в двух (11,1%) случаях. Причинами этого послужило наличие крупного парафатерального дивертикула в одном наблюдении, гигантского холедохолитиаза в другом. После ЭПСТ у больных наблюдались осложнения – в одном случае отмечено умеренное кровотечение из папиллотомного разреза, остановленное путем диатермокоагуляции, в другом – развитие острого обтурационного холецистита. Ситуация в последнем случае была разрешена лапароскопической микрохолецистостомией. В числе осложнений ЭРПХГ мы наблюдали развитие острого панкреатита - у трех больных и разлитого желчного перитонита на фо-

не ретродуоденальной перфорации - у одной пациентки. У двух больных приступ панкреатита купирован консервативно, у одного – путем лапароскопического дренирования ЖП и сальниковой сумки. В случае с перитонитом больному выполнена экстренная лапаротомия, но отмечен летальный исход (летальность 0,29%).

Осложнения после микрохолецистостомии наблюдались у трех пациентов: под ультразвуковым наведением - у двух (выпадение холецистостомического дренажа; сквозная перфорация органа с точечной травмой передней стенки ЖП) и под контролем КТ – у одного больного (миграция катетера в свободную брюшную полость). В двух последних случаях выполнена экстренная лапаротомия, при выходе дренажа из полости пузыря – редренирование.

Интраоперационные осложнения при ШЛ встречались у 7,1% больных. Среди них местные осложнения (кровотечения, перфорация желчного пузыря) отмечены у 5,4% пациентов, общие - у 1,8%. Кровотечение из ложа ЖП наблюдали у трех оперированных, из пузырной артерии – у одного и перфорацию ЖП - у двух пациентов. Общие осложнения в виде гипертонического криза наблюдали у трех больных, в связи с которыми операции им были перенесены на более поздние сроки.

Продолжительность традиционной ХЭ при остром холецистите составила в среднем $52,1 \pm 2,5$ минуты, хроническом - $51,1 \pm 2,2$ минуты, при выполнении интраоперационной холеграфии - $66,3 \pm 3,2$ минуты, холедохотомии - $70,2 \pm 3,3$ минуты ($p < 0,05$). Средняя длина кожного разреза передней брюшной стенки при срединной лапаротомии составила $17,6 \pm 0,3$ см (при доступе Кохера - $16,3 \pm 0,3$ см, Федорова - $17,3 \pm 0,3$ см; $p < 0,05$). Послеоперационный период характеризовался наличием выраженного болевого синдрома, постельный режим больные соблюдали в течение первых двух дней, оральное питание начинали не ранее третьих суток, парез кишечника отмечен у 17 (15,2%) оперированных.

В раннем послеоперационном периоде осложнения встречались у 13,4% больных. Среди них преобладали общие осложнения, которые отмечены у 8,9% пациентов; местные осложнения имели место только у 4,5% оперированных больных. Тяжелое осложнение в виде печеночно-почечной недостаточности было у 1,8% оперированных. В этих наблюдениях отмечен летальный исход. Спаечная кишечная непроходимость имела место у одного пациента, абсцесс подпеченочного пространства - у одной больной. Нагноение послеоперационной раны наступило в двух случаях, длительное желчеистечение из ложа ЖП – в одном. При изучении отдаленных результатов развитие грыжи передней брюшной стенки отмечено у двух больных, резидуальный холедохолитиаз выявлен у одного пациента, наружный желчный свищ – у одной больной.

Сроки госпитализации больных, оперированных путем ШЛ, представлены в таблице 1.

Таблица 1
Средняя продолжительность пребывания в стационаре больных, оперированных путем ШЛ

Объем оперативного вмешательства	n	Средний койко-день
ХЭ при хроническом холецистите	118	11,59±2,08
ХЭ при остром холецистите	13	12,94±2,3
МХС+ХЭ	8	10,85±2,38
ХЭ+холедохостомия	16	18,0±3,2
ИТОГО	155	13,4± 3,2

Средние сроки временной нетрудоспособности у больных, оперированных путем ШЛ, составили 42,2±6,3 дня, послеоперационная летальность - 2,68%.

В группе больных, оперированных путем МЛД при использовании инструментально-диагностических методик, отмечено развитие острого панкреатита после ЭРХПГ у двух больных с подозрением на патологию желчных протоков. Переход к ШЛ в группе оперированных путем МЛД потребовался в 8 случаях, что составило 5,3%. Основные причины конверсии МЛХЭ на ШЛ представлены в таблице 2.

Ранние послеоперационные осложнения в группе ХЭ из МЛД встречались у 11 (7%) больных: местные - у 8 (5,3%), общие - у трех (1,8%) пациентов. Из местных осложнений часто наблюдался подпеченочный инфильтрат (три случая), внутрибрюшное кровотечение отмечено у одного пациентки, инфильтрат в области послеоперационной раны - у трех, нагноение послеоперационной раны - у одного. Из общих осложнений тромбоэмболия легочной артерии наблюдалась у одной больной и ателектаз легких - у двух.

Таблица 2
Причины конверсии МЛХЭ на ШЛ

Причины перехода на ШЛ	n	%
Неясная анатомия в зоне треугольника Кало и невозможность идентифицировать элементы ворот печени на фоне выраженного плотного инфильтрата	3	0,9
Кровотечение из пузырной артерии	1	0,9
Кровотечение из ложа ЖП	1	0,9
Рак ЖП+холелитиаз	2	0,9
Синдром Мириззи+холедохолитиаз	1	1,8
ИТОГО	8	5,3

Продолжительность ХЭ из МЛД при остром холецистите в среднем составила 54,5±2,3 минуты, при хроническом - 53,4±2,5 минуты. Для группы больных из 155 человек, оперированных путем МЛ, общий средний показатель продолжительности оперативного вмешательства не превышал 59,4±3,1 минуты.

Средняя длина кожного разреза при трансректальном минидоступе составила 4,4±0,3 см, при параректальном - 4,7±0,3 см, при подреберной МЛ - 4,9±0,3 см. В послеоперационном периоде у всех больных отмечались боли в животе и области раны передней брюшной стенки в течение первых 2-3 суток, постельный режим больным соблюдали в течение первых суток после операции,

энтеральное питание начинали не ранее вторых суток, парез кишечника отмечен у 2,7% пациентов.

Интраоперационные осложнения наблюдались у 9 (5,7%) оперированных, из них у 7 (4,5%) - местного характера и только у двух (1,2%) - общего характера (табл. 3).

Таблица 3
Интраоперационные осложнения при ХЭ путем МЛД

Характер осложнений	Число наблюдений		Конверсия на ШЛ		Летальность	
	n	%	n	%	n	%
Местные	7	4,5	2	1,2	-	-
Кровотечение из пузырной артерии	2	1,2	1	0,6	-	-
Кровотечение из ложа желчного пузыря	3	2,7	1	0,6	-	-
Перфорация желчного пузыря	2	1,2	-	-	-	-
Общие	2	1,2	-	-	-	-
ИТОГО	9	5,7	2	1,2	-	-

Средняя продолжительность послеоперационного пребывания в стационаре больных, оперированных из МЛД, при хроническом КХ составила 8,7±1,2 койко-дня, при остром - 9,2±1,04 койко-дня, а суммарная средняя величина - 8,8±2,3 койко-дня. Больные, которым в предоперационном периоде проводилось наложение чрескожной чреспеченочной холецистостомии, находились в стационаре после МЛХЭ в среднем 8,6±1,04 койко-дня. Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре после МЛХЭ с холедохостомией составила 10,4±2,3 койко-дней. В случаях конверсии на ШЛ сроки пребывания больных в стационаре после операции были в пределах 18,3±1,23 койко-дня. Средние сроки временной нетрудоспособности после МЛХЭ составили 18,4±1,7 дня. Умерла одна больная от тромбоэмболии легочной артерии, и послеоперационная летальность на 155 оперированных из МЛД составила 0,64%. Основные параметры, характеризующие группу больных, оперированных из МЛД, представлены в таблице 4.

Таблица 4
Основные параметры оценки МЛД

Показатели	Значения	
Длина разреза, см	4,8±0,3	
Продолжительность операции, минуты	59,4±3,1	
Осложнения [n (%)]	Дооперационные	2 (1,8)
	Интраоперационные	7 (6,2)
	Послеоперационные	8 (7,1)
Койко-дни	Общие	18,3±2,7
	Дооперационные	9,5±2,08
	Послеоперационные	8,8±2,3
Летальность [n (%)]	1 (0,64)	
Конверсия [n (%)]	6 (5,3)	

В подавляющем большинстве случаев интра- и послеоперационные осложнения были местного характера: кровотечение из культи пузырной артерии - один, из ложа ЖП - два, инфильтраты и нагноение послеоперационной раны - четыре.

Релапаротомия потребовалась в одном случае в связи с непрекращающимся кровотечением из ложа пузыря.

При использовании лапароскопических методик в многоэтапном лечении больных, которым ХЭ выполнялась лапароскопическим доступом, отмечены два осложнения – в одном случае наблюдалось выпадение холецистостомического катетера после МХС (устранено путем редренирования), в другом – умеренное кровотечение из папиллотомной раны после ЭПСТ, остановленное путем диатермокоагуляции. Переход на лапаротомию – всего в 6 наблюдениях, что составило 3,8%. Из них на минилапаротомию – в двух (1,3%), на ШЛ – в четырех (2,5%). Основными причинами конверсии ЛХЭ являлись: неясная анатомия в зоне треугольника Кало (2), кровотечение из ложа ЖП (3), из брюшной стенки (1), пузырно-дуоденальный свищ (1).

Средняя продолжительность ЛХЭ составила $61,4 \pm 2,5$ минуты, средняя длина комбинированного кожного разреза – $4,3 \pm 0,3$ см. В первые двое суток отмечались боли в области раны, постельный режим соблюдали в течение одних суток, оральное питание начинали к концу первых суток после операции. Парез кишечника в группе оперированных из ЛД отмечен у 2,6% больных. Интраоперационные осложнения наблюдались при ЛХЭ у 6,9% оперированных. Из них общие – у 1,7%, местные – у 5,2%. Кровотечения из сосудов передней брюшной стенки отмечены у одного (0,6%), из пузырной артерии – у одного (0,6%), из ложа ЖП – у трех (1,8%), перфорации ЖП – у двух (1,2%) оперированных. В раннем послеоперационном периоде осложнения отмечены у 18 (11,2%) оперированных. Из них желчный перитонит – у одного (0,6%), подкожная эмфизема – у двух (1,2%), инфильтраты послеоперационной раны – у 5 (3,0%), нагноение ран – у четырех (2,4%) больных. Среди общих осложнений ателектаз легких имелся в двух (1,2%) наблюдениях, тромбоз вен нижних конечностей – в четырех (2,4%).

Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре после ЛХЭ в среднем составила $7,5 \pm 2,03$ койко-дня. Средние сроки временной нетрудоспособности после перенесенной ЛХЭ – $18,4 \pm 1,7$ дня. Летальных исходов после ЛХЭ в анализируемой группе (158 человек) не отмечено.

Наиболее убедительными аргументами для вынесения суждений о преимуществах или недостатках того или иного оперативного доступа всегда служат показатели оперативной летальности и осложнений. Интерес при этом представляют не только общее количество, но и характер этих осложнений. Наш опыт применения ЛХЭ и МЛД в хирургическом лечении ЖКБ наряду с ХЭ путем ШЛ показывает, что многие интра- и послеоперационные осложнения характерны как для операции с использованием малоинвазивных технологий, так и оперативных вмешательств, выполненных путем ШЛ. Изучение отдаленных результатов

лечения указывает на то, что поздние осложнения чаще наблюдаются у пациентов, оперированных путем ШЛ (3,6%), против 0,9% – с применением малоинвазивных технологий.

Анализ результатов лечения больных с КХ с применением разных хирургических доступов также показывает, что у больных, оперированных с применением разных миниинвазивных технологий, имеет место гладкое и более легкое течение послеоперационного периода.

Заключение

Подводя итог проведенному анализу показателей интра- и послеоперационных осложнений, летальности, продолжительности оперативного вмешательства, размеров доступа, особенностей течения послеоперационного периода, сроков пребывания больных в стационаре до и после операции, сроков реконвалесценции больных, следует отметить, что в группе оперированных путем ШЛ отмечается самый высокий процент послеоперационных осложнений (17,0%), с преобладанием осложнений общего характера (8,9%), а интраоперационные осложнения отмечены во всех группах примерно с одинаковой частотой (6,9% – при ЛХЭ, 6,2% – при МЛХЭ, 7,1% – при ШЛ). Высокий процент послеоперационных осложнений среди оперированных путем ШЛ коррелирует со сравнительно высокой летальностью в данной группе (2,68% против 0,44% при ЛХЭ и МЛХЭ). Объяснением тому служит большая травматичность вмешательств путем ШЛ. Напротив, небольшой оперативный доступ, максимальная асептичность выполнения операций ЛХЭ и МЛХЭ за примерно тот же промежуток времени, преимущественно чисто инструментальный характер манипуляций и, как результат, малая травматичность обеспечивают более короткий послеоперационный период, о чем свидетельствуют относительно низкие цифры числа послеоперационных осложнений.

Все это позволяет нам говорить о том, что ЛХЭ – радикальная операция, которая по праву может считаться приемлемой для лечения большинства больных с КХ и его осложнениями, наряду с вмешательствами из традиционных доступов. Когда значительно повышаются требования к интраоперационной ревизии зоны операции и на порядок выше риск возникновения опасных интраоперационных осложнений, использование ШЛ более оправдано. В случаях, когда имеется высокий риск развития легочно-сердечных осложнений, более показанными являются щадящие методы операции минидоступом.

Литература

1. Абрамов А.А. Хирургическое лечение острого холецистита и его осложнений: Автореф. дисс. ... д. м. н. М., 2007. С.3-10.
2. Архаров А.В. Роль длительной интестинальной интубации в неотложной хирургии органов брюшной полости: Автореф. дисс. д. м. н. М., 2007. 21 с.

3. Баранов Г.А., Решетников Е.А., Харламов Б.А. Миниинвазивные способы холецистэктомии у больных старших возрастных групп при остром холецистите // Хирургия. 2008. № 6. С. 27-36.
4. Брискин Б.С., Дибиров М. Д., Рыбаков Г.С. и др. Хирургическая тактика при остром холецистите и холедохолитиазе, осложненном механической желтухой, больных пожилого и старческого возраста // Анналы хирургической гепатологии. 2002. Т.7, №1. С. 93-94.
5. Гальперин Э.И., Ахаладзе Г.Г., Котовский А.Е. и др. Синдром Мириizzi: особенности диагностики и лечения // Анналы хирургической гепатологии. 2006. Т.11. №3. С. 7-10.
6. Колесников М.В. Алгоритм выбора оперативного доступа в хирургическом лечении желчнокаменной болезни (лапаротомия, минилапаротомия, лапароскопия): Автореф. дисс. ... к.м.н. М., 2007. 17 с.
7. Савельев В.С., Васильев В.Е., Куликов В.М. и др. Выбор способа холецистэктомии при остром холецистите // Вестник Российского государственного медицинского университета. 2006. №4. С.44-46.
8. Старков Ю.Г., Шишин К.В., Солодинина Е.Н. и др. Лапароскопические операции с использованием гибких эндоскопов - новая концепция развития малоинвазивной хирургии // Анналы хирургической гепатологии. 2008. Т. 13, №3. С. 71-72.
9. Шаповальянц С.Г., Орлов С.Ю., Будзинский С.А., Федоров Е.Д., Мыльников А.Г. Возможность эндоскопических методов в лечении сложного холедохолитиаза // Анналы хирургической гепатологии. 2006. Т.11, №3. С.127.
10. Ciger U., Michel J.M., Vonlanther R. et al. Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis: indication, technique, risk and outcome // Langenbecks Arch Surg. 2005. Vol. 390; 373-380.
11. Surakos T., Antonitsis P., Zacharakise et al. Small-incision (mini-laparotomy) versus laparoscopic cholecystectomy: a retrospective study in university hospital // Langenbecks Arch Surg. 2004. Vol. 389. 172-177.

References

1. Abramov A.A. Hirurgicheskoye lecheniye ostrogo holitsistita i yego oslozhneniy: Avtoref. dis. ... d.m.n. М., 2007. С. 3-10.
2. Arkharov A. Rol dlyetelnoy intestinalnoy intubatsiyi v neotlozhnoy hirurgiyi organov bryushnoy polosti: Avtoref. dis. ... d.m.n. М., 2007. 21 s.
3. Baranov G.A., Reshetnikov E.A., Kharlamov B.A. Miniinvasivnyye sposoby holetsistektomiyi u bolnyh starshih vozzrastnyh grup pri ostrom holetsistite // Hirurgiya. 2008. N.6. S. 27-36.

4. Briskin B.S., Dibirov M.D., Rybakov G.S. Hirurgicheskaya taktika pri ostrom holetsistite i holedoholitiaze, oslozhnennom mekhanicheskoy zheltuhoy, bolnyh pozhilogo y starcheskogo vozzrasta // Annaly. 2002. T.7. N1. S. 93-94.
5. Galperin E.I., Ahaladze G.G., Kotoskij A.E. i dr. Sindrom Mirizzi: osobennosti diagnostiki i lecheniya // Annaly hirurgicheskoy gepatologii. 2006. T.11. №3. S. 7-10.
6. Kolesnikov M.V. Algoritm vybora operativnogo dostupa v hirurgicheskom lecheniyi zhelchnokamennoi bolezni (laparotomiya, minilaparotomiya, laparoskopiya): Avtoref. diss. ... k.m.n. М., 2007. 17 s.
7. Savelev V.S., Vasilev V.E., Kulikov V.M. i dr. Vyorbor sposoba holetsistektomiyi pri ostrom holetsistite // Vestnik Rossiyskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta. 2006. № 4. S. 44-46.
8. Starkov U.G., Shishin K.V., Solodiniina E.N. i dr. Laparoskopicheskie operatsiyi s ispolzovaniem gibkih endoskopov - novaya koncepciya razvitiya maloinvazivnoy hirurgiyi // Annaly hirurgicheskoy gepatologii. 2008. T. 13, №3. S. 71-72.
9. Shapovalyanc S.G., Orlov S.U., Budzinskij S.A., Fedorov E.D., Mylnikov A.G. Vozmozhnosti endoskopicheskikh metodov v lecheniyi slozhnogo holedoholitiaza // Annaly hirurgicheskoy gepatologii. 2006. T.11, №3. S.127.
10. Ciger U., Michel J.M., Vonlanther R. et al. Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis: indication, technique, risk and outcome // Langenbecks Arch Surg. 2005. Vol. 390. P. 373-380.
11. Surakos T., Antonitsis P., Zacharakise et al. Small-incision (mini-laparotomy) versus laparoscopic cholecystectomy: a retrospective study in university hospital // Langenbecks Arch Surg. 2004. Vol. 389. P. 172-177.

Сведения о соавторах:

Койчурев Расул Абакарович - ассистент кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО «ДГМА» Минздравсоцразвития России.
Тел. 8 (928) 670 00 27. E-mail: rasul_k78@mail.ru.

Курбанисмаилова Рахимат Рамазановна - ординатор хирургического отделения Госпиталя ветеранов Республиканского медицинского центра.
Тел. раб. 8 (8722) 68 31 65, моб. 8 (928) 878 12 80, E-mail: raximat1281@mail.ru.

ИЗ ЖИЗНИ АКАДЕМИИ

ДАГЕСТАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Научные конференции, посвященные 80-летию основания ДГМА

14 мая 2012 года состоится научная конференция аспирантов и молодых ученых
«Аспирантские чтения» в 14 часов в ДГМА
по адресу: 367000, г. Махачкала, ул. Ш. Алиева, 1а, 3-й этаж биологического корпуса.
Материалы конференции будут включены в сборник научных трудов.

18 мая 2012 года состоится Республиканская научно-практическая конференция
«Новое в хирургии Дагестана» в 14 часов в ДГМА
по адресу: 367000, г. Махачкала, ул. Ш. Алиева, 1а, 3-й этаж биологического корпуса.
Материалы конференции будут включены в сборник научных трудов.

УДК 616.12-008.331.1-053.9:616.36-008.6(470.67)

Артериальная гипертензия у больных хроническими диффузными заболеваниями печени в Дагестане

Ш.М. Омаров¹, М.Г. Атаев², Р.Г. Магомедова¹ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, ¹кафедра фармакологии, ²НИИ экологической медицины, Махачкала

Резюме

Для Республики Дагестан в настоящее время является актуальной проблема артериальной гипертензии (АГ) у больных с сопутствующим хроническим заболеванием печени (ХЗП). За последнее десятилетие наблюдается неуклонный рост числа случаев АГ и ХЗП во взрослой популяции Дагестана и особенно среди пожилых людей, что может повлиять на смертность населения от данных причин. Анализ эпидемиологии АГ и ХЗП показал, что рост обращаемости населения свидетельствует о недостаточном контроле артериального давления, вредных привычек пациентов.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, хронический гепатит, цирроз печени, эпидемиология, Республика Дагестан.

Arterial hypertension in patients with chronic diffuse liver diseases in Dagestan Republic

Sh.M. Omarov, M.G. Ataev, R.G. Magomedova

Dagestan State Medical Academy, Makhachkala

Summary

Nowadays in Dagestan Republic the problem of treating arterial hypertension in patients with concomitant liver diseases is remained actually. For last 10 years we see the growth of cases in adult population of Dagestan especially between elderly patients that can influence on populations' mortality with these reasons. The analysis of epidemiology arterial hypertension and liver diseases showed that the growth the populations' demands revealed bad control for arterial hypertension, harmful habits.

Key words: arterial hypertension, chronic hepatitis, liver cirrhosis, epidemiology, Dagestan Republic.

Введение

В популяции лиц старших возрастных групп на фоне высокой распространенности сердечно-сосудистых заболеваний одной из актуальных патологий является артериальная гипертензия (АГ). Наличие АГ оказывает существенное влияние на качество и продолжительность жизни пожилых больных, поскольку заболеваемость и смертность коррелируют с уровнем артериального давления [7]. Среди пожилых людей распространенность АГ превышает 50% [11]. В России распространенность среди мужчин составляет 40% и среди женщин – 50%. При этом у 83% больных АГ сочетается с болезнями органов пищеварения, в том числе в 30% случаев – с патологией печени [3, 6, 9]. При лечении пожилых больных значительно чаще имеют место полипрагмазия и политерапия, поскольку количество сопутствующих заболеваний человека увеличивается с возрастом [10]. Приблизительно 80% людей пожилого возраста страдают хроническими заболеваниями, в том числе болезнями печени, требующими длительной фармакотерапии [8]. В России распространенность АГ достигает 40%

среди взрослого мужского населения и 50% среди женщин. При этом у 30% больных АГ сочетается с заболеваниями печени [2, 4-6].

В настоящее время распространенность АГ, ассоциированной с хроническими диффузными заболеваниями печени (ХДЗП), остается малоизученной.

Цель – изучение распространенности АГ в популяции пожилых больных хроническими диффузными заболеваниями печени.

Материал и методы исследования

Нами проанализированы данные из Федерального фонда медицинского страхования по Республике Дагестан о больных, обратившихся в лечебно-профилактические учреждения в период 2005-2008 гг. В исследовании вошли больные с диагнозами АГ, гепатита, цирроза печени.

Полученные данные были подвергнуты статистической обработке с использованием компьютерной программы BIOSTATISTICA [1].

Результаты исследования

В структуре заболеваний гастроэнтерологического отделения доля ХДЗП составляла 33,6%. Из 146 стационарных больных ХДЗП у 23 (15,8%) диагностирована АГ.

В связи с тем, что учет случаев обращения в ЛПУ ведется по одному коду, изучение истинной распространенности сочетания АГ и ХДЗП не

Для корреспонденции:

Омаров Шамиль Магомедович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой фармакологии ГБОУ ВПО «ДГМА» Минздравсоцразвития России.

Тел. 8 (8722) 67-90-32. E-mail: dagmed_far@mail.ru.

Статья поступила 03.03.2012 г., принята к печати 28.03.2012 г.

возможно. Поэтому проведен отдельный анализ обращаемости взрослого населения в поликлиники и стационары по поводу АГ и ХДЗП с последующей экстраполяцией данного сочетания на всю популяцию.

Распространенность АГ во взрослой популяции Дагестана зависит от пола и возраста. В возрасте до 40 лет обращаемость менее 1000 случа-

ев АГ на 100 000 взрослого населения РД. У мужчин наблюдается рост интенсивного показателя (ИП) обращаемости по поводу АГ с 70-летнего возраста, и он достигает пика в возрасте 75-79 лет (что по сравнению со средним возрастом пре-восходит в 3,5 раза), тогда как для женщин характерны два пика – в 55-59 и 75-79 лет (в 1,5 раза выше, чем в среднем возрасте).

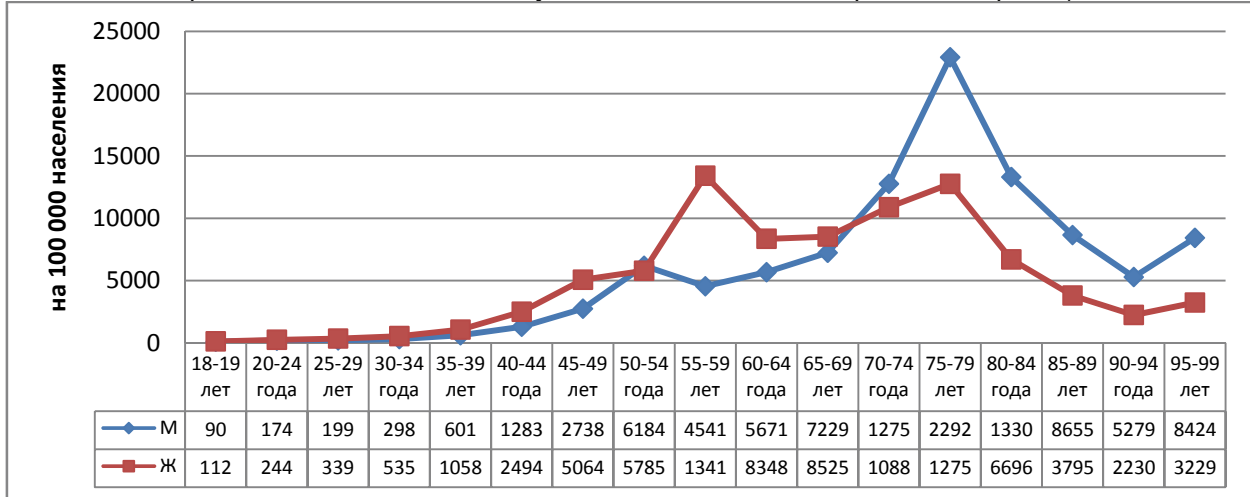


Рис. 1. Обращаемость в лечебно-профилактические учреждения взрослого мужского (М) и женского (Ж) населения Республики Дагестан в связи с артериальной гипертензией (код по МКБ-10 I10-I15) в зависимости от возраста (2005-2008 годы).

В возрасте 85 лет и старше у женщин ИП обращаемости значительно снижается, а у мужчин – только в возрасте 90-94 лет. Распространенность АГ за 2005-2008 годы в РД среди пожилого населения составила в среднем 10% и 12% соответственно у женщин и мужчин, а в среднем возрасте – 4%, в молодом – 0,5%. Таким образом, в пенсионном возрасте обращаемость по поводу АГ по сравнению со средним и молодым возрастами выше (рис. 1).

Возрастная структура обращаемости взрослого населения в ЛПУ по поводу ХГ, ЦП и других ХДЗП аналогична структуре АГ, с той лишь разницей, что у мужчин наблюдается два пика в возрастах 50-54 и 75-79 лет, у женщин – только в возрасте 55-59 лет (рис. 2). При этом распространенность ХДЗП среди пожилого населения составляет 430 случаев на 100 000 мужчин и 250 случаев среди женщин.

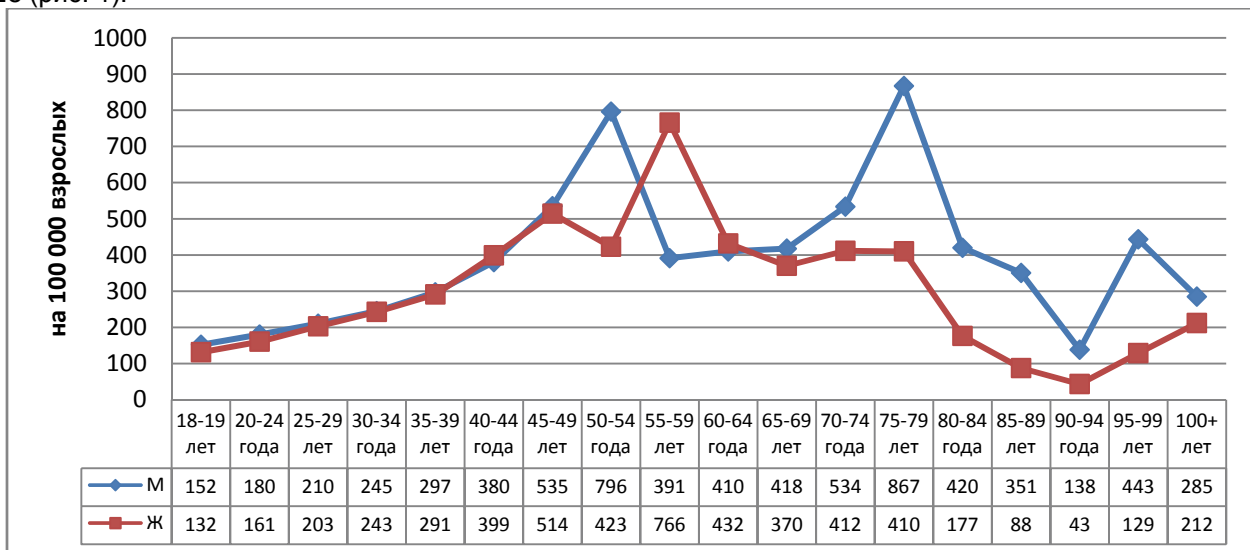


Рис. 2. Интенсивный показатель обращаемости мужского (М) и женского (Ж) населения Дагестана за медицинской помощью по поводу хронических диффузных заболеваний печени (В17-В19; К70-К79) за 2005-2008 годы.

В молодом и среднем возрасте обращаемость по поводу ХДЗП неуклонно растет, затем после 50-летнего возраста у мужчин и 55-летнего воз-

раста у женщин ИП обращаемость снижается почти в 2 раза. Минимальные значения ИП при-

ходятся у женщин и мужчин на 90-94-летний возраст.

Как видно из рисунка 3, неблагоприятными по отношению вирусных гепатитов являются молодой и средний возрасты, особенно у мужчин. Тем

не менее, отмечается высокая обращаемость пожилых лиц в связи вирусными гепатитами с пиковыми значениями в возрасте 55-59 лет у женщин и в возрасте 75-79 лет у мужчин.

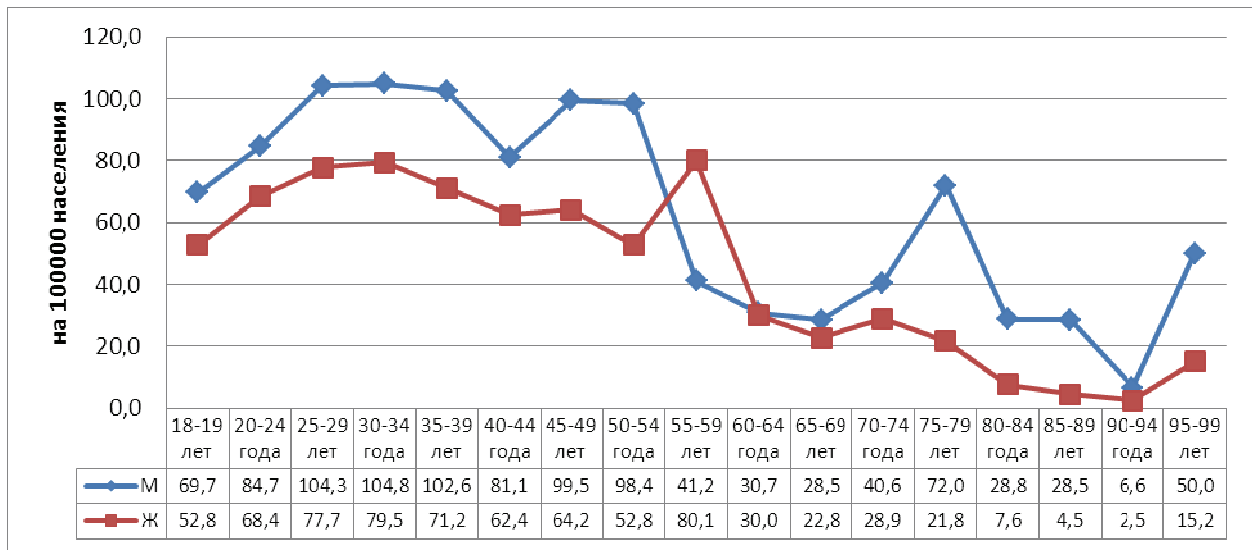


Рис. 3. Обращаемость взрослого населения Дагестана по поводу вирусных гепатитов (В15-В19) за 2005-2008 годы.

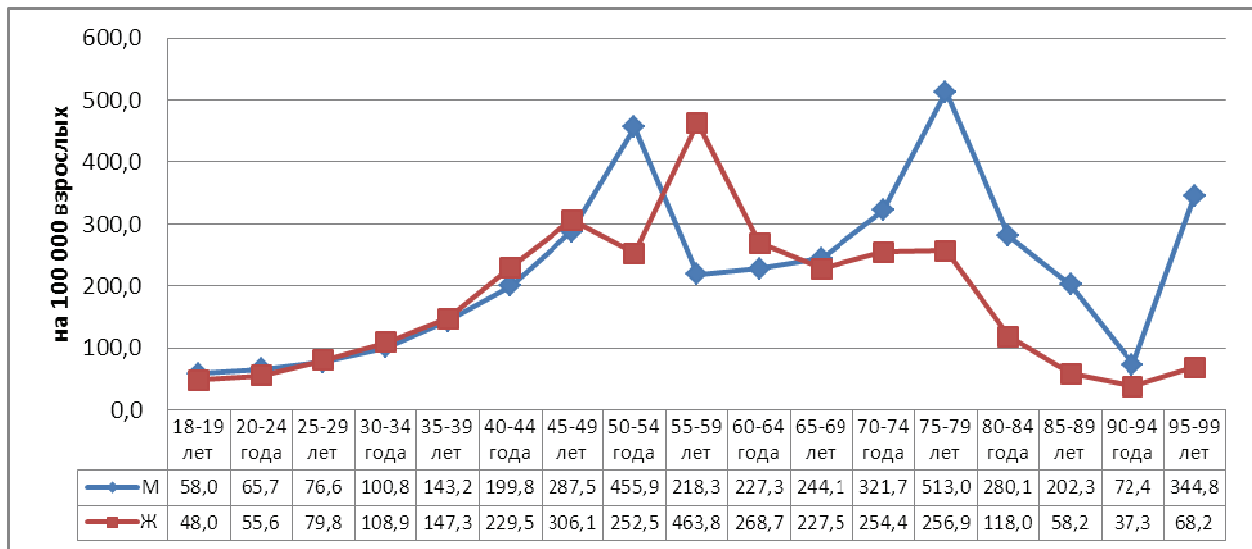


Рис. 4. Интенсивный показатель обращаемости взрослых мужчин (М) и женщин (Ж) по поводу хронического гепатита (К73) в Дагестане за 2005-2008 годы.

Среди неспецифических поражений печени у пожилого населения РД преимущественно встречаются ХГ, ЦП и жировой гепатоз.

Возрастные структуры обращаемости по поводу ХГ, ЦП и стеатоза печени идентичны. Наиболее частой формой поражения печени в РД явля-

ется ХГ (рис. 4), который в 5 раз превосходит показатели ЦП и стеатоза. В пожилом возрасте чаще страдают ХГ мужчины, чем женщины, за исключением возраста 55-64 года, когда ИП у женщин превышает показатель у мужчин.

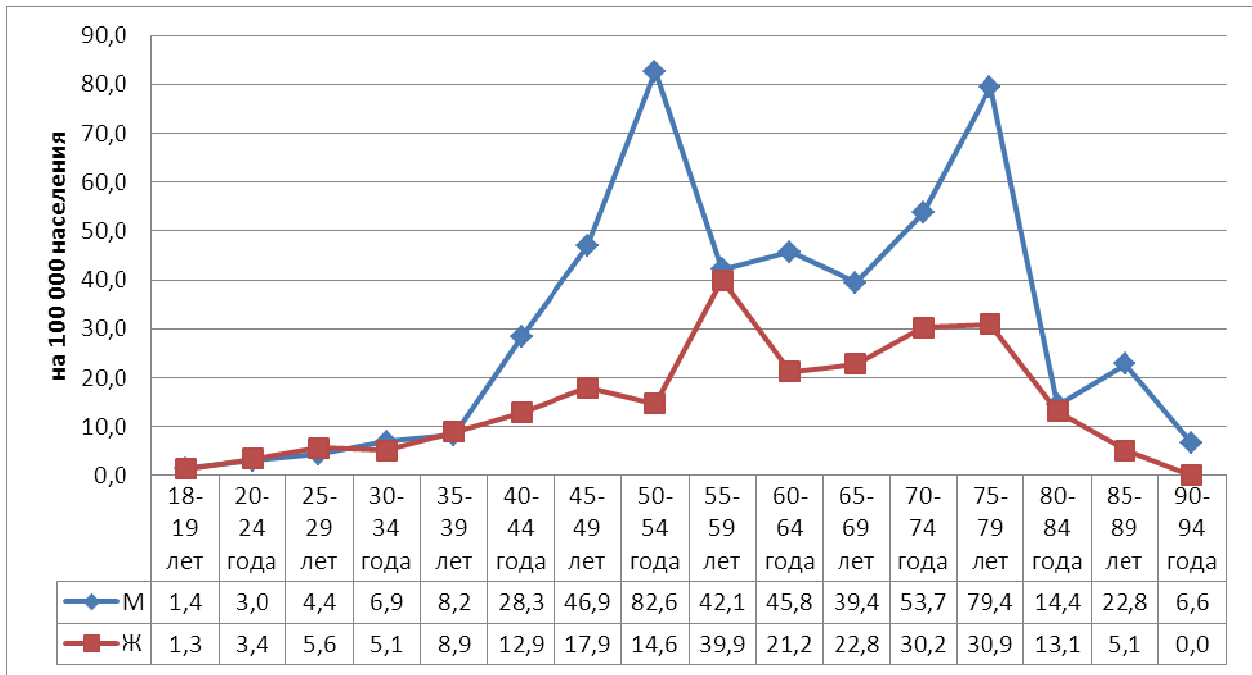


Рис. 5. Интенсивный показатель обращаемости взрослых мужчин (М) и женщин (Ж) по поводу цирроза печени (K74) в Дагестане за 2005-2008 годы.

ЦП служит причиной обращений за медицинской помощью в основном у мужчин, особенно в возрастах 50-54 (в 5 раз выше, чем у женщин) и 75-79 лет (рис. 5).

Жировая дистрофия печени встречается в основном у женщин молодого и среднего возрастов, но в возрасте 70-74 лет происходит перекрест в структуре обращаемости, и у мужчин стеатоз наблюдается чаще (рис. 6).

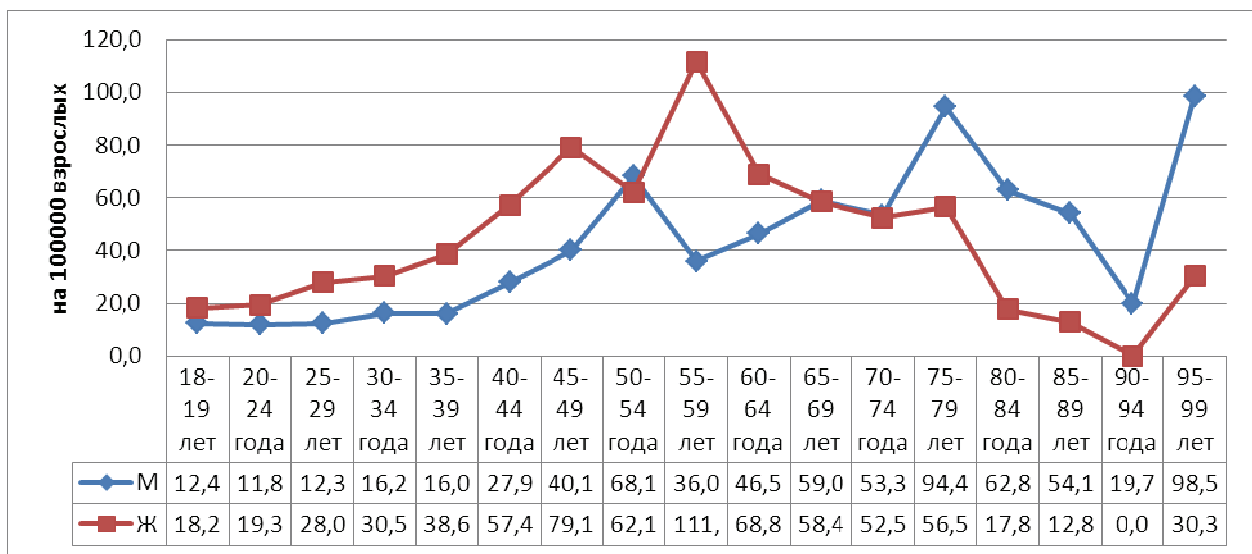


Рис. 6. Интенсивный показатель обращаемости взрослых мужчин (М) и женщин (Ж) по поводу жировой дистрофии печени (K76) в Дагестане за 2005-2008 годы.

Таким образом, и АГ, и ХДЗП в основном встречаются у пожилых лиц, которые страдают еще несколькими хроническими заболеваниями. Поэтому изучение данного сочетания патологий составляет практический и прикладной интерес в плане лечения и прогноза.

Обращаемость во всех возрастных группах взрослого населения за СМП по поводу АГ за 1999-2009 годы имеет тенденцию к росту. Более

выраженный рост обращаемости наблюдается у женщин в пожилом возрасте. Динамика обращаемости взрослого населения Дагестана за СМП в связи с обострением течения АГ характеризуется волнообразностью. За 11 лет наблюдались 2 волны повышения обращаемости с периодичностью 4-5 лет. Среднегодовое число обращений пожилых мужчин за СМП по причине АГ в 3-4 раза реже, чем у женщин (рис. 7).

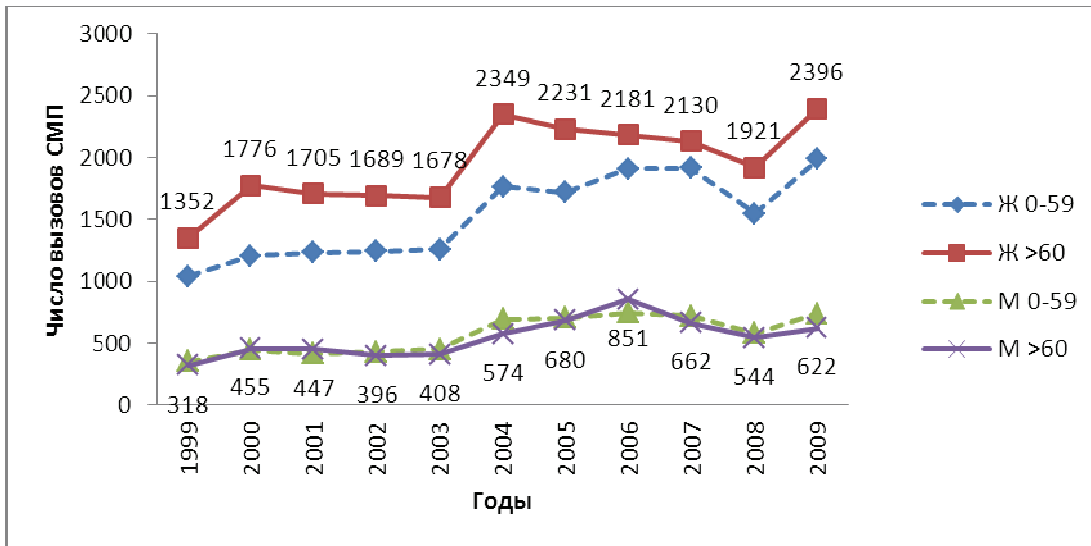


Рис. 7. Абсолютный показатель обращаемости взрослого населения Дагестана за скорой медицинской помощью по поводу артериальной гипертензии.

Обращаемость взрослого населения Дагестана за СМП по поводу обострения ХДЗП несколько зависит от пола и возраста больных. Так, у мужчин среднего возраста за последние 11 лет наме-

тилась тенденция к резкому росту обращаемости по поводу ХДЗП, тогда как у пожилых женщин обращаемость за наблюдаемый период практически не изменилась (рис. 8).

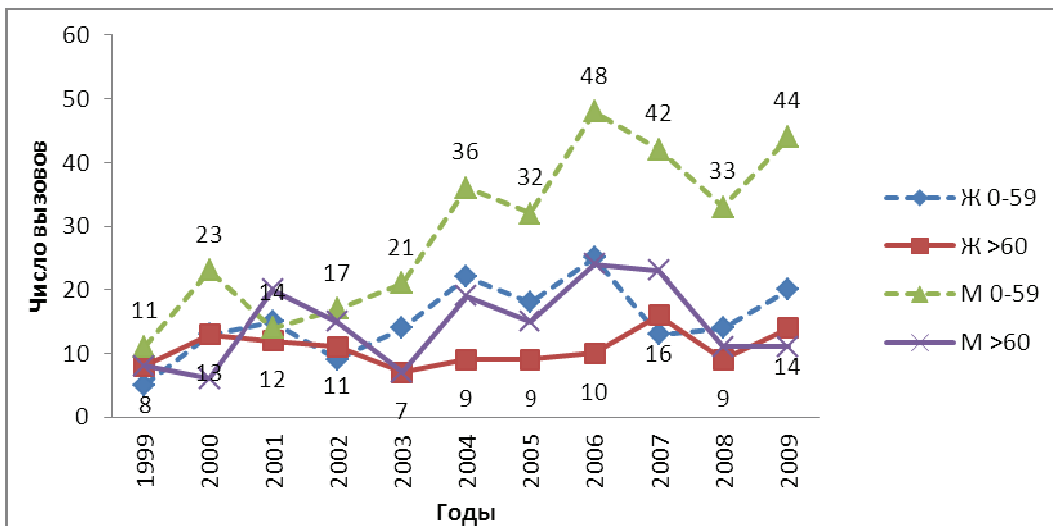


Рис. 8. Абсолютный показатель обращаемости взрослого населения Дагестана за скорой медицинской помощью по поводу хронических диффузных заболеваний печени.

Заключение

Таким образом, за последнее десятилетие наблюдается неуклонный рост числа случаев обострения течения АГ и ХДЗП во взрослой популяции РД и особенно среди пожилых людей, что может повлиять на смертность населения от данных причин.

Проведенный анализ показал, что рост обращаемости населения по поводу АГ и ХДЗП, по-видимому, свидетельствует о недостаточной эффективности лечения артериального давления в реальных условиях и влиянии вредных привычек пациентов. До тех пор пока эта ситуация не будет исправлена, проблема АГ и ХДЗП будет расти, а ее последствия будут влиять на инвалидность и смертность трудоспособного населения страны.

Литература

1. Гланц С. Медико-биологическая статистика / Пер. с англ. М.: Практика, 1998. 459 с.
2. Звенигородская Л.А., Лазебник Л.Б., Таранченко Ю.В. Клинико-диагностические особенности заболеваний органов пищеварения у больных с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2003;. 5: 139-140.
3. Звенигородская Л.А., Лазебник Л.Б., Черкашова Е.А., Ефремов Л.И. Статинный гепатит // Трудный пациент. 2009. Т. 7, № 4. С. 44-49.
4. Лазебник Л.Б., Дроздов В. Н. Заболевания органов пищеварения у пожилых. Анахарсис; 2003. 206 с.
5. Лазебник Л.Б., Звенигородская Л.А., Морозов И.А., Шепелева С.Д. Клинико-морфологические изменения печени при атерогенной дислипидемии и при лечении

статинами // Терапевтический архив. 2003. №8. С. 51-55.

6. Лазебник Л.Б., Комиссаренко И.А., Милюкова О. М. Артериальная гипертензия у пожилых. М.: Изд-во МАИ, 2002. С 260.

7. Моисеев В.С., Кобалава Ж.Д. АРГУС. Артериальная гипертензия у лиц старших возрастных групп. М., 2002. 448 с.

8. Barat I., Andreasen F., Damsgaard EM. The consumption of drugs by 75-year-old individuals living in their own homes // Eur. J. Clin. Pharm., 2000, 56: 501-509.

9. Dixon J.B. et al. Nonalcoholic fatty liver disease: predictors of nonalcoholic steatohepatitis and liver fibrosis in the severely obese // Gastroenterology. 2001. 121: 91-100.

10. John Camm, Thomas F. Luscher, Patrick Serruys The ESC Textbook of Cardiovascular Medicine. Wiley-Blackwell, 2006. 1136 .

11. Law M.R., Morris J.K., Wald N.J. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomized trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies // BMJ. 2009; 338: 665.

References

1. Glantc S. Mediko-biologicheskaya statistika / Pervod.c angliyskogo. M.: Praktika 1998. 459 s..

2. Zvenigorodskaya L.A., Lazebnik L.B., Taranchenko Yu. V. Kliniko-diagnosticheskiye osobennosti zabolevaniy organov pishhevareniya u bolnyh s soputstvuyushei patologiyey serdechno-sosudistoy sistemy // Eksperimentalnaya I klinicheskaya gastroenterologiya. 2003., 5: S.139-140.

3. Zvenigorodskaya L.A., Lazebnik L.B., Cherkashova E.A., Efremov L.I. Statinovyiy gepatit // Trudnyi pacient. 2009. T. 7, № 4. S. 44-49.

4. Lazebnik L.B., Drozdov V.N. Zabolevaniya organov pishhevareniya y pozhilyh. Anaharsis. 2003. 206 s.

5. Lazebnik L.B., Zvenigorodskaya L.A., Morozov I.A., Shepeleva S.D. Klinico-morpologicheskkiye izmeneniya pecheni pri aterogennoy dislipidemii I pri lechenii statinami // Terapevticheskiy arhiv. 2003. N. 8. S. 51-55.

6. Lazebnik L.B., Komissarenko I.A., Milyukova M. Arterialnaya gipertoniya y pozhilyh. M.: Izdatelstvo MAI, 2002. 260 s.

7. Moiseyev B.C., Kobalava J.D. ARGUS. Arterialnaya gipertoniya y lits starshih vozrastnyh grup. M., 2002. 448 s.

8. Barat I., Andreasen F., Damsgaard EM. "The consumption of drugs by 75-year-old individuals living in their own homes." // Eur. J. Clin. Pharm., 2000, 56: 501-509.

9. Dixon J.B. et al. Nonalcoholic fatty liver disease: predictors of nonalcoholic steatohepatitis and liver fibrosis in the severely obese // Gastroenterology. In 2001. 121: 91-100.

10. John Camm, Thomas F. Luscher, Patrick Serruys The ESC Textbook of Cardiovascular Medicine. Wiley-Blackwell, 2006. 1136 c.

11. Law M.R., Morris J.K., Wald N.J. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomized trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies // BMJ 2009; 338: 665.

Сведения о соавторах:

Атаев Магомедрасул Гаджиевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры клинической фармакологии и фармации ГБОУ ВПО «ДГМА» Минздравсоцразвития России. Тел. 8 (903) 482 10 84. E-mail: amrg56@mail.ru.

Магомедова Рабият Гамзатовна – ассистент кафедры фармакологии ГБОУ ВПО «ДГМА» Минздравсоцразвития России. Тел. 8 (988) 291 79 69. E-mail: magomedova.rabia@yandex.ru.



ЗАДУМАЙТЕСЬ

Карбапенем стартовой терапии

ИНВАНЗ[†]
(эртапенем, MSD) вв/вм

Правильный спектр действия. Первый выбор.

ИНВАНЗ показан для лечения пациентов с инфекциями средней степени тяжести и с тяжёлыми инфекциями, вызванными чувствительными штаммами микроорганизмов, а также для начала эмпирической терапии до момента определения микроорганизмов, вызвавших инфекционные воспаления, такие как:

- ✓ осложнённые интраабдоминальные инфекции
- ✓ инфекции кожи и подкожной клетчатки, включая инфекции нижних конечностей при сахарном диабете (-диабетическая стопа-)
- ✓ внегоспитальная пневмония
- ✓ инфекции мочевыводительной системы, включая пиелонефрит
- ✓ острые инфекции органов малого таза, включая послеродовый эндометрит, септический аборт и постхирургические гинекологические инфекции
- ✓ бактериальная септицемия
- ✓ используется у детей старше 3-х месяцев*

УДК 612.392.64:616.441:616.8-053.2(470.67)

Йододефицит и психическое здоровье детей в Республике Дагестан**Н.Р. Моллаева, А.А. Алиева, М.А. Алиев, И.Д. Мирошкина,
Л.Ш. Гаммацаева, Б.А. Алибекова, А.Б. Яхьяева**

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, кафедра психиатрии, медицинской психологии и наркологии, Махачкала

Резюме

В статье на основе обследования 528 детей, школьников в возрасте от 8 до 10 лет, проживающих в районе с умеренным и тяжелым йододефицитом, выявлен ряд психических расстройств. Установлено, что среди детей, страдающих эндемическим зобом, частота встречаемости психических расстройств выше. Основными ассоциированными с патологией щитовидной железы психическими заболеваниями являются когнитивные, астенические, вегетативные и невротические расстройства.

Ключевые слова: йододефицит, психическое здоровье, интеллект, эндемический зоб.

Iodine deficiency and mental health in children of Dagestan RepublicN.R. Mollayeva, A.A. Alieva, M.A. Aliyev, I.D. Miroshkina,
L.Sh.Gammatsayeva, B.A. Alibekova, A.B. Yakhyayeva

Dagestan State Medical Academy, Makhachkala

Summary

In 528 school children observed from 8 till years, living in regions with middle age and severe iodine deficiency revealed some psychodisorders. It was determined that between children with endemic thyroiditis, frequency of psycho disorders is higher. Basic associative with thyroid pathology with psychiatric diseases are cognitive, asthenic, vegetative and nervous disorders.

Key words: iodine deficiency, psychic health, intellect, endemic thyroid.

Введение

По данным ряда исследователей, центральная нервная система, так же как иммунная и эндокринная, быстрее других реагирует на неблагоприятные изменения в биосфере функциональными расстройствами, проявляющимися нарушениями сомато-эндокринного и психовегетативного обеспечения адаптационных возможностей организма, в значительной степени отражающих уровень здоровья человека.

Детское население является наиболее ранней возрастной группой и самой чувствительной к неблагоприятному воздействию окружающей среды [1, 2].

Своевременное патогенетически обоснованное лечение позволяет купировать не только эндокринные, но и психические нарушения. Одним из наиболее значимых природных экологических факторов, приводящих к психическим расстройствам, является йододефицит, часто сопровождающийся гипотиреозом. Изучению связи психических расстройств и йододефицита посвящено большое число исследований [1-4]. По результатам исследования, проведенного в Сицилии (ре-

гион с умеренным йододефицитом), L. Sava, F. Delange, A. Belfiore и соавт. делают вывод о том, что ухудшение интеллектуального развития, регистрируемое в этом регионе, связано с продолжительным неонатальным гипотиреозом. При этом на небольшой выборке авторами было показано, что у детей даже после нормализации функции щитовидной железы сохранялись стойкие когнитивные нарушения в сравнении с контрольной группой детей, у которых в анамнезе отсутствовал гипотиреоз [5].

По результатам проведенного F. Aghini-Lombardi и соавт. [2] обследования детей в возрасте 6 лет в Тоскане, области с умеренным йододефицитом (йодурия 64 мкг/л), была установлена замедленная психическая реакция по сравнению с контрольной группой из йодонаполненного региона (йодурия 142 мкг/л). При этом авторами не были зарегистрированы когнитивные нарушения.

Дисфункция мозга у детей в йододефицитных регионах связана с дисфункцией эндокринной системы, в большей степени за счёт субклинического гипотиреоза или «гипотиреозидного состояния» [1, 2]. Так, например, из 90 обследованных школьников 10-12 лет в индийском штате Сикким у большинства детей была выявлена задержка интеллектуального развития и серьезные неврологические нарушения. Медиана йодурии в этом регионе составила 42,3 мкг/л, частота зоба у детей – 91%, глазодвигательные нарушения были

Для корреспонденции:

Моллаева Наида Радабовна – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, медицинской психологии и наркологии ГБОУ ВПО «ДГМА» Минздравсоцразвития России.

Тел. 8 (8722) 64 16 32. E-mail: msaika@yandex.ru.

Статья поступила 03.03.2012 г., принята к печати 28.03.2012 г.

выявлены у 69%, а сниженный интеллект (индекс IQ<70%) - у 21% детей. 80% детей имели значительное снижение памяти, числового мышления, затруднения в освоении языка [1].

По данным Л.А. Шеплягиной, 85,5% детей в йододефицитном регионе имеют отклонения по тем или иным показателям интеллектуально-мнестической сферы. При этом, помимо нарушения когнитивных функций, у школьников, испытывающих дефицит йода, выявляются эмоционально-волевые нарушения, снижение уровня побуждений [1]. Йодный дефицит снижает успеваемость у школьников, что обусловлено нарушением познавательных процессов - показателей памяти, объема и концентрации внимания, расстройством логического мышления.

Регионы с тяжелым йододефицитом характеризуются тем же спектром расстройств, что и регионы с умеренным йододефицитом, но отличаются более высоким уровнем заболеваемости психическими расстройствами и присоединением более тяжелых форм. Отдельное внимание в литературе уделяется изучению психических расстройств у больных с заболеваниями щитовидной железы [1-4]. Для больных зобом характерно нарушение моторики, перцепции, снижение IQ. N. Blei-chrodt, M.P. Vom указывают, что средний уровень IQ в популяции, проживающей на территории с тяжелым йододефицитом, на 13,5 баллов ниже, чем в популяции из йододефицитного региона. Авторы подчеркивают, что не всегда снижение IQ коррелирует с наличием зоба щитовидной железы. Незначительные нарушения функционирования щитовидной железы характеризуются раздражительностью, утомляемостью, снижением настроения [1]. Известно, что даже небольшое изменение в уровне тиреоидных гормонов связано со значительными расстройствами психических и когнитивных функций. Субклинический гипотиреоз является фактором риска депрессии. D. Hermann, W. Hevver, R. Lederbogen показали, что в структуре заболеваемости психическими расстройствами среди больных зобом чаще встречаются аффективные расстройства, чем среди людей без зоба [1-3].

В Республике Дагестан существует ряд факторов, определяющих особенности структуры психической патологии: полиэтничный состав, климато-географические особенности, близкое расположение к театру военных действий, социокультуральные особенности. Одним из таких факторов является йододефицит и связанная с ним тиреоидная патология (йододефицитные заболевания).

Цель: изучение структуры психической патологии у школьников, проживающих в йододефицитном районе Республики Дагестан, в зависимости от наличия эндемического зоба.

Материал и методы

Было обследовано 528 школьников в возрасте от 8 до 10 лет, проживающих в Хасавюртовском

районе Республики Дагестан. Хасавюртовский район является эндемичным по зобу и характеризуется умеренным йододефицитом. Медиана йодурии в Хасавюртовском районе составляет 31,1 мкг/л. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от наличия у них или отсутствия зоба. В основной группе - 271 школьник с пальпаторно определяемым зобом, в контрольной группе - 257 детей без зоба. Группы были сопоставимы по возрасту и полу ($p>0,05$).

Основным методом исследования был клинический, включающий в себя традиционное психиатрическое обследование с учетом возраста ребенка, сбор анамнестических сведений, анализ медицинской документации. Выделение клинических форм патологии проводилось в соответствии с критериями МКБ-10. Учитывались также данные о школьной успеваемости и адаптации детей в школьном коллективе, полученные от школьных учителей и школьных психологов. Помимо этого, оценивалась микросоциальная обстановка в семье и уровень тревожности родителей, данные о которых получались на основе интерактивного интервью с ними. При обследовании учитывались все нозологические формы, однако для анализа в данной работе были выбраны формы, которые встречались достаточно часто, чтобы можно было провести сравнительный анализ их распространенности.

Анализировались следующие психические заболевания:

1. Умственная отсталость (нарушение когнитивных, моторных, речевых и социальных способностей при IQ менее 70).
2. Легкое когнитивное расстройство вследствие дисфункции головного мозга. Данное расстройство проявлялось снижением когнитивной продукции в сочетании с ухудшением памяти, трудностей сосредоточения.
3. Другие общие расстройства развития. К ним относятся расстройства учебных навыков (чтения, письма, счета) или моторных функций при общем невыраженном когнитивном дефиците.
4. Астеническое, эмоционально лабильное расстройство вследствие дисфункции головного мозга – диагноз выставлялся при наличии диагностированного зоба.
5. Расстройства поведения диагностировались при наличии специфических для детского возраста признаков: хулиганство, драчливость, прогулы в школе, неконтролируемые вспышки гнева, жестокость к людям или животным.
6. Расстройства невротического круга в виде фобических, тревожно-фобических, обсессивно-фобических синдромов, соматоформной вегетативной дисфункции, не имеющих под собой соматической основы.
7. Функциональные системные расстройства (заикание, тики, неорганический энурез).

В исследовании не рассматривались другие диагностические категории, так как их частота не достигала достаточного для проведения статистического анализа уровня. Наличие зоба уста-

навливалось детским эндокринологом пальпаторным методом и при сомнительных случаях по результатам УЗИ.

Статистический анализ проводился при помощи программы BIOSTATISTICA с использованием критериев χ^2 , Фишера, Стьюдента, Манна-Уитни.

Результаты исследования

Среди 529 детей в йододефицитном районе выявлено 272 (51,4%) ребенка с эндемическим зобом 1 степени. По психическому состоянию в группе детей с зобом лишь 53,9% были отнесены к здоровым, тогда как в группе детей без зоба этот показатель составлял 75,5% ($p < 0,01$, критерий χ^2).

Анализ структуры психической патологии с учётом нозологической принадлежности расстройств показал, что как в основной, так и в контрольной группе психические нарушения были представлены, в первую очередь, легким когнитивным расстройством вследствие дисфункции головного мозга и другими общими расстройствами развития.

Как в основной, так и в контрольной группе частота умственной отсталости была незначительной (1,2% и 1,5% соответственно). При этом при сравнении групп по этому показателю различия между ними были статистически незначимы ($p > 0,05$), что может свидетельствовать о том, что происхождение умственной отсталости в обследуемом районе не связано с патологией щитовидной железы.

В группе детей с зобом по сравнению с контрольной группой была выше частота когнитивных расстройств (17,3% и 8,6% соответственно, $p < 0,05$), прежде всего за счёт легкого когнитивного расстройства вследствие дисфункции головного мозга, в то время как частота встречаемости других общих расстройств развития была сопоставима в обеих группах (3,1% в группе без зоба и 4,1% в группе с зобом, $p < 0,05$).

Как в основной, так и в контрольной группе для когнитивного расстройства вследствие дисфункции головного мозга было характерно равномерное снижение памяти, внимания, моторной активности, общей работоспособности, что приводило к плохому усвоению школьного материала. При этом у детей была сохранена способность к абстрагированию, не наблюдалось изолированных расстройств тех или иных школьных навыков: чтения, письма, счёта.

В школах, где к ним предъявлялись высокие учебные требования, дети болезненно реагировали на свою несостоятельность формированием невротических и патохарактерологических реакций в виде отказа от устных ответов, посещения школы и прочего. В группе детей с зобом когнитивные расстройства вследствие дисфункции головного мозга были тесно спаяны с астенической симптоматикой, проявлявшейся повышенной утомляемостью, особенно к концу учебного

дня, снижением концентрации внимания к концу урока, что приводило к плохому усвоению школьного материала. Помимо этого, наблюдались нерешительность, тревожность, частые колебания настроения. Эмоциональная лабильность экстрапунитивного типа усиливалась к концу учебного дня и часто обуславливала мелкие конфликты с одноклассниками и учителями. Часто наблюдались жалобы на головные боли, как правило, возникающие при психоэмоциональных нагрузках, расстройства сна, неприятные ощущения в теле.

Частота встречаемости астенического расстройства значительно преобладала в группе больных с зобом (15,9%) по сравнению с контрольной группой (8,9%, $p < 0,05$). Расстройства невротического круга также преобладали в группе детей с зобом (17,4%) по сравнению с контрольной группой (9,7%). Они были представлены тревожно-фобическими расстройствами в виде различных детских страхов, выраженность которых носила патологический характер, а также социально-тревожным расстройством, генерализованным тревожным расстройством, смешанным тревожным и депрессивным расстройством. При этом, как правило, эти расстройства сочетались между собой у детей с высокой личностной тревожностью, предрасполагавшей к невротическому реагированию. Тревожная симптоматика была нестойкой (за исключением детских страхов) и степень ее выраженности часто определялась конкретной психотравмирующей ситуацией. Нередко возникновение тревожных расстройств было тематически связано со школьной дезадаптацией, обусловленной трудностями в учебе. Помимо фактора школьной дезадаптации в происхождении невротических расстройств важную роль играла личностная тревожность родителей и конфликтная обстановка в семье, выявлявшиеся по результату беседы с родителями.

Преобладание расстройств невротического круга в группе детей с зобом может быть объяснено тем, что при воздействии йододефицита, возможно, снижается барьер психической адаптации, тем самым, облегчая возникновение невротической симптоматики. Расстройства поведения и функциональные системные расстройства также чаще встречались среди детей с зобом, однако эта тенденция не достигала степени статистически значимых различий ($p > 0,05$).

Обсуждение

Таким образом, среди детей, страдающих эндемическим зобом, частота встречаемости психических расстройств выше. Основными, ассоциированными с патологией щитовидной железы психическими заболеваниями являются когнитивные, астенические, вегетативные и невротические расстройства, часто тесно спаянные между собой.

Когнитивные расстройства предположительно обусловлены йододефицитом и определяются

снижением памяти, внимания, сложностями сосредоточения, снижением общей работоспособности, что обуславливало плохое усвоение школьного материала и школьную дезадаптацию. Астенические расстройства часто сочетались с когнитивными и проявлялись повышенной утомляемостью, истощаемостью, эмоциональной лабильностью. Расстройства невротического круга были представлены преимущественно тревожными и соматоформными расстройствами и легко формировались у детей с тревожными личностными чертами. Их формирование было обусловлено сложностями адаптации в школе, в семье, а также определялось повышенной тревожностью родителей.

Выводы

1. Частота психических расстройств среди детского населения йододефицитных зон статистически значимо выше у детей, страдающих зобом.
2. Основными, связанными с зобом, формами психических расстройств являются легкое когнитивное расстройство вследствие дисфункции головного мозга, астеническое, эмоционально лабильное расстройство вследствие дисфункции головного мозга, расстройства невротического круга.
3. Повышенная частота невротических расстройств в группе детей с зобом предположительно обусловлена снижением барьера психической адаптации вследствие тиреоидной патологии.

Литература

1. Шеплягина Л.А., Макулова П.Д., Маслова О.И. Состояние когнитивной сферы у детей в районах с дефицитом йода // Консилиум медикум. 2001. №1. С.31-34.
2. Aghini-Lombardi, Pinchera A, Antonangeli L, et al. Mild iodine deficiency during fetal/neonatal life and neuropsychological impairment in Tuscany // J Endocrinol Invest. 1995; 18: 57-62
3. Blechrodt N, Born MP. A met analysis of re-seach on iodine and its relationship to cogni-tive development. In: Stanbury JB, ed. The damaged brain of iodine deficiency. New York: Cogizant Communication, 1994: 195-200

4. Naggerty J.J., Mason G.A. (eds) Subclinical hypothyroidism: a modifiable risk factor de-pression?// Am. J. Psychiatry. 1993, 150: 508-510.
5. Sava L, Delange F, Belfiore A, et al. Transient impairment of thyroid function in newborn from an area of endemic goiter. J Clin Endo-crinol Metab 1984; 59:90-5.

References

1. Sheplyagina L.A., Makulova P.D., Maslova O.I. Sos-toyaniye kognitivnoy sphony u detey v raionakh s defitsitom iyoda [Cognitive state of children in iodine deficiency areas] // Consilium medicum. 2001. № 1. P. 31-34.
2. Aghini-Lombardi, Pinchera A., Antonangeli L., et al. Mild iodine deficiency during fetal/neonatal life and neuropsychological im-pairment in Tuscany// J Endocrinol Invest 1995; 18: 57-62.
3. Blechrodt N., Born M.P. A met analysis of re-seach on iodine and its relationship to cognitive development. In: Stanbury JB, ed. The damaged brain of iodine deficiency. New York: Cogizant Communication, 1994: 195-200.
4. Naggerty J.J., Mason G.A. (eds) Subclinical hypothyroidism: a modifiable risk factor depression?// Am. J. Psychiatry. 1993, 150: 508-510.
5. Sava L., Delange F., Belfiore A., et al. Transient impairment of thyroid function in newborn from an area of endemic goiter. J Clin Endo-crinol Metab 1984; 59:90-5.

Сведения о соавторах:

Алиева Асият Алиевна – кандидат медицинских наук, главный врач Республиканского центра охраны нервнопсихического здоровья детей и подростков Минздрава Дагестана. Тел. 8(8722) 63 85 30.

Алиев Мустафа Алиевич – кандидат медицинских наук, главный врач Республиканского психоневрологического диспансера Минздрава Дагестана. Тел. 8(8722)63 14 14.

Мирошкина Ирина Дмитриевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии ГБОУ ВПО «ДГМА» Минздравсоцразвития России. Тел. 8(8722) 67 08 10.

Гаммацаева Лейла Шамильевна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии ГБОУ ВПО «ДГМА» Минздравсоцразвития России. Тел. 8(8722) 63 56 09.

Ахьяева Азлита Бинямудиновна – ассистент кафедры психиатрии ГБОУ ВПО «ДГМА» Минздравсоцразвития России. Тел. 8(8722) 64 47 90.

Алибекова Башират Алипашаевна – ассистент кафедры психиатрии ГБОУ ВПО «ДГМА» Минздравсоцразвития России. Тел. 8(8722) 67 08 10.

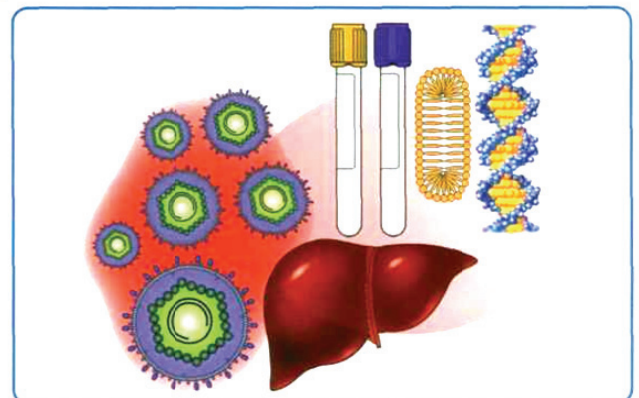
Центральный НИИ эпидемиологии

СМД

Центр молекулярной
диагностики

Уникальный тест для определения ДНК гепатита В с аналитической чувствительностью 5 МЕ/мл разработан в СМД. Высокая чувствительность метода достигается за счет максимально автоматизированного формата анализа. Показания к применению: для диагностики скрытых (латентных) форм вирусного гепатита В.

Россия, 111123, Москва, ул. Новогиреевская, д. За
(495) 974 96 44
www.cmd-online.ru



УДК 616.316-008.811:616.441

Состояние слюновыделительной системы у больных сиаладенозом при патологии щитовидной железы

А.Х. Асиятилов, Г.А. Асиятилов, Х.А. Ордашев

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, кафедра хирургической стоматологии с усовершенствованием врачей, Махачкала

Резюме

Целью данного исследования является изучение различных клинко-лабораторных показателей у пациентов и выделение более информативных критериев оценки секреторной активности слюнных желез при заболеваниях щитовидной железы. Структура заболеваний щитовидной железы зависит от сиаладеноза. Пациенты с гипертиреозом составляли 61%. Оценка состояния слюнных желез было проведена на основе комплексных исследований. Сиалометрия была проведена в течение 6 минут. Вязкость слюны выполняет защитные функции, поддерживает сапрофитный баланс в полости рта. Результаты показывают, что увеличение вязкости наблюдалось в 87% случаев у пациентов с гипотиреозом, аналогичные результаты получены и у пациентов с гипертиреозом – в 83% случаев.

Ключевые слова: слюнные железы, гипотиреоз, гипертиреоз, вязкость слюны.

Condition of salivation system in patients with sialadenosis and thyroid pathology

A.Kh. Asiyatillov, G.A. Asiyatillov, Kh.A. Ordashev

Dagestan State Medical Academy, Makhachkala

Summary

The aim of this research is studying of different clinic-laboratory index in patients and underlining only more informative criterions, such as viscosity of saliva, secretor activity of salivary glands. Structure of thyroid glands diseases on the phone of sialadenosis. Patients with hyperthyroidism were 61%. The evaluation of salivary glands condition was done on the base of complex investigations. Gialometria was done in 6 minutes. Salivation spread was determined in ml/min. The salivan viscosity determines its capacity to realize protective functions, provides saprophytes balance in oral cavity. The results show that increased viscosity were in 87% of cases in patients with thyroprivia the same results in patients with hyperthyroidisms 83% of cases.

Key words: salivary gland, hypothyroidism, hyperthyroidisms, saliva viscosity.

Введение

Известно, что снижение функции щитовидной железы (ЩЖ) вызывает снижение инкреторной и экскреторной активности слюнных желез (СЖ). Поэтому поражения СЖ и органов полости рта, возникающие в ответ на различные патологические процессы в организме, относятся к числу актуальных проблем современной стоматологии.

СЖ, являясь органами экзокринной и эндокринной системы, тонко реагируют на нарушение деятельности других желез внутренней секреции [1, 2]. Убедительным примером, подтверждающим эндокринную функцию СЖ, является выделение ими гормона паротина.

Не вызывает сомнения участие СЖ в обеспечении гормонального режима организма в норме и при эндокринных нарушениях, что в свою очередь приводит к возникновению в них различных патологических состояний [3, 4].

Целью исследования является сравнительная оценка различных клинко-лабораторных

показателей пациентов для выделения наиболее информативных диагностических показателей секреторной активности СЖ при гипо- и гипертиреозе.

Материал и методы исследования

Структура заболеваний ЩЖ, на фоне которых развивался сиаладеноз, и распределение больных по полу приведены в таблице 1.

Таблица 1
Распределение больных сиаладенозом по полу и в зависимости от нарушения функции щитовидной железы (гипо- и гипертиреоза)

Пол	Всего		Группа наблюдения			
	n	%	Гипотиреоз		Гипертиреоз	
n			%	n	%	
Мужской			11		8	14
			33			67
Женский	80	87	32			86
			40		48	60
Оба пола	92	100%	36 (39%)	100%	56 (61%)	100%

n – число больных.

Из таблицы 1 видно, что преимущественно болели женщины (87%). Около трети всех больных страдали гипотиреозом. Доля гипертиреоза составляла 61% пациентов. Данное соотношение

Для корреспонденции:

Асиятилов Абудало Хавалович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургической стоматологии с усовершенствованием врачей ГБОУ ВПО «ДГМА» Минздравсоцразвития России.

Тел. 8 (8722) 67-90-19.

Статья поступила 03.03.2012 г., принята к печати 28.03.2012 г.

наблюдалось как у мужчин, так и у женщин, однако данные статистически недостоверны ($p > 0,05$).

В контрольную группу вошли 20 здоровых добровольцев с эутиреоидным состоянием.

С целью выявления ранних признаков заболевания СЖ у больных с дисфункцией ЩЖ, которые находились на лечении в отделении эндокринологии Республиканской клинической больницы, использовали скрининговую систему обследования.

Оценку состояния СЖ проводили на основании комплексного обследования. Функциональную активность СЖ, вязкость смешанной слюны изучали в зависимости от стадии сиаладеноза и формы нарушения функциональной активности ЩЖ (гипо-, гипертиреоза).

Сиалометрию осуществляли в течение 6 минут, скорость саливации определяли в мл/мин. Смешанную слюну собирали утром и натощак в градуированные пробирки. Вязкость слюны измеряли при помощи зубоврачебного шпателя.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведенный структурный анализ состояния СЖ и результаты сиалометрии у больных сиаладенозом вне зависимости от типа поражения ЩЖ (гипо-, гипертиреоз) позволили выявить достоверное снижение секреции слюны по сравнению с контролем во всех стадиях болезни (табл. 2). Так, в начальной стадии сиаладеноза скорость секреции составила $0,5 \pm 0,02$ мл/мин, клинически выра-

женной - $0,35 \pm 0,03$ мл/мин и в поздней - $0,21 \pm 0,03$ мл/мин, контроль - $0,71 \pm 0,04$ мл/мин.

Таблица 2

Показатели сиалометрии у больных сиаладенозом без учета степени нарушения функции ЩЖ в зависимости от стадии заболевания (мл/мин)

Стадии заболевания	n	Количество выделенной слюны, мл/мин	P
Начальная	3	$0,05 \pm 0,02$	<0,001
Клинически выраженная	73	$0,35 \pm 0,03$	<0,001
Поздняя	16	$0,21 \pm 0,03$	<0,001
Контроль	20	$0,71 \pm 0,04$	

Как известно, вязкость слюны определяет ее способность осуществлять защитные функции, обеспечивает вымывание патогенных микроорганизмов, определяет сбалансированность сапрофитов в полости рта. Поэтому можно утверждать, что увеличение вязкости слюны являлось одним из факторов, предрасполагающих к развитию стоматологических заболеваний.

Таким образом, наиболее явное снижение секреции было отмечено в клинически выраженной и поздней стадиях процесса.

Результаты математической обработки данных исследования секреции (табл. 3) в зависимости от вида нарушения функции ЩЖ выявили статистически значимые различия в следующих сравниваемых группах: гипотиреоз и контроль ($1-1,5$ мл/мин), гипертиреоз и контроль ($0,5-1$ мл/мин).

Таблица 3

Показатели сиалометрии у больных сиаладенозом при гипо- и гипертиреозе

Количество слюны, мл/мин	Показатели сиалометрии						Сравнение по точному критерию Фишера (F) с поправкой Бонферони	
	Гипотиреоз		Гипертиреоз		Контроль		P(1-3)	P(2-3)
	n	%	n	%	n	%		
0,5-1мл	12		6	11	0	0	0,662	0,6
1-1,5	3	8	22	39	2	10	0,046	1,0
1,5-2,0	16	44	28	50	12	60	1,000	0,838
2-2,5 и более	5	14	0	0	6	30	0,000	0,336
ИТОГО	36	100%	56	100%	20	100%		

Следовательно, наиболее выраженное снижение секреции СЖ наблюдалось у больных с гипертиреозом.

Вязкость слюны определяли без учета стадии сиаладеноза в зависимости от формы нарушения функции ЩЖ (табл. 4).

Таблица 4

Показатели вязкости слюны у больных сиаладенозом в зависимости от характера (типа) нарушения функции ЩЖ

Форма нарушения функции ЩЖ	Вязкость		
	нормальная	повышенная	резко повышенная
Гипотиреоз n=36	$13 \pm 2\%$ ($p < 0,05$)	$45 \pm 13\%$ ($p > 0,05$)	$42 \pm 11\%$ ($p > 0,05$)
Гипертиреоз n=56	$16 \pm 2\%$ ($p < 0,05$)	$42 \pm 12\%$ ($P > 0,05$)	$41 \pm 2\%$ ($p < 0,05$)

Результаты исследования показали, что повышенная и резко повышенная вязкость составила 87% случаев (соответственно 45% и 42%) у

больных с гипотиреозом (36 пациентов). Такую же картину наблюдали и у больных с гипертиреозом: 83% случаев (соответственно 42% и 41%) среди 56 пациентов.

Выводы

1. Увеличение вязкости слюны при сиаладенозах являлось одним из факторов, предрасполагающих к развитию стоматологических заболеваний.
2. Математическая обработка результатов исследования секреторной функции СЖ показала выраженные различия в виде понижения слюноотделения при сиаладенозах на фоне гипо- и гипертиреоза по сравнению с контрольной группой.

Литература

1. Денисов А.Б. Клиника, диагностика и лечение сиаладеноза у больных с заболеваниями мужских половых желез: Автореф. дис... к.м.н. М., 2001. 13 с.

2. Колесниченко Л.С. с соавт. Аминокислоты и их метаболиты в крови и моче у детей с минимальной церебральной дисфункцией // Вопросы медицинской химии. 1999. Т. 45. № 1. С. 58-64.
3. Garsia-Marcos M. et al. Role of sodium in mitochondrial membrane depolarization induced by P2x7 receptor activation in submandibular glands // FEBS. Lett. Spain. 2005. Vol. 579. N. 24. P. 5407-5413.
4. Mata A. et al. Effect of extracellular magnesium on secretagogue-evoked amylase secretion in the isolated rat parotid gland segments // Magnes Res. 2002. Vol.15. N. 3-4. P. 161-165.

References

1. Denisov A.B. Klinika, diagnostika i lecheniye sialadenozov u bolnykh s zabolevaniyami muzhskikh polovyykh zhelez: avtor. ref. dis... k.m.n. M., 2001. 13 s.
2. Kolesnichenko L.S. s soavt. Aminokisloty i ih metabolity v krovi i moche u detei s minimalnoi cerebralnoi disfunkciei

// Voprosy medicinskoj himii. 1999. T. 45. № 1. S. 58-64.

3. Garsia-Marcos M. et al. Role of sodium in mitochondrial membrane depolarization induced by P2x7 receptor activation in submandibular glands // FEBS. Lett. Spain. 2005. Vol. 579. N. 24. P. 5407-5413.
4. Mata A. et al. Effect of extracellular magnesium on secretagogue-evoked amylase secretion in the isolated rat parotid gland segments // Magnes Res. 2002. Vol.15. N. 3-4. P. 161-165.

Сведения о соавторах:

Ордашев Хасан Алиевич – к.м.н., доцент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ГБОУ ВПО «ДГМА» Минздравсоцразвития России.
Тел. 8 (8722) 550 324.

Асиятилов Гасан Абудалович – к.м.н. асс. кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ГБОУ ВПО «ДГМА» Минздравсоцразвития России.
Тел. 8(8722) 673 718.

ИЗ ЖИЗНИ АКАДЕМИИ**ДАГЕСТАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ****Научные конференции, посвященные 80-летию основания ДГМА**

28 мая 2012 года состоится Республиканская научно-практическая конференция «**Вирусные гепатиты А, В, С, D, E, F...: распространение, эпидемиологические и этиопатогенетические аспекты клиники, диагностики, лечения и их профилактики, дифференциальная диагностика с острым жировым гепатозом у беременных**» в 14 часов в ДГМА по адресу: 367000, г. Махачкала, ул. Ш. Алиева, 1а, 3-й этаж биологического корпуса. Материалы конференции будут включены в сборник научных трудов.

1 июня 2012 года состоится Республиканская научно-практическая конференция «**Туберкулез: актуальные вопросы лекарственноустойчивых форм**» в 14 часов в ДГМА по адресу: 367000, г. Махачкала, ул. Ш. Алиева, 1а, 3-й этаж биологического корпуса. Материалы конференции будут включены в сборник научных трудов.

15 июня 2012 года состоится Республиканская научно-практическая конференция «**Актуальные проблемы внутренней медицины**», посвященная 85-летию со дня рождения профессора М.А. Хархарова, в 14 часов в ДГМА по адресу: 367000, г. Махачкала, ул. Ш. Алиева, 1а, 3-й этаж биологического корпуса. Материалы конференции будут включены в сборник научных трудов.

Состояние тканей пародонта у больных шизофренией

С.А. Бутаева¹, А.В. Митронин¹, Б.Д. Цыганков², А.Р. Гаджиев³

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» Минздравсоцразвития России, ¹кафедра терапевтической стоматологии и эндодонтии, ²кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии ФПДО, Москва;

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, ³кафедра стоматологии детского возраста, Махачкала

Резюме

Патологические изменения, развивающиеся в полости рта, зачастую утяжеляют течение основного заболевания за счет возникновения очагов хронических инфекций и сенсибилизации организма. У больных шизофренией выявлена высокая распространенность заболеваний пародонта, причем на развитие патологического процесса в пародонте оказывают влияние тяжесть и продолжительность основного заболевания и отсутствие ухода за полостью рта.

Ключевые слова: шизофрения, болезни пародонта, гигиена полости рта, распространенность заболеваний пародонта.

Periodontal tissues condition in patients with schizophrenia

S.A. Buttaeva, A.V. Mitronin, B.D. Tsigankov, A.R. Gadzhiev

Moscow state medical dental university;
Dagestan State Medical Academy, Makhachkala

Summary

Pathological changes, developing in the oral cavity, often aggravate the underlying disease due to the origin of new focus of chronic infections and sensitization of the organism. In patients with schizophrenia a high prevalence of periodontal disease is revealed, what is more the severity and duration of the underlying disease as well as lack of oral care influences the development of the pathological process in the oral cavity.

Key words: schizophrenia, periodontal disease, oral hygiene, prevalence of periodontal diseases.

Введение

Патологические процессы, возникающие в организме человека в связи с системными заболеваниями, часто проявляются в периферических тканях организма. В большинстве случаев поражения тканей полости рта являются первыми клиническими признаками нарушений при заболеваниях нейроэндокринной, кровяной, пищеварительной, сердечно-сосудистой систем [1, 7, 12].

Причины, влияющие на развитие заболеваний полости рта у больных шизофренией, изучены недостаточно. Согласно современным представлениям факторы, обуславливающие возникновение кариеса зубов и заболеваний пародонта, делятся на местные и общие. К общим факторам относятся заболевания различных органов и систем организма, прием лекарственных препаратов, экстремальное воздействие и т.д. Ведущим местным этиологическим фактором как при развитии кариеса зубов, так и при развитии заболеваний пародонта является наличие зубных отложений. К факторам, способствующим образованию микробного налета, относятся: недостаточное самоочищение зубов, неудовлетворительный уход за полостью рта, качественные и количественные изменения слюны [3, 4, 5].

В ряде случаев патологические изменения, возникающие в полости рта, осложняют течение основного заболевания за счет образования очагов хронических инфекций, а также сенсибилизации организма [2, 9, 10].

У больных шизофренией выявлена высокая распространенность заболеваний пародонта с прогрессирующей резорбцией альвеолярной кости, причем на развитие патологического процесса в пародонте оказывают влияние тяжесть и продолжительность основного заболевания, отсутствие ухода за полостью рта [6, 11, 13].

В то же время, особенности заболеваний твердых тканей зубов, тканей пародонта и слизистой оболочки рта у больных шизофренией изучены недостаточно, а в связи с ростом распространенности психических заболеваний среди населения, актуальность этой проблемы возрастает.

Целью данного исследования явилась оценка распространенности и интенсивности заболеваний пародонта у больных шизофренией.

Материал и методы исследования

Исследование осуществляли на базе Центральной московской клинической психиатрической больницы № 1, где проведено стоматологическое обследование больных, страдающих шизофренией в течение пяти лет, находящихся на стационарном лечении. Было проведено обследо-

Для корреспонденции:

Бутаева Саида Асадуллаевна - аспирант кафедры терапевтической стоматологии и эндодонтии ФПДО МГМСУ Минздравсоцразвития России.

Тел. 8963 779 55 30. E-mail: saidabutaeva@rambler.ru.

Статья поступила 20.02.2012 г., принята к печати 25.02.2012 г.

дование 100 больных шизофренией в возрасте от 20 до 35 лет.

Обследуемые были разделены на 2 группы (по 50 человек в каждой): больные с непрерывной формой течения заболевания; больные с приступообразной формой течения.

Контролем служили 50 человек без психической патологии, имеющие заболевания желудочно-кишечного тракта.

Распространенность и интенсивность заболеваний пародонта оценивали по индексу CPITN [5, 13], гигиеническое состояние полости рта - по индексу эффективности гигиены полости рта РНР [6, 12].

Для статистической оценки результатов исследования использовали t-критерий Стьюдента (для сравнения средних значений), а также метод Фишера (для сравнения непараметрических данных).

Результаты исследования и их обсуждение

При опросе больных шизофренией многие из них отмечали наличие кровоточивости десен и подвижности зубов: в первой группе — 68% и 25% соответственно, во второй — 48% и 12%. В группе контроля кровоточивость десен отметили 20%, а подвижность зубов 4% участников.

Значения компонентов индекса CPITN представлены в таблице.

Таблица

Интенсивность признаков поражения пародонта по индексу CPITN у больных шизофренией

Группы пациентов	Инт-актные	Секстанты				Исклю-ченные
		С кровоте-чивостью десен	С зуб-ным камнем	С пародонтальным карманом		
				4-5 мм	6 мм и более	
Первая	0,32	0,56	1,86	1,88	0,42	0,96
Вторая	0,4	1,24	1,72	0,84	0,24	1,56
Контроль	1,98	1,72	1,54	0,64	0,06	0,06

В первой группе обследованных заболевания пародонта выявлялись у 92% пациентов, причем здоровыми оставались лишь 0,32 секстанта. Кровоточивость десен была диагностирована в 0,56, зубной камень - в 1,86 секстанта. В 1,88 секстанта диагностированы пародонтальные карманы глубиной 4-5 мм, в 0,42- глубиной 6 мм и более. Среднее количество исключенных секстантов в этой группе больных было равно 0,96, что свидетельствует о большом количестве удаленных зубов. В процентном выражении компоненты индекса составили соответственно 28%, 31%, 31,3%, 7% (кровоточивость десен, зубной камень, пародонтальные карманы 4-5 и 6 мм и более).

Во второй группе признаки поражения пародонта встречались у 90% пациентов. Среднее количество секстантов с интактным пародонтом было равно 0,40. Кровоточивость десен диагностирована в среднем в 1,24 секстанта, зубной камень - в 1,72 секстанта. Доля этих признаков в общем значении индекса составила соответственно 20,7% и 27,3%. Наличие пародонтальных карманов различной глубины диагностировано в 0,84 (14%) и 0,24 (4%) секстанта соответственно.

Вследствие отсутствия зубов из осмотра были исключены 1,56 секстанта пародонта (26%).

В группе контроля распространенность заболеваний пародонта составила 76%. Здоровый пародонт был диагностирован в 1,98 секстанта. Кровоточивость десен выявлена в 1,72 секстанта (28,7%), зубной камень — в 1,54 (25,6%). Среднее количество секстантов с пародонтальными карманами глубиной 4-5 мм и 6 мм и более составило 0,64 и 0,06 соответственно. Следует также отметить, что в группе контроля определяли всего 0,06 исключенных секстанта.

При статистической обработке результатов исследования выявлено, что в группах больных шизофренией количество здоровых секстантов было достоверно ($p < 0,05$) ниже, чем в контрольной. Число секстантов с кровоточивостью десен в группах больных шизофренией оказалось достоверно ниже ($p < 0,05$) значения этого показателя, выявленного у здоровых пациентов.

Наибольшее количество секстантов с зубным камнем или другими факторами, задерживающими зубной налет, диагностировано у пациентов первой группы ($p < 0,01$), чем во второй и контрольной группах соответственно.

Число секстантов с пародонтальными карманами глубиной 4-5 мм также было самым высоким ($p < 0,001$) у пациентов первой группы по сравнению с другими группами обследованных.

Количество секстантов, где были диагностированы пародонтальные карманы глубиной 6 мм и более, у пациентов контрольной группы достоверно ниже ($p < 0,001$), чем в группах больных шизофренией.

Следует отметить, что среди участников контрольной группы число исключенных секстантов было минимальным и достоверно более низким, чем у больных шизофренией ($p < 0,001$), где регистрируется большее количество удаленных зубов.

Осмотр полости рта показал, что зубы у больных шизофренией покрыты обильным налетом и зубным камнем. Многие из этих пациентов являются злостными курильщиками, что еще больше ухудшает гигиеническое состояние полости рта.

Средняя величина гигиенического индекса РНР в первой группе была равна $2,53 \pm 0,05$, во второй - $2,35 \pm 0,04$, что соответствует неудовлетворительному уровню гигиены полости рта. В контрольной группе значение индекса составило $1,17 \pm 0,05$, т.е. уровень гигиены был удовлетворительным. Установлено достоверное ($p < 0,05$) различие между показателями индекса РНР в группах больных шизофренией и участников контрольной группы (рис.).

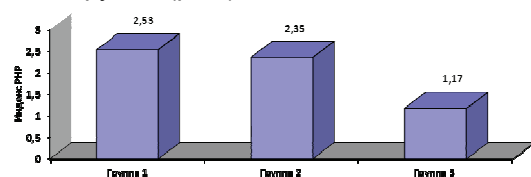


Рис. Величина индекса эффективности гигиены полости рта РНР у больных шизофренией.

Неудовлетворительный уровень гигиены у пациентов, находившихся на лечении в стационаре, можно объяснить отсутствием у них ухода за полостью рта, особенно в период обострения шизофрении, когда из-за вероятности суицида средства индивидуальной гигиены больным не выдаются.

Соответственно, изменение параметров ротовой жидкости, мягкая пища, отсутствие гигиены и наличие корней зубов играют важную роль в возникновении в полости рта очагов хронических инфекций. Наличие зубного налета и камня способствует развитию заболеваний пародонта.

Таким образом, основными причинами, оказывающими влияние на развитие и течение заболеваний пародонта у больных шизофренией, являются тяжесть и продолжительность основного заболевания, а также отсутствие надлежащего гигиенического ухода за полостью рта.

Выводы

1. В группах больных шизофренией количество здоровых секстантов и секстантов с кровоточивостью десен было меньше, чем в группе контроля.
2. Секстантов с твердыми зубными отложениями и другими факторами, задерживающими зубной налет, больше у больных шизофренией по сравнению с контрольной группой.
3. Количество секстантов, где диагностированы пародонтальные карманы 4-5 мм и более, у пациентов контрольной группы меньше, чем у больных шизофренией.
4. Уровень гигиены полости рта у больных шизофренией был неудовлетворительным, в группе контроля - удовлетворительным.

Литература

1. Александровский Ю.А. Психиатрия в общемедицинской практике // Врач. 1994. № 9. С. 27-29.
2. Билейкин Л.А. О связи заболеваний зубов с заболеваниями нервной системы // Невропатология и психиатрия. 1931. № 2. С. 77-82.
3. Боровский Е.В., Иванов В.С., Максимовский Ю.М., Максимовская Т.Н. Терапевтическая стоматология. М.: Медицина, 2001.
4. Боровский Е.В., Леонтьев В.К. Биология полости рта. М.: Медицина, 1991. 304 с.
5. Иванов В.С. Заболевания пародонта. М.: Медицина, 1989. 272 с.
6. Иванова Г.Г. К вопросу о состоянии полости рта у больных шизофренией // Сб. науч. работ аспирантов и ординаторов ММСИ. М., 1971. С. 72-74.
7. Кирсанов А.И., Горбачева И.А., Николаева Л.А. и др. Оценка состояния внутренних органов у больных пародонтитом // Стоматология. 1991. № 5. С. 32-34.
8. Овруцкий Г.Д. Хронический одонтогенный очаг. М.: Медицина, 1993. 142 с.
9. Шаповалов В.Д. Роль иммунных и сосудистых реакций в патогенезе пародонта: Автореф. дис. ... к.м.н. М., 1995. 20 с.

10. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства: руководство для врачей. М.: Медицина, 1986. 384 с.
11. Чечель А.П. Кариес зубов и болезни пародонта больных и стоматологическая помощь в психиатрической больнице: Автореф. дис. ... к.м.н. Львов, 1968.
12. Юлдашев О.Т. Состояние полости рта у больных шизофренией // Съезд стоматологов Узбекистана: тезисы докладов. Ташкент, 1986. С. 224-225.
13. Dunning J.M., Hyde R.W., Dalton P.J. Dental diseases in psychiatric patients // J. Dent. Res. 1951. Vol.30. P. 806-814.

References

1. Aleksandrovskii U.A. Psihiatriya v obshchemedicinskoi praktike // Vrach. 1994. № 9. S. 27-29.
2. Bilejkin L.A. O svyazi zabolevanii zubov s zabolevaniyami nervnoi sistemy // Nevropatologiya i psihiatriya. 1931. № 2. S. 77-82.
3. Borovskii E.V., Ivanov B.C., Maksimovskii U.M., Maksimovskaya T.N. Terapevticheskaya stomatologiya. M.: Medicina, 2001.
4. Borovskii E.V., Leontyev V.K. Biologiya polosti rta. M.: Medicina, 1991. 304 s.
5. Ivanov B.C. Zabolevaniya parodonta. M.: Medicina, 1989. 272 s.
6. Ivanova G.G. K voprosu o sostoyanii polosti rta u bolnyh shizofreniyei // Sb. Nauch. rabot aspirantov i ordinatorov MMSI. M., 1971. S. 72-74.
7. Kirsanov A.I., Gorbacheva I.A., Nikolayeva L.A. i dr. Otsenka sostoyaniya vnutrennih organov u bolnyh parodontitom // Stomatologiya. 1991. № 5. S. 32-34.
8. Ovrucskii G.D. Hronicheskiy odontogennyi ochag. M.: Medicina, 1993. 142 s.
9. Shapovalov V.D. Rol immunnyh i sosudistyh reakcyi v patogeneze parodonta: avtoref. dis.... k.m.n. M., 1995. 20 s.
10. Topolyanskiy V.D., Strukovskaya M.V. Psihosomaticheskie rasstroistva: rukovodstvo dlya vrachei. M.: Medicina, 1986. 384 s.
11. Chechel A.P. Karies zubov i bolezni parodonta bolnyh i stomatologicheskaya pomoshch v psihiatricheskoy bolnice: avtoref. dis....k. m.n. Lvov, 1968.
12. Yuldashev O.T. Sostoyanie polosti rta u bolnyh shizofreniyei // Syezd stomatologov Uzbekistana: tezisy dokladov. Tashkent, 1986. S. 224-225.
13. Dunning J.M., Hyde R.W., Dalton P.J. Dental diseases in psychiatric patients // J. Dent. Res. 1951. Vol.30. P. 806-814.

Сведения о соавторах:

Митронин Александр Валентинович - д.м.н., проф., зав. кафедрой терапевтической стоматологии и эндодонтии ГБОУ ВПО «МГМСУ» ФПДО Минздравсоцразвития России. Тел. 8 (985) 921 59 32. E-mail: mitroninav@list.ru.

Цыганков Борис Дмитриевич - д.м.н., проф., зав. кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ГБОУ ВПО «МГМСУ» Минздравсоцразвития России. Тел. 8 (925) 545 78 73.

Гаджиев Абдулла Рахматуллаевич - к.м.н., доц., зав. кафедрой стоматологии детского возраста ГБОУ ВПО «ДГМА» Минздравсоцразвития России. Тел. 8 (960) 407 91 80.

УДК 616.831-005.1-059(470.67)

Анализ факторов риска инсульта в Дагестане

М.Ф. Магомаев¹, Г.Н. Авакян², Л.В. Стаховская³, В.И. Скворцова³ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, ¹кафедра неврологии, Махачкала;ГБОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, ²кафедра неврологии и нейрохирургии лечебного факультета, ³кафедра неврологии медико-профилактического факультета, Москва**Резюме**

Проведенный в Республике Дагестан в 2010 году регистр инсульта позволил установить основные факторы риска развития инсульта в регионе. На первом месте артериальная гипертензия – 97,6%. В дальнейшем факторы риска инсульта расположены следующим образом: заболевания сердца – 38,2%, мерцательная аритмия – 15,1%, стресс – 14,3%, дислипотеидемии – 12,7%, сахарный диабет – 12,5%, курение – 10,3%, инфаркт миокарда в анамнезе – 4,9%.

Ключевые слова: инсульт, факторы риска.

Analysis of risk factors for stroke in Dagestan

M.F. Magomaev, G.N. Avakyan, L.V. Stakhovskaya, V.I. SkvortsovaDagestan state medical academy, Makhachkala;
Russian state medical university, Moscow**Summary**

In Dagestan Republic in 2010 the stroke register has allowed to establish major factors of development of a stroke. On the first place is an arterial hypertension - 97,6%. Other stroke risk factors are located as follows: heart diseases - 38,2%, atrium fibrillation - 15,1%, stress - 14,3%, high cholesterol level- 12,7%, a diabetes - 12,5%, smoking - 10,3 %, a myocardium infarct in the anamnesis - 4,9%.

Key words: stroke, risk factors.

Введение

Инсульт во всем мире является актуальной проблемой здравоохранения, занимая второе место среди всех причин смерти и являясь ведущей причиной инвалидизации взрослого населения. В большинстве западных стран ежегодно инсультом заболевают 0,2% населения, из них треть умирает в течение последующего года, треть навсегда утрачивает трудоспособность и лишь у трети больных происходит восстановление. В России регистрируется около 400 тыс. новых случаев инсульта в год [3, 6, 7]. Ожидается, что вследствие демографического старения населения и недостаточного контроля основных факторов риска (ФР) количество пациентов с инсультом будет увеличиваться [1, 2, 4, 5]. Выработка научно обоснованных стратегий профилактики и лечения неврологических заболеваний невозможна без всесторонних знаний о ФР, патогенезе, распространенности, *исходах и эффективных стратегиях ведения больных. Первостепенная роль в получении этих знаний отводится эпидемиологическим исследованиям* [5, 6]. В связи с вышесказанным особую значимость приобретают иссле-

дования, посвященные анализу эпидемиологических характеристик инсульта, ФР развития заболевания на территориях нашей страны, в том числе Республики Дагестан (РД), что и определяет актуальность настоящей работы.

Целью настоящего исследования явилось изучение показателей распространенности основных факторов риска инсульта, с учетом региональных и климатогеографических особенностей Республики Дагестан.

Материал и методы

Для получения достоверных данных эпидемиологическое исследование в РД проводилось по программе «Регистр инсульта», разработанной Национальной Ассоциацией по борьбе с инсультом с использованием стандартных методик и унифицированных критериев диагностики. Исходная информация обо всех случаях инсульта заносилась в специально разработанную компьютерную программу «Регистр инсульта Республики Дагестан», позволяющую получить данные о болезненности, заболеваемости, смертности, летальности, факторах риска, проценте госпитализации и другие показатели по всем типам инсульта как в целом по республике, так и по всем экологическим зонам, городам и районам сельской местности с учетом пола, возраста, национальности больного, а также времени года. Программа позволяет получать как не стандартизированные,

Для корреспонденции:

Магомаев Магомед Феликсович – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры неврологии ГБОУ ВПО «ДГМА» Минздравсоцразвития России.

Тел. 8 (903) 423 15 38. E-mail: magomaev@mail.ru.

Статья поступила 03.02.2012 г., принята к печати 28.03.2012 г.

так и стандартизированные показатели (используются стандарты: мировой, европейский и SEGI).

Численность населения РД от 25 лет и старше на 1 января 2010 г. составила 1 492 684 человек. При расчетах нами использовались данные о возрастно-половой структуре изучаемых популяций, полученные в территориальном органе Федеральной службы Государственной статистики по Республике Дагестан по форме № 2.

В течение 2010 года в Республике Дагестан по рекомендуемым ВОЗ критериям зарегистрировано 3413 случаев инсульта. Болезненность на 1000 населения в 2010 году составила 2,29 слу-

чая. Число повторных инсультов в 2010 году было 581 (17%). В 2010 году ишемическим инсультом заболело 2457 (72%), геморрагическим - 692 (20,3%), недифференцированным - 264 (7,7%) человека. Средний возраст заболевших инсультом составил 66,43 лет, а среди трудоспособного населения - 50,39 лет. Среднее количество факторов риска у больных с инсультом по РД составило 2,08, среди мужчин - 2,12, среди женщин - 2,04. Среднее количество факторов риска среди больных ишемическим инсультом составило 2,11, геморрагическим инсультом - 1,96, недифференцированным инсультом - 2,17.

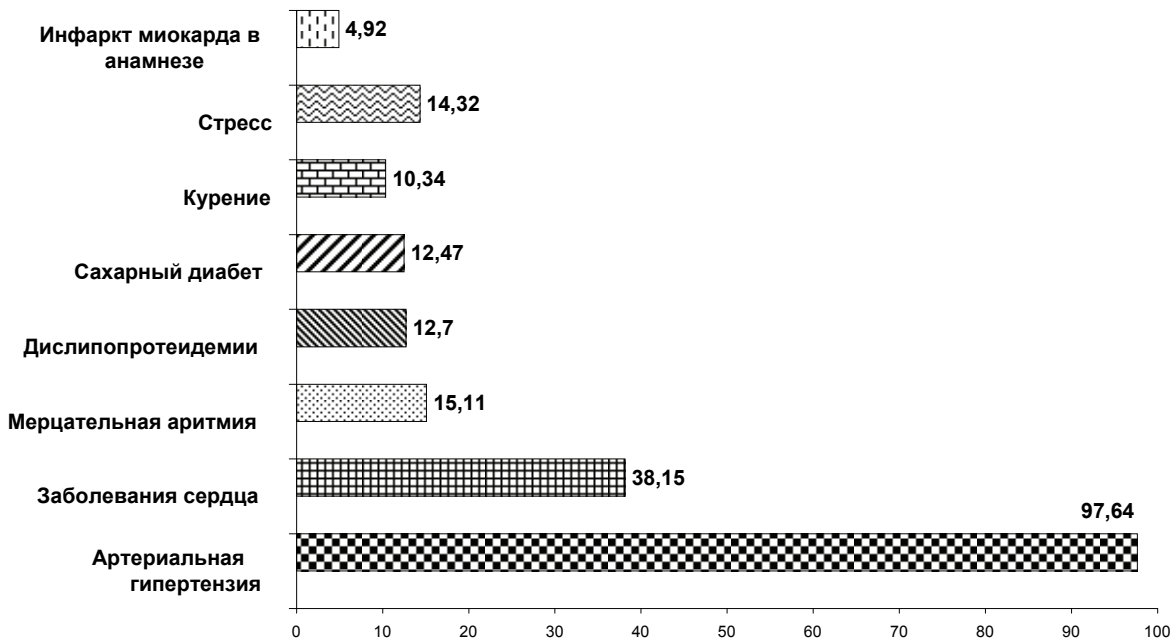


Рис. 1. Факторы риска развития церебрального инсульта.

Результаты исследования

Среди ФР заболеваемости мозговым инсультом преобладала артериальная гипертензия, которая отмечалась у 97,64%, что несколько выше, чем в среднем по России - 92,3%. Вторым по значимости ФР была патология сердца - 38,15% (в среднем по России 62,4%). Мерцательная аритмия зарегистрирована в 15,11% (по России 17,1%), дислиппротеидемии - 12,7% (по России 52,6%). Сахарный диабет среди ФР в РД составил 12,47% (по России 12,4%). Из других ФР на долю курения приходилось 10,34% (по России 36,7%),

стресса - 14,32% (по России 21,7%), инфаркта миокарда в анамнезе - 4,92% (по России 13,4%).

Доля таких ФР, как артериальная гипертензия, мерцательная аритмия и сахарный диабет, незначительно отличается от среднероссийских показателей, а удельный вес заболеваний сердца, дислиппротеидемии, курения, стресса и инфаркта миокарда в анамнезе был ниже среднероссийских показателей в 2-3 раза. Эту разницу можно объяснить как неплохой экологической ситуацией в республике, так и этнокультурными особенностями населения.

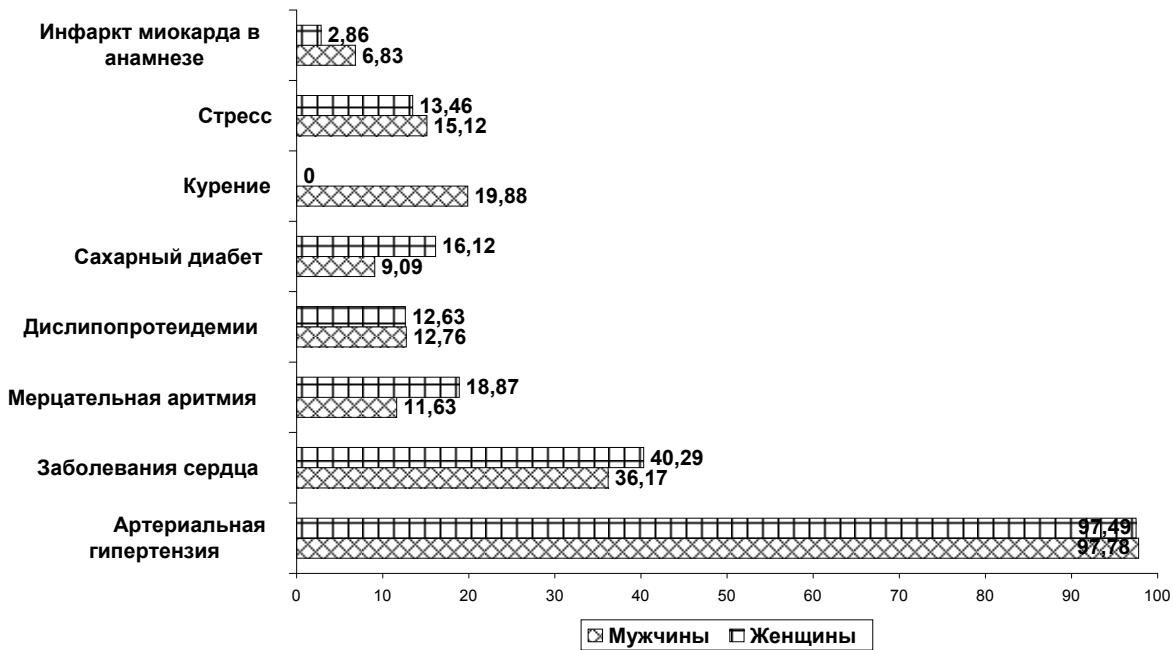


Рис. 2. Частота факторов риска развития инсульта среди мужчин и женщин.

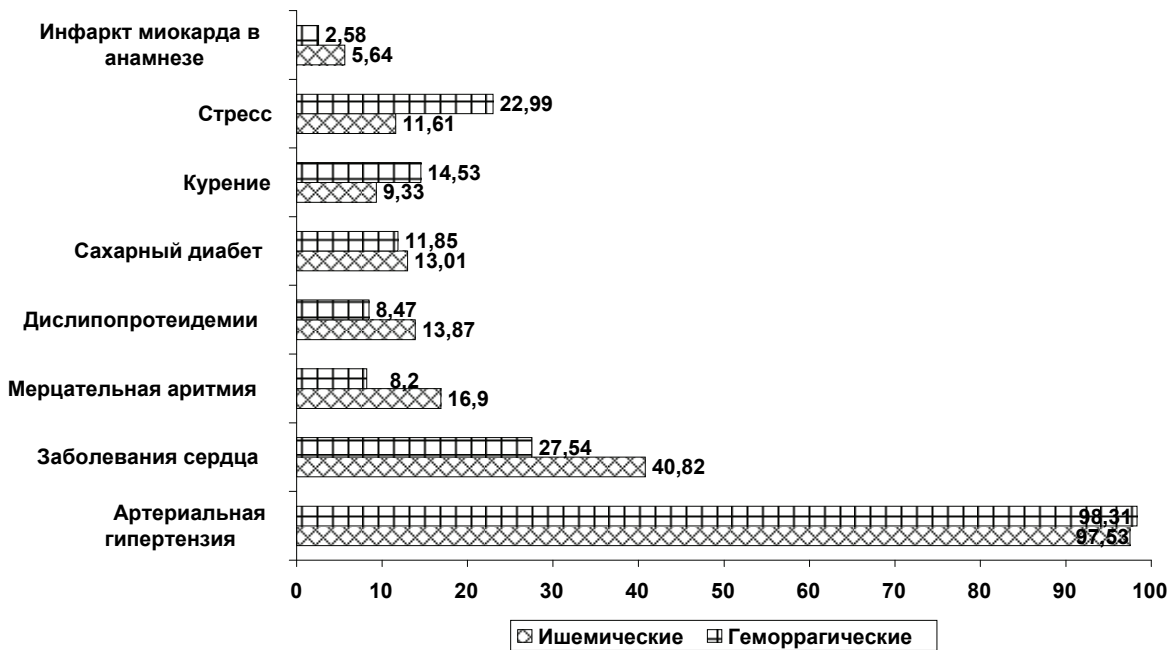


Рис. 3. Факторы риска развития ишемического и геморрагического инсультов.

Такие ФР, как артериальная гипертония и дислиппротеидемии, почти не отличаются у мужчин и женщин. Заболевания сердца незначительно выше у женщин, а стресс незначительно выше у мужчин. Доля таких ФР развития церебрального инсульта, как инфаркт миокарда в анамнезе и курение, достоверно выше среди мужчин ($p < 0,05$), а мерцательная аритмия и сахарный диабет достоверно выше среди женщин ($p < 0,05$).

Таким образом, артериальная гипертония незначительно выше при геморрагическом инсульте, а сахарный диабет незначительно выше при ишемическом инсульте. Такие ФР, как заболевания сердца, мерцательная аритмия, дислиппротеидемии, инфаркт миокарда в анамнезе достоверно выше при ишемическом инсульте ($p < 0,05$), а курение и стресс достоверно выше при геморрагическом инсульте ($p < 0,05$).

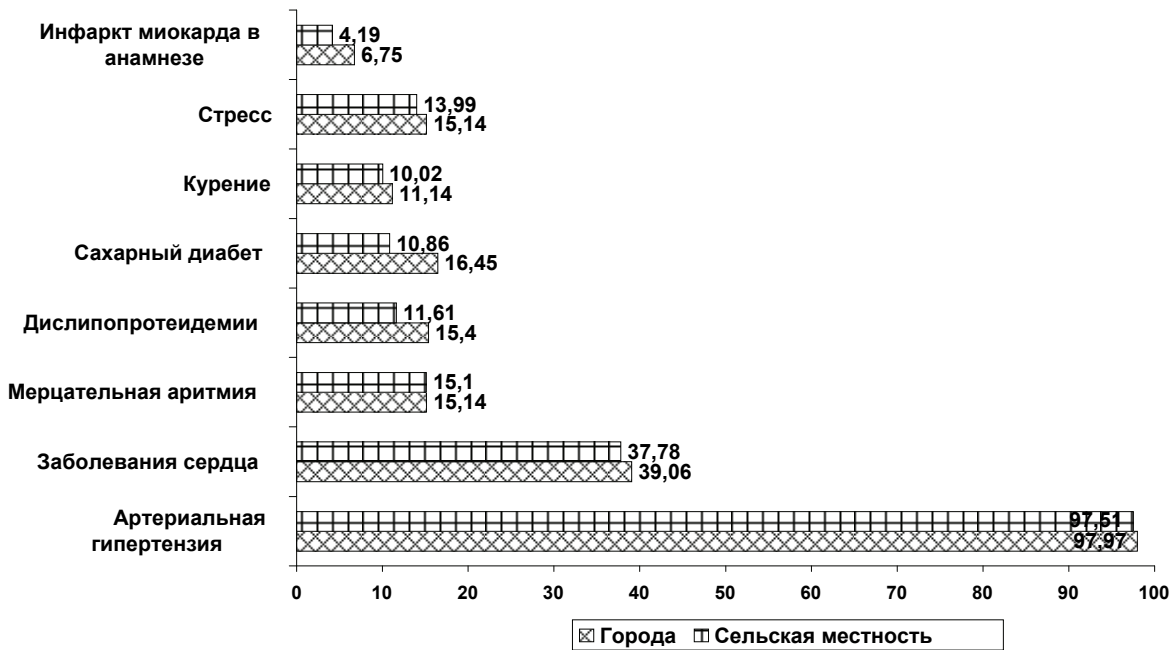


Рис. 4. Факторы риска развития инсульта в городах и сельской местности.

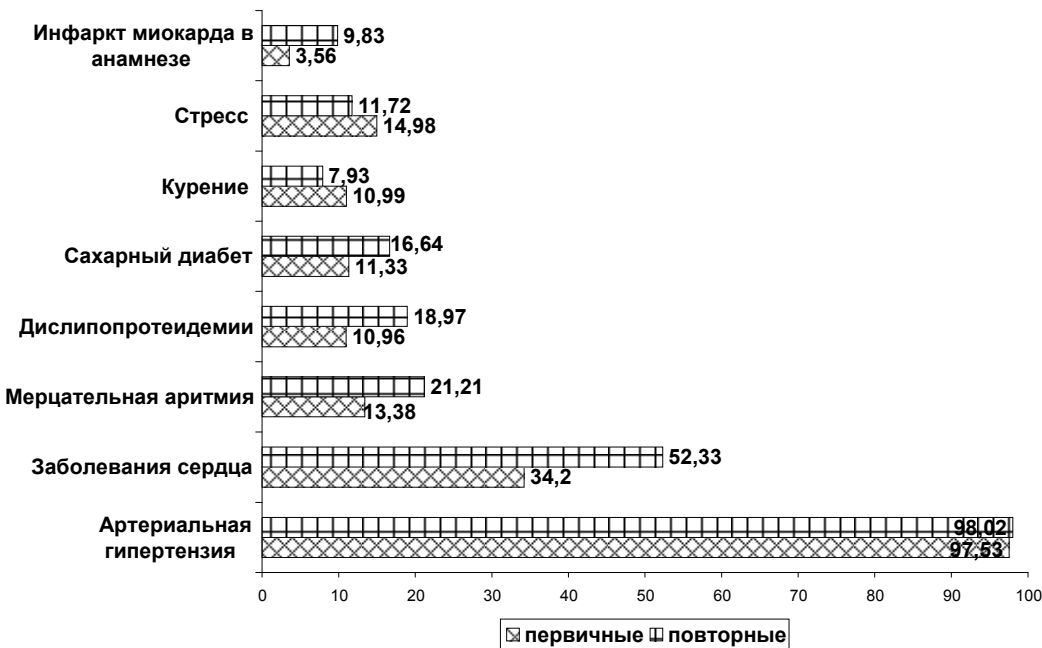


Рис.5. Факторы риска у больных с первичными и повторными инсультами.

На рисунке 4 представлены результаты исследования ФР в городской и сельской популяциях. Такие факторы риска, как сахарный диабет, дислиппротеидемии и инфаркт миокарда в анамнезе, достоверно выше в городской популяции ($p < 0,05$), что можно объяснить отсутствием гиподинамии и более здоровым питанием в сельской местности.

Результаты анализа факторов риска у больных с первичными и повторными инсультами представлены на рис.5. Такие факторы риска, как заболевания сердца, мерцательная аритмия, дислиппротеидемии, сахарный диабет, инфаркт

миокарда в анамнезе, достоверно выше среди повторных инсультов ($p < 0,05$).

Заключение

Таким образом, на основе впервые проведенного популяционного регистра церебрального инсульта получена достоверная информация об основных эпидемиологических характеристиках инсульта и факторов риска в РД. Вышеперечисленные данные дают возможность планировать первичную и вторичную профилактику инсульта. В первую очередь надо обратить внимание на очень высокий процент артериальной гипертонии

как в городах, так и в сельской местности. Необходимо усовершенствовать работу по лечению гипертонической болезни и снижению уровня холестерина и сахара, особенно в городах, а также проведению санитарно-просветительской работы с населением о пользе здорового образа жизни (занятия физкультурой, отказ от курения, ограничение приёма животных жиров). Также необходимо контролировать уровень артериального давления и показатели содержания сахара и холестерина в крови. Вышеописанные мероприятия вместе с усовершенствованием качества оказываемой медицинской помощи будут способствовать снижению показателей болезненности, заболеваемости и смертности от инсульта в РД.

Литература

1. Верещагин Н.В., Варакин Ю.Я. "Регистры инсульта в России": результаты и методологические аспекты проблемы // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2001. Вып.1.С. 34-40. (Приложение «Инсульт»).
2. Виленский Б.С. Развитие ангионеврологии в России // Неврологический журнал. 2004. № 4. С. 53–56.
3. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. М.: Медицина, 2001. 28. 49 с.
4. Скворцова В.И., Евзельман М.А. Ишемический инсульт. Орел, 2006. 404 с.
5. Скворцова В.И., Стаховская Л.В. Современные подходы к профилактике инсульта // Качество жизни. М., 2004. № 4. С.20–24.
6. Снижение заболеваемости, смертности и инвалидности от инсультов в Российской Федерации / Под ред. В.И. Скворцовой. М.: Литтерра, 2008. 192 с.
7. Patel M., Potter J., Peres I., Karla L. The process of rehabilitation and discharge planning in stroke: a controlled comparison between stroke units // Stroke. 1998. N29. P. 2484–2487.

References

1. Vereshagin N.V., Varakin Yu.Ya. "Registry insultra v Rossii": rezultaty i metodologicheskiye aspekty problemy // Zhurnal nevrologiy i psichiatrii im. S.S. Korsakova. 2001. Vyp.1.S. 34-40. (Prilozheniye «Insult»).
2. Vilenskij B.S. Razvitie angionevrologii v Rossii // Nevrologicheskiy zhurnal. 2004. № 4. S. 53–56.
3. Gusev E.I., Skvorcova V.I. Ishemiya golovnogogo mozga. M.: Medicina, 2001. 28. 49 s.
4. Skvorcova V.I., Evzelman M.A. Ishemicheskiy insult. Orel, 2006. 404 s.
5. Skvorcova V.I., Stahovskaya L.V. Sovremennyye podhody k profilaktike insultra // Kachestvo zhizni. M., 2004. № 4. S.20–24.
6. Snizhenie zaboлеваemosti, smertnosti i in-validnosti ot insultov v Rossiyskoy Federacii / pod red. V.I. Skvorcovoy. M.: Litterra, 2008. 192 s.
7. Patel M., Potter J., Peres I., Karla L. The process of rehabilitation and discharge planning in stroke: a controlled comparison between stroke units // Stroke. 1998. N29. P. 2484–2487.

Сведения о соавторах:

Авакян Гагир Нурайрович – доктор медицинских наук, профессор кафедры неврологии и нейрохирургии лечебного факультета ГБОУ ВПО «РГМУ» Минздравсоцразвития России. Тел. 8 (495) 211 68 26.

Стаховская Людмила Витальевна – доктор медицинских наук, профессор кафедры неврологии медико-профилактического факультета ГБОУ ВПО «РГМУ» Минздравсоцразвития России. Тел. 8 (916) 148 20 25.

Скворцова Вероника Игоревна – доктор медицинских наук, член-корр. РАМН, профессор, заведующий кафедрой неврологии медико-профилактического факультета ГБОУ ВПО «РГМУ» Минздравсоцразвития России. Тел. 8 (916) 148 20 25.

НАДЕЖНАЯ ЗАЩИТА ОТ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА ДЛЯ ДЕТЕЙ¹⁻³



1. Zent O., Benan J., Jilg W., Mach T., Banzhoff A. Clinical evaluation of a polyglycine-free TBE vaccine for adolescents & adults // Vaccine 21 (2003), 738-741. 2. Zent O., Banzhoff A., Hilbert A.K., Meriste S., Suzewski W., Witterman Ch. Safety, immunogenicity and tolerability of a new pediatric tick-borne encephalitis (TBE) vaccine, free of protein-derived stabilizer // Vaccine 21 (2003), 3584-3592. 3. Инструкция по применению Энцепур® детский, 2009 г.

ЭНЦЕПУР® ДЕТСКИЙ

ВАКЦИНА ПРОТИВ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА КУЛЬТУРАЛЬНАЯ ИНАКТИВИРОВАННАЯ ОЧИЩЕННАЯ ЖИДКАЯ С АДЬЮВАНТОМ

NOVARTIS
VACCINES

РФ: Энцепур® детский П № 015312-01 от 02.04.2009 г.

УДК 616.927-07

Брюшной тиф: клинико-лабораторные проявления, течение и исходы в современных условиях

Д.Р. Ахмедов, С.А. Пашаева, С.А. Магомедова

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, кафедра инфекционных болезней, Махачкала

Резюме

Брюшной тиф распространен повсеместно и наносит большой социально-экономический ущерб. В работе изучены особенности течения и исходов брюшного тифа в современных условиях. Установлены отличия клинических проявлений и тяжести течения брюшного тифа при спорадической заболеваемости и эпидемических вспышках. При этом заболевание у больных из эпидочага протекает чаще в легкой форме, что затрудняет раннюю диагностику заболевания и развитие специфических осложнений.

Ключевые слова: брюшной тиф, заболеваемость, эпидемические вспышки, течение и исходы.

Typhoid fever: clinical and laboratory manifestations, course and outcomes of current conditions

D.R. Akhmedov, S.A. Pashayeva, S.A. Magomedova

Dagestan State Medical Academy, Makhachkala

Summary

Typhoid fever is widespread and causes significant economic and social damage. We studied peculiarities of the course and outcome of typhoid fever in modern conditions. Established differences of clinical manifestations and severity of typhoid fever with sporadic disease and epidemic outbreaks. In patients from epidemic focus occurs more often in slight form, which makes early diagnosis of diseases and the development of specific complications.

Key words: typhoid fever, incidens, epidemic outbreaks, course and outcomes.

Введение

Брюшной тиф остается глобальной проблемой здравоохранения в связи с тяжестью и длительностью заболевания, нередко рецидивирующим течением и формированием у части переболевших хронического бактерионосительства, а также хронической патологии желудочно-кишечного тракта. По данным литературы, в мире ежегодно регистрируется около 20 млн. случаев брюшного тифа, при этом около 800 тыс. летальных исходов [1, 6, 7].

В последние годы в целом по России отмечается снижение заболеваемости брюшным тифом и изменение клинической картины, течения и исходов заболевания, что затрудняет раннее выявление, способствует диагностическим ошибкам, наносит социально-экономический ущерб и отрицательно сказывается на эпидемиологическом благополучии населения [5-7]. Однако на отдельных территориях страны, в том числе Северо-Кавказского Федерального округа, спорадическая и эпидемическая заболеваемость сохраняется [1-4, 7]. Так, показатель заболеваемости брюшным тифом в целом по России и в Республике Дагестан составлял в последние три года - 0,03 и 0,11 соответственно на 100 тысяч населения.

Клинические проявления, течение и исход брюшного тифа в условиях спорадической заболеваемости и во время эпидемических вспышек отличаются. В связи с этим, дальнейшее изучение особенностей клинического течения брюшного тифа в современных условиях остается актуальным для практического здравоохранения.

Цель исследования – изучить клинико-лабораторные проявления и исходы брюшного тифа в современных условиях.

Материал и методы

Нами изучены клинические проявления, течение и исходы брюшного тифа в современных условиях за последние два десятилетия у 289 больных при спорадической заболеваемости и 82 больных из эпидочага в условиях Республики Дагестан, т.е. на одной и той же территории.

Результаты и их обсуждение

Половая, возрастная структура больных брюшным тифом при спорадической заболеваемости и во время эпидемической вспышки представлена в таблице 1. В условиях спорадической заболеваемости и во время эпидемических вспышек чаще болеют брюшным тифом мужчины в возрасте до 40 лет.

При изучении клинических проявлений инфекционных заболеваний всегда учитывается преморбидное состояние больного, определяемое целым рядом факторов, в частности наличием сопутствующих заболеваний и предшествующим

Для корреспонденции:

Ахмедов Джалалутдин Расулович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой инфекционных болезней ГБОУ ВПО «ДГМА» Минздравсоцразвития России.
Тел. 8 (928) 545 30 45. E-mail: dzh-akhmedov@yandex.ru.
Статья поступила 18.11.2011 г., принята в печать 21.01.2012 г.

щими профилактическими прививками. Сопутствующие заболевания несут потенциальную угрозу дополнительного токсикоза, могут утяжелить течение брюшного тифа в любой фазе и увеличивают число осложнений.

Таблица 1

Характеристика больных спорадическим и эпидемическим брюшным тифом (%)

Показатели	Спорадический брюшной тиф (n=289)	Эпидемический брюшной тиф (n=82)	P
Пол: мужчины	57,1	52,4	<0,05
женщины	42,9	47,6	<0,05
Возраст: до 20 лет	29,4	25,9	
21-30 лет	42,6	27,2	
31-40 лет	18,3	27,2	
41-50 лет	5,9	13,6	
Старше 50 лет	3,8	6,2	
Средний возраст	27,0±0,6	30,0±1,4	<0,05
Сопутствующие заболевания:			
Заболевания пищеварительной системы	2,1	2,2	
Глистные инвазии	3,1	3,4	
Анемия	2,0	3,4	
Другие	1,9	1,0	
Всего	9,1	10,0	>0,05
Сроки госпитализации:			
1 неделя	43,7	62,0	
2 неделя	38,7	20,3	
3 неделя	14,1	13,9	
Позднее	3,5	3,8	
Средний день болезни	9,6±0,4	8,2±0,7	<0,05
Диагноз направления:			
Тифо-паратифозное заболевание	86,2	82,5	<0,05
Грипп, ОРВИ, пневмония	10,4	11,3	
Другие заболевания	3,4	6,2	

У абсолютного большинства больных в обеих группах сопутствующие заболевания отсутствовали и больным не проводилась вакцинация или ревакцинация. Больные из эпидочага поступали в стационар в ранние сроки. При этом почти 2/3 таких больных поступали на 1 неделе заболевания, что имеет не только большое противоэпидемическое значение, но и важно для более раннего назначения соответствующей терапии. Ранняя госпитализация и рано начатое лечение обычно приводят к более быстрому выздоровлению, уменьшению числа осложнений и летальных исходов. Более позднюю госпитализацию, соответственно и диагностические ошибки, в какой-то мере в условиях спорадической заболеваемости можно объяснить снижением частоты самой заболеваемости брюшным тифом. Врачи практического звена, все реже сталкиваясь с ним, не думают о возможности его возникновения и ставят ошибочные диагнозы других, более часто регистрируемых заболеваний. Вместе с тем, как показа-

но в таблице 1, абсолютное большинство больных обеих групп поступило в стационар с диагнозом тифо-паратифозное заболевание или с подозрением на него (86,2% и 82,5%).

Клинические проявления брюшного тифа представлены в таблице 2.

Таблица 2

Характеристика начальных проявлений спорадического и эпидемического брюшного тифа (%)

Начало болезни, жалобы и симптомы	Спорадический брюшной тиф (n=289)	Эпидемический брюшной тиф (n=82)	P
Начало болезни:			
острое	67,0	45,8	<0,05
постепенное	33,0	54,2	<0,05
Жалобы и симптомы:			
Озноб	68,3	25,6	<0,05
Общая слабость	93,8	86,6	<0,05
Нарушение сна	56,1	69,5	<0,05
Снижение аппетита	83,0	85,4	>0,05
Боли в суставах	12,8	6,1	<0,05
Боли в пояснице	14,2	2,4	>0,05
Головная боль и головокружение	86,9	89,0	>0,05
Катаральные явления	26,0	12,5	<0,05
Жидкий стул	24,8	8,0	<0,05

Острое начало болезни, ознобы, общая слабость, нарушение сна, снижение аппетита, боли в суставах, в пояснице, головная боль, головокружение, катаральные явления и др. в условиях спорадической заболеваемости наблюдались чаще. Вышеперечисленные симптомы могут встречаться при других заболеваниях, что и является одной из причин поздней диагностики и госпитализации больных.

Отчетливые различия спорадического и эпидемического брюшного тифа выявлены и при сравнении тяжести заболевания у наблюдаемых больных (табл. 3).

Таблица 3

Степени тяжести заболевания при спорадическом и эпидемическом брюшном тифе (%)

Степени тяжести болезни	Спорадический брюшной тиф (n=289)	Эпидемический брюшной тиф (n=82)	P
Легкая	15,1	28,7	<0,05
Средней тяжести	57,6	36,9	<0,05
Тяжелая	27,3	34,4	>0,05

Тяжесть заболевания определялась прежде всего по выраженности симптомов интоксикации. Известно, что чем более выражено расстройство деятельности ЦНС и нарушение сознания, тем тяжелее течение болезни.

Среди больных из эпидочага легкие формы регистрировались почти в 2 раза чаще, чем при спорадической заболеваемости (табл. 3). По-видимому, это связано с более ранним поступлением больных и более ранним началом соответ-

ствующего лечения, которое быстро снижало токсикоз и обрывало течение болезни.

Вместе с тем, у них и тяжелые формы заболевания встречались в 1,3 раза чаще. Отражением этого является почти в 2 раза большая частота заболеваний, протекающих с явлениями бреда (соответственно 7,1% и 4,5%, $P < 0,01$) и с выраженной адинамией (40,2% и 33,2%, $P < 0,01$).

Характер и продолжительность лихорадки также являются важными для характеристики брюшнотифозного заболевания (табл. 4).

Из таблицы 4 видно, что по характеру температурной кривой сравниваемые группы больных существенно не различались, за исключением ремиттирующей лихорадки. Отмечается редкость постоянной (вундерлиховской) температурной кривой и преобладание волнообразной (боткин-ской) лихорадки. Относительно чаще отмечалась при эпидемическом брюшном тифе ремиттирующая температура. В ряде случаев наблюдались температурные кривые, которые трудно отнести к какому-либо из описанных ранее типов и поэтому они названы неправильными или неопределенными.

Таблица 4

**Характер и продолжительность лихорадки при
спорадическом и эпидемическом брюшном тифе
(%)**

Характеристика лихорадочной реакции	Спорадический брюшной тиф (n=289)	Эпидемический брюшной тиф (n=82)	P
Характер лихорадки:			
Постоянная	8,8	7,1	>0,05
Волнообразная	68,9	64,6	>0,05
Ремиттирующая	14,3	22,1	<0,05
Неправильная	7,0	6,2	>0,05
Длительность лихорадки:			
1 неделя	2,7	19,7	
2 недели	29,9	34,4	
3 недели	39,9	27,2	
Больше	27,5	18,7	
Средняя в днях	18,7±0,5	15,2±0,9	<0,001
Снижение температуры:			
Критическое или ускоренным лизисом	22,5	42,7	<0,01
Литическое	72,5	57,3	<0,01

Средняя длительность лихорадочного периода была существенно больше при спорадической заболеваемости: $18,7 \pm 0,6$ против $15,2 \pm 0,9$, $P < 0,001$. Почти у 1/5 части больных из эпидочага лихорадочный период не превышал недели, а лихорадочный период свыше 3 недель у них был зарегистрирован почти в 1,5 раза реже, чем у больных при спорадической заболеваемости.

Таким образом, у наблюдаемых больных были такие же температурные кривые, как и при «классическом» брюшном тифе, но с меньшей частотой и продолжительностью. Что касается характера снижения температуры, то в обеих группах, более часто у больных из эпидочага, отмечено быстрое ее снижение.

Однако у большинства больных, чаще при спорадической заболеваемости, температура снижалась ускоренным лизисом (табл. 4). Ни у

одного больного не было ее снижения с наличием амфиболы.

Таблица 5

Осложнения и рецидивы у больных при спорадическом и эпидемическом брюшном тифе (%)

Осложнения	Спорадический брюшной тиф (n=289)	Эпидемический брюшной тиф (n=82)	P
Кишечное кровотечение	2,1	2,4	>0,05
Перфорация кишечника	2	2,4	>0,05
Пневмония	3,4	2,4	>0,05
Тромбофлебиты	1,4	1,2	>0,05
Другие	3,1	2,4	>0,05
Рецидивы	9,3	4,8	<0,05

Многообразные осложнения при брюшном тифе встречаются сравнительно часто и развиваются на всех стадиях болезни. Однако у наблюдаемых больных осложнения встречались не часто. Осложненное течение заболевания было примерно у 1/6 части больных каждой группы. Относительно редко регистрировались и рецидивы болезни, но существенно чаще при спорадической заболеваемости (табл. 5).

Кишечное кровотечение и перфорация кишечника отмечались у больных обеих групп без существенных различий и в трех случаях закончились летальным исходом, из них у двух больных при спорадической заболеваемости.

Таким образом, летальность составила 0,7% при спорадическом, 1,2% - при эпидемическом брюшном тифе.

Частота основных симптомов периода разгара брюшного тифа представлена в таблице 6.

Так, одним из важных и характерных клинических признаков брюшного тифа является брюшнотифозная розеола, наличие которой имеет большое диагностическое значение. Она наблюдалась более чем у половины больных (56,1%) из эпидочага и существенно реже (43,6%) – при спорадических заболеваниях.

Поражение ССС наблюдалось чаще в разгар заболевания у больных спорадическим брюшным тифом. Так, брадикардия у них отмечалась почти в 3 раза чаще, а гипотония – более чем в 1,6 раза.

Таблица 6

**Основные симптомы периода разгара болезни у
больных при спорадическом и эпидемическом
брюшном тифе (%)**

Симптомы	Спорадический брюшной тиф (n=289)	Эпидемический брюшной тиф (n=82)	P
Розеолезная сыпь	43,6	56,1	<0,05
Брадикардия	69,6	29,2	<0,05
Гипотония	67,8	40,2	<0,05
Изменения языка	92,7	90,2	>0,05
Сухость слизистых по-	42,2	48,8	>0,05

лости рта и губ			
Метеоризм	66,4	59,8	<0,05
Урчание в животе	70,2	51,2	<0,01
Симптом Падалки	37,7	79,3	<0,01
Увеличение печени	45,7	75,6	<0,05
Увеличение селезенки	14,5	34,9	<0,01
Симптом Филипповича	12,3	47,0	<0,01

С одинаковой частотой в обеих группах отмечались изменения со стороны языка. Так же одинаково часто выявлена сухость слизистых оболочек полости рта и губ. Урчание в животе, метеоризм, жидкий стул, обычно энтеритного характера, чаще выявлялись при спорадических заболеваниях, а укорочение перкуторного звука в правой подвздошной области - симптом Падалки, желтушность ладоней и стоп - симптом Филипповича – у больных из эпидочага.

Увеличение печени и селезенки чаще выявлялись у больных из эпидочага.

Гемограмма наблюдаемых больных брюшным тифом отражена в таблице 7.

Таблица 7

Изменения крови при спорадическом и эпидемическом брюшном тифе (%)

Показатели	Спорадический брюшной тиф (n=289)	Эпидемический брюшной тиф (n=82)	P
Лейкопения	55,1	75,9	<0,05
Лейкоцитоз	9,2	26,0	>0,05
Палочкоядерный сдвиг	60,9	63,4	>0,05
Анэозинофилия	63,7	76,0	<0,05
Ускоренная скорость оседания эритроцитов	97,6	75,9	<0,01

При исследовании крови у 9,2% больных при спорадической заболеваемости и почти в 3 раза чаще у больных из эпидочага обнаружен лейкоцитоз.

Характерная для брюшного тифа лейкопения, и то умеренная, зарегистрирована у 55,1% при спорадической заболеваемости и несколько чаще у больных из эпидочага. В то же время соответственно у 35,8% и у 31,5% количество лейкоцитов было нормальным.

Как и в прежние годы, у подавляющего большинства больных, чаще из эпидочага, выявлена анэозинофилия. Ускоренная СОЭ также была у большинства наблюдаемых больных, чаще при спорадической заболеваемости.

Результаты лабораторного исследования представлены на рисунке. Помимо клинического анализа крови и мочи проводилось бактериологическое исследование крови, испражнений и мочи, а также серологическое исследование крови.

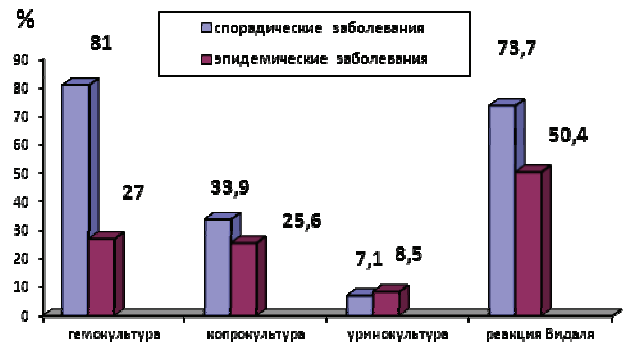


Рис. Лабораторное подтверждение брюшного тифа (%).

Гемокультура получена у абсолютного большинства больных при спорадической заболеваемости (81%) и только немного более чем у 25% больных из эпидочага. У них чаще регистрировалась и положительная копрокультура, а выделение возбудителя из мочи наблюдалось одинаково редко в обеих группах больных.

Реакция Видяля при динамическом обследовании дала положительный результат у 74% больных при спорадической заболеваемости и почти у 50% больных из эпидочага.

Обсуждение

Таким образом, проведенные исследования с убедительностью показывают, что современный брюшной тиф, как спорадический, так и эпидемический, не потерял своих специфических черт. Эволюция в сторону более легкого течения при снижении заболеваемости в последние 5 лет в России и на отдельных ее территориях, в том числе и Республике Дагестан, требует большей настороженности врачей и повышает значение провизорной госпитализации.

Исследования больных брюшным тифом как при спорадической заболеваемости, так и во время эпидемических вспышек в современных условиях позволяют сделать следующие заключения:

- 1) возрос удельный вес заболеваний с острым началом и легкими формами болезни;
- 2) отмечается сокращение продолжительности лихорадочного периода и нарастание частоты ремиттирующей, с ознобами и потами, неправильной лихорадки;
- 3) сократилось число больных с высыпаниями на коже;
- 4) уменьшилась частота осложненных форм и летальных исходов, а картина белой крови не всегда соответствует описанной ранее.

О большой частоте легких форм болезни у больных из эпидочага свидетельствуют:

- 1) более короткий лихорадочный период,
- 2) более частое критическое снижение температуры,
- 3) менее выраженные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы,

- 4) менее высокий процент положительных гемокультур,
- 5) более редкое возникновение рецидивов болезни,
- 6) более частое наличие розеолезной сыпи на коже,
- 7) увеличение печени и селезенки,
- 8) более частое выявление симптомов Падалки и Филипповича.

Выводы

1. Больные из эпидочага более рано поступают в стационар, хотя у них и более постепенное начало болезни.
2. У больных из эпидочага реже встречаются в начальном периоде такие симптомы, как озноб, боли в суставах и пояснице, катаральные явления и жидкий стул.
3. Заболевание у больных из эпидочага выявляется чаще в легкой форме, чем при спорадической заболеваемости, но и тяжелые формы с выраженными поражениями центральной нервной системы (бред, адинамия) регистрируются также чаще.

Литература

1. Ахмедов Д.Р. Брюшной тиф. СПб: Изд-во СПбСТУ, 1992. 48 с.
2. Ахмедов Д.Р., Ющук Н.Д. Брюшной тиф // Инфекционные болезни: Национальное руководство / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2009. С.293-305.
3. Белозеров Е.С., Продолобов Н.В. Брюшной тиф и паратифы. Л.: Медгиз, 1978. 192 с.
4. Борисова М.А., Зарицкий А.М., Цеюков С.П. Брюшной тиф, паратифы А и В. Киев: Здоровье, 1990. 190 с.

5. Волжанин В.М., Коваленко А.Н., Брюшной тиф. Паратифы А и В // Руководство по инфекционным болезням / Под общ. ред. Ю.В. Лобзина. СПб.: Фолиант, 2003. С. 21-38.
6. Островский Н.Н. Брюшной тиф и паратифы А, В, С. // Н.Д. Ющук, Ю.Я. Венгерова. Лекции по инфекционным болезням. М.: Медицина, 2007. С. 217-230.
7. Постовит В.А. Брюшной тиф, паратифы А и В. Л.: АГМА, 1998. 355 с.

References

1. Ahmedov D.R. Bryushnoi tif. SPb: Izd-vo SPBSTU, 1992. 48 s.
2. Ahmedov D.R., Yushuk N.D. Bryushnoy tif // Infekcionnye bolezni: Natsionalnoye rukovodstvo / Pod red. N.D. Yushuka, Yu.Ya. Vengerova. M.: GE-OTAR-Media, 2009. S. 293-305.
3. Belozеров E.S., Prodolobov N.V. Bryushnoy tif i paratify. L.: Medgiz, 1978. 192 s.
4. Borisova M.A., Zariitskiy A.M., Tseyukov S.P. Bryushnoy tif, paratify A i V. Kiev: Zdorove, 1990. 190 s.
5. Volzhanin V.M., Kovalenko A.N. Bryushnoi tif. Paratify A i B // Rukovodstvo po infektsionnym boleznyam / Pod obsh. red. Yu.V. Lobzina. SPb.: Foliant, 2003. S. 21-38.
6. Ostrovskiy N.N. Bryushnoy tif i paratify A, B, TS. // N.D. Yushuk, Yu.Ya. Vengerov. Lekcii po infektsionnym boleznyam. M.: Medicina, 2007. S. 217-230.
7. Postovit V.A. Bryushnoy tif, paratify A i B. L.: AGMA, 1998. 355 s.

Сведения о соавторах:

Пашаева Сауда Алимпашаевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры инфекционных болезней ГБОУ ВПО «ДГМА» Минздравсоцразвития России.
Тел. 8(988) 293 81 08.

Магомедова Саняет Ахмедгаджиевна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры инфекционных болезней ГБОУ ВПО «ДГМА» Минздравсоцразвития России.
Тел. 8(963) 417 45 54.

ИЗ ЖИЗНИ АКАДЕМИИ

ДАГЕСТАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Научная конференция, посвященная 80-летию основания ДГМА

26 июня 2012 года состоится Республиканская научно-практическая конференция «**Особо опасные бактериальные инфекции: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика**» в 14 часов в ДГМА по адресу: 367000, г. Махачкала, ул. Ш. Алиева, 1а, 3-й этаж биологического корпуса. Материалы конференции будут включены в сборник научных трудов.

УДК 616.36-036.8(1-21.470.67)

Эпизоотическая и эпидемиологическая ситуация по бешенству в Республике Дагестан и меры по улучшению антирабической помощи населению

М.М. Асадулаев¹, М.М. Омаров¹, Д.Р. Ахмедов², М.Г. Газимагомедов³, Ш.Д. Мухтаров³, И.Г. Алжанбекова⁴, С.М. Попандопуло³

¹Республиканский ортопедо-травматологический центр МЗ Республики Дагестан, Махачкала; ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, ²кафедра инфекционных болезней, Махачкала;

³Департамент по ветеринарии Минсельхоза Республики Дагестан, Махачкала;

⁴Управление Роспотребнадзора Республики Дагестан, Махачкала

Резюме

Республика Дагестан является неблагополучным субъектом России по заболеваемости бешенством. Вследствие миграции животных расширяются природные очаги бешенства. Обращаемость сельских жителей республики за антирабической помощью значительно ниже, чем городских. Детское население подвержено большему риску заболеть бешенством. В сложившейся эпидемиологической и эпизоотической ситуации по бешенству в Республике Дагестан требуется проведение мероприятий по улучшению антирабической помощи населению.

Ключевые слова: бешенство, антирабическая помощь, Республика Дагестан.

Evaluation of epizootic and epidemiological situation in the Dagestan Republic, and measures to improve rabies help to the population

M.M. Asadulayev, M.M. Omarov, D.R. Akhmedov, M.G. Gazimagomedov, Sh.D. Mukhtarov, I.G. Alzhanbekova, S.M. Popandopulo

Ministry of Health of the Dagestan Republic, Dagestan State Medical Academy, Ministry of Agriculture of the Dagestan Republic, Makhachkala

Summary

Republic of Dagestan is the subject of Russia's disadvantaged rabies. Due to the migration of animals are expanding natural foci of rabies. Incidence of rural residents of the republic for rabies using much lower than in urban areas. Child population is exposed to greater risk of contracting rabies. In the current epidemiological and epizootic situation of rabies in the Republic of Dagestan requires implementation of measures to improve antirabic care.

Key words: rabies, antirabic care, Dagestan Republic.

Введение

По данным Главного государственного санитарного врача России Г.Г. Онищенко [1], в течение 2007-2008 гг. увеличилось количество выявленных эпизоотических очагов на территории субъектов Центрального, Приволжского и Южного Федеральных округов России.

Эпизоотическая и эпидемиологическая ситуация по бешенству в Северокавказском регионе России постоянно сохраняется напряженной из года в год, в связи с тем, что регион является природно-очаговой зоной распространения бешенства.

Антирабическая служба в Республике Дагестан (РД) была вновь организована в 2000 году при Республиканском ортопедо-травматологическом центре.

Определенный практический интерес пред-

ставляет изучение динамики заболеваемости бешенством населения и распространения бешенства.

Определенный практический интерес представляет изучение динамики заболеваемости бешенством населения и распространения бешенства среди людей и животных РД в период функционирования антирабической службы в республике.

Целью исследования являлась оценка антирабической помощи населению в условиях эпизоотического неблагополучия и выявление основных факторов, влияющих на заболевание людей бешенством.

Материал и методы

Материалом исследования служили отчетные данные лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) и ветеринарной службы РД, предоставляемые в центры антирабической помощи (ЦАП) населению ежеквартально и ежегодно.

Для корреспонденции:

Асадулаев Магомедшапи Магомедович - руководитель Республиканского антирабического центра Минздрава Дагестана. Тел. 8 (928) 555 04 89.

Статья поступила 20.02.2012 г., принята к печати 22.03.2012 г.

Результаты исследования

Случаи бешенства у людей были зарегистрированы в городах Махачкала, Дербент, Каспийск и в Дербентском, Буйнакском, Кизилюртовском, Магаракентском районах.

Основными недостатками антирабической помощи были: отсутствие регистрации обращения укушенных, непроведение вакцинации (ссылались на повреждения кожи), отсутствие преемственности между ЛПУ, проведение хирургической обработки без введения антирабического иммуноглобулина (АИГ) в область повреждения, отказ от госпитализации и в оказании помощи с рекомендацией обратиться по месту проживания человека, нарушение температурного режима хранения антирабических препаратов.

Эпидемиологическая ситуация по бешенству в республике продолжает оставаться напряженной.

Ежегодно регистрируются случаи заболевания животных и людей бешенством в разных регионах РД (табл. 1-2).

В структуре обращений за антирабической помощью значительное место занимают дети (табл. 3).

При меньшей обращаемости детского населения за антирабической помощью смертность детей такая же, как у взрослых, что может говорить о недостаточном внимании к детскому населению как со стороны взрослых, так и медицинских работников.

Серьезную проблему для организации антирабической помощи создают лица, отказывающиеся от антирабической помощи и самовольно прекращающие вакцинацию (табл. 4).

Таблица 1

Обращаемость населения за антирабической помощью												
Годы	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Число обращений	1765	4292	5656	7289	7412	8018	7357	7204	7148	6977	8284	6958
На 1000 населения	0,8	1,95	2,57	3,31	3,36	3,6	3,6	2,7	2,6	2,62	3,08	2,56

Таблица 2.

Случаи лабораторно установленного бешенства животных и заболевания людей												
Годы	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Случаи бешенства животных	16	19	29	31	8	7	28	31	27	10	10	23
Случаи бешенства у людей на 100000 населения	2	1	5	1	2	1	-	-	-	3	-	-

Таблица 3.

Обращаемость детей (0-14 лет) за антирабической помощью												
Годы	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	M±SD
Число обратившихся детей	1318	2041	3105	2990	3465	3182	2856	2968	2885	3320	2787	2810,6±7,5
% от общего числа обращений	30,7	36	40	40,3	42,3	43,25	39,6	41,5	41,35	40	40	39,5±0,6
Умерло от бешенства	1	1	-	2	1	-	-	-	2	-	-	0,6±0,3

Таблица 4

Отказ части населения от вакцинации и ее самовольное прекращение												
Годы	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Назначена вакцинация	628	763	3561	4911	5003	7514	7095	5989	7148	6977	8286	6958
Отказ и самовольное прекращение	315	351	243	426	843	906	754	868	646	372	726	342
Доля лиц, не получивших вакцинацию, %	50,1	19,9	6,8	8,6	16,8	12,15	10,6	14,0	9,03	5,33	8,76	4,91

Таблица 5

Распределение причин отказа от антирабической помощи		
Причина	Количество	%
Всего отказавшихся, самовольно прекративших вакцинацию	277	100
Дали расписки об отказе	49	17,6
Выехали с территории в неизвестном направлении	12	4,3
Госпитализировано по поводу инфаркта миокарда	1	0,36
По семейным обстоятельствам не явились	6	2,1
Забыли явиться	9	3,2
Не явились после повторного вызова без указаний причин	132	47,6
Уехали в командировку	4	1,4
Родители отказались вакцинировать	4	1,4
Не проживает по указанному адресу	4	1,4
Собака (кошка) живая	16	5,7
Продолжает (со слов) вакцинацию в другом регионе	6	2,1

Обращаемость за антирабической помощью сельских и городских жителей за 5 лет (2006-2010 гг.)

Показатели	2006 г.		2007 г.		2008 г.		2009 г.		2010 г.	
	город	село	город	село	город	село	город	село	город	село
Обслуживаемое число	4023	3181	4124	3024	3978	2999	4394	3890	3648	3310
На 1000 населения	3,67	2,03	3,72	1,94	3,59	1,93	3,90	2,47	3,24	2,08

В среднем доля людей, отказавшихся от назначенной вакцинации, составила в среднем 10%. Проведен опрос 277 человек, самовольно прекративших или отказавшихся от вакцинации (табл. 5).

Организация антирабической помощи сельскому населению отличается от таковой в городах тем, что сельские жители в связи с отдаленностью места проживания от ЛПУ и высоким риском контакта с больными животными подлежат госпитализации. В ночное время, выходные и праздничные дни помощь укушенным и ослюненным оказывается не только хирургами и травматологами, но и врачами других специальностей, дежурящими в стационаре, и врачами скорой медицинской помощи.

Численность диких животных практически не регулируется. При этом активизации природных очагов способствует вовлечению в процесс домашних и сельскохозяйственных животных, на долю которых приходится до 27% от общего числа зарегистрированных случаев инфекции.

Численность сельского населения РД преобладает над городским и составляет 60%. Однако в последние 10 лет обращаемость за антирабической помощью сельских жителей значительно ниже, чем городского населения. В 2010 году в лечебные учреждения из всех обратившихся за антирабической помощью 47% составили сельские жители (табл. 6).

Обращаемость городского населения колеблется от 3,9 на 1000 населения в 2009 г. до 3,24 в 2010 году. Показатель обращаемости сельских жителей был максимальным в 2007 г. (3,72) и минимальным в 2008 г. (1,93). Данное обстоятельство, на наш взгляд, обусловлено слабой информированностью сельского населения о бешенстве, передающемся человеку от животного через слюну при укусах и ослюнениях.

В сельских районах, по данным Департамента по ветеринарии при Министерстве сельского хозяйства РД, в 2011 году вновь выявлено 23 неблагополучных по бешенству пункта с лабораторно подтвержденным диагнозом бешенства животных. Из них сельскохозяйственные животные составили 58,8 и 35,2% – собаки и кошки соответственно. В Дагестане бешенство имеет неоднородную распространенность в различных природно-климатических зонах и районах. Наиболее неблагополучной является равнинная зона, на которую приходится 80% sporadических случаев. Наиболее неблагополучными являются в равнинной зоне Тарумовский, Бабаюртовский, Хасавюртовский, Магарамкентский и Карабудахкентский, в горной зоне – Левашинский и Буйнакский районы.

Для профилактики бешенства животных в 2008 году в целом по республике привито 247020 голов

животных всех видов, а в 2007 году – 170240 голов.

Для уменьшения природных очагов носительства бешенства среди животных в 2009 году применена оральная иммунизация диких плотоядных хищников вакциной «Оралрабивак». Она была разложена работниками ветеринарных служб Дагестанского отделения Росохотобщества возле нор лис, шакалов и других хищников на территории 4210,4 м², а бродячие и безнадзорные собаки (23741 животное) были привиты.

В 2008 году после укусов, нанесенных безнадзорными собаками, заболело бешенством 3 жителя сельских районов Дагестана. Из них в 2 случаях причиной заболевания бешенством был немотивированный отказ пациентов от вакцинации, в одном случае дежурный врач-травматолог не оказал антирабическую помощь.

В большинстве административных территорий республики отсутствуют нормативные акты по содержанию домашних животных, не занимаются регулировкой численности диких животных, что создает постоянное напряженное эпизоотическое состояние по бешенству. В сельских районах не организованы пункты наблюдения за животными, укусившими людей. Наблюдение за животными стало частным делом пострадавшего.

Ответственность за оказание антирабической помощи возложена на травматолога или на одного из хирургов центральной районной больницы. Транспортировка, хранение и контроль за правильным использованием антирабических препаратов возложены на эпидемиологические отделы центральных районных больниц и поликлиник.

В настоящее время, согласно национальному проекту «Здоровье», ЛПУ республики обеспечены холодильными камерами и контейнерами для хранения и транспортировки вакцин. Специалисты обучены правильному использованию имеющегося оборудования, что обеспечивает высокую степень сохранности профилактических препаратов АИГ и КОКАВ.

Из 2999 сельских жителей в 2010 году госпитализировано 1223 человека, что составляет 40,7%. В предыдущие годы этот показатель был меньше: в 2006 году – 22,7%, в 2007 году – 25%. Таким образом, намечается некоторая тенденция к улучшению антирабической помощи сельскому населению.

Отдаленность населенных пунктов от центральных районных больниц вынудила главных врачей ряда районов организовать госпитализацию пострадавших в участковые больницы. Однако здесь возникают другие сложности. Так, в 2008 году отсутствие ответственного врача за антирабическую помощь в участковой больнице с. Та-

Выводы

гиркент-Казмаляр Магарамкентского района (во время отпуска врача его никто не замещал) привело к тому, что ребенок 13 лет заболел бешенством из-за неоказания антирабической помощи в полном объеме, так как ехать в ЦРБ пациент и его родственники отказались.

Случай этот поучительный, и его стоит рассмотреть подробнее. 01.08.2008 г. в с. Тагиркент-Казмаляр девочку укусил щенок. В участковой больнице ей промыли раны, ввели противостолбнячную сыворотку. Случай был зарегистрирован медсестрой, ею же подано экстренное извещение. На предложение повезти ребенка в ЦРБ на вакцинацию мать отказалась, хотя сама находилась на лечении в ЦРБ в это время. На поданное экстренное извещение органы ТУ Роспотребнадзора не среагировали. На третьи сутки щенок пал. Местный ветеринарный врач, знавший об этом факте, никакой активности не проявил. В дальнейшем у девочки появились симптомы бешенства и 21.10.08 г. (на 83-й день после укуса) она умерла.

В районах, прилегающих к городам Буйнакс, Хасавюрт, Кизилюрт, Дербент, часть пострадавших госпитализировалась в травматологические отделения городских больниц. Определенная часть людей не обращалась в ЦАП для продолжения полного курса антирабической помощи.

Обсуждение

Известно, что особенностью хозяйственной деятельности РД является отгонное животноводство. Это сопряжено с миграцией части населения, большого количества мелкого рогатого скота, собак. На пути передвижения животных значительно повышается опасность переноса и распространения ряда инфекционных заболеваний, в том числе бешенства [1, 3].

Следствием миграции животных, вероятно, явилось расширение природных очагов бешенства до верховьев реки Кара-Койсу в 2006-2007 годы. Усилиями сельских врачей и ветеринарных управлений районов эти очаги были подавлены [4].

Особого внимания требует взаимодействие ЛПУ с Роспотребнадзором и ветеринарными службами территории. Следует отметить, что до настоящего времени системного взаимодействия не достигнуто. Врачи ЛПУ подают экстренное извещение на каждый случай обращения лица, пострадавшего от укуса животного. Но вопросы эпидрасследования очага, информирования ЛПУ о результатах наблюдения за животным не решены.

Таким образом, при возложении обязанностей по вакцинации КОКАВ на участковые больницы главным врачам ЦРП, ЦРБ необходимо учитывать непрерывность (в течение суток и без выходов) оказания антирабической помощи.

Для улучшения антирабической помощи населению РД необходимо:

1. Наладить преемственность различных служб.
2. Усилить информационную работу среди населения о возможном заболевании бешенством и о необходимости соблюдения правил поведения во время прививок, особенно жителями сельских районов.
3. Выработать у населения и медицинских работников настороженность в отношении бешенства.
4. Свести к минимуму влияние человеческого фактора (ошибки медицинских работников) на качество антирабической помощи.
5. Повысить обращаемость сельских жителей за антирабической помощью, особенно в детской популяции, где высокий риск заболеваемости бешенством.
6. Укомплектовать врачами участковые больницы и проводить ежегодные курсы усовершенствования медработников в вопросах оказания антирабической помощи населению.
7. Усилить контроль надзорным органам (Роспотребнадзор, ветеринарный надзор) за оказанием полноценной антирабической помощи населению.

Литература

1. Онищенко Г.Г. «Об усилении мероприятий по борьбе с бешенством в РФ» от 09.10.2008 г.
2. Приказ МЗ РФ № 297 от 07.10.97 г. «О совершенствовании мероприятий по профилактике заболевания людей бешенством».
3. Совместный с ЦГСЭН приказ МЗ РД № 101/363–Л от 03.12.97 г.
4. Санитарно-эпидемиологические правила: «Профилактика бешенства среди людей». СП 3.1.7.2627.10. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 06.05.2010 г. № 54.

References

1. Onishhenko G.G. «Ob usilenii meropriyatii po borbe s beshenstvom v RF» ot 09.10.2008 g.
2. Prikaz MZ RF № 297 ot 07.10.97 g. «O sovershenstvovani meropriyatii po profilaktike zabolevaniya lyudey beshenstvom».
3. Sovmestnyy s CGSEN prikaz MZ RD № 101/363–L ot 03.12.97 g.
4. Sanitarno-epidimiologicheskiye pravila: «Profilaktika beshenstva sredi lyudey». SP 3.1.7.2627.10. Postanovlenie Glavnogo gosudarstvennogo sanitarnogo vracha Rossiyskoy Federacii ot 06.05.2010 g. № 54.

Сведения о соавторах:

Омаров Магомед Магомедович – доктор медицинских наук, доцент кафедры травматологии и ортопедии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «ДГМА» Минздравсоцразвития России, главный врач Республиканского ортопедо-травматологического центра Минздрава РД.
Тел. 8(8722)670746.

Ахмедов Джалалутдин Расулович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой инфекционных болезней ГБОУ ВПО «ДГМА» Минздравсоцразвития России.
Тел. 8(928)5453045. E-mail: dzh-akhmedov@yandex.ru.

Газимагомедов Магомед Гаджиевич - председатель Департамента по ветеринарии Минсельхоза РД
Тел. 8(8722)917706.

Мухтаров Шапи Далгатович - эксперт Департамента по ветеринарии Минсельхоза РД
Тел. 8 (928)5550489.

Алжанбекова Ирина Геннадьевна – эксперт надзора за инфекционными и паразитарными заболеваниями Управления Роспотребнадзора по РД.
Тел. 8(8722) 64 48 76.

Попандопуло Сергей Михайлович – зам. председателя Комитета по ветеринарии РД
Тел. 8(8722) 91 77 06.

АЛЬФА НОРМИКС®
рифаксимин - α

выход из лабиринта кишечных проблем

Альфа Нормикс® – антибиотик с минимальным всасыванием – гарантированно очищает кишечник от патогенной микрофлоры

- Действует избирательно в просвете кишечника**
- Помогает избежать системных побочных эффектов**
- Обладает активностью против большинства патогенных кишечных бактерий**

- **Лечение желудочно-кишечных заболеваний, вызываемых бактериями, чувствительными к рифаксими́ну-α:**
 - острые желудочно-кишечные инфекции,
 - диарея путешественника,
 - синдром избыточного роста микроорганизмов в кишечнике,
 - печеночная энцефалопатия,
 - симптоматическое неосложненное дивертикулёзное заболевание ободочной кишки,
 - хроническое воспаление кишечника.
- **Профилактика инфекционных осложнений при колоректальных хирургических вмешательствах.**

Способ применения и дозы

- 1 таблетка 3 раза в сутки или
- 2 таблетки 2 раза в сутки или
- 2 таблетки 3 раза в сутки

АЛЬФА НОРМИКС 200 мг
Рифаксимин
Таблетки кишечнорастворимой оболочки
Для взрослых

УДК 616.65-002-053.9-084

Современные подходы к терапии хронического бактериального простатита у лиц пожилого и старческого возраста

Х.-М.Н. Джалилов², Т.В. Царуева¹, М.С. Саидов¹, Г.М. Газиев¹

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, ¹кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии, ²Гериатрический центр, Махачкала

Резюме

В статье отражены современные подходы к терапии хронического бактериального простатита у пациентов пожилого и старческого возраста. Предложен фторхинолон левофлоксацин. Установлено, что данный антибиотик является высокоэффективным и безопасным препаратом.

Ключевые слова: хронический бактериальный простатит, пожилой и старческий возраст, левофлоксацин, ципрофлоксацин.

Modern approach in therapy of chronic bacterial prostatitis

Kh-M.N. Dzhalilov, T.V. Tsarueva, M.S. Saidov, G.M. Gaziev

Dagestan State Medical Academy, Makhachkala

Summary

Modern approaches in therapy of chronic bacterial prostatitis (CBP) in patients of elderly and senile age were studied. Ftorchinolom of third generation was suggested. There were determined that Levofloxacin is highly effective and safe drug.

Key words: chronic bacterial prostatitis (CBP), elderly and senile age, levofloxacin, ciprofloxacin.

Введение

Оптимизация лечения больных пожилого и старческого возраста с хроническими бактериальными простатитами (ХБП) относится к актуальным проблемам современной медицины. Различные условно-патогенные микроорганизмы являются этиологическим фактором возникновения ХБП, и поэтому большое значение придается разработке принципов рациональной антибактериальной терапии [1, 2].

В настоящее время предложено достаточно большое количество специфических антибактериальных препаратов, выбор которых проводят в соответствии с действующими инструкциями и схемами лечения.

Требованиям ВОЗ, предъявляемым к антибактериальным препаратам для лечения урогенитальных инфекций (низкая токсичность и хорошая переносимость, медленное развитие резистентности к уропатогенам), удовлетворяют фторхинолоны III-го поколения.

Целью исследования стало изучение сравнительной клинической и микробиологической эффективности, безопасности и переносимости фторхинолона III поколения левофлоксацина при лечении ХБП у лиц пожилого и старческого возраста.

Материал и методы

Исследования проведены в соответствии с этическими принципами Хельсинкской декларации (2000). Материалом исследования служили данные, полученные при обследовании, лечении и наблюдении 80 мужчин в возрасте от 65 до 80 лет.

Для этого мы оценили влияние вышеуказанных антибиотиков на динамику симптомов заболевания по шкалам NIH-CPSI, частоты и выраженности симптомов, I-PSS, QOL, объем предстательной железы и максимальную скорость потока мочи (Q_{max}). Определение активности воспаления до и после лечения проводилось путем изучения числа лейкоцитов в секрете предстательной железы. Безопасность препарата оценивалась на основании анализа частоты нежелательных и побочных явлений.

В исследование было включено 80 стационарных и амбулаторных пациентов пожилого и старческого возраста с доказанными клинико-лабораторными исследованиями и длительностью заболевания не менее 6-8 месяцев.

Важным критерием включения в исследование являлась выраженность симптомов ХБП до начала лечения.

Критерии включения и исключения. Начальные характеристики пациентов, включаемых в исследование, во всех группах сопоставлены.

Критерии включения:

- согласие пациента;
- удовлетворительное, физическое и умственное состояние;

Для корреспонденции:

Джалилов Хаджимурад Нурмагомедович – уролог Муниципального гериатрического центра г. Махачкалы.

Тел. 8928 0461251.

Статья поступила 27.01.2012 г., принята к печати 08.03.2012 г.

- симптоматический ХБП, подтвержденный трансректальной диагностикой – IPSS>6;
- максимальный диурез: от 4 до 15 мл/сек при объеме мочеиспускания > или = 15 мл;
- объем предстательной железы >25 мл;
- PSA<10 нг/мл при объеме простаты < или = 60 мл, а также <15 нг/мл при объеме простаты >60 мл.

Критерии невключения:

- подозрение на рак и аденому предстательной железы при трансректальном обследовании;
- предшествующие хирургические вмешательства на предстательной железе или мочевом пузыре;
- нарушение мочеиспускания по другим причинам;
- максимальный диурез > 15 мл/сек;
- объем остаточной мочи > 150 мл.

При наличии письменного согласия пациента приступали к первичному обследованию, предполагавшему установление инфекционного характера заболевания: мазок из уретры на наличие хламидий, микоплазм, уреоплазм, трихомонад, гарднерелл, а также посев мочи (средняя порция), определение чувствительности к антибиотикам, клинический осмотр, пальцевое ректальное исследование (ПРИ) простаты, трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) предстательной железы, при необходимости проводились биопсия простаты и определение простатоспецифического антигена (ПСА).

Стандартизированная оценка симптомов проводилась по шкалам NIH-CPSI, IPSS, качества жизни (QOL).

Если пациент соответствовал всем критериям включения и не попадал ни под один пункт критериев исключения, то его считали участником исследования.

При рандомизации все пациенты были разделены на две группы: 1-я группа (42 пациента) должна была принимать препарат Левофлоксацин по 250 мг х 2 раза в сутки в течение 10 дней в составе комплексного лечения.

2-я группа пациентов (38 человек) – препарат ципрофлоксацин по 250 мг х 2 раза в сутки в течение 10 дней.

Обе исследуемые группы оказались симметричными по основным клиническим параметрам. Пациенты были информированы о необходимости правильного и регулярного приема препарата.

Через 3 месяца назначался второй визит. Обследование включало стандартизированную оценку симптомов качества жизни, анализ мочи, ТРУЗИ, пальцевое исследование простаты, определение микрофлоры. При проведении исследования учитывались нежелательные явления и побочные реакции.

Заключительный визит проводился через 6 месяцев. Обследование включало стандартизированную оценку симптомов заболевания, качества жизни, ТРУЗИ, пальцевое исследование, урофлоуметрию с определением количества остаточной мочи, анализ мочи и секрета простаты.

Результаты и их обсуждение

Результаты клинико-лабораторных исследований показали, что комплексное лечение больных пожилого и старческого возраста с ХБП с использованием левофлоксацина и ципрофлоксацина было эффективным у пациентов в обеих исследуемых группах, однако сроки наступления клинического эффекта различались. У пациентов 1-й группы выделения из уретры прекращались через 10-12 суток, 2-й группы – через 16-18 суток ($p<0,05$); боль и дискомфорт в области промежности исчезли соответственно через 24-28 и 32-38 суток после начала терапии ($p<0,01$). Результаты бактериоскопического исследования мазков из уретры, средней порции мочи, а также секрета предстательной железы через 1 месяц после начала комплексной терапии указывают на значительную элиминацию возбудителей у 48 больных, у 32 пациентов отмечалась частичная элиминация уропатогенов. Очевидно, это обусловлено тем, что обследованный контингент пациентов – это лица пожилого и старческого возраста с целым комплексом хронических соматических и урогенитальных инфекций.

В результате применения фторхинолонов III-го поколения левофлоксацина и ципрофлоксацина у пациентов 1-й и 2-й групп был зарегистрирован выраженный симптоматический эффект. Так, отмечено уменьшение общего балла шкалы NIH-CPSI в 1-й группе на третьем визите по сравнению с первым визитом – на 58% ($p<0,001$), тогда как во 2-й группе – на 51% ($p<0,001$). При сравнении 1-й и 2-й групп по шкале NIH-CPSI на третьем визите выявлена достоверная разница ($p<0,001$) в пользу 1-й группы – у больных этой группы отмечено уменьшение числа баллов по сравнению с первым визитом на 82% ($p<0,001$), а у пациентов 2-й группы – на 76% ($p<0,001$).

На фоне применения левофлоксацина и ципрофлоксацина отмечен выраженный эффект по шкале частоты симптомов. В 1-й группе зарегистрировано уменьшение числа баллов на третьем визите по сравнению с первым визитом на 52% ($p<0,001$), тогда как во 2-й группе – лишь на 36% ($p<0,001$).

Следует отметить, что улучшение качества жизни лиц пожилого и старческого возраста – это важный контрольный показатель оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов. Лечение пациентов пожилого и старческого возраста с ХБП фторхинолоном III-го поколения приводит к значительному и достоверному улучшению качества жизни этой группы больных. В 1-й группе уменьшение числа баллов на третьем визите по сравнению с первым составило 62% ($p<0,001$), а во 2-й группе – 59% ($p<0,001$). Достигнутый эффект характеризуется стабильностью.

Антибактериальный эффект указанных фторхинолонов оценивали по динамике числа лейкоцитов в секрете простаты как в 1-й, так и во 2-й группе.

В ходе исследования отмечены достоверные изменения ряда объективных показателей. Так, если в начале лечения средний уровень Q_{max} составлял 26,8 и 27,1 мл/с, а объем предстательной железы был соответственно в пределах 26,6 см³ и 27,8 см³, то в конце лечения эти показатели в обеих группах заметно улучшились.

На фоне приема левофлоксацина и ципрофлоксацина у больных обеих групп побочных эффектов и существенных нежелательных явлений зарегистрировано не было.

Выводы

1. Результаты проведенного клинко-лабораторного исследования позволяют рекомендовать левофлоксацин к применению в терапии хронического бактериального простатита (ХБП), обусловленного как грамположительными, так и грамотрицательными бактериями у больных пожилого и старческого возраста с различными клиническими проявлениями заболевания.
2. Антибиотик левофлоксацин способствует выраженному уменьшению симптоматики ХБП в целом и болевого синдрома в частности.
3. Препарат обладает выраженным противовоспалительным и симптоматическим эффектом, который сохраняется как минимум 6-7 месяцев.

Литература

1. Аковбян В.А., Нестеренко В.Г. Рациональная терапия инфекций, передаваемых половым путем: основные принципы и реальность // Клиническая дерматология и венерология. 2005. № 4. С.151-155.
2. Деревянко И.И., Нефедова Л.А. Применение новых фторхинолонов в урологии // Урология. 2000. № 4. С. 27-32.

References

1. Akovbyan V.A., Nesterenko V.G. Racional'naya terapiya infektsiy, peredavaemyh polovym putem: osnovnye principy i realnost' // Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya. 2005. №4. S.151-155.
2. Derevyanko I.I., Nefyodova L.A. Primenenie novykh ftorkhinolonov v urologii // Urologiya. 2000. N 4. S. 27-32.

Сведения о соавторах:

Царуева Тамара Велиевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии ГБОУ ВПО «ДГМА» Минздравсоцразвития России. Тел. +7(928) 567 24 23.

Саидов Магомед Саидович - кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой микробиологии, вирусологии и иммунологии ГБОУ ВПО «ДГМА» Минздравсоцразвития России. Тел. +7(928) 516 17 50.

Газиев Гази Магомедович - кандидат медицинских наук, доцент кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии ГБОУ ВПО «ДГМА» Минздравсоцразвития России. Тел. 8 (909) 485 88 10.





С двумя - надёжнее!

2-дозовая схема вакцинации против ветряной оспы

УДК 618.2-055.28:577.125

Влияние паритета на костный метаболизм и липидный обмен**А.Э. Эседова, Т.Х.-М. Хашаева, З.А. Абусева, А.Б. Гасанова, А.Р. Махмудова, А.Г. Гамидова**

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, кафедра акушерства и гинекологии, Махачкала

Резюме

У многорожавших женщин в сочетании с постменопаузальной гипоэстрогемией наблюдаются более выраженные нарушения костного метаболизма, а также нарушения липидного обмена и повышение атерогенного потенциала липопротеидов крови, что определяет высокий риск поздних метаболических осложнений.

Ключевые слова: остеопороз, плотность костной ткани, остеокальцин, костная щелочная фосфатаза, липидный обмен.

Influence of parity on bone and lipid metabolism

A.E. Esedova, T.H.-M. Hashaeva, Z.A. Abusueva, A.B. Gasanova, A.R. Machmudova, A.G. Gamidova

Dagestan State Medical Academy, Makhachkala

Summary

In multiparous women, combined with postmenopausal hypoeestrogenemia observed more severe disturbances of bone and lipid metabolism and increased atherogenic potential of lipoproteins of blood, there by defining a high risk of later metabolic complications.

Key words: osteoporosis, bone density, osteocalcin, bone alkaline phosphatase, lipid metabolism.

Введение

Жизненные циклы каждой женщины характеризуются определенными особенностями, которые связаны не только с состоянием ее репродуктивной функции, но и здоровья в целом. Высокая частота переломов костей у лиц пожилого возраста ставит проблему остеопороза (ОП) в ряд наиболее социально значимых медицинских проблем современности [1, 2]. Патологическое состояние ОП расценивается как прогрессирующее системное метаболическое заболевание, характеризующееся снижением плотности кости и нарушением микроархитектоники костной ткани, приводящее к увеличению хрупкости костей и возможности их переломов [3]. В настоящее время этот факт приобретает особую значимость в связи с тем, что большинство женщин в развитых странах живут после наступления менопаузы около 30 лет. Увеличение средней продолжительности жизни женской популяции требует разработки и внедрения рациональных программ профилактики и терапии постменопаузального остеопороза (ПМОП) [4, 5].

Цель исследования - изучение состояния костного метаболизма и липидного обмена в зависимости от паритета.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находились 65 женщин в возрасте 60-70 лет, из них 45 женщин имели высокий паритет (4 и более родов в анамнезе) – основная группа, 20 женщин - низкий паритет (в анамнезе 1-2 родов) – контрольная группа.

Костный обмен характеризовали по уровню биохимических маркеров костного ремоделирования. О состоянии костного формирования судили по активности костной щелочной фосфатазы (КЩФ) и содержанию остеокальцина (ОК) в сыворотке крови. Уровень КЩФ в крови определяли иммуноферментным методом с использованием моноклональных антител коммерческих наборов фирмы «Alkphase-B» (США). Содержание в сыворотке крови ОК определяли с помощью набора CIS Bio International. Активность костной резорбции оценивали посредством определения уровня С-концевых телопептидов (СТх), образующихся при деградации коллагена I-типа во второй утренней порции мочи и в сыворотке крови иммуноферментным методом с использованием тест-систем CrossLaps ELISA фирмы «Osteometer Bio Tech». Вычисление результатов СТх в моче производилось с поправкой на концентрацию креатинина.

Также всем женщинам проводилось определение минеральной плотности костной ткани (МПКТ) методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (ДЭРА) (аппарат фирмы «LunarProdigy» США) в области поясничных позвонков, дистальном отделе предплечья и в трех точках проксимального отдела бедра: в области Варда (Ward's), трохантере (Troch) и шейке бедра (Neck).

Для корреспонденции:

Гамидова Амалия Гамидовна - соискатель кафедры акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО «ДГМА» Минздравсоцразвития России, акушер-гинеколог МУЗ Муниципальная женская консультация № 4 г. Махачкалы.

Тел. 8 (928) 507 11 36. E-mail: amaliya1@mail.ru.

Статья поступила 22.01.2012 г., принята к печати 29.02.2012 г.

Диагностику ОП осуществляли согласно критериям ВОЗ по Т критерию, т.е. в стандартных отклонениях (SD) от нормативных показателей пиковой костной массы здоровых женщин. Значения ± 1 SD от пиковой массы расценивали как норму, -1 SD > МПКТ $\geq -2,5$ SD – как остеопению, МПКТ < $-2,5$ SD от пиковой массы – как остеопороз [8].

Функциональное состояние гипофизарно-яичниковой системы изучалось по данным радиоиммунологического метода определения уровня тропных гормонов гипофиза и половых гормонов в сыворотке крови с использованием наборов фирмы «Immunotech» на радиоизотопном анализаторе Гамма-800, «Наркотест».

Всем женщинам проводили ультразвуковое исследование гениталий при помощи прибора Aloka-630 с 7,5 МГц датчиком.

Результаты исследования обрабатывали при помощи пакета статистических программ Microsoft Excel 98, при этом соблюдались общие рекомендации для медицинских и биологических исследований [6, 7]. Определялись средние арифметические величины (M) и их ошибки (m). С целью определения достоверности различий сопоставляемых средних величин применялись t -критерий Стьюдента и F -критерий Фишера с учетом неоднородности дисперсий в исследуемых группах. При этом разница средних величин считалась достоверной при $p < 0,05$. Для определения характера связи между изучаемыми параметрами применялся корреляционный анализ с вычислением коэффициента корреляции r и последующим установлением его значимости по t -критерию.

Результаты и их обсуждение

Общепризнанным является то, что основным фактором развития остеопоротических переломов

является степень снижения МПКТ [9]. В таблице 1 представлено исходное состояние МПКТ в группах по данным ДЭРА.

У многорожавших женщин, в сравнении с пациентками контрольной группы, отмечалась достоверно более быстрая потеря МПКТ как в кортикальных костных структурах, так и в трабекулярных, что соответствует данным литературы [10, 11].

Таблица 1

Исходное состояние МПКТ в группах по данным двухфотонной рентгеновской абсорбциометрии

Сегмент скелета	Единицы измерения	Основная группа (n=45)	Контроль (n=20)
L ₁ -L _{IV}	T, SD (M \pm m) Остеопороз, % Остеопения, % Норма, %	-2,65 \pm 0,19 24,8 67,8 7,4	-2,24 \pm 0,17 21,1 65,4 13,5
Шейка бедра (Neck)	T, SD (M \pm m) Остеопороз, % Остеопения, % Норма, %	-1,82 \pm 0,17 17,1 45,6 37,3	-1,32 \pm 0,21 10,9 35,5 53,6
Трохантер (Troch)	T, SD (M \pm m) Остеопороз, % Остеопения, % Норма, %	-2,5 \pm 0,1 18,6 55,2 26,2	-1,26 \pm 0,13 2,1 23,1 74,8
Область Варда (Ward)	T, SD (M \pm m) Остеопороз, % Остеопения, % Норма, %	-2,79 \pm 0,17 16,7 69,4 13,9	-2,58 \pm 0,19 15,1 67,1 17,8
Дистальный отдел предплечья	T, SD (M \pm m) Остеопороз, % Остеопения, % Норма, %	-1,72 \pm 0,17 20,1 50,3 29,6	-1,36 \pm 0,19 3,9 32,8 63,3
Total body	T, SD (M \pm m) Остеопороз, % Остеопения, % Норма, %	-1,53 \pm 0,23 24,1 62,4 13,5	-1,08 \pm 0,16 16,9 55,5 27,6

*- показатели достоверны относительно контроля ($p < 0,05$).

Таблица 2

Динамика маркеров костного метаболизма у обследованных женщин в зависимости от длительности постменопаузы

Маркеры костного метаболизма	Группа	Продолжительность постменопаузы		
		до 5 лет	5-9 лет	10-15 лет
Остеокальцин, нг/мл	Основная	11,02 \pm 1,37	11,87 \pm 1,25*	12,08 \pm 1,25
	Контрольная	9,51 \pm 1,18	9,99 \pm 1,31	10,21 \pm 1,41
Костная щелочная фосфатаза, Ед/л	Основная	40,3 \pm 1,8	43,5 \pm 2,3	47,4 \pm 1,9
	Контрольная	31,8 \pm 2,9	35,9 \pm 3,22	37,8 \pm 3,31
С-концевых тепепептидов в сыворотке крови, нг/мл	Основная	0,591 \pm 0,11	0,683 \pm 0,12*	0,701 \pm 0,13
	Контрольная	0,520 \pm 0,21	0,585 \pm 0,17	0,592 \pm 0,10
С-концевых тепепептидов в моче, мкг/ммоль кр.	Основная	427,3 \pm 161	502,6 \pm 136*	513,4 \pm 171
	Контрольная	339,5 \pm 137	377,3 \pm 141	386,4 \pm 131

Необходимо отметить, что у пациенток 1-й группы с постменопаузальной остеопенией (остеопорозом) выявлен более высокий уровень костной резорбции ($p < 0,05$), чем у женщин контрольной группы. Об этом свидетельствовало увеличение концентрации СТх в сыворотке крови в 1,3 раза, в моче - в 1,5 раза.

Таким образом, многорожавшие женщины подвержены выраженным остеопеническим нарушениям как в трабекулярных, так и в кортикальных костных структурах [12].

Состояние метаболизма липопротеидов оценивали по основным показателям липидного обмена: общий холестерин (ХС), ХС-ЛПНП, ХС-ЛПВП, ХС-ЛПОНП с использованием системы

электрофореза «Парагон» на анализаторе Kopelab-30 (Финляндия) с применением специальных стандартных методик. Также вычисляли коэффициент атерогенности, который наиболее точно отражает состояние крови с точки зрения риска развития атеросклероза.

При первичном обследовании различные варианты нарушения липидного обмена крови были выявлены практически с одинаковой частотой во всех группах: у 97,2% многорожавших женщин (группа 1) и у 89,6% женщин контрольной группы.

Степень выраженности дислипидемий у пациенток варьировала от изолированной гиперхолестеринемии до существенного изменения всех показателей липидного баланса. Чаще всего во всех группах встречались IIa и IIb типы гиперлипидемий.

Наиболее полная картина была получена при детальном исследовании концентрации различных классов липопротеидов. Результаты данного анализа представлены в таблице 3.

Таблица 3

Липидный спектр в группах женщин

Фракция липопротеидов	Основная группа (n=45)	Контрольная группа (n=20)
Общий холестерин, ммоль/л	6,21±0,15	6,07±0,19
ХС-ЛПНП, ммоль/л	4,94±0,16	4,83±0,12
ХС-ЛПВП, ммоль/л	1,23±0,14	1,27±0,12
ХС-ЛПОНП, ммоль/л	1,12±0,04	1,07±0,08
Триглицериды, ммоль/л	2,47±0,05	2,31±0,04
Коэффициент атерогенности	4,68±0,19	4,55±0,31

ЛПНП – липопротеиды низкой плотности; ЛПВП – липопротеиды высокой плотности; ЛПОНП – липопротеиды очень низкой плотности.

Как видно из представленных данных, у всех обследуемых женщин в постменопаузе имелись нарушения липопротеинового спектра крови, которые в основном характеризовались повышением уровня общего холестерина, ХС-ЛПНП и триглицеридов. Необходимо отметить, что в сравнении с контролем концентрации этих показателей, а также ХС-ЛПОНП и коэффициент атерогенности были выше в основной группе пациенток.

Заключение

Резюмируя вышеизложенное, можно заключить, что многорожавшие женщины в сравнении с контрольной группой имеют достоверно более высокий уровень ХС - на 26,7% ($p < 0,05$), ХС-ЛПНП- на 13,5%, ТГ- на 10,6%, а также подвержены выраженным остеопеническим нарушениям как в трабекулярных, так и в кортикальных костных структурах.

Литература

1. Беневоленская Л.И. Общие принципы профилактики и лечения остеопороза // *Consilium Medicum*. 2002. № 2(6.). С. 18-24.

2. Риггз Б.Л., Мелтон Л.Дж. Остеопороз / Пер. с англ. М.: Бином.; СПб: Невский диалект, 2002. 560 с.
3. Поляков И.В., Соколова И.С. Практическое пособие по медицинской статистике. СПб., 2005. 148 с.
4. Руководство по климактерию: руководство для врачей / Под ред. В.П. Сметник, В.И. Кулакова. М: МИА, 2008. 685 с.
5. Сметник В.П., Юренева С.В. Постменопаузальный остеопороз // *Трудный пациент*. 2004. № 2. С. 27-33.
6. Сметник В.П. Диагностика остеопороза // «Медицина климактерия» / Под ред. В.П. Сметник. Ярославль: ООО «Издательство Литера», 2006. С. 680-686.
7. Тюрин Ю.И., Макаров А.А. Анализ данных на компьютере. М: Мысль, 1995. 280 с.
8. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) // Health care guideline: diagnosis and treatment of osteoporosis. 3rd edition. 2004. N6.
9. Mc Clung M., Ross P.D., Wasnich R.D. BMD changes after 1 year predict BMD changes after 4 years // *J. Osteoporosis International*. 2003. Vol. 11 (suppl.2). P. III.
10. Siris E.S, Miller P.D., Barrett-Connor E. et al. Identification and fracture outcomes of undiagnosed low bone mineral density in postmenopausal women: results from the National Osteoporosis Risk Assessment // *JAMA*. 2004. Vol. 286. P. 2815-2822.
11. Stevenson J.C. Long-term effects of HRT on the bone // *Climacteric*. 2002. Vol. 5. N 1 (05-04). P. 210.
12. Warren R. Hormones and mammographic breast density // *Maturitas*. 2004. Vol. 49. P. 67-78.

References

1. Benevolenskaya L.I. Obshhiye principy profilaktiki i lecheniya osteoporoza // *Consilium Medicum*. 2002. № 2(6.). S.
2. Riggz B.L., Melton L.Zh. Osteoporoz / per. s angl. M.: Binom.; SPb: Nevskiy dialekt, 2002. 560 s.
3. Polyakov I.V., Sokolova I.S. Prakticheskoye posobie po medicinskoj statistike. SPb., 2005. 148 s.
4. Rukovodstvo po klimakteriyi: rukovodstvo dlya vrachei / pod red. V.P. Smetnik, V.I. Kulakova. M: MIA, 2008. 685 s.
5. Smetnik V.P., Yureneva S.V. Postmenopauzalnyj osteoporoz // *Trudnyj pacient*. 2004. № 2. S. 27-33.
6. Smetnik V.P. Diagnostika osteoporoza // «Medicina klimakteriya» / pod red. V.P. Smetnik. Yaroslavl': ООО «Izdatelstvo Litera», 2006. S. 680-686.
7. Tyurin Yu.I., Makarov A.A. Analiz dannyh na kompyutere. M: Mysl', 1995. 280 s.
8. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) // Health care guideline: diagnosis and treatment of osteoporosis. 3rd edition. 2004. N6.
9. Mc Clung M., Ross P.D., Wasnich R.D. BMD changes after 1 year predict BMD changes after 4 years // *J. Osteoporosis International*. 2003. Vol. 11 (suppl.2). P. III.
10. Siris E.S, Miller P.D., Barrett-Connor E. et al. Identification and fracture outcomes of undiag-nosed low bone mineral density in postmeno-pausal women: results from the National Osteo-porosis Risk Assessment // *JAMA*. 2004. Vol. 286. P. 2815-2822.
11. Stevenson J.C. Long-term effects of HRT on the bone // *Climacteric*. 2002. Vol. 5. N 1 (05-04). P. 210.
12. Warren R. Hormones and mammographic breast density // *Maturitas*. 2004. Vol. 49. P. 67-78.

Сведения о соавторах:

Абусуева Зухра Абусуевна - доктор медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО «ДГМА» Минздравсоцразвития России.
Тел 8 (988) 291 51 34.

Эседова Асият Эседовна - доктор медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО «ДГМА» Минздравсоцразвития России.
Тел. 8 (928) 297 41 92. E-mail: dd-bb@inbox.ru.

Хашаева Тамара Хаджи-Мурадовна - доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО «ДГМА» Минздравсоцразвития России.
Тел. 8 (8722) 644 911.

Гасанова Аминат Бекмурзаевна - кандидат медицинских наук, врач акушер-гинеколог женской консультации № 4 г. Махачкала.
Тел. 8 (903) 427 10 00.

Махмудова Айшат Ризвановна - кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО «ДГМА» Минздравсоцразвития России.
Тел. 8 (988) 291 64 70.

Сила в единстве 2

При Неконтролируемой артериальной гипертензии

положитесь на

Лизоретик

Лизиноприл 10/20 мг + Гидрохлортиазид 12,5 мг

Сила в единстве 2

УДК 618.19-002:618.36

Роль плаценты человека в лечении дисгормональных изменений молочных желез

Р.Г. Алиев, Р.М. Газиев, Х.З. Омарова, Н.Д. Исаева

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, кафедра факультетской хирургии № 2 с лабораторией инновационных клеточных технологий, Махачкала

Резюме

Проблема лечения дисгормональных заболеваний молочных желез человека остается актуальной по сей день. В развитии эмбриона, а затем и плода важнейшую роль играет плацента, которая содержит большой комплекс гормонов и аминокислот. Помимо этого плацента является богатым резервуаром гемопоэтических и эмбриональных стволовых клеток. Все это делает плаценту альтернативным источником для коррекции дисгормональных изменений молочных желез. С целью коррекции указанных изменений в молочной железе использованы клетки плаценты в лечении у 533 больных, с учетом ближайших и отдаленных результатов.

Ключевые слова: плацента, мастопатия, трансплантация клеток.

The role of placenta in treatment dishormonal changes of mammary glands

R.G. Aliyev, R.M. Gaziyev, H.Z. Omarova, N.D. Isayeva

Dagestan State Medical Academy, Makhachkala

Summary

The problem of treating dishormonal diseases of human mammary glands is actually today. A chorionic system, the placenta, which contains a large complex of hormones and amino acids are the most important in the development of an embryo and fetus. In addition, the placenta is a rich reservoir of hemopoietic and embryonic stem cells. All this makes the placenta an alternative source for the correction of dishormonal changes of mammary glands. In order to correct these changes cells of placenta used in the mammary gland for the treatment of mastopathy of 533 patients, considering the immediate and long-term results.

Key words: placenta, mastopathy, the transplantation of cells.

Введение

Плацента – орган, осуществляющий связь в системе мать-плацента-плод в процессе внутриутробного развития млекопитающего. Помимо этой функции, плацента представляет собой богатый резервуар специфических плацентарных гормонов: хориогонадотропина, плацентарного лактогена, гормона роста, кортикотропина, тиротропина, аминокислот и др., которые действуют сбалансированно и взаимосвязанно в рамках этой системы. Сравнительно недавно было установлено, что ткань зрелой плаценты содержит большое количество гемопоэтических стволовых клеток (ГСК), которые не связаны непосредственно с кровообращением плода или матери [5]. Причем количество ГСК в целой плаценте в 10 раз превышает их количество в доступном объеме пуповинной крови. Ранее нами было установлено, что трансплантация фетальных клеток хориона позволяет существенно корригировать гормональный дисбаланс кастрированных крыс-самок, увеличивая уровень эстрогенов и снижая концентрацию гипофизарных гонадотропинов в крови [1, 2]. При этом диспластические изменения в молочных железах (МЖ) крыс после двусторонней овариэк-

томии имели тенденцию к обратному развитию, что согласуется с клиническими исследованиями [3].

В связи с этим, **цель** настоящего исследования состояла в оценке роли зрелой человеческой плаценты как потенциально возможного биорегулятора для восстановления дисгормональных изменений МЖ.

Материал и методы

Зрелые плаценты человека были получены в родильном доме г. Махачкалы, с согласия доноров. На первом этапе проводили перфузию плаценты через артерию и вены пупочного канатика физиологическим раствором с температурой 4°C, содержащим гепарин, сосудорасширяющий агент и антибиотики. Обескровленные образцы плаценты разрезали на кусочки до 2 см в диаметре, помещали в физиологический раствор на фосфатном буфере и промывали в чашках Петри не менее 5 раз, меняя раствор.

Затем кусочки плаценты помещали в камеру гомогенизатора собственной конструкции (патент № 2275864 от 10.05.2006 г.). Полученную клеточную суспензию разводили в полиглюкине в соотношении 1:4 и фильтровали через систему для переливания крови. Подсчет количества клеток проводили в камере Горяева. Жизнеспособность клеток определяли по окрашиванию трипановым синим и криоконсервировали в криоустойчивых

Для корреспонденции:

Газиев Рашид Магомедович – доктор медицинских наук, профессор заведующий кафедрой факультетской хирургии № 2 ГБОУ ВПО «ДГМА» Минздравсоцразвития России. Тел.: 8 (8722) 68 26 93.

Статья поступила 05.03.2012 г., принята к печати 23.03.2012 г.

ампулах в жидком азоте по общепринятой методике в 2 этапа.

Донорский материал исследовали на ВИЧ, вирусный гепатит, сифилис, гонорею, герпес и другие внутриутробные инфекции, на стерильность, а также на групповую принадлежность по системе АВО.

Иммунологическую совместимость донорских клеток изучали по методике Х.З. Омаровой [5] до начала клеточной терапии. Параллельно с письменного согласия реципиента на переднюю поверхность предплечья внутривенно вводили 0,3 мл суспензии донорских клеток плаценты, под местным обезболиванием. Образовавшуюся припухлость – инфильтрат размером 1х0,8 см - обрабатывали и обводили цветным кружком у основания и заклеивали лейкопластырем. Обычно через 72 часа инфильтрат в области предплечья полностью рассасывался, кожа приобретала нормальную конфигурацию и окраску, не отличающуюся от окружающей. Лишь у двух больных мы отметили, что инфильтрат не рассосался. Консистенция его стала более плотной, появилась гиперемия, переходящая за границы цветного кружка. На 6-е сутки при пункции инфильтрата получили бесструктурную некротическую массу. Бактериологически констатировали асептический некроз. После опорожнения инфильтрат рассосался на 2-е сутки, не вызвав каких - либо осложнений.

С 2001 по 2011 год мы наблюдали 533 женщин с различными формами мастопатий, все они были распределены на 4 группы.

В первую группу включили 51 женщину с диффузной мастопатией одной или обеих МЖ, не ле-

ченных ранее (контрольная группа). Им проводили традиционное лечение (йодистый калий 0,25%, витамины, мастодион, маммолептин, тамоксифен, метилтестостерон и др.). Вторая группа состояла из 367 больных с диффузной мастопатией, ранее подвергнутых лечению традиционными методами, но без эффекта. В третью группу вошли 28 больных с узловой мастопатией. В четвертую группу - 87 больных со смешанной патологией (фиброзно-кистозная мастопатия + узловая мастопатия).

Трансплантация криоконсервированных клеток плаценты (КП) осуществлялась сразу же после размораживания клеток на водяной бане с температурой 37°C. Биоматериал вводили внутримышечно в область ягодицы или прямых мышц живота в дозе 8х10⁶ клеток в разовой дозе. Место введения клеток обрабатывали спиртом и заклеивали лейкопластырем. Трансплантацию клеток повторяли 5-6 раз с интервалом в 7 дней.

Критериями эффективности лечения были:

- 1) полная регрессия - исчезновение болевого синдрома и нормализация физикальных, маммографических и ультразвуковых изменений в пораженных молочных железах;
- 2) частичная регрессия – полное исчезновение болевого синдрома с уменьшением физикальных, маммографических и ультразвуковых изменений в молочных железах.
- 3) без эффекта - сохранение клинических проявлений заболевания в молочных железах без изменений.

Таблица 1

Уровень гормонов, белков и химический состав экстракта плаценты 38-недельного плода

Вещество	Экстракт плаценты	Химический состав плаценты денатурированной	%
Пролактин, мЕд/л	385±147	Белок (по Лоури)	26,0
ЛГ, мЕ/л	7,8±109	Аминокислоты - глицин	2,0
ФСГ, мЕд/л	7,1±2,3	- гистидин	0,2
Прогестерон, пмоль/л	160	- аргинин	3,2
Эстрадиол, пмоль/л	6007±642	- аспаргиновая кислота	6,9
Тиреотропный гормон, мкЕ/л	0,29±0,13	- тиреонин	2,1
Свободный трийодтиронин, пмоль/л	2,1±0,6	- серин	3,0
Свободный тиронин, пмоль/л	5,6±0,99	- глутаминовая кислота	9,3
Кортизол, нмоль/л	69,3±4,9	- пролин	11,5
Тестостерон, нмоль/л	0,67±0,11	- глицин	12,2
Хорионический гонадотропин, мЕд/л	4700±2650	- аланин	5,6
α1-микроглобулин, нг/мл	55,0±44,0	- цистин	0,2
α2-микроглобулин фертильности, нг/мл	1502±1.307	- валин	1,6
α- фетопротеин, нг/мл	2160±56,1	- метионин	0,1
		- тирозин	0,3
		- фенилаланин	0,6
		- гексуруковые кислоты	1,6
		Гексозамин	0,7
		Фосфор	0,2
		Азот	11,7

Всем больным до начала лечения проводили клиничко-маммографическое, цитологическое и гистологическое исследования.

Исследование ткани плаценты на присутствие гормонов, белков и на химический состав проводили в лаборатории Дагестанского научного центра академии наук РФ (табл. 1).

Результаты и их обсуждение

У всех 533 больных, наблюдавшихся нами с 2001 по 2011 год, иммунологическая несовместимость трансплантированных КП не наблюдалась.

Как видно из таблицы 2, из 51 больного, леченного традиционно, без трансплантации клеток плаценты, частичная регрессия процесса отмече-

на лишь у 2 (3,9%). Тогда как во 2-й группе больных с диффузной мастопатией при использовании плацентарных клеток у 349 (95,1%) из 367 больных отмечена полная регрессия процесса с исчезновением болезненности и диффузных уплотнений, с размягчением МЖ, у остальных 18 больных достигнута частичная регрессия. Хотя болевой синдром у них исчез полностью, сохранились некоторая тяжесть и выделения из соска, особенно у больных с фиброзно-кистозными изменениями и выделениями из сосков. Сетчатое изображение маммограммы с множественными кистозными изменениями иногда с просветлениями вокруг них (жировая ткань) становилось стертым, но полностью не исчезало. При сдавливании МЖ появлялись бурые выделения из сосков.

Таблица 2

Распределение больных в зависимости от формы мастопатии и результаты их лечения [n (%)]

Группы	Клинические формы мастопатий	Число больных, %	Результаты лечения		
			полная регрессия	частичная регрессия	без изменений
1	диффузная	51	-	2 (3,9)	-
2	диффузная	367 (66,4)	349 (95,1)	18 (4,9)	-
3	узловая	28 (5,1)	3 (10,7)	23 (82,1)	2 (7,1)
4	смешанная	87 (15,8)	60 (68,9)	19 (21,8)	8 (9,3)
	ИТОГО	533 (100)	412(85,5)	60 (12,4)	10 (2,1)

В отличие от диффузной мастопатии при узловых формах уплотнения были чаще одиночными, пальпируемыми как опухоль, тугоэластической консистенции, достигающими нескольких сантиметров в диаметре. На маммограмме узловые образования определялись четче, некоторые из них были кистозно изменены. При пальпации в положении лежа уплотнения теряли свои контуры (симптом Кенига). Цитологическое исследование пунктатов МЖ показали те же изменения, что и при диффузной форме. У некоторых из них степень пролиферации эпителия была различной, но без атипии клеток.

Непосредственные результаты лечения этой группы больных были значительно хуже, чем у больных с диффузной мастопатией, где лишь у 10,7% лиц констатировано выздоровление, но, тем не менее, у 82% больных отмечено объективное улучшение и частичная редукция образования на контрольной маммограмме. Поэтому 28 больным после курса клеточной терапии произведена секторальная резекция МЖ со срочным гистологическим исследованием препарата. На гистограмме – пролиферация эпителия, отек внутريدольковых структур и разрастание соединительной ткани, сосудистые расстройства. Секторальная резекция, однако, не является патогенетическим методом лечения дисгормональных заболеваний, так как ни одна больная не застрахована от рецидива заболевания. Эта операция позволяет верифицировать диагноз и исключить злокачественный процесс.

В третью группу вошли больные с мастопатией обеих молочных желез, где в одной молочной железе были обнаружены участки с преобладанием

плотных фиброзных тяжей, перемежающихся с более мягкими железистыми компонентами.

Из-за трудностей клинической дифференцировки диффузной и узловой мастопатий мы их выделили в единую группу.

У ряда больных этой группы вся железа была диффузно набухшей и весьма болезненной, тогда как другая характеризовалась наличием солитарных множественных узлов, без четких границ. Боли носили иррадиирующий в лопатку, руку или распирающий характер. Маммография и ультразвуковое исследование выявляли картину тяжелых уплотнений, занимавших один или несколько квадрантов МЖ, гомогенного уплотнения всей ткани с полициклическими наружными контурами, без дифференциации тяжелого рисунка.

Следует отметить, что подавляющее большинство наших больных с мастопатиями до поступления к нам получали продолжительное (от 6 месяцев до двух лет) лечение по традиционной схеме (витамины А, Е, РР, группы В, микродозы йодистого калия, тамоксифен, мастодион, маммолептин), а некоторые и гормональное лечение, включая тиреоидные препараты, но без существенного улучшения состояния. Лишь некоторые из них отмечали временное улучшение (уменьшение болей). Результаты лечения третьей группы больных свидетельствуют, что у 68,9% больных после лечения КП отмечена стабильная регрессия процесса, а у 21,8% - частичная.

По протоколу лечения мы наблюдали больных каждые 3 месяца после лечения в течение 1 года и каждые 6 месяцев в течение 2 лет. В процессе наблюдения у 5 больных отмечено возобновление болей через 1,5-2 года, которые исчезли после неполного повторения курса лечения КП.

В отдаленном плане мы опросили 75 больных, которые получили клеточную терапию 5 и более лет назад. Все они чувствуют себя хорошо и каких-либо жалоб не предъявляют.

Заключение

Таким образом, плацента человека является чрезвычайно интересным и безопасным источником биостимуляции организма, позволяющим нормализовать дисгормональные нарушения МЖ. В то же время она обладает свойствами биологического иммунодепрессанта и минимальным канцерогенным риском [4].

В плане иммунологической безопасности плацента содержит белковые компоненты (трофобластический бета-гликопротеид, плацентарный микроглобулин, хорионический гонадотропин), обладающие свойствами биологического иммунодепрессанта [4]. При трансплантации аллогенной плацентарной ткани не обнаружены в сыворотке крови антитела, что свидетельствует об отсутствии иммунологической реакции на указанный трансплантат [7]. Что касается онкологического риска, злокачественная трансформация хориона – хорионкарцинома, редкая опухолевая форма, развивающаяся не в период беременности, а позже из остатков элементов плаценты в стенке матки. Канцерогенный риск КП практически ничтожный.

В настоящее время плацентарная и пуповинная кровь являются основными источниками ГСК для трансплантации в клинической практике. Однако объемы этой крови незначительны, а содержание ГСК в ней низкое для обеспечения потребностей здравоохранения.

Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что в плаценте содержится ГСК в несколько раз больше, чем в пуповинной крови, печени и костном мозге, не говоря о биологически активных веществах и ростковых факторах, содержащихся в ней [6].

Недаром животные (не только плотоядные) съедают свой послед (плаценту) после родов. Повидимому, в этом кроется еще не разгаданное природное приспособление для реабилитации ослабленного после родов организма животного. Таким образом, плацента является ранее недооцененным уникальным источником для лечения не только мастопатии, но и других заболеваний.

Литература

1. Алиев Р.Г., Магомедов Ш.М. Жить до смерти // Ведение в клеточную хирургию: сборник. Махачкала, 2002. С. 219-244.
2. Алиханова З.М. Клинико-патогенетическое обоснование применения трансплантации фетальных тканей человека и женщин репродуктивного периода с синдромом после овариэктомии: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М. 1995.
3. Кулаков В.И., Алиханова З.М., Бурдина Л.М. и др. Состояние молочных желез у больных посткастрационным синдромом на фоне терапии трансплантацией тканей человека // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. 1994. №4. С. 368-388.
4. Мингазов Г.Г. Аллогенная плацентарная ткань в хирургической реабилитации больных с послеоперационными костными дефектами челюстей (клинико-экспериментальное обоснование). Киев, 1987.
5. Омарова Х.З. Трансплантация клеток фетальной печени и хориона при тяжелой печеночной недостаточности (экспериментальное исследование): Автореф. Дисс. ... канд. мед. наук. Махачкала, 2007. 16 с.
6. Сериков В.Б., Куйперс Ф. Плацента человека как источник гемопоэтических стволовых клеток. Клеточная трансплантология и тканевая инженерия. М. 2008. № 2. С.51-56.
7. Cekas C., Dieterian-Lieze., Mikkola H. The Plazenta is a nech for poietic stem cells // Dev.Cell. 2005. N.8. P.365-375.

References

1. Aliev R.G., Magomedov Sh.M. Zhit' do smerti // Vedenie v kletochnyu hirurgiyu: sbornik. Mahachkala, 2002. S. 219-244.
2. Alihanova Z.M. Kliniko – patogeneticheskoye obosnovanie primeneniya transplantacii fetalnyh tkaney cheloveka i zhenshin reproductivnogo perioda s sindromom posle ovarioektomii: avtoref. dis. ... dokt. med. nauk. M. 1995.
3. Kulakov V.I., Alihanova Z.M., Burdina L.M. i dr. Sostoiânie moločnyh zhelez u bolnyh postkastrotsionnym sindromom na fone terapii transplantatsiy tkaney cheloveka // Byulleten' eksperimentalnoy biologii i mediciny. 1994. №4. S. 368-388.
4. Mingazov G.G. Allogennaya placentarnaya tkan' v hirurgicheskoy rehabilitacii bolnyh s posleoperacionnymi kostnymi defektami chelyustey (kliniko-eksperimentalnoe obosnovanie). Kiev 1987.
5. Omarova Kh.Z. Transplantaciya kletok fetalnoy pecheni i khoriona pri tyazhyoloy pechenochnoy nedostatochnosti (eksperimentalnoye issledovaniye): Avtoref....k.m.n. Mahachkala, 2007. 16 s.
6. Serikov V.B., Kujpers F. Placenta cheloveka kak istochnik gemopoeticheskikh stvolovyh kletok. Kletochnaya transplantologiya i tkanevaya inzheneriya. M.2008. №2. S. 51-56.
7. Cekas C., Dieterian-Lieze., Mikkola H. The Plazenta is a nech for poietic stem cells // Dev.Cell. 2005. N.8. P.365-375.

Сведения о соавторах:

Алиев Расул Гаджиевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии № 2 ГБОУ ВПО «ДГМА» Минздравсоцразвития России.
Тел. 8 (8722) 67 97 61.

Омарова Хадиджат Загирбековна – кандидат медицинских наук, научный сотрудник кафедры факультетской хирургии № 2 ГБОУ ВПО «ДГМА» Минздравсоцразвития России.
Тел. 8 (8722) 68 26 93.

Исаева Надина Джалаловна – аспирант кафедры факультетской хирургии № 2 ГБОУ ВПО «ДГМА» Минздравсоцразвития России.
Тел. 8 (8722) 67 96 61.

УДК:616.126.424-053.2-074

Характеристика малых аномалий сердца при пролапсе митрального клапана у детей по данным двухмерной эхокардиографии

Ш.М. Магомедова¹, Ю.М. Белозеров², И.М. Османов²

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, ¹кафедра педиатрии ФПК и ППС, Махачкала;

²«Московский НИИ педиатрии и детской хирургии» Минздравсоцразвития России, Москва

Резюме

Как критерии пролапса митрального клапана по двухмерной эхокардиографии у детей и подростков нами использованы следующие показатели: выгибание одной или обеих створок за линию коаптации (проекцию митрального отверстия) в парастеральной проекции длинной оси левого желудочка более чем на 2 мм; утолщенность и избыточность створок; избыточная экскурсия левого атриовентрикулярного кольца; увеличение площади митрального отверстия (более 4 см²). Проведено изучение малых аномалий развития сердечных структур у детей с ПМК СТД. Такие микроаномалии, как дилатация правого атриовентрикулярного отверстия (10,8%), ствола легочной артерии (75,8%), синусов Вальсальвы (47,9%) и неправильное распределение хорд передней митральной створки (60,0%), наблюдались при ПМК достоверно чаще, чем в контроле (7,0; 2,0; 3,0; 2,0% соответственно).

Ключевые слова: пролапс митрального клапана, двухмерная эхокардиография, малые аномалии, синус Вальсальвы.

Characteristics of heart abnormalities in mitral valve prolapse in children by bidimensional echocardiography

Sh.M. Magomedova, Yu.M. Belozеров, I.M. Osmanov

Dagestan State Medical Academy, Makhachkala;

Moscow Research Institute of Pediatrics and Pediatric Surgery

Summary

Following indexes were used for criterions of mitral valve prolapse by bidimensional echocardiography in children and adolescents: curvature of one or both leaflets after coaptation line (projection of mitral hole) in parasternal projection long axis of left ventricle; thickening and redundancy of leaflets; redundant excursion of left atrioventricular ring; Increasing mitral valve hole area (more than 2 mm); micro abnormalities of the development heart structures with mitral valve prolapse were observed in children, such micro abnormalities as a dilatation of right atrioventricular hole (10.8%), stem of pulmonary artery (75.8%), valsalve sinus (47.9%) and incorrect allocation of chords front mitral leaflet (60.0%) observed in mitral valve prolapse more frequent than in control group (7.0; 2.0; 3.0; 2.0% accordingly).

Key words: mitral valve prolapse, bidimensional echocardiography, micro abnormalities, Valsalve sinus

Введение

Эхокардиография в диагностике пролапса митрального клапана (ПМК) является наиболее физиологичным и высокоинформативным методом исследования по сравнению с другими инвазивными (ангиокардиография) и неинвазивными (фонокардиография) методами [1].

Одномерная эхокардиография в 80% случаев у больных с типичными аускультативными (фонокардиографическими) признаками подтверждает диагноз пролапса митрального клапана. Однако при М-эхокардиографии возможны ложноположительные и ложноотрицательные результаты обследования [2]. Недостоверная диагностика связана, как правило, с несоблюдением техники исследования. Если датчик располагается выше стандартной позиции или луч направляется под

углом вниз, может выявляться ложное голосистолическое прогибание створок у 60% здоровых людей. В этой связи одномерная эхокардиография не может использоваться при подозрении на пролапс, поскольку очень высока частота ложноположительных случаев диагностики [2, 3]. У больных с аускультативными проявлениями ПМК одномерная эхокардиография используется для определения типа пролабирования, глубины провисания створок, сопутствующих аномалий и осложнений (митральная недостаточность, бактериальный эндокардит и др.) [4].

Материал и методы

В работе проведено двухмерное ЭХОКГ-исследование в следующих подгруппах:

- ПМК – при астенической конституции – 140 детей и подростков;
- ПМК – при недифференцированной соединительнотканной дисплазии (НСТД) – 340 детей и подростков (в эту группу включены первичный, семейный ПМК и ПМК на фоне дисплазии соединительной ткани);

Для корреспонденции:

Магомедова Шамай Магомедовна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры педиатрии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «ДГМА» Минздравсоцразвития России, заведующая отделением кардиоревматологии ДРКБ, г. Махачкала.

Тел. 8 (928) 276 54 88. E-mail: shamai_doktor@mail.ru.

Статья поступила 17.02.2012 г., принята к печати 20.03.2012 г.

- ПМК – при дифференцированной соединительнотканной дисплазии (ДСТД) – 65 детей и подростков (в эту группу включены больные с синдромом Марфана и Элерса-Данлоса).
- Контрольную группу составили 200 детей и подростков аналогичного возраста.

Критериями пролапса митрального клапана по двумерной эхокардиографии являются [1, 5]:

- 1) выгибание одной или обеих створок за линию коаптации (проекцию митрального отверстия) в парастернальной проекции длинной оси левого желудочка более чем на 2 мм;
- 2) утолщенность и избыточность створок;
- 3) избыточная экскурсия левого атриовентрикулярного кольца;
- 4) увеличение площади митрального отверстия (более 4 см²).

Наряду с этим двухмерная эхокардиография позволяет обнаружить морфологические микроаномалии строения клапанного аппарата, лежащие в основе возникновения пролапса митрального клапана (рис. 3).

Результаты исследования

Для детей с ПМК, по данным одномерной эхокардиографии, характерно позднесистолическое (в виде «вопросительного знака», рис. 1) или голосистолическое (в виде «корыта», рис. 2) прогибание створок в систолу.

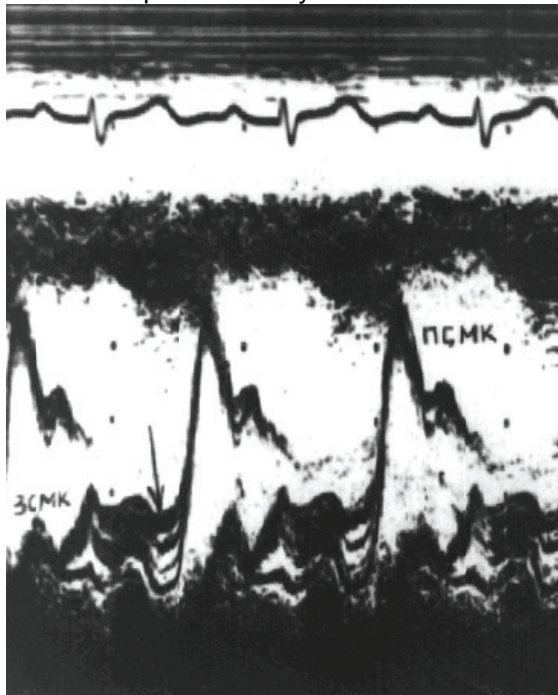


Рис. 1. Одномерная эхокардиограмма: позднесистолический пролапс митрального клапана (указан стрелкой).

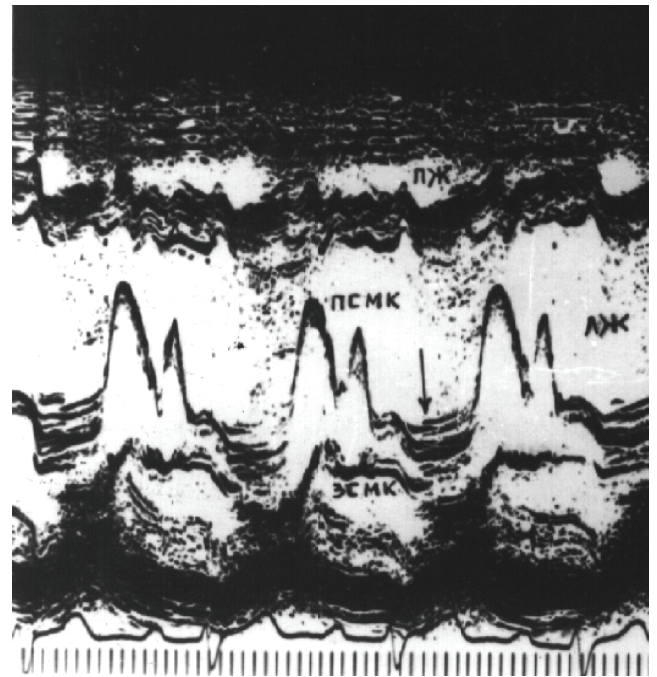


Рис. 2. Одномерная эхокардиограмма: голосистолический пролапс митрального клапана (указан стрелкой).

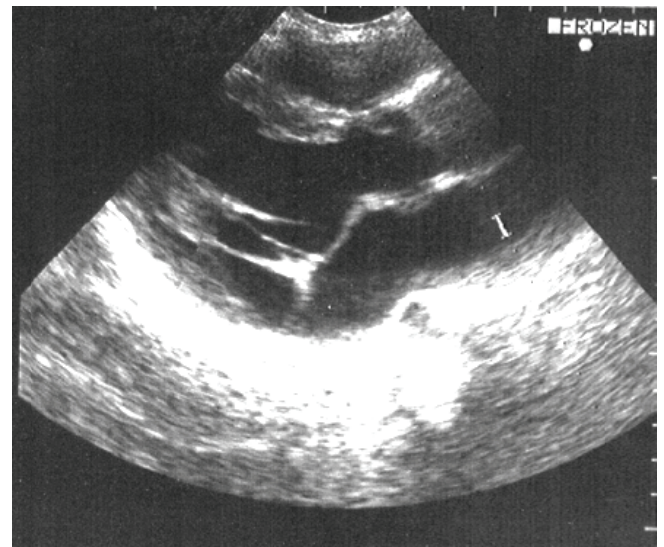


Рис. 3. Двухмерная эхокардиограмма: взбухание обеих створок в полость левого предсердия во время систолы левого желудочка.

Нами проведено изучение малых аномалий развития сердечных структур у детей с ПМК. Характеристика аномалий и их частота (в процентах) представлены в таблице 1.

Указанные аномалии встречались и в контрольной группе здоровых детей без синдрома пролабирования митрального клапана. Однако такие микроаномалии, как дилатация правого атриовентрикулярного отверстия (10,8%), ствола легочной артерии (75,8%), синусов Вальсальвы (47,9%) и неправильное распределение хорд передней митральной створки (60,0%), наблюдались при ПМК достоверно чаще, чем в контроле (7,0; 2,0; 3,0; 2,0% соответственно).

Характеристика и число малых аномалий развития сердца при верифицированном пролапсе митрального клапана [n (%)]

Вариант малой аномалии	Контроль	ПМК А/К	ПМК НСТД	ПМК ДСТД	p	
	n=200	n=140	n=340	n=65		
Увеличение Евстахиевой заслонки	10 (5,0)	17 (12,1)	146 (41,2)	16 (26,1)	$p_{1-2}>0,05$ $p_{2-3}<0,05$	$p_{1-3}<0,05$ $p_{3-4}>0,05$
Открытое овальное окно	8 (4,0)	4 (4,2)	46 (45,2)	21 (32,3)	$p_{1-2}>0,05$ $p_{2-3}<0,05$	$p_{1-3}<0,05$ $p_{3-4}>0,05$
Пролабирующие гребенчатые мышцы правого предсердия	10 (5,0)	10 (7,1)	153 (45,0)	42 (64,6)	$p_{1-2}>0,05$ $p_{2-3}<0,05$	$p_{1-3}<0,05$ $p_{3-4}>0,05$
Смещение септальной створки трехстворчатого клапана в полость правого желудочка в пределах 7 мм	24 (12,0)	60 (42,8)	126 (37,0)	19 (29,2)	$p_{1-2}>0,05$ $p_{2-3}<0,05$	$p_{1-3}<0,05$ $p_{3-4}>0,05$
Дилатация правого атриовентрикулярного отверстия	14 (7,0)	32 (22,8)	37 (10,8)	7 (10,7)	$p_{1-2}>0,05$ $p_{2-3}<0,05$	$p_{1-3}<0,05$ $p_{3-4}>0,05$
Дилатация ствола легочной артерии	4 (2,0)	48 (34,2)	258 (75,8)	20 (30,7)	$p_{1-2}>0,05$ $p_{2-3}<0,05$	$p_{1-3}<0,05$ $p_{3-4}>0,05$
Дилатация аорты на уровне синусов Вальсальвы	6 (3,0)	21 (17,1)	163 (47,9)	27 (41,5)	$p_{1-2}>0,05$ $p_{2-3}<0,05$	$p_{1-3}<0,05$ $p_{3-4}>0,05$
Диагональная трабекула в левом желудочке	8 (4,0)	25 (17,8)	99 (29,1)	14 (21,5)	$p_{1-2}>0,05$ $p_{2-3}<0,05$	$p_{1-3}<0,05$ $p_{3-4}>0,05$
Дилатация коронарного синуса	4 (2,0)	11 (7,8)	190 (55,8)	45 (69,2)	$p_{1-2}>0,05$ $p_{2-3}<0,05$	$p_{1-3}<0,05$ $p_{3-4}>0,05$
Эктопическое крепление хорд передней створки митрального клапана	4 (2,0)	17 (12,1)	180 (52,9)	6 (9,2)	$p_{1-2}>0,05$ $p_{2-3}<0,05$	$p_{1-3}<0,05$ $p_{3-4}>0,05$
Неправильное распределение хорд передней створки митрального клапана	4 (2,0)	27 (19,2)	204 (60,0)	26 (40,0)	$p_{1-2}>0,05$ $p_{2-3}<0,05$	$p_{1-3}<0,05$ $p_{3-4}>0,05$

Заключение

Большинство из перечисленных микроаномалий имеют отношение к соединительнотканым структурам сердца. Одни малые аномалии, например, нарушенное распределение хорд, могут иметь непосредственное отношение к синдрому ПМК, являясь причинным фактором. Другие аномалии, например, дилатация магистральных сосудов, коронарного синуса и др., отражают неполноценность соединительнотканых структур.

Особое значение имеют аномально крепящиеся сухожильные хорды подклапанного аппарата. Ряд авторов считают их причиной пролапса митрального клапана [6].

Литература

1. Абдуллаев Р.Я., Соболев Ю.С., Шиллер Н.Б. Современная эхокардиография. Харьков: Фортуна - Пресс, 1998. 248 с.
2. Белозеров Ю.М., Болбиков В.В. Ультразвуковая семиотика и диагностика в кардиологии детского возраста. М.: МЕДпресс, 2001. 176 с.
3. Перетолчина Т. Ф. Пролапс митрального клапана и аномальные хорды как проявление синдрома дисплазии соединительной ткани сердца. Екатеринбург, 2000. 72 с.
4. Ben Zekry S. Nagueh S.F., Little S.H. Comparative accuracy of two- and three-dimensional transthoracic and transesophageal echocardiography in identifying mitral valve pathology in patients undergoing mitral valve repair: initial observations // J. Am. Soc. Echocardiogr. 2011. N.24 (10). P. 1079-1085.
5. Douglas PS, Khandheria B, Stainback RF et al. // J. Am. Soc. Echocardiogr. 2007. Vol.20(7). P. 787-805.

6. Boon R, Hazekamp M, Hoohenkerk G, et al. Artificial chordae for pediatric mitral and tricuspid valve repair // Eur. J. Cardiothorac Surg. 2007. Vol.32(1). P. 143-148.

References

1. Abdullaev R.Ya., Sobol Yu.S., Shiller N.B. Sovremennaya ehokardiografiya. Harkov: Fortuna - Press, 1998. 248 s.
2. Belozеров Yu.M., Bolbikov V.V. Ultrazvu-kovaya semiotika i diagnostika v kardiologii detskogo vozrasta. M.: MEDpress, 2001. 176 s.
3. Peretochina T. F. Prolaps mitralnogo klapana i anomalnye hordy kak proyavlenie sindroma displazii soedinitelnoy tkani serdtsa. Ekaterinburg, 2000. 72 s.
4. Ben Zekry S. Nagueh S.F., Little S.H. Comparative accuracy of two- and three-dimensional transthoracic and transesophageal echocardiography in identifying mitral valve pathology in patients undergoing mitral valve repair: initial observations // J. Am. Soc. Echocardiogr. 2011. N.24 (10). P. 1079-1085.
5. Douglas PS, Khandheria B, Stainback RF et al. // J. Am. Soc. Echocardiogr. 2007. Vol. 20(7). P. 787-805.
6. Boon R, Hazekamp M, Hoohenkerk G, et al. Artificial chordae for pediatric mitral and tricuspid valve repair // Eur. J. Cardiothorac Surg. 2007. Vol. 32(1). P. 143-148.

Сведения о соавторах:

Белозеров Юрий Михайлович – доктор медицинских наук, профессор Московского НИИ педиатрии и детской хирургии. Тел. 8 (926) 638 16 88.

Османов Исмаил Магомедович – доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора Московского НИИ педиатрии и детской хирургии. Тел. 8 (925) 507 35 69.

УДК 340.6:616-001.4-07

Рентгеноспектральный флуоресцентный анализ при судебно-медицинской экспертизе рубленых повреждений

М.Т. Исмаилов

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, кафедра судебной медицины, Махачкала

Резюме

В статье описан эффективный метод определения элементного состава травмирующего предмета, которым является рентгеноспектральный флуоресцентный анализ (РСФА). Исследование проводилось на рентгено-флуоресцентном кристалл-дифракционном спектрометре. Полученные результаты дают основание для вывода, что с помощью РСФА можно устанавливать последовательность образования нескольких рубленых повреждений, причем для этого должны быть выбраны участки из однотипных фрагментов сравниваемых рубленых ран. Данные выводы могут быть сделаны только в случае, если сравниваются топографически одинаковые участки кожи разных рубленых ран.

Ключевые слова: рубленые раны, рентгеноспектральный флуоресцентный анализ.

Roentgenospectral fluorescent analysis in forensic medicine of chopped wounds

M.T. Ismailov

Dagestan State Medical Academy, Makhachkala

Summary

An effective method of determination the element composition of traumatizing objects is X-ray spectral-fluorescent analysis (RSFA). Our research was performed by X-ray fluorescent crystal-diffractive spectrometer "Spectroscope-U". Obtained results show that by RSFA we can determine sequence of development some chopped injuries, for it must be chosen fragments, comparing chopped wounds of the same type. These conclusions may be done only in case of comparing topographically equal skin surfaces of different chopped wounds.

Key words: chopped wounds, X-ray spectral-fluorescent analysis.

Введение

Одной из задач судебно-медицинской экспертизы повреждений является установление свойств причинившего их предмета. Это в полной мере касается рубленых повреждений.

Эффективным методом определения элементного состава травмирующего предмета является рентгеноспектральный флуоресцентный анализ – РСФА [5, 8-11].

Цель исследования: рентгеноспектральный флуоресцентный анализ рубленых повреждений.

Материал и методы

Наши исследования проводились в рамках эксперимента. Объектом исследования были фрагменты кожи спины биоманекена. Повреждения наносились тремя разными топорами: топором отечественного производства, длительное время бывшим в эксплуатации (№ 1); топором туристическим новым (№ 2); топором зарубежного производства с незначительным сроком эксплуатации (№ 3).

Исследования проводились на рентгено-флуоресцентном кристалл-дифракционном спектрометре «Спектроскан-У» (Россия).

В данном приборе используется рентгеновская трубка с высоковольтным источником питания. Под действием электрического поля разгоняемые разностью потенциалов между катодом и анодом электроны устремляются внутрь рентгеновской трубки к аноду и фокусируются в определенной точке. Выходное окно рентгеновской трубки представляет собой пластинку из тонкого бериллия, пронцаемого для рентгеновского излучения, на внутренней стороне пластинки напылён металл анода толщиной несколько микрон. Носик рентгеновской трубки проходит через отверстие в днище аппарата и помещается в непосредственной близости от поверхности исследуемого образца, размещенного в пробозагрузочном устройстве. Электроны, попав в материал анода, возбуждают атомы этого материала, которые в свою очередь, в результате электронных переходов испускают кванты рентгеновского излучения, которое, пройдя сквозь окно трубки, воздействует на зону поверхности образца, диаметром около 10 мм. Глубина проникновения излучения в толщу образца для биологических объектов, тканых материалов и картона - около 0,5 мм. С этого слоя и снимается информация, остальной объем объекта в анализе не участвует.

Для корреспонденции:

Исмаилов Магомед Таймасханович – ассистент кафедры судебной медицины ГБОУ ВПО «ДГМА» Минздравсоцразвития России. Тел. 8 (8722) 681 264. E-mail: magomed.ismailov.1964@mail.ru. Статья поступила 09.02.2012 г., принята к печати 13.03.2012 г.

Под рентгеновским излучением зона образца начинает флуоресцировать в рентгеновском диапазоне. Спектральный состав вторичного излучения отражает элементный состав анализируемого образца. Атомы каждого химического элемента имеют свои, характерные только для него, спектральные линии [1, 3, 4, 7, 12].

С поверхности образца рентгенофлуоресцентное излучение через щелевое устройство попадает на фокусирующий кристалл - анализатор, который, находясь под определенным углом, отражает излучение с определенной длиной волны. Отраженный монохроматизированный пучок через приемную щель попадает в окно пропорционального детектора, где происходит регистрация падающих рентгеновских квантов и преобразование полученного рентгеновского потока в электрический сигнал.

Полученное рентгено-флуоресцентное излучение раскладывается в спектр, характеристические линии элементов идентифицируются, автоматически измеряются их интенсивности.

Так как процесс генерации флуоресцентного рентгеновского излучения по своей природе статистический, то число рентгеновских импульсов (N), излучаемых исследуемой областью и регистрируемых детектором, является случайным во времени, но имеет фиксированное среднее значение. Результаты счёта для каждого измерения лежат на характеристической кривой Гаусова распределения.

Точность измерений (ΔN), определяемая разбросом полученных данных, взятых за определённое время экспозиции, вычисляется по формуле:

$$\Delta \bar{m} = \frac{\sigma}{\bar{m}} \times 100\%, \text{ где} \quad (1)$$

\bar{m} - среднее значение нескольких измерений числа импульсов в исследуемой зоне объекта за время экспозиции;

σ - среднее квадратичное отклонение (0,3%):

$$\sigma = \sqrt{m} \quad (2)$$

При проведении спектрального анализа необходимо знать чувствительность анализа (ΔC), то есть способность различать две почти близкие концентрации элемента (C и C'):

$$\Delta C = C - C' \quad (3)$$

Критерием присутствия в исследуемой зоне выбранного химического элемента (гарантией его обнаружения) является выполнение равенства:

$$\bar{m} = \bar{m}_\phi + 3\sqrt{\bar{m}}, \text{ где} \quad (4)$$

\bar{m}_ϕ - среднее значение интенсивности фонового излучения.

Концентрация химического элемента в исследуемой зоне объекта пропорционально связана с интенсивностью флуоресцентного излучения с этой зоны:

$$\Delta C = \frac{\bar{m} - \bar{m}_\kappa}{\Delta m_\kappa} \times C_\kappa, \text{ где} \quad (5)$$

\bar{m}_κ - среднее значение нескольких измерений числа импульсов в контрольной зоне объекта за время экспозиции;

C_κ - известная концентрация эталонного образца.

Результаты измерений рентгеноспектрального флуоресцентного анализа для исследуемой и контрольной зон объекта обрабатываются с использованием формулы:

$$C_{Эл} = \frac{\bar{m}_n - \bar{m}_\phi}{\bar{m}_\phi} \times 100\%, \text{ где} \quad (6)$$

$C_{Эл}$ - относительное количество (в %) привнесения химического элемента в зону исследования.

Привнесение искомого химического элемента в исследованной зоне объекта имеет место, если:

$$\overline{\Delta m} \geq 3\sqrt{\bar{m}_\phi} \quad (7)$$

С учётом аппаратной погрешности прибора «Спектроскан-У» (до 5%) и возможного эмпирического разброса результатов отдельного опыта (до 4%) полученный результат следует трактовать как положительный, если $C_{Эл} \geq 9\%$.

Спектрометр «Спектроскан-У» позволяет определять наличие химических элементов при минимальной их концентрации 0,002%, открывает возможность исследовать химические элементы от Са до У [3, 4].

РСФА проводили по следующей схеме:

1) объект исследования - кожный лоскут, размерами 10x10 см, с повреждением иссекался от тела биоманекена, равномерно по всей площади освобождался от подкожно-жировой клетчатки, подсушивался на воздухе при комнатной температуре и помещался на лист картона с маркировкой;

2) исследуемый объект помещался в пробозагрузочное устройство прибора и закрывался диафрагмой с прямоугольным отверстием 10x25 мм, в котором располагалась исследуемая зона объекта;

3) для определения уровня фонового излучения первоначально исследовали контрольную зону, выбранную на объекте и расположенную в 1 см от повреждения, затем отдельно исследовали повреждение от лезвия и носка (пятки) рубленной раны;

4) измерения проводили трёхкратно, после измерений выполняли сравнительный ана-

лиз фоновой интенсивности излучения для каждого исследуемого элемента с интенсивностью характеристического излучения исследуемого элемента в зоне повреждения.

Измерения по длинам волн проводили дискретно в автоматическом режиме с записью интенсивности излучения в каждый момент сканирования и с одновременным графическим отображением на мониторе компьютера.

В программном обеспечении анализа задавался следующий режим измерений:

- напряжение на рентгеновской трубке - 40 кВ;
- ток анода - 100 мА;
- шаг сканирования – 1 мА;
- время экспозиции – 15 с;
- порядок отражения - 1;
- диапазон длин волн - задаётся ± 10 мА от справочного значения длины волны аналитической линии исследуемых химических элементов.

Выполняя измерения по заданному режиму, аппарат приводит кристалл-анализатор в положение отражения минимальной длины волны из установленного диапазона, затем измеряет интенсивность в этом положении в течение заданного времени экспозиции, после чего перемещает кристалл на угол, соответствующий одному шагу по шкале длин волн, и проводит следующее измерение. В результате на экране компьютера появляется рисунок снятого спектра в виде графика, где по оси абсцисс обозначена шкала длин волн, а по оси ординат интенсивность излучения.

Полученные в ходе исследования цифровые показатели группировали в таблицы, строили графики качественного и относительного количественного содержания химических элементов в зонах повреждений.

Статистическую обработку полученных цифровых показателей проводили с использованием методик, рекомендуемых для проведения медико-биологических исследований [2, 6].

Вычисляли первичные статистические показатели: средние арифметические значения, средние квадратичные отклонения и стандартные ошибки. Статистическая обработка числовых показателей экспериментальных исследований и графическое оформление данных осуществлялись с использо-

ванием пакета прикладной статистической программы «BioStat».

Результаты исследования

Результаты измерений с помощью РСФА приведены в таблицах 1-3.

Превышение «количества» металлов в краях и концах рубленых ран (в %) показано в таблицах 4, 5, 6.

Как следует из таблиц 1 и 4, установлено превышение количества Fe и Cu в краях и концах всех рубленых ран, образованных топором №1, сопоставлением с контрольными показателями более, чем на 11%, что позволяет утверждать, что в краях рубленых ран присутствуют Fe и Cu, которые являются основными металлами, входящими в состав сплава топора №1. Достоверного превышения количества Mn, Zn и Cr не установлено.

Кроме того, отчетливо видно, что относительное количество Fe и Cu в участках рубленой раны, образовавшихся от действия клинка топора, меньше, чем в зоне действия носка (пятки) клинка топора. Большее количество металлов в зоне действия носка (пятки) можно объяснить более грубым разрывным действием этой части топора в отличие от менее грубого рассекающего воздействия лезвия клинка топора. Отложение большего количества основных металлов сплава топора № 1 в зоне действия носка (пятки) может рассматриваться как дополнительный признак воздействия этой части клинка топора.

Замечено также, что при каждом последующем ударе как в зоне действия лезвия, так и в зоне действия носка (пятки) откладывается меньшее количество металлов. Так, при первом-втором-третьем ударах происходило снижение относительного количества Fe в зоне действия лезвия соответственно с 17,1% до 11,2%, носка (пятки) - с 23,2% до 12,2%, а Cu в зоне лезвия – с 66,0% до 53,3%, а носка (пятки) - с 90,9% до 57,6%.

Во всех опытах наибольшее привнесение металлов было отмечено при первом ударе (Fe 17,1 % и 23,2%; Cu 66,0% и 90,9%), а наименьшее – при последнем ударе (Fe 11,2 % и 12,2%; Cu 53,3% и 57,6%).

Таблица 1

Средняя интенсивность флуоресцентного излучения (имп/с) материалов в краях и концах рубленых ран кожи при трех последовательных ударах топором № 1

Металлы	Контроль	I удар		II удар		III удар	
		лезвие	носок	лезвие	носок	лезвие	носок
Fe	607	711	748	693	709	675	681
Cu	2536	41221	4842	4009	4694	3888	3997
Mn	91	94	93	96	89	92	96
Zn	951	1001	988	1004	973	1012	1008
Cr	57	58	59	62	60	59	61

Таблица 2

Средняя интенсивность флуоресцентного излучения (имп/с) материалов в краях и концах рубленых ран кожи при трех последовательных ударах топором № 2

Металлы	Контроль	I удар		II удар		III удар	
		лезвие	носок	лезвие	носок	лезвие	носок
Fe	621	723	755	701	709	699	693
Cu	2198	2278	2301	2284	2370	2312	2393
Mn	62	76	79	71	78	69	72
Zn	849	954	981	942	969	937	944
Cr	55	58	59	56	57	56	58

Таблица 3

Средняя интенсивность флуоресцентного излучения (имп/с) материалов в краях и концах рубленых ран кожи при трех последовательных ударах топором № 3

Металлы	Контроль	I удар		II удар		III удар	
		лезвие	носок	лезвие	носок	лезвие	носок
Fe	619	766	793	743	769	708	731
Cu	2723	2812	2754	2814	2828	299	2807
Mn	91	98	93	96	99	99	95
Zn	989	1010	1008	1003	1013	1019	994
Cr	57	78	82	70	76	68	72

Таблица 4

Уровень привнесения металлов в краях и концах рубленых ран кожи, образованных тремя последовательными ударами топором № 1 (в %)

Металлы	I удар		II удар		III удар	
	лезвие	носок	лезвие	носок	лезвие	носок
Fe	17,1	23,2	14,2	16,8	11,2	12,2
Cu	66,0	90,9	58,1	85,1	53,3	57,6
Mn	3,3	2,2	5,5	-2,2	1,1	5,5
Zn	5,6	5,9	5,6	2,3	6,4	6,0
Cr	1,8	3,5	8,8	5,3	3,5	7,0

Таблица 5

Уровень привнесения металлов в краях и концах рубленых ран кожи, образованных тремя последовательными ударами топором № 2 (в %)

Металлы	I удар		II удар		III удар	
	лезвие	носок	лезвие	носок	лезвие	носок
Fe	16,4	21,6	12,9	14,2	12,6	11,6
Cu	3,6	8,8	3,9	7,8	5,2	8,9
Mn	22,5	27,4	14,5	25,8	11,3	16,1
Zn	12,4	15,5	11,0	14,1	10,4	11,2
Cr	5,4	7,7	1,8	3,6	1,8	5,4

Таблица 6

Уровень привнесения металлов в краях и концах рубленых ран кожи, образованных тремя последовательными ударами топором № 3 (в %)

Металлы	I удар		II удар		III удар	
	лезвие	носок	лезвие	носок	лезвие	носок
Fe	25,7	28,1	20,0	24,2	14,4	18,1
Cu	3,3	1,4	3,3	3,3	3,9	3,1
Mn	7,7	2,2	5,5	8,8	8,8	4,4
Zn	2,1	1,9	1,4	2,4	3,0	0,5
Cr	36,8	43,8	22,8	33,3	19,3	26,3

Изложенное дает основание считать, что РСФА позволяет устанавливать последовательность образования нескольких рубленых повреждений, причем для этого должны быть выбраны участки из однотипных (одноименных) фрагментов сравниваемых рубленых ран.

Из таблиц 2 и 5 следует, что в краях и концах рубленых ран, образованных топором № 2, выявлено достоверное превышение Fe, Mn и Zn в сравнении с контрольными участками. Эти данные показывают, что в состав сплава топора № 2 входят Fe, Mn и Zn. Достоверного превышения Cu

и Cr в краях и концах ран, образованных топором № 2, в сравнении с контрольными участками, не получено.

Отмечено достоверное превышение Fe, Mn и Zn в участках рубленых ран, образованных лезвием клинка топора № 2, в сравнении с участками этих ран, образованных носком (пяткой) клинка топора. Отложение большего количества Fe, Mn и Zn - дополнительное подтверждение воздействия именно этой части топора.

Совершенно отчетливо видно, что при каждом последующем ударе, как в зоне действия лезвия, так и в зоне действия носка (пятки) клинка топора, снижается относительное количество привнесенных металлов. Так, при первом, втором и третьем ударах лезвием топора № 2 происходило снижение Fe - с 16,4% до 12,6%, Mn - с 22,5% до 11,3%, а Zn - с 12,4% до 10,4%, соответственно в зоне действия носка (пятки) клинка топора показатели были следующими: Fe - с 21,6% до 11,6%, Mn - с 27,4% до 16,1%, а Zn - с 15,5% до 11,2%.

Во всех опытах наибольшее привнесение металлов наблюдали при первом ударе лезвием или носком: Fe - 11,6% и 21,6%. Соответственно при воздействии лезвия или носка (пятки), Mn - 22,5% и 27,4%, Zn - 12,4% и 15,5%. Наименьшее привнесение металлов сплава топора № 2 было при третьем ударе лезвием или носком (пяткой): соответственно Fe - 12,6% и 11,6%, Mn - 11,3% и 16,1%, Zn - 10,4% и 11,2%.

Таким образом, при нескольких рубленых ранах РСФА позволяет определить последовательность их образования. Данный вывод может быть сделан только в том случае, если сравниваются топографически однотипные участки рубленых ран.

Из таблиц 3 и 6 следует, что в краях и концах рубленых ран, причиненных топором № 3, выявлено достоверное превышение Fe и Cr в сравнении с контролем, что отражает состав основных металлов, входящих в сплав топора № 3. Достоверного превышения Cu, Mn и Zn в краях и концах рубленых ран, причиненных топором № 3, в сравнении с контролем, не установлено.

Выявлено достоверное превышение Fe и Cr в краях, образованных лезвием клинка топора № 3, по сравнению с участками рубленых ран, образованных носком (пяткой) клинка топора № 3. Этот факт позволяет использовать результаты РСФА для дифференцирования участков рубленой раны, образованных лезвием и носком (пяткой) клинка топора.

Результаты РСФА показали, что при каждом последующем ударе топором № 3 количество привнесенных металлов в краях и концах рубленых ран последовательно снижается. Так, при первом-втором-третьем ударах лезвием топора показатели Fe соответственно в зоне лезвия составили 25,7%, 20,0% и 14,4%, а в зоне носка (пятки) - 28,1%, 24,2% и 18,1%; Cr в зоне лезвия - 36,8%, 22,8% и 19,3%, а в зоне действия носка (пятки) - 43,8%, 33,3% и 26,3%.

Как и в предыдущих опытах, наибольшее отложение металлов отмечено при первых ударах (Fe: лезвие - 25,7%, носок (пятка) - 28,1%; Cr: лезвие - 36,8%, носок (пятка) - 43,8%). Наименьшее привнесение Fe и Cr имеет место при третьем ударе (Fe: лезвие - 14,4%, носок (пятка) - 14,4%; Cr: лезвие - 19,3%, носок (пятка) - 26,3%).

Заключение

При исследовании рубленых ран РСФА позволяет:

- устанавливать основные металлы, входящие в сплав клинка топора;
- иметь дополнительный признак для дифференцирования действия лезвия или носка (пятки) клинка топора;
- определять последовательность образования нескольких рубленых ран;
- устанавливать последовательность образования нескольких рубленых повреждений, образованных одним топором.

Для соблюдения методической корректности сравнения следует выбирать топографически одинаковые участки разных рубленых ран.

Литература

1. Бахтияров А.В. Рентгено-флуоресцентный анализ - универсальный метод экспертных исследований // Материалы совещания семинара экспертов и специалистов по рентгеноспектральным методам исследования. СПб., 1998. С.17-19.
2. Боровиков В.П., Боровиков И.П. Statistica - Статистический анализ и обработка данных в системе Windows. М., 1998. 118 с.
3. Жижин И.П. Спектрометры серии «Спектроскан» // Материалы совещания - семинара экспертов и специалистов по рентгеноспектральным методам исследования. СПб., 1998. С.28-34.
4. Крекнин Ю.С. Методическое обеспечение рентгеноспектрального анализа на спектрометрах «Спектроскан» // Материалы совещания - семинара экспертов и специалистов по рентгеноспектральным методам исследования. СПб., 1998. С.34-40.
5. Олейник В.Н., Попов В.Л. Использование метода рентгеноспектрального флуоресцентного анализа (РСФА) при проведении медико-криминалистических судебно-химических экспертиз // Перспективы развития и совершенствования судебно-медицинской службы Российской Федерации: Материалы V Всероссийского съезда судебных медиков. М., Астрахань, 2000. С. 292-293.
6. Урбах В.Ю. Статистический анализ в биологических и медицинских исследованиях. М., 1975. -89с.
7. Dimakis N., Bunker G. Chemical transferability of single and multiplescattering EXAFS Delye-Waller factors // Y. of Synchrotron Radiation. 2001. Vol.8, №2. P.297-306.
8. Oleynik V., Popov.V. X-Ray Fluorescent Spectrometry in Electric Trauma Examination. 4th Congress BMLA.Tartu. 2001. P.21.
9. Oleynik V., Popov.V. X-Ray Fluorescent Spectrometry in Forensic Medical Examination // Medicina forensic. 1997. Vol.1., P.27-32.
10. Oleynik V., Popov.V. X-Ray Fluorescent Spectrometry in Forensic Medical Examination // Associations of For. Los Angeles, USA. 1999. P.187-188.

11. Oleynik V., Popov.V. X-Ray Fluorescent Spectrometry in Forensic Medical Examination of gunshot Wounds // 4th Congress BMLA, Tartu. – 2001. –P.11.
12. Todd A.C., Moshier E.L., Carroll S., Casteel S.W. Validation of x-ray fluorescence-measured swine femur lead against atomic absorption spectrometry // Environmental Health Perspectives. -2001. Vol. 109, № 11 – P.1115-1124.

References

1. Bahtiyarov A.V. Rentgenofluorescentnye analiz - universalnyie metod èkspertnyh issledovani // Materialy soveshhaniya seminarà ekspertov i specialistov po rentgenospektral'nyim metodam issledovaniya. SPb. 1998. S.17-19.
2. Borovikov V.P., Borovikov I.P. Statistika – Statisticheskiy analiz i obrabotka dannyh v sisteme Win-dows. M., 1998. 118 s.
3. Zhizhin I.P. Spektrometry serii «Spek-troskan» // Materialy soveshhaniya – seminarà ekspertov i spetsialistov po rentgenospektral'nyim metodam issledovaniya. SPb.,1998.S.28-34.
4. Kreknin Yu.S. Metodicheskoye obespecheniye rentgenospektral'nogo analiza na spektrometrah «Spektroskan» // Materialy soveshhaniya – seminarà ekspertov i specialistov po rentgenospektral'nyim metodam issledovaniya. SPb., 1998. S. 34-40.
5. Olejnik V.N., Popov V.L. Ispol'zovaniye metoda rentgenospektral'nogo fluorescentnogo analiza (RSFA) pri provedenii mediko-kriminalisticheskikh sudebno-himicheskikh ekspertiz // Perspektivy razvitiya i sovershenstvovaniya sudebno-meditsinskoy sluzhby Rossiyskoy Federacii: Materialy V Vserossiyskogo s'ezda sudebnyh medikov. M. Astrahan', 2000. S. 292-293.
6. Urbah V.Yu. Statisticheskiy analiz v biologicheskikh i medicinskih issledovaniyah. M., 1975. 89 s.
7. Dimakis N., Bunker G. Chemical transferability of single and multiplescattering EXAFS Delye-Waller factors // Y. of Synchrotron Radiation. 2001. Vol.8, №2. P.297-306.
8. Oleynik V., Popov.V. X-Ray Fluorescent Spectrometry in Electric Trauma Examination. 4th Congress BMLA.Tartu. 2001. P.21.
9. Oleynik V., Popov.V. X-Ray Fluorescent Spectrometry in Forensic Medical Examination // Medicina forensic. 1997. Vol.1., P.27-32.
10. Oleynik V., Popov.V. X-Ray Fluorescent Spectrometry in Forensic Medical Examination // Associations of For. Los Angeles, USA. 1999. P.187-188.
11. Oleynik V., Popov.V. X-Ray Fluorescent Spectrometry in Forensic Medical Examination of gunshot Wounds // 4th Congress BMLA, Tartu. 2001. P.11.
12. Todd A.C., Moshier E.L., Carroll S., Casteel S.W. Validation of X-Ray fluorescence-measured swine femur lead against atomic absorption spectrometry // Environmental Health Perspectives. 2001. Vol. 109, N1.P.1115-1124.



Фиброскан

367008, Республика Дагестан,
г. Махачкала, ул. Мичурина 64,
тел/факс (8722) 78-02-19,
т: 8 928 046 81 08
e-mail: hepar-sul-dag@mail.ru

**Медицинский центр
«ГЕПАР»**

Посетив один раз МЦ «ГЕПАР», в дальнейшем
можете не беспокоиться о своем здоровье!

УДК 616.155.1:616.24-002.5

Активация туберкулеза легких при применении антицитокиновой терапии**Э.М. Эседов, Ф.Д. Ахмедова, Ж.Ш. Умаханова, А.С. Абасова, В.Р. Мурадова**

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, кафедра госпитальной терапии № 3 с курсом клинической иммунологии и аллергологии, Махачкала

Резюме

Представлен клинический случай проявления побочного действия инфликсимаба - ингибитора фактора некроза опухоли альфа (ФНО-α) у пациента с болезнью Бехчета. Возникновение диссеминированного туберкулеза легких было вызвано атипичными кислотоустойчивыми микобактериями и ошибочно трактовалось как системное проявление основного заболевания. Приведены данные литературы о безопасности ингибиторов ФНО-α в ревматологической практике.

Ключевые слова: болезнь Бехчета, ингибиторы ФНО-α, лечение, безопасность, риск побочных действий, туберкулез легких.

Activation of pulmonary tuberculosis in the application of anticytokine therapy**E.V. Esedov, F.D. Akhmedova, Zh.Sh. Umachanova, A.S. Abasova, V.R. Muradova**

Dagestan state medical academy, Makhachkala

Summary

A clinical case of tumor necrosis factor α (TNF- α) blockers infliximab side effect in a patient with Behcet disease is presented. Disseminated pulmonary tuberculosis was caused by atypical acid-fast micobacilli and was mistakenly treated as a system manifestation of the underlying disease. The data on the safety of TNF-α blockers in the rheumatologic practice are given.

Key words: Behcet disease, blockers of TNF-α, treatment, safety, risk of side effect, lung tuberculosis.

Введение

В последнее время в лечении заболеваний с иммуновоспалительным генезом стали широко применять антицитокиновые препараты, такие как инфликсимаб, этанерцепт и адалимумаб. Назначение этих препаратов в качестве патогенетической терапии основано на угнетении активности главных провоспалительных цитокинов - ФНО-α и интерлейкина-1 [5, 6].

Одним из первых в России был зарегистрирован инфликсимаб – ингибитор фактора некроза опухоли альфа (ФНО-α), который подавляет патологические эффекты ФНО-α посредством специфического связывания и нейтрализации свободного и трансмембранного ФНО-α, а также лизиса ФНО-продуцирующих клеток путем фиксации комплемента или за счет антителозависимой цитотоксичности [8, 9]. Однако, несмотря на высокую эффективность антицитокиновой терапии [1, 3, 10], дальнейшие исследования показали, что ее применение сопровождается риском возникновения нежелательных реакций, в частности, развития инфекций, включая сепсис и туберкулез, злокачественных заболеваний и гематологических осложнений [7, 11]. В связи с этим, применяя их в клинической практике, необходимо использовать все меры предосторожности.

Относительный риск развития туберкулеза у**Для корреспонденции:**

Эседов Эсед Мутагирович – доктор медицинских наук, профессор заведующий кафедрой госпитальной терапии № 3 ГБОУ ВПО «ДГМА» Минздравсоцразвития России.

Тел.: 8 (928) 591 62 34.

Статья поступила 15.01.2012 г., принята к печати 19.03.2012 г.

больных, леченных инфликсимабом, значительно выше, чем при лечении другими ингибиторами ФНО-α [2], причем заболевание может развиться уже после второй инфузии. Необходимо отметить, что этот риск увеличивается при применении кортикостероидов. Имеются также сообщения об утрате положительного эффекта у части пациентов к 3 месяцу лечения, развитию парадоксально эффекта, в том числе с яркими системными проявлениями, включая экссудативный плеврит, перикардит, фебрильную лихорадку [4]. После того, как во всем мире были усилены меры предосторожности при назначении препарата (в частности, всем больным проводится проба Манту), частота возникновения туберкулеза на фоне терапии инфликсимабом резко сократилась.

Учитывая недостаточную осведомленность о высоком риске побочных действий препаратов, ингибирующих ФНО-α, нелишне напомнить врачам общей практики и фтизиатрам о возможных осложнениях антицитокиновой терапии. В процессе лечения ингибиторами ФНО-α соответствующая настороженность должна сохраняться постоянно, т.к. на фоне их назначения, а также и после их отмены, возможно не только обострение латентного процесса, но и развитие новых случаев туберкулеза. Представляем клинический пример, иллюстрирующий возникшее на фоне лечения инфликсимабом туберкулезное поражение легких.

Больной И. М., 22 лет, поступил в отделение пульмонологии республиканской клинической больницы Дагестана в феврале 2010 г. с жалобами на сухой кашель, боль в горле при глотании,

потерю аппетита, общую слабость, тошноту и рвоту, повышение температуры до 38-39° С, одышку при небольшой физической нагрузке.

Из анамнеза: с 2003 года (с 15-летнего возраста) страдает болезнью Бехчета. Заболевание началось с покраснения правого глаза. На фоне проводимого неспецифического лечения симптомы рецидивировали, зрение стало ухудшаться. Через 6 месяцев появились множественные болезненные высыпания на коже мошонки, которые расценили как фурункулы, лечили марганцовыми примочками. Заживление происходило с образованием рубцов. В последующем подобные элементы высыпаний появились на ногах, что было расценено как проявление ревматизма, по поводу чего получал бициллин. Часто рецидивировали также поражения глаз. Обследован в Научно-исследовательском институте глазных болезней им. Гельмгольца в г. Москве, выставлен диагноз генерализованного увеита. Получил лечение дексаметазоном с мезатоном в виде глазных инъекций, наклоф, макситрон. После проведенного курса лечения покраснение глаз прошло, зрение улучшилось. Выписан с рекомендациями продолжить лечение.

В 2005 году появились гнойные элементы на роговице глаз, помутнение хрусталика, зрение резко ухудшилось. При повторном обращении в институт им. Гельмгольца больной был направлен в ГУ «Институт ревматологии» РАМН, где выставлен диагноз: болезнь Бехчета. Проведена пульс-терапия метипредом в дозе 1000 мг, с последующим переводом на таблетки в сочетании с азатиоприном 200 мг/сут. На этом фоне отмечалась значительная прибавка в весе до 100 кг (до болезни весил 65 кг). В связи с развитием полной слепоты, в 2006 г. произведена левсвитэктомия, а в 2007 г. – лазерная капсулотомия, но без эффекта, зрение восстановить не удалось. На прием азатиоприна появилась побочная реакция в виде обильной гнойничковой сыпи на лице и туловище, в связи с чем препарат был отменен. С 2007 г. принимал метипред 8 мг/сут. и сандиммун неорал (циклоспорин А), однако, несмотря на удовлетворительный эффект от проводимой терапии в целом, сохранялись афты в ротовой полости. В сентябре 2009 г. повторно находился на лечении в ГУ «Институт ревматологии» РАМН, диагноз болезни Бехчета (включая генерализованный увеит, афтозный стоматит, узловатую эритему, псевдопустулез кожи и атрофию зрительного нерва) подтвержден. Доза метипреда увеличена до 16 мг/сут., вновь назначен циклоспорин А в дозе 200 мг/сут. В связи с недостаточным эффектом проведено лечение ремикейдом (инфликсимабом) в дозе 200 мг на одну инфузию, 2 раза (0-я и 2-я неделя), с положительным эффектом. Выписан с рекомендациями продолжить дальнейшее лечение ремикейдом по схеме (6-я неделя и каждые последующие 8 недель) по месту жительства, однако в дальнейшем лечение не проводилось. В январе 2010 г. после незначительного охлаждения внезапно повысилась температура тела до

40° С, появились сухой кашель и одышка, которая стала нарастать, похудел до 60 кг. Проводимое по поводу предполагаемого острого бронхита лечение антибиотиками, отхаркивающими препаратами и настоями лекарственных трав дало некоторый эффект, но при отмене антибиотиков вновь отмечался кашель, сохранялась лихорадка гектического типа и одышка. При рентгенологическом исследовании легких выявлено двустороннее усиление легочного рисунка; справа в нижней доле на фоне интенсивного затемнения отмечалось неправильно-округлой формы образование, сливающееся с корнем правого легкого. С диагнозом «правосторонняя плевропневмония» больной был направлен на стационарное лечение в пульмонологическое отделение РКБ.

В анамнезе имелся длительный контакт в семье с туберкулезным больным (дедом).

При объективном исследовании и при анализе результатов лабораторно-инструментального исследования направительный диагноз банальной пневмонии вызывал сомнение в связи с наличием тяжелого интоксикационного синдрома и выраженных интерстициальных изменений в виде синдрома легочной диссеминации с исходом в легочный фиброз. В общем анализе крови: гемоглобин 96 г/л, эритроциты $3,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $6,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 3%, сегментоядерные 69%, лимфоциты 26%, моноциты 2%, СОЭ 50 мм/час. Биохимия крови: фибриноген «А» 5,7 г/л, сиаловая проба 317 ед., креатинин 80 мкмоль/л, билирубин 20,7 мкмоль/л, тимоловая проба 11,4 ед., АЛТ 0,43 мккат/ч·л, АСТ 0,21 мккат/ч·л, мочевины 4,6 ммоль/л, сахар 5,1 ммоль/л. На ЭКГ – синусовая тахикардия, неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Общий анализ мокроты и на ВК не производился из-за отсутствия мокроты. На КТ легких от 2 февраля 2010 г.: с обеих сторон определяются диффузные изменения в виде мелких мноморфных центрилобулярных очагов с признаками фиброза. Справа в проекции S₆ просматривается зона альвеолярной инфильтрации с видимыми просветами бронхов. В проекции средней доли визуализируется треугольной формы уплотнение, прилежащее основанием к плевре. По реберной поверхности справа определяется жидкость толщиной 38 мм. Прикорневые лимфоузлы справа незначительно увеличены. Заключение: КТ–признаки системного заболевания легких (интерстициальный пневмонит, болезнь Бехчета), правостороннего паракостального плеврита. Консультация фтизиатра: данных за туберкулез легких нет. Выставлен диагноз: болезнь Бехчета с системными проявлениями (интерстициальная пневмония, генерализованный увеит, атрофия зрительного нерва, рецидивирующий афтозный стоматит, псевдопустулез кожи). Медикаментозный кушингоид. Проводилась терапия антибиотиками широкого спектра действия и отхаркивающими препаратами, параллельно с основным лечением, с положительным эффектом. Однако после выписки в течение месяца сохранялась повышенная температура и другие проявления бо-

лезни. В марте 2010 г. по тяжести состояния госпитализирован в отделение общей реанимации той же больницы. При поступлении состояние тяжелое: сохраняется температурная реакция в пределах 38,5-40°C, выраженная одышка в покое, диффузный цианоз. Отмечается дефицит веса: при росте 170 см весит 50 кг. В легких большое количество влажных мелкопузырчатых хрипов на фоне ослабленного дыхания, справа в нижних отделах дыхание не проводится. Печень увеличена на 5-6 см, пальпируется нижний край селезенки.

В связи с отсутствием эффекта от неспецифической терапии больной повторно консультирован фтизиатром, данных за туберкулез не выявлено. Получал неспецифическое лечение антибиотиками широкого спектра действия (меропенем, тиенам), осуществлялась постоянная подача увлажненного кислорода; одновременно с этим дважды получил пульс-терапию кортикостероидами и цитостатиками (750 мг метипреда в течение 3 дней и 200 мг циклофосфана внутривенно) по поводу основного заболевания. С середины марта 2010 г. начала отделяться скудная, вязкая гнойная мокрота. Рентгенологически сохранялся синдром легочной диссеминации и правосторонний плевральный выпот, множественные плевральные спайки. При исследовании мокроты в противотуберкулезном диспансере с окраской по Цилю-Нильсену дважды выявлены кислотоустойчивые микобактерии (КУМ 2+), тогда как в проведенных в стационаре анализах мокроты, без специальной окраски, ВК не обнаружены. Состояние прогрессивно ухудшалось, нарастали острая дыхательная недостаточность, признаки интоксикации, снизился аппетит. Диагностирован правосторонний пиопневмоторакс, вероятно обзанный легочной деструкцией и вскрытию каверны в плевральную полость. Необходимо отметить, что в связи с наличием большого количества спаек, ателектаза легкого, спадения легочной паренхимы не отмечалось. Проведение ПЦР сыворотки крови на ДНК туберкулеза дало положительный результат. 30 марта 2010 г. вновь консультирован доцентом кафедры фтизиатрии ГБОУ ВПО «Даггосмедакадемия», выставлен диагноз: туберкулез легких, рекомендован перевод в туберкулезный стационар для проведения противотуберкулезной терапии. Однако по тяжести состояния перевод осуществить не удалось, так как в связи с нарастающей легочно-сердечной недостаточностью больной находился на аппаратном дыхании, в сопорозном состоянии. Через 2 дня последовал летальный исход.

Анализируя данный случай, можно констатировать позднюю диагностику серьезного осложнения, вызванного терапией инфликсимабом уже после второй инфузии препарата – реактивации туберкулеза легких с дальнейшей диссеминацией и распадом легочной ткани, повлекших за собой пиопневмоторакс, легочно-сердечную недостаточность и смерть больного. Сложность диагностики данного случая заключалась в атипичном

течении туберкулезного поражения легких, обусловленном применением кортикостероидов и цитостатиков, что затушевало основные клинические проявления, привело к отсроченному развитию распада легочной ткани и позднему отделению мокроты. Обнаружение в мокроте при окраске по Цилю-Нильсену кислотоустойчивых палочек не убедило врачей-фтизиатров в наличии туберкулезного процесса, в то время как этот факт требовал продолжения диагностического поиска для идентификации возможного возбудителя. Он включал в себя посев мокроты или смывов из бронхов на среду Ловенштейна и проведение кожного теста с туберкулином атипичных микобактерий, с учетом наибольшей индурации кожи, превышающей 10 мм. Отмечалась недооценка данных анамнеза, а именно длительный контакт в семье с туберкулезным больным. Своевременному диагнозу могла помочь настороженность врачей к возможности развития данного осложнения, риск которого, по данным литературы, повышается при сочетанном применении блокаторов ФНО- α с кортикостероидами, как у нашего больного. Для обеспечения противотуберкулезной безопасности, до назначения антицитокиновых препаратов необходим тщательный сбор анамнеза, постановка пробы Манту и правильная оценка КТ-изменений в легочной ткани в динамике, а в последующем целенаправленный поиск возбудителя в мокроте обычными методами со специальной окраской и методом ПЦР, а также в смыве из бронхов, плевральной жидкости и сыворотке крови с помощью ПЦР. Мы рекомендуем в случаях появления новых симптомов, в частности, развития лихорадки, недомогания, снижения массы тела, выраженного интоксикационного синдрома, эксикоза, «легочных жалоб» – кашля, одышки, а также выявления инфильтративных изменений в легких или, как у нашего больного, рентгенологического синдрома легочной диссеминации, безотлагательное исследование на предмет выявления возбудителя туберкулеза и оппортунистических инфекций. На наш взгляд, в сомнительных случаях, как в приведенной нами истории болезни, а также при невозможности дообследования целесообразно проведение противотуберкулезной терапии *ex juvantibus* в течение 10-15 дней с дальнейшей оценкой эффективности по клиническим и рентгенологическим данным.

Литература

1. Алексеева А.М. Эффективность и безопасность блокатора ФНО- α – инфликсимаба у больных ювенильным ревматоидным артритом: Автореф. дисс. ... канд. мед наук. М., 2008. 19 с.
2. Бзарова Т.М., Алексеева Е.И., Валиева С.И. и соавт. Безопасность применения ингибиторов фактора некроза опухоли α во взрослой и детской ревматологической практике // Вопросы современной педиатрии. 2010. Т. 9, № 1. С. 82-93.
3. Насонов Е.Л. Эффективность и безопасность повторных курсов лечения ритуксимабом тяжелого рефрактерного ювенильного ревматоидного артрита

- // Русский медицинский журнал. 2007. Т. 15, № 26. С. 1958-1963.
4. Никишина И.П., Родионовская С.Р., Шаповаленко А.Н. и соавт. Инфликсимаб в терапии рефрактерных вариантов ювенильного артрита // Вопросы современной педиатрии. 2010. Т. 9, № 1. С. 142-149.
 5. Arend W. P., Dayer J.M. Inhibition of the production and effects of interleukin-1 and tumor necrosis factor α in rheumatoid arthritis // Arthritis Rheum. 1995. Vol.38. P.151-160.
 6. Brenann F.M., Maini R.N., Feldman M. TNF alpha - a pivotal role in rheumatoid arthritis? // Brit. J. Rheumatol. 1992. Vol. 31. P. 293-298.
 7. Braun J., Davis J., Dougados M. et al. First update of the international ASAS consensus statement for the use of anti TNF agents in patients with ankylosing spondylitis // Ann. Rheum. Dis. 2006. Vol. 65. - № 3. P. 316-320.
 8. Elliott M.J., Maini. R.N., Feldmann. M. et al. Treatment of rheumatoid arthritis with chimeric monoclonal antibodies to tumor necrosis factor alpha // Arthritis Rheum. 1993. Vol. 36. P. 1681-1690.
 9. Elliott M.J., Maini R.N., Feldmann M. et al. Randomized double-blind comparison of chimeric monoclonal antibody to tumor necrosis factor α (cA2) versus placebo in rheumatoid arthritis // Lancet. 1994. Vol. 344. P.1105-1110.
 10. Lipsky P.E., Heijde D.M., Clair E .W. et al. Infliximab and methotrexate in the treatment of rheumatoid arthritis // N. Engl. J. Med. 2000. Vol. 343. P. 1594-1602.
 11. Schiff M., van de Putte L.B., Breedveld F.C. et al. Rate of infection in adalimumab rheumatoid arthritis clinical trials // Ann. Rheum. Dis. 2003. Vol. 62. Suppl. 1. P. 184.
 12. tov juvenilnogo artrita // Voprosy sovremennoy pediatrii. 2010. T.9, №1. S. 142-149
 5. Arend W. P., Dayer J.M. Inhibition of the production and effects of interleukin-1 and tumor necrosis factor α in rheumatoid arthritis // Arthritis Rheum. 1995. Vol.38. P.151-160.
 6. Brenann F.M., Maini R.N., Feldman M. TNF alpha - a pivotal role in rheumatoid arthritis? // Brit. J. Rheumatol. 1992. Vol. 31. P. 293-298.
 7. Braun J., Davis J., Dougados M. et al. First up-date of the international ASAS consensus statement for the use of anti TNF agents in patients with ankylosing spondylitis // Ann. Rheum. Dis. 2006. Vol. 65. - № 3. P. 316-320.
 8. Elliott M.J., Maini. R.N., Feldmann. M. et al. Treatment of rheumatoid arthritis with chimeric monoclonal antibodies to tumor necrosis factor alpha // Arthritis Rheum. 1993. Vol. 36. P. 1681-1690.
 9. Elliott M.J., Maini R.N., Feldmann M. et al. Randomized double-blind comparison of chimeric monoclonal antibody to tumor necrosis factor α (cA2) versus placebo in rheumatoid arthritis // Lancet. 1994. Vol. 344. P.1105-1110.
 10. Lipsky P.E., Heijde D.M., Clair E .W. et al. Infliximab and methotrexate in the treatment of rheumatoid arthritis // N. Engl. J. Med. 2000. Vol. 343. P. 1594-1602.
 11. Schiff M., van de Putte L.B., Breedveld F.C. et al. Rate of infection in adalimumab rheumatoid arthritis clinical trials // Ann. Rheum. Dis. 2003. Vol. 62. Suppl. 1. P. 184.

References

1. Alekseeva A.M. Effektivnost' i bezopasnost' bloka-tora FNO- α – infliksimaba u bol'nyh juvenilnym revmatoidnym artritom: Avtoref. dis. ... kand. med nauk. M., 2008. 19 s.
2. Bzarova T.M., Alekseeva E.I., Valieva S.I. i soavt. Bezopasnost' primeneniya ingibitorov faktora nekroza opuholi α vo vzrosloy i detskoj revmatologicheskoy praktike // Voprosy sovremennoy pediatrii. 2010. Т. 9, № 1. S. 82-93.
3. Nasonov E.L. Effektivnost' i bezopasnost' pov-tornyyh kursov lecheniya rituksimabom tyazhelogo refrakternogo juvenilnogo revmatoidnogo artrita // Russkiy medicinskiy zhurnal. 2007. Т. 15, № 26. S. 1958-1963.
4. Nikishina I.P., Rodionovskaya S.R., Shapovalenko A.N. i soavt. Infliksimab v terapii refrakternyyh varian-

Сведения о соавторах:

Ахмедова Фариза Джонридовна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной терапии № 3 ГБОУ ВПО «ДГМА» Минздравсоцразвития России. Тел. 8 (928) 515 68 79.

Умаханова Жанна Шарапутдиновна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной терапии № 3 ГБОУ ВПО «ДГМА» Минздравсоцразвития России. Тел. 8 (988) 291 80 10.

Абасова Альбина Серажутдиновна - кандидат медицинских наук, ассистент кафедры госпитальной терапии № 3 ГБОУ ВПО «ДГМА» Минздравсоцразвития России. Тел. 8 (928) 566 65 44.

Мурадова Валида Рахматулаевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной терапии № 3 ГБОУ ВПО «ДГМА» Минздравсоцразвития России. Тел. 8 (928) 568 20 26.

УДК 378.14:53+54+57+61

Естественнонаучное образование в медицинском вузе и анализ учебных достижений студентов по физике, химии и биологии

М.М. Муталипов, З.А. Хуршилова, А.М. Магомедов,
К.М. Магомедова, М.А. Магомедов, П.А. Гамзатова

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, кафедра биофизики, информатики и медаппаратуры, Махачкала

Резюме

Приведены результаты сравнительного анализа баллов Единого государственного экзамена (ЕГЭ) и данных мониторинга учебных достижений первокурсников медицинского вуза по физике, химии и биологии. Показано, что результаты ЕГЭ, проведенного в Дагестане в 2009 году, не отражают реальных знаний абитуриентов по химии и биологии. Корреляционный анализ учебных достижений студентов по физике, химии и биологии свидетельствует о тесной взаимосвязи знаний по этим предметам.

Ключевые слова: естественные науки, медицина, корреляционный анализ, ЕГЭ, тестовый контроль.

Natural science education in medical school and statistical analysis of educational achievements of students in physics, chemistry and biology

M.M. Mutalipov, Z.A. Hurshilova, A.M. Magomedov,
K.M. Magomedova, M.A. Magomedova, P.A. Gamzatova

Dagestan State Medical Academy, Makhachkala

Summary

The results of comparative analysis of the score USE and data for monitoring academic achievements freshman medical school in physics, chemistry and biology and the results of correlation analysis of the relationships between monitoring data and scores USE are given. It is shown that the results of the USE, conducted in Dagestan in 2009, does not reflect the real knowledge of students in chemistry and biology. Correlation analysis of links between educational achievement of students in physics, chemistry and biology show a close relationship of knowledge on these subjects.

Keywords: natural sciences, medicine, correlation analysis, Unified State Examination, test control.

Введение

Медицина - прикладная область естественнонаучных знаний. Развитие медицинской науки, успехи в области медицинской диагностики и лечения в основном связаны с достижениями в области физики, химии и биологии. Они же заложили фундамент для расцвета других наук естественнонаучного цикла и стремительного развития всей настоящей «технической цивилизации». Как пишет Ю.П. Лисицын: «...В основе своей медицина - естественная наука, она изучает, прежде всего, биологические законы жизнедеятельности людей» [5]. Физика, химия и биология преподаются в медицинских вузах как фундаментальные естественнонаучные дисциплины. Они используют во многом общие понятия, законы, теории, принципы их формирования, а также методы преподавания и учения как в школе, так и в вузе. Изучение физики, химии и биологии способствует формированию у студентов-медиков естественнонаучного

мировоззрения и научного подхода, определяющих методологию теоретической деятельности и стиля клинического мышления врачей. Естественно, что в перечень предметов, по которым проводились вступительные испытания, и учет баллов единых государственных экзаменов (ЕГЭ) для абитуриентов, поступающих в медицинские вузы, включали в разные годы физику, химию и биологию. А в последние годы учитываются баллы ЕГЭ по химии, биологии и русскому языку. Физика же исключена, хотя до середины восьмидесятих годов прошлого столетия вступительный экзамен по ней в медицинские вузы СССР определяли как обязательный, а иногда даже и как профилирующий. Так как изучение физики в школе происходит с широким применением математического аппарата, это означало одновременно учет уровня математической подготовки абитуриентов. Исходя из широко распространяющихся в настоящее время в медицине методов математического моделирования патологических и фармакокинетических процессов, а также принципов доказательной медицины, определенный уровень математической подготовки врачей является залогом их успешной профессиональной деятельности.

Развитие естествознания и медицины с древнейших времен и до настоящих дней свидетель-

Для корреспонденции:

Муталипов Магомед Маламагомедович - кандидат физико-математических наук, доцент кафедры биофизики, информатики и медаппаратуры ГБОУ ВПО «ДГМА» Минздравсоцразвития России.

Тел. 8 (8722) 780 132. E-mail: mutalipov1@mail.ru.

Статья поступила 14.12.2011 г., принята к печати 18.01.2012 г

ствуует о глубоком взаимодействии естественно-научных дисциплин между собой и с медициной, о взаимовлиянии и взаимообогащении наук, способствующих переходу медицины на качественно новый уровень диагностики и лечения заболеваний.

В последние десятилетия в медицинских вузах постоянно сокращается количество часов на преподавание предметов естественнонаучного цикла, особенно физики и химии, а с 2011 года в учебном плане по физике произошло почти двукратное сокращение числа часов. Между тем, учебная программа, предложенная как примерная, не только не сокращена, а даже расширена за счет введения гуманитарных компетентностей. На наш взгляд, это приведет к ухудшению качества учебного процесса студентов и профессиональной подготовки врачей.

В настоящее время ухудшению качества учебного процесса в вузах способствуют и другие причины, благодаря которым недостаточно подготовленные абитуриенты получают возможность быть зачисленными в престижные вузы, в том числе и в медицинские. Главная из них - это наблюдаемое по всей России, и особенно в Дагестане, массовое нарушение правил проведения ЕГЭ в школах. Другая причина, отмечаемая видными учеными педагогическими и методологами России в области педагогических измерений, это низкое качество контрольно-измерительных материалов (КИМ) ЕГЭ [1, 4, 7]. По утверждению многих специалистов, КИМы по своей конструкции «не в состоянии обеспечить ни надежность, ни валидность, ни эффективность и ни объективность получаемых там оценок» [1].

В России врачебная специальность чрезвычайно престижна для молодежи, и конкурс абитуриентов, поступающих в медицинские вузы, традиционно высок. На таком же высоком уровне держится нижняя планка суммы баллов ЕГЭ по предметам, учитываемых при зачислении в вуз. Поэтому при условии объективности баллов ЕГЭ, студенты медицинских вузов с первого же года обучения должны показать довольно высокий уровень учебных достижений по предметам естественнонаучного цикла. Так ли это на самом деле?

Цели:

- проведение исследований по мониторингу и анализу учебных достижений студентов первого курса медицинской академии по фундаментальным дисциплинам естественнонаучного цикла: физики, химии и биологии;
- проведение исследований по определению степени корреляции между результатами ЕГЭ по математике, химии, биологии и результатами мониторинга учебных достижений студентов на всех этапах контроля с целью выявления взаимосвязей, взаимовлияний знаний по этим дисциплинам, преемственности учебно-воспитательного процесса в системе школа - вуз и оптимизации на этой основе учебного процесса на кафедрах;

- использование результатов проведенных исследований на большой выборке студентов для оценки соответствия баллов ЕГЭ реальным знаниям студентов по этим предметам и выработки рекомендаций для оптимизации учебного процесса.

Материал и методы

Исследованием было охвачено 300 студентов первого курса лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов 2009 года набора Дагестанской государственной медицинской академии. Отбор студентов в группы исследования производился случайно, так что большие выборки студентов обоснованно можно считать представительными, а результаты статистического анализа - достоверно отражающими реальную картину исследуемых признаков.

В качестве материалов для статистического анализа были использованы:

- данные ЕГЭ по математике, химии и биологии (к сожалению, данные по физике отсутствуют, так как студенты, ориентированные на поступление в медицинские вузы, не выбирают этот экзамен);
- результаты определения исходного уровня знаний (ИУЗ) по этим же предметам и физике на первых же занятиях в вузе (сентябрь 2009 г.);
- результаты текущей аттестации (Атт), определяемые как среднее значение четырехбалльной системы успеваемости, принятой в вузах России. (средний балл по этой системе имеет весьма условное значение, так как отсутствуют баллы «0» и «1», соответствующие полному отсутствию и очень низкому уровню знаний);
- результаты итогового тестирования по математике, проведенного в виде зачета, биоорганической химии, общей химии, медицинской и биологической физике, проведенных как экзамены, в конце первого и второго полугодий 2009-10 учебного года с использованием компьютеров. Задачи для определения исходного уровня знаний были составлены преподавателями соответствующих кафедр и включали от 30 до 40 заданий.

Они были рассчитаны на письменное воспроизведение ответов и решение простейших типовых задач. Результаты важны для мониторинга учебного процесса и управления учебным процессом с целью его оптимизации. Компьютерные тесты для итогового контроля (Экз) знаний включали от 860 до 1050 заданий и охватывали весь учебный материал по программе. Задания были рассчитаны на выбор, в основном, одного правильного ответа из четырех предъявляемых альтернативных ответов. По своей трудности такие задания в соответствии с теорией и методологией педагогических измерений, представленной в работах [1-3], рассматриваются как легкие. Компьютер выдавал каждому студенту вариант из 60 заданий в порядке выпадения случайных чисел с расчетом ответов за 40 минут.

Объективность и надежность итоговых тестовых заданий оценивали по следующим показате-

лям зачетов и экзаменов, проводимых на компьютере:

- среди студентов, имевших низкие аттестационные баллы (от 2,0 до 2,5), только от 1 до 3% смогли набрать на экзаменах и зачетах 70% и выше правильных ответов (что оценивается как положительный результат);

- среди студентов, имеющих аттестационные баллы от 2,6 до 3,0, уже от 7 до 12% смогли набрать 70% правильных ответов;

- среди студентов с высокими аттестационными баллами (от 3,0 до 5,0) только 8 - 11% набрали менее 70% правильных ответов (что оценивалось как «неудовлетворительно»).

Во всех остальных случаях (это около 86%) оценки ответов студентов на итоговых компьютерных тестовых испытаниях (на экзаменах и зачетах) достаточно хорошо коррелируют с их текущими аттестационными баллами, что говорит о достаточно высокой практической надежности тестовых заданий, разработанных преподавателями кафедр академии.

В случаях первого и последнего пунктов для выявления более объективных оценок студенты вызывались на собеседование с экзаменатором.

Данные исходного уровня знаний и итогового тестирования выражались в процентах правильных ответов. Одновременно были оценены средние статистические погрешности измерений по известной из статистики формуле: $\Delta x = \frac{t \cdot s}{\sqrt{n}}$, где

$t=1,96$ - значение коэффициента Стьюдента, соответствующее уровню значимости $\gamma=0,05$ (или 5%), s - среднеквадратическое отклонение, n - количество студентов в выборке. При наших условиях значения Δx находились в интервале $\pm(1,9x5,2)$.

В исследованиях по выявлению взаимосвязей знаний по физике, химии и биологии между собой нами определены коэффициенты парной корреляции результатов экзаменов по физике и химии ($r_{ф-х}$), физике и биологии ($r_{ф-б}$), химии и биологии ($r_{х-б}$), а также баллов ЕГЭ по химии и биологии (r). Результаты достоверны при уровне значимости 0,05.

Результаты и их обсуждение

В таблице 1 представлены средние значения баллов ЕГЭ, а также средние значения по результатам входного (ИУЗ), промежуточного (Атт) и итогового тестирования (Экз) в зависимости от факультета и учебного предмета для студентов бюджетного отделения.

Из таблицы 1 видно, что наименьшим оказалось среднее значение ЕГЭ по математике, которое колеблется в интервале от 52,9 на педиатрическом факультете до 61,2 на лечебном факультете. Баллы ЕГЭ по химии и биологии значительно выше по сравнению с математикой, что очевидно, ибо именно они определили не только зачисление в вуз, но и выбор престижной специальности. Эти значения по химии, по свидетельству

[8], выше средних значений и по России (61,2). Видимо, в этом и состоит одна из региональных особенностей Дагестана в образовательном плане.

Таблица 1
Средние баллы тестирования студентов бюджетного обучения на различных факультетах ДГМА

Факультеты	Учебные предметы	ЕГЭ	ИУЗ	Атт.	Экз.
Лечебно-профилактический	Химия	71,5	49,2	3,2	79,7
	Биология	76,9	71,2	3,1	76,9
	Математика - Физика	61,2	38,5	2,7	77,7
Стоматологический	Химия	75,7	38,4	2,8	69,0
	Биология	75,8	71,1	2,9	81,3
	Математика - Физика	60,0	30,2	2,6	62,1
Педиатрический	Химия	65,4	39,0	3,0	73,1
	Биология	55,6	64,6	3,0	78,2
	Математика - Физика	52,9	43,4	2,6	70,5

ЕГЭ – средние значения баллов, ИУЗ – средние значения входного тестирования, Атт – средние значения промежуточного тестирования, Экз – средние значения итогового тестирования.

Для внебюджетного отделения показатели меньше примерно на 9-14 пунктов.

Наиболее высокие баллы ЕГЭ наблюдаются у студентов бюджетного отделения стоматологического факультета, что подтверждает высокую престижность профессии стоматолога. Но здесь следует отметить, что у 12% студентов этого факультета, имеющих высокие баллы ЕГЭ (от 70 до 84%), показатели ИУЗ имели весьма низкие значения (до 20%), а аттестационные баллы (Атт) находились в пределах от 2,0 до 2,2. По химии 8% студентов, имевших при поступлении в вуз баллы ЕГЭ от 47 до 79, набрали на входном тестировании (ИУЗ) всего от 10% до 35%, на промежуточном (Атт) – от 2,0 до 2,7 баллов и не смогли сдать экзамен. По биологии эти же студенты имели баллы ЕГЭ от 36 до 74 и из них 5,5% не смогли сдать экзамен. Эти результаты прямо указывают на несоответствие баллов ЕГЭ и истинных знаний этих студентов.

Из таблицы 1 также видно, что средние значения ИУЗ по математике и химии на всех факультетах не доходят до 50%, что соответствует принятой на кафедрах оценке «удовлетворительно», низки также средние значения промежуточного тестирования (Атт), которые варьируются от 2,6 (по математике) до 3,2 баллов (по химии). Однако во всех случаях результаты итогового тестирования (Экз) оказались высокими, даже выше, чем баллы ЕГЭ. Мы считаем, что это результат принятого на кафедрах облегченного варианта итогового контроля знаний на первых курсах, где тестовые задания рассчитаны на проверку усвоения знаний только на первом уровне – угадывание ответов. Тесты не включали задания на проверку знаний на втором и третьем творческом уровнях – решение типовых и нетиповых задач. О недостаточной сложности итогового тестирования

свидетельствует распределение студентов бюджетного отделения лечебного факультета по шкале успеваемости, где на традиционно трудном экзамене по медицинской физике 57% студентов получили оценки «хорошо» и «отлично», а первичная успеваемость на экзаменах по химии и биологии достигала 80% и 85% соответственно. По мнению ученых-методистов, такие высокие значения успеваемости учащихся свидетельствуют о недостаточной трудности контрольных заданий.

В таблице 2 приведены результаты корреляционного анализа результатов ЕГЭ, входного тестирования (ИУЗ), промежуточной аттестации (Атт) и итогового тестирования (Экз) в зависимости от факультета и учебного предмета.

Таблица 2

Коэффициенты корреляции результатов ЕГЭ и тестирования студентов после поступления в ДГМА

Факультеты	Учебные предметы	ЕГЭ-Экз	ЕГЭ-ИУЗ	ИУЗ-Экз	Атт-Экз
Лечебно-профилактический	Химия	0,15	0,15	0,47	0,56
	Биология	0,32	0,28	0,49	0,44
Стоматологический	Химия	0,09	0,27	0,53	0,52
	Биология	0,28	0,25	0,25	0,48
Педиатрический	Химия	0,13	0,12	0,36	0,40
	Биология	0,12	0,42	0,74	0,66

ЕГЭ-Экз – коэффициенты корреляции между баллами ЕГЭ и результатами экзаменов, ЕГЭ-ИУЗ – коэффициенты корреляции между результатами экзаменов и результатами входного тестирования, ИУЗ-Экз – коэффициенты корреляции между результатами входного тестирования и результатами экзаменов, Атт-Экз – коэффициенты корреляции между результатами промежуточного тестирования и результатами экзаменов.

Из таблицы 2 следует, что существует статистически значимая корреляция между результатами исходного (ИУЗ), промежуточного (Атт) и итогового (Экз) тестирования, что указывает на соответствие указанных видов контроля реальному уровню знаний студентов. В то же время в большинстве случаев баллы ЕГЭ по химии и биологии слабо коррелируют как с данными входного (ИУЗ), так и итогового (Экз) тестирования студентов-первокурсников. Это ставит под сомнение объективность баллов ЕГЭ по химии и биологии, проведенных в Дагестане в 2009 году. Такой же вывод был получен ранее при исследованиях по математике [6].

В исследовании по выявлению взаимосвязей знаний по физике, химии и биологии определены коэффициенты корреляции между результатами экзаменов по физике и химии ($r_{ф-х}$), физике и биологии ($r_{ф-б}$), химии и биологии ($r_{х-б}$), а также между баллами ЕГЭ по химии и биологии (r).

Полученные показатели корреляции $r_{ф-х}=0,69$, $r_{ф-б}=0,60$, $r_{х-б}=0,65$ и $r=0,53$ статистически значимы и достаточно высоки. Они отражают наличие достаточно глубоких взаимосвязей знаний по этим дисциплинам.

С целью оптимизации учебного процесса мы предлагаем следующие **рекомендации**:

- в условиях сокращения числа учебных часов по физике и математике в медицинских вузах произвести реконструкцию содержания лекций и практических занятий, исключив из рабочих программ малозначимые для медицины чисто физические знания, сложные математические выкладки, ограничившись качественным объяснением выводов;
- усилить, с одной стороны, интеграцию содержания естественнонаучных дисциплин как по горизонтали (между физикой, химией и биологией), так и по вертикали (между физикой, химией и биологией) и, с другой стороны, интеграцию медицинских теоретических и клинических дисциплин. Практиковать на этой основе составление сквозных межкафедральных рабочих программ с приглашением для чтения части лекций на старших курсах квалифицированных преподавателей базовых учебных предметов;
- расширить на кафедрах систему тестовых заданий с применением компьютеров для контроля не только итоговых, но и исходного уровня знаний, а также текущей успеваемости, проверки готовности студентов по каждой теме или разделу курса; усовершенствовать их с целью повышения объективности и надежности знаний в соответствии с теорией и методологией педагогических измерений.

Выводы

1. Оценки исходного уровня знаний (ИУЗ), промежуточной аттестации (Атт), итоговых знаний на зачетах и экзаменах (Экз) более объективно, чем баллы ЕГЭ, отражают реальные знания студентов.
2. Проблема объективности баллов ЕГЭ, по которым производится зачисление абитуриентов в вузы, все еще далека от разрешения.
3. Используемые в настоящее время тестовые задания для итогового контроля знаний по физике, химии и биологии недостаточно сложны и не обеспечивают объективную оценку, дифференцированную по шкале успеваемости в соответствии со знаниями студентов.
4. Статистически достоверные высокие значения коэффициентов корреляции учебных достижений студентов по физике, химии и биологии на всех этапах контроля знаний, а также баллов ЕГЭ по химии и биологии отражают глубокие взаимосвязи фундаментальных естественнонаучных дисциплин между собой.

Литература

1. Аванесов В.С. Проблема объективности педагогических измерений // Педагогические измерения. 2008. № 4. С. 3-24.
2. Аванесов В.С. Основы педагогической теории измерений // Педагогические измерения. 2004. № 1. С. 15-21.
3. Двурличанская Н.Н. Особенности компьютерного тестирования при оценке качества знаний обучающихся

ся в системе непрерывного образования // Стандарт и мониторинг в образовании. 2010. № 4. С. 22-24.

4. Днепров Е.Д. Единый государственный экзамен: замыслы и итоги // Новейшая политическая история российского образования. М.: Мариос, 2011. С. 338-347.

5. Лисицын Ю.П., Изуткин А.М., Матюшин И.Ф. Медицина и гуманизм. М.: Медицина, 1984. С. 25.

6. Муталипов М.М., Ризаханов М.А., Хуршилова З.А. Проблемы преподавания биофизики и математики в медицинских вузах в связи с итогами ЕГЭ по математике в Дагестане 2009 г. // Модернизация системы непрерывного образования: II международная конференция. Дербент, 2010. С. 383-385.

7. Хуторский А.В. ЕГЭ-пример научно необоснованного нововведения // Педагогическая инноватика: Уч. пос., 2 изд. М.: Академия, 2010. С. 97-101.

8. Щапов Н.А. Мониторинг учебных достижений на основе надежных оценок. М., 2000. № 4. С. 15-17.

References

1. Avanesov V.S. Problema obektivnosti pedagogicheskikh izmereniy // Pedagogicheskiye izmereniya. 2008. № 4. С. 3-24.

2. Avanesov V.S. Osnovy pedagogicheskoy teorii izmereniy // Pedagogicheskiye izmereniya. 2004. № 1. С. 15-21.

3. Dvulichanskaya N.N. Osobennosti kompyuternogo testirovaniya pri otsenke kachestva znaniy obuchayushhihsya v sisteme nepreryvnogo obrazovaniya // Standart i monitoring v obrazovanii. 2010. № 4. – С. 22-24.

4. Днепров Е.Д. Edinyy gosudarstvennyy ekzamen: zamysly i itogi // Noveyshaya politicheskaya istoriya rossiyskogo obrazovaniya. М.: Marios, 2011. С. 338-347.

5. Lisicyn Yu.P., Izutkin A.M., Matyushin I.F. Medicina i gumanizm. М.: Medicina, 1984. С. 25.

6. Mutalipov M.M., Rizahanov M.A., Hurshilova Z.A. Problemy prepodavaniya biofiziki i matematiki v medicinskih vuzah v svyazi s itogami EGĖ po matematike v Dagestane 2009 g. // Modernizaciya sistemy nepreryvnogo obrazovaniya: II mezhdunarodnaya konferenciya. Dербent, 2010. С. 383-385.

7. Hutorskiy A.V. EGĖ-primer nauchno neobosnovannogo novovvedeniya // Pedagogicheskaya innovatika: Uch. pos., 2 izd. М.: Akademiya, 2010. С. 97-101.

8. Shchapov N.A. Monitoring uchebnyh dostizheniy na osnove nadezhnyh otsenok. М., 2000. № 4. С. 15-17.

Сведения о соавторах:

Хуршилова Зарема Арсланбековна – кандидат физико-математических наук, доцент кафедры биофизики и информатики ДГМА.

Тел. 8 (8722) 683 629. E-mail: khzarema@mail.ru.

Магомедов Абдурахман Малаевич – доктор биологических наук, профессор, заведующий кафедрой биологии и генетики ДГМА.

Тел. 8 (8722) 691 396. E-mail: Abdurahman57@mail.ru.

Магомедова Кусум Магомедовна – кандидат химических наук, доцент кафедры общей химии и биохимии ДГМА.

Тел. +7 (928) 563 61 95.

Магомедов Магомед Абакарович – кандидат физико-математических наук, доцент кафедры биофизики и информатики ДГМА.

Тел. 8 (8722) 648 700.

Гамзатова Патимат Алиасхабовна – кандидат химических наук, доцент кафедры общей химии и биохимии ДГМА.

Тел. +7 (988) 201 03 17.



УДК 616.3–06:616.8–009.24+36–002(048.8)

Инсулиноподобный фактор роста-1 в патогенезе плацентарной недостаточности и преэклампсии (обзор литературы)

Ш.М. Магомедова

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им И.М. Сеченова» Минздравсоцразвития России, кафедра акушерства и гинекологии № 1 лечебного факультета, Москва

Резюме

Проведен литературный обзор современных аспектов этиологии и патогенеза плацентарной недостаточности и преэклампсии. Установлено, что проблемы ранней диагностики, оценки тяжести и ведения беременности при плацентарной недостаточности, задержке внутриутробного роста плода и преэклампсии остаются актуальными в современном акушерстве. В основе развития указанных патологий лежит множество факторов, в том числе дисбаланс продукции факторов роста, ответственных за ангиогенез плаценты и её правильное формирование, развитие. Это, в свою очередь, способствует поиску новых эффективных методов прогнозирования, ранней диагностики и коррекции осложнений гестационного периода у беременных с плацентарной недостаточностью и преэклампсией, что является реальным резервом снижения перинатальных потерь.

Ключевые слова: плацентарная недостаточность, преэклампсия беременных, инсулиноподобный фактор роста, ангиогенез плаценты.

Insulinoid growth factor in pathogenesis of placental insufficiency and pre-eclampsia (review)

Sh.M. Magomedova

1st Moscow State Medical University

Summary

Literature review of modern aspects on etiology and pathogenesis of placental insufficiency and pre-eclampsia was carried out. There was determined that problem of early diagnosis, the evaluation of severity and curing pregnancy in placental insufficiency, fetal growth retardation and pre-eclampsia remain actual in modern obstetrics. On the base of development such pathologies lays many factors including misbalance of growth factors production, responsible for placental angiogenesis and its correct formation and development. So, it promotes for searching for new effective methods of prognoses, early diagnosis and correction complications while gestational period in pregnant women with placental insufficiency and pre-eclampsia, that was a real reserve to decrease prenatal loss.

Key words: placental sufficiency, pregnancy pre-eclampsia, insulinoid growth factor, placental angiogenesis.

Введение

Плацентарная недостаточность (ПН) является одним из наиболее часто встречающихся синдромов в акушерской практике. Ее развитие – универсальная реакция плаценты на многие неблагоприятные воздействия, в том числе различные акушерские и экстрагенитальные заболевания матери, как правило, имеющих в своем генезе поражение сосудов [5, 7, 13]. ПН занимает второе место среди всех осложнений беременности и встречается при невынашивании – в 50-77%, при гестозе – в 32%, при сочетании беременности с экстрагенитальной патологией – в 25-45%, у беременных, перенесших вирусную и бактериальную инфекцию, – более чем в 60% случаев [4, 6, 7, 8]. Перинатальная смертность у женщин, имевших при беременности ПН, составляет среди доношенных новорожденных – 10,3%, среди недоношенных – 49% [10].

Известно, что в основе ПН любой этиологии лежат нарушения гемодинамики, микроциркуляции,

Для корреспонденции:

Магомедова Шахрузат Магомедовна – очный аспирант кафедры акушерства и гинекологии №1 лечебного факультета ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М.Сеченова» Минздравсоцразвития России. Тел. 8 (985) 188 18 67. E-mail : shahri.m@gmail.com.

Статья поступила 03.03.2012 г., принята к печати 28.03.2012 г.

реологии и обменных процессов в системе мать-плацента-плод, которые тесно связаны между собой и нередко обусловлены [9, 17, 18, 23].

А.Н. Стрижаков и соавторы [16, 17, 18] выделяют 2 варианта развития патологического процесса при ПН. При первом варианте происходит первичное нарушение кровотока в маточных артериях, а затем, при прогрессировании патологии, в процесс вовлекается артерия пуповины, а впоследствии и аорта плода, что имеет место при экстрагенитальной патологии, артериальной гипертензии в сочетании с протеинурией. При втором варианте, характерном для первичной ПН, гемодинамические нарушения выявляются только в системе плодово-плацентарного кровообращения при нормальных показателях в маточной артерии.

В формировании недостаточности маточно-плацентарного кровообращения большую роль играют нарушения центральной гемодинамики. Так, при длительном повышении артериального давления плацентарный кровоток сокращается втрое [21, 27, 33].

При развитии хронической почечной недостаточности (ХПН) происходят значительные изменения в системе гемостаза, которые затрагивают состояние компонентов крови и сосудистой стенки,

объединенных в прокоагулянтное, тромбоцитарное, фибринолитическое звенья и звено ингибиторов свертывания фибрина и фибринолиза, проявляющиеся в хронической форме синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания [9, 24, 26, 29].

Клиническими проявлениями этих патологических состояний может быть ПН, часто развивающаяся на фоне артериальной гипертензии в сочетании с протеинурией, внутриутробной задержкой развития плода, отслойкой плаценты и, как следствие, приводящая к внутриутробной гибели плода.

Артериальная гипертензия в свою очередь оказывает негативное влияние на фетоплацентарный комплекс. В основе гипертензивных расстройств, обусловленных беременностью, лежит эндотелиопатия, способствующая развитию сосудистых нарушений, которые влекут за собой ухудшение доставки кислорода и других метаболитов к тканям плода. Обнаружена прямая зависимость между степенью нарушения кислородного снабжения тканей плаценты, плода и тяжестью артериальной гипертензии [6, 25, 30].

Одним из осложнений беременности, наиболее часто приводящим к ПН, является преэклампсия (ПЭ), возникающая у беременных женщин после 20-недельного срока гестации, а также в родах, сохраняющаяся в течение первых 2-3 суток послеродового периода [4, 5, 8, 12, 13, 14].

Существует множество теорий этиологии и патогенеза ПЭ, и количество их пополняется чуть ли не ежегодно. По современным представлениям, ПЭ является мультифакторным заболеванием, пусковым механизмом возникновения которого является эндотелиальная дисфункция. Однако до сих пор не существует единого мнения о том, как и почему при преэклампсии происходит повреждение функции эндотелиальных клеток. Очевидно, что существует несколько причин возникновения этого заболевания [1, 4].

Одномоментный прорыв значительного количества плодных антигенов через трансплацентарный барьер в период интенсивного развития мозга плода или постепенное поступление их в течение длительного времени, а также замедление элиминации их обуславливают различные клинические проявления и варианты течения ПЭ [5, 8, 13, 14].

По данным исследования [22, 24], в результате нарушений инвазии цитотрофобласта изменяются адаптационные механизмы плаценты на тканевом, клеточном и субклеточном уровнях. Ишемия плаценты провоцирует проникновение в организм матери факторов, разрушающих сосудистые эндотелиальные клетки, способствуя дисфункции многих систем организма. В этой связи плацента вызывает большой интерес как орган, продуцирующий широкий спектр биологически активных веществ, участвующих в развитии ПЭ [28, 32].

Нарушение проницаемости плацентарного барьера для антигенов плода может быть обусловлено гипоплазией плаценты, недостаточностью инвазии цитотрофобласта в стенки маточно-плацентарных сосудов, ранней незрелостью вор-

син и развитием склероза с редукцией просвета сосудов. Из вышеизложенного следует, что ПН различного генеза, сопровождающаяся структурными изменениями сосудов плаценты и повышением проницаемости плацентарного барьера, является как бы первым звеном в развитии ПЭ. Поэтому профилактика ПН с 14-16-недельного срока гестации является основным методом предупреждения ПЭ [14].

С появлением данных о ростовых факторах, которые определяют дальнейшую морфологию плаценты, появилось новое направление в изучении патогенеза ПН, т.к. факторы роста представляют собой биологически активные соединения, стимулирующие или ингибирующие деление и дифференцировку различных клеток и тканей, в том числе кровеносных сосудов, и являющиеся основными переносчиками митогенного сигнала клетки [17, 18].

В работах М. Zygmunt et al. (2003) [34] показано, что основную роль в пролиферации клеточных компонентов эндотелия сосудов играют факторы роста. Иммуноферментным анализом сыворотки крови выявлено, что продукция факторов роста начинается с 10-й недели беременности и характеризуется резким увеличением их концентрации, достигая максимальных значений к 31-й неделе, с последующим незначительным снижением [2]. В то же время, в послеродовом периоде (на 3-5-е сутки) их уровень снижается в значительной степени [15].

Согласно данным литературы, в качестве маркеров ПН, задержки роста плода (ЗРП) и гестоза рассматриваются следующие биологически активные вещества: сосудисто-эндотелиальный фактор роста (СФР), трансформирующий фактор роста (ТФР), эпидермальный фактор роста (ЭФР), эндотелиальный фактор роста (ЭФР) инсулиноподобный фактор роста (ИПФР), фактор роста фибробластов (ФРФ), фактор некроза опухоли (ФНО), фактор некроза опухоли альфа (ФНО-α) [4, 16, 18].

В настоящее время для диагностики ПН применяется множество различных методов. К самым распространенным, эффективным и одновременно безопасным неинвазивным методам пренатальной диагностики внутриутробного состояния плода относятся УЗИ-диагностика, кардиотокография, доплерометрическое исследование кровотока в артериях и венах функциональной системы мать-плацента-плод [5, 13, 14, 20].

К неинвазивным методам диагностики относят определение плацентарного лактогена (ПЛ) – особый пептидный гормон, производимый только плацентой. ПЛ близок по аминокислотной последовательности, почти гомологичен соматотропному гормону передней доли гипофиза и пролактину. Он обладает как соматотропным, так и лактотропным свойствами. При развитии ПН значительно снижается уровень ПЛ уже в 1 триместре беременности. Крайне низкие его значения выявляются накануне гибели эмбриона и за 1-3 дня до самопроизвольного выкидыша. При гипоксии плода концентрация гормона снижается почти в 3 раза [7].

Однако существующие современные методы диагностики ПН не совсем относятся к ранним. Поэтому с появлением исследований о ростовых факторах, предопределяющих будущую морфологию плаценты, наметилось новое перспективное направление в изучении ПН, поскольку факторы роста (ФР) представляют собой биологически активные соединения, стимулирующие или ингибирующие деление, дифференцировку различных клеток и тканей, в том числе кровеносных сосудов, и являются основными переносчиками митогенного сигнала клетки [16, 18]. Изучению изменения экспрессии ФР в плаценте при различных патологических состояниях в последнее время уделяется большое внимание [2, 3, 10].

Указывается, что определение изменений в продукции и функционировании ФР на ранних сроках беременности позволит прогнозировать возникновение ПН [19].

Известно, что инсулиноподобный фактор роста-1 (ИПФР-1) – это гормональный посредник воздействия соматотропного гормона (СТГ) на клетки организма, так как СТГ непосредственно на клетки не действует. Ещё в конце 50-х годов прошлого века исследователями было сделано предположение, что есть некий посредник гормонального сигнала между СТГ и клетками организма [19, 21]. Обнаружено, что ИПФР-1 синтезируется во многих тканях, в том числе и плаценте (то есть это не только эндокринный, но и аутокринный фактор). ИПФР-1 в плаценте обладает двойной активностью: рост-стимулирующий и инсулиноподобный: он ускоряет синтез белка и замедляет его разрушение [2, 16, 19, 20].

Исследованиями ряда авторов [22, 26, 30] выявлено увеличение содержания ИПФР в сыворотке крови на протяжении всей беременности, отмечена положительная корреляция этого показателя с размерами плода при рождении.

Установлена положительная связь между значением пондералового индекса и уровнем ИПФР [10, 22, 31]. Авторы указывают, что снижение концентрации ИПФР сопровождается прогрессированием степени задержки внутриутробного развития плода (ЗВРП), отмечают их особую роль в формировании размеров плода.

Проведенные в университете Гетеборга (Швеция) исследования показали, что ИПФР-1 вызывает рост тканей плаценты у животных, что способствовало использованию ИПФР-1 в качестве самостоятельного анаболического средства при ЗВУР. Было установлено, что аномалии гена ИПФР-1, связанные с точечными мутациями, приводят как к ЗВРП, так и значительно отстаиванию роста в постнатальном периоде [16, 20, 31, 32].

Итак, вышеизложенное позволяет заключить, что одним из ключевых моментов физиологического обеспечения функционирования фетоплацентарной системы и реализации детородной функции женщины является циклический ангиогенез. Исследованиями последних лет выявлена тесная взаимосвязь между широким спектром патологических состояний фетоплацентарной системы и на-

рушениями процессов ангиогенеза. Дальнейшее изучение компонентов ангиогенеза позволит уточнить патогенез вышеуказанных нарушений и разработать методы их специфической коррекции.

Более глубокое понимание механизмов действия ИПФР повысит эффективность прогнозирования таких патологических состояний, как ПН, ЗРП и ПЭ, поможет своевременному проведению мер их профилактики, современной патогенетически обоснованной терапии метаболических и гемодинамических нарушений, что послужит реальным резервом снижения перинатальной заболеваемости и смертности.

Таким образом, анализ литературных данных позволяет заключить, что проблемы ранней диагностики, оценки степени тяжести и ведения беременности при ПН, ЗРП и ПЭ остаются актуальными в современном акушерстве. В основе их развития лежит множество факторов, в том числе и дисбаланс продукции факторов роста, ответственных за состояние сосудистой стенки, ангиогенез плаценты, правильное её формирование и развитие. Исследование факторов роста и гормонов плаценты позволят также разработать современные подходы к ранней диагностике вышеперечисленных осложнений беременности на доклиническом этапе их развития, уменьшить перинатальные потери.

Литература

1. Айламазян Э.К., Мозговая Е.В. Гестоз: теория и практика. М.: МЕДпресс-информ, 2008. 272 с.
2. Бурлев В.А., Зайдиева З.С., Тютюник В.Л., Кравченко Н.Ф., Павлович С.В., Коноводова Е.Н. Роль факторов роста в развитии плацентарной недостаточности // Проблемы репродукции. 1999, 5:6. С. 7-12.
3. Бурлев В.А., Зайдиева З.С., Тютюник В.Л. Клинико-диагностическое значение определения фактора роста плаценты у беременных с хронической плацентарной недостаточностью // Проблемы репродукции. 2001, 5. С. 31-34.
4. Демин Г.С. Генетические аспекты предрасположенности к гестозу // Журнал акушерства и женских болезней. 2007, 4; С. 74-86.
5. Доброхотова Ю.О., Милованов А.П., Джобавя Э.М., Дзейгоева Э.А. Плацентарная недостаточность у беременных с хронической венозной недостаточностью: некоторые аспекты этиологии, патогенеза и диагностики. // Российский вестник акушера-гинеколога, 2007, 1: с. 11-15.
6. Игнатков И.В., Рыбин М.В., Дуболазов В.Д. Профилактика плацентарной недостаточности у беременных группы высокого риска // Вопросы гинекологии акушерства и перинатологии, 2006, 5:1. С. 11-21.
7. Качалина П.С., Третьякова Е.В. Хроническая плацентарная недостаточность / П.С. Качалина, Третьякова Е.В. Новгород, 2008. С.5-14.
8. Кулаков В.И. Плацентарная недостаточность и инфекция / Кулаков В.И., Орджоникидзе Н.В., Тютюник В.Л. М., 2004. С.10-17.
9. Макацария А.Д., Бицадзе В.О. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови в акушерской практике. 2002, 496 с.
10. Никитина Л.А. Молекулярно-генетические маркеры невынашивания беременности и плацентарной недостаточности. М. 2007, 135 с.

11. Павлова Н.Г., Гагарина А.В., Кащеева Т.К. Повышенное содержание альфа-фетопротеина или хорионического гонадотропина в крови беременных во 2 триместре как маркер плацентарной недостаточности // Пренатальная диагностика. 2004. №3. С.175-180.
12. Сидорова И.С. Гестоз. М.: Медицина, 2003. С.244
13. Сидорова И.С. Клинико-диагностические аспекты плацентарной недостаточности / И.С. Сидорова, И.О. Макаров. М.: МИА, 2005. С. 123.
14. Сидорова И.С., Макаров И.О. Фетоплацентарная недостаточность. Клинико-диагностические аспекты. М.: «Знание-М», 2000. 127с.
15. Соколян А.В., Мурашко А.В., Кречетова Л.В. и др. Динамика ангиогенных факторов роста во время беременности и в послеродовом периоде у беременных с хронической недостаточностью // Акушерство и гинекология. 2009;2. С. 20-23.
16. Стрижаков А.Н., Тимохина Е.В., Тарабрина Т.В. Клиническое значение инсулиноподобного фактора роста при синдроме задержки развития плода // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2009, 8: 5, С. 5-9.
17. Стрижаков А.Н., Баев О.Р., Мусаев З.М., Рыбин М.В. Профилактика артериальной гипертензии в сочетании с протеинурией и фетоплацентарной недостаточностью в современном акушерстве // Российский вестник акушера-гинеколога. 2001.-3:5.-Т.1. С.32-37.
18. Стрижаков А.Н., Мусаев З.М., Тимохина Е.Ф. и др. Системные нарушения гемодинамики при синдроме задержки роста плода как фактор риска гипоксически-ишемических поражений ЦНС и отклонений психомоторного развития детей.// Акушерство и гинекология -2003-1-С. 11-16.
19. Чернуха Г.Е., Сметник В.П. Роль факторов роста в функции репродуктивной системы// Проблемы репродукции. 1996. 2. С. 8-12.
20. Филлипов О.С. Плацентарная недостаточность клиническое руководство по эффективной помощи/ О.С. Филлипов. М.: МЕД-пресс-инфо, 2009. С. 124-137.
21. Шехтман М.М. Заболевания эндокринной системы и обмена веществ у беременных / М.М. Шехтман, Т.М. Варламова, Г.М. Бурдулли. М.: ТриадаХ, 2001. С. 57-63.
22. Athanassiades A., Lala P.K. Role of placenta growth factor (PLGF) in human extravillous trophoblast proliferation, migration and invasiveness. Placenta 1998- Vol.19:3: 7: P.465-473,
23. Ferrara N.Vascular endothelial growth factor and the regulation of angiogenesis. Recent Prog. Horm. Res. - 2000. - Vol.55. P. 15-35.
24. Genbacev O., DiFederico E., McMaster, et al. Invasive cytotrophoblast apoptosis in pre-eclampsia // Hum. Reprod. 1999. Vol.14 (Suppl.2). P. 59-66.
25. Jovic M., Wolf F., Mangold U. Epidermal growth factor, vascular endothelial growth factor and progesterone promote placental development in rat whole-embryo culture. Anat Embryol (Berl) 1998; 198: 2: 133-139)
26. Magee L.A. Ornstein M.P. von Dadelszen P. Fortnightly review: management of hypertension pregnancy//.B.M.J.1999. Vol.318. P.1332-1336.
27. Redline R.W., Patterson P. Pre-eclampsia is associated with an excess of proliferative immature intermediate trophoblast.// Human Pathol. - 1995. - Vol. 16. - P. 594-600.
28. Regnault T.R., Orbus R.J., de Vrijer B., et al. Placental expression of VEGF, PlGF and their receptors in a model of placental insufficiency-intrauterine growth restriction. //Placenta. 2000. Vol. 23; №2. P.132-144.
29. Roberts J.M., Taylor R.N., Musci T.S., et al. Preeclampsia: an endothelial cell disorder. //Am. J. Obstet. Gynecol. 1989. Vol.161. P.1200-1204.
30. Schmidt M., Dogan C., Birdir C., et al. Altered angiogenesis in preeclampsia: evaluation of a new test system for measuring placental growth factor.// Clin. Chem. Lab. Med. 2007. Vol.45. №11. P.1504-1510.
31. Wallenburg H.C. Placental insufficiency: pathophysiology and therapeutic approaches // Triangle. 1990. Vol. 29. № 4. P. 326-356.
32. Wydra D., Tomczyk P., Rogoza A. et al. A clinical analysis of fetoplacental blood flow in prognosis of fetal emergency in pregnancies complicated by hypertension.//Gynekol. Pol. 1998. Vol. 69, №11. P.789-794.
33. Zygmunt M., Herr F., Munstedt K., et al. Angiogenesis and vasculogenesis in pregnancy //Obstet. Gynecol. 2003. Vol. 110. № 3. P.10-18.

References

1. Aylamazyan E.K., Mozgovaya E.V. Gestoz: teoriya i praktika. M.: MEDpress-inform, 2008. 272 s.
2. Burlev V.A., Zaydieva Z.S., Tyutyunik V.L., Kravchenko N.F., Pavlovich S.V., Konovodova E.N. Rol faktorov rosta v razvitii platsentarnoy nedostatochnosti //Problemy reproduksii. 1999. 5:6. S. 7-12.
3. Burlev V.A., Zaydieva Z.S., Tyutyunik V.L. Kliniko-diagnosticheskoe znachenie opredeleniya faktora rosta platsenty u beremennykh s hronicheskoy platsentarnoy nedostatochnostyu // Problemy reproduksii. 2001, 5. S. 31-34.
4. Demin G.S. Geneticheskie aspekty predispozitsionnosti k gestožu // Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney. 2007, 4; S.74-86.
5. Dobrohotova Yu.O., Milovanov A.P., Dzhobava E.M., Dzeygoeva E.A. Platsentarnaya nedostatochnost u beremennykh s hronicheskoy venoznoy nedostatochnostyu: nekotorye aspekty etiologii, patogeneza i diagnostiki // Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa. 2007, 1: S. 11-15.
6. Ignatko I.V., Rybin M.V., Dubolazov V.D. Profilaktika platsentarnoy nedostatochnosti u beremennykh gruppy vyisokogo riska // Voprosy ginekologii akusherstva i perinatologii. 2006, 5:1. S.11-21.
7. Kachalina P.S., Tretyakova E.V.Hronicheskaya platsentarnaya nedostatochnost/ P.S. Kachalina, Tretyakova E.V. Novgorod. 2008. S.5-14.
8. Kulakov V.I. Platsentarnaya nedostatochnost i infektsiya / Kulakov V.I, Ordzhonikidze N.V., Tyutyunik V.L. M., 2004. S.10-17.
9. Makatsariya A.D., Bitsadze V.O. Sindrom disseminirovannogo vnutrisosudistogo svertyvaniya krovi v akusherskoy praktike. 2002, 496s.
10. Nikitina L.A. Molekulyarno-geneticheskie markeryi nevyinashivaniya beremennosti i platsentarnoy nedostatochnosti. M. 2007, 135 s.
11. Pavlova N.G., Gagarina A.V., Kasheeva T.K. Povyshennoe sodержanie alfa-fetoproteina ili horionicheskogo gonadotropina v krovi beremennykh vo 2 trimestre kak marker platsentarnoy nadostatochnosti // Prenatalnaya diagnostika. 2004. N 3. S.175-180.
12. Sidorova I.S. Gestoz. M.: Meditsina, 2003. S.244
13. Sidorova I.S. Kliniko-diagnosticheskie aspekty platsentarnoy nedostatochnosti / I.S. Sidorova, I.O. Makarov. M.: MIA, 2005. S. 123.
14. Sidorova I.S., Makarov I.O. Fetoplatsentarnaya nedostatochnost. Kliniko-diagnosticheskie aspekty. M.: «Znanie-M», 2000.-127 s.

15. Sokolyan A.V., Murashko A.V., Krechetova L.V. i dr. Dinamika angiogennykh faktorov rosta vo vremya beremennosti i v poslerodovom periode u beremennykh s hronicheskoy nedostatochnostyu // Akusherstvo i ginekologiya. 2009:2. S. 20-23.
16. Strizhakov A.N., Timohina E.V., Tarabrina T.V. Klinicheskoe znachenie insulinopodobnogo faktora rosta pri sindrome zaderzhki razvitiya ploda // Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii, 2009, 8:5, S.5-9.
17. Strizhakov A.N., Baev O.R., Musaev Z.M., Ryibin M.V. Profilaktika arterialnoy gipertenzii v sochetanii s protei-nuriy i fetoplatsentarnoy nedostatochnostyu v sovremennom akusherstve // Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa. 2001. 3:5. T.I. S.32-37.
18. Strizhakov A.N., Musaev Z.M., Timohina E.F. i dr. Sistemye narusheniya gemodinamiki pri sindrome zaderzhki rosta ploda kak faktor riska gipoksicheskishemicheskikh porazheniy TsNS i otkloneniy psihomotor-nogo razvitiya detey // Akusherstvo i ginekologiya. 2003.1. S. 11-16.
19. Chernuha G.E., Smetnik V.P. Rol faktorov rosta v funktsii reproduktivnoy sistemy // Problemy reproduksii. 1996. 2. S.8-12.
20. Fillipov O.S. Platsentarnaya nedostatochnost klinicheskoe rukovodstvo po effektivnoy pomoschi / O.S. Fillipov. M.: MED-press-info, 2009. S.124-137.
21. Shehtman M.M. Zabolevaniya endokrinnoy sistemy i obmena veschestv u beremennykh/ M.M. Shehtman, T.M. Varlamova, G.M. Burdullii. M.: Triada H. 2001. S. 57-63.
22. Athanassiades A., Lala P.K. Role of placenta growth factor (PLGF) in human extravillous trophoblast proliferation, migration and invasiveness. Placenta. 1998. Vol.19:3: 7: P.465-473,
23. Ferrara N. Vascular endothelial growth factor and the regulation of angiogenesis. Recent Prog. Horm. Res. 2000. Vol.55. . 15-35.
24. Genbacev O., DiFederico E., McMaster, et al. Invasive cytotrophoblast apoptosis in preeclampsia. // Hum. Reprod. 1999. Vol.14 (Suppl.2). P. 59-66.
25. Jovovic M., Wolf F., Mangold U. Epidermal growth factor, vascular endothelial growth factor and progesterone promote placental development in rat whole-embryo culture. Anat Embryol (Berl). 1998; 198: 2: 133-139)
26. Magee L.A. Ornstein M.P. von Dadelszen P. Fortnightly review: management of hypertension pregnancy // B.M.J. 1999. Vol. 318. P.1332-1336.
27. Redline R.W., Patterson P. Preeclampsia is associated with an excess of proliferative immature intermediate trophoblast // Human Pathol. 1995. Vol. 16. P. 594-600.
28. Regnault T.R., Orbus R.J., de Vrijer B., et al. Placental expression of VEGF, PlGF and their receptors in a model of placental insufficiency-intrauterine growth restriction //Placenta. 2000. Vol. 23; №2. P.132-144.
29. Roberts J.M., Taylor R.N., Musci T.S., et al. Preeclampsia: an endothelial cell disorder // Am. J. Obstet. Gynecol. 1989. Vol.161. P.1200-1204.
30. Schmidt M., Dogan C., Birdir C., et al. Altered angiogenesis in preeclampsia: evaluation of a new test system for measuring placental growth factor // Clin. Chem. Lab. Med. 2007. Vol.45. № 11. P.1504-1510.
31. Wallenburg H.C. Placental insufficiency: pathophysiology and therapeutic approaches //Triangle. 1990. Vol. 29. № 4. P. 326-356.
32. Wydra D., Tomczyk P., Rogoza A. et al. A clinical analysis of fetoplacental blood flow in prognosis of fetal emergency in pregnancies complicated by hypertension // Gynecol. Pol. 1998. Vol. 69, № 11. P. 789-794.
33. Zygmunt M., Herr F., Munstedt K. et al. Angiogenesis and vasculogenesis in pregnancy // Obstet. Gynecol. 2003. Vol. 110. № 3. P.10-18.

КАРДИОМАГНИЛ[®]
ДАРИТ ВАМ ВРЕМЯ

ООО «Никомед Дистрибушн Сентр»: 119048, Москва, ул. Усачёва, 2, стр. 1,
т: (495) 933 5511, ф.: (495) 502 1625, www.nycomed.ru, Рег. № МЗ РФ: П № 013875/01 от 25.12.2007.
Полная информация в инструкции по применению. РМ 02834

NYCOMED

К 85-летию члена-корреспондента РАМН, профессора Султан-Мурада Аслановича Омарова



Исполнилось 85 лет выдающемуся ученому, педагогу, клиницисту Султан-Мураду Аслановичу Омарову – директору ДНЦ РАМН, профессору кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ППС с курсом репродуктивной эндоскопической гинекологии Дагестанской государственной медицинской академии.

Омаров Султан-Мурад Асланович родился в 1927 году в г. Буйнакске в семье заслуженного врача РСФСР и ДАССР Омарова Аслана Вагабовича. В 1943 году окончил среднюю школу в Буйнакске и в том же году поступил в Дагестанский медицинский институт, который окончил с отличием в 1948 году, и был оставлен в клинической ординатуре при кафедре акушерства и гинекологии. После окончания ординатуры с 1951 по 1954 год работал инспектором отдела родовспоможения Минздрава ДАССР и заведующим гинекологическим отделением Республиканской клинической больницы. В 1954 году был избран ассистентом кафедры акушерства-гинекологии Дагестанского медицинского института, в 1957 году назначен доцентом и в 1959 году и.о. заведующего этой кафедрой. С 1960 года по декабрь 1985 года – заведующий кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета ДМИ. В декабре 1985 года был избран заведующим кафедрой акушерства и гинекологии усовершенствования врачей. В 1958

году защитил кандидатскую и в 1966 году докторскую диссертации.

Деятельность профессора С.-М.А. Омарова состоит из следующих слагаемых: учебно-методическая работа; лечебная работа; научная работа; совместная работа с органами здравоохранения и общественная работа.

С.-М.А. Омаров принимал участие в переработке методических материалов в свете требований перинатального акушерства и репродуктивной (эндоскопической) гинекологии, в составлении текстов проблемных лекций, подготовке тематических и клинических конференций. Проводит контрольные занятия со всеми группами интернов и клинических ординаторов, читает отдельные проблемные лекции.

Лечебная работа профессора С.-М.А. Омарова осуществлялась на клинической базе кафедры – специализированных акушерско-гинекологических отделениях РКБ. Им осуществлялась курация отделения интенсивной терапии и реанимации, он принимает участие в клинических разборах тяжелых и сложных больных, а также в консилиумах как в клинике, так и в других профильных отделениях РКБ.

Особо следует отметить его непосредственное участие во внедрении новых методов диагностики и лечения в работу клиники, а также установок по ведению сложных больных с ассоциированной патологией.

Научная работа С.-М.А. Омарова осуществлялась в рамках научных программ, утвержденных и финансируемых правительством РД – «Безопасное материнство больных женщин», «Репродуктивное здоровье подростков», «Здоровье дагестанской семьи. Медико-социальное исследование». Он является составителем и руководителем этих программ. В рамках выполнения этих программ защищены 44 диссертации, из них 2 докторские. Изданы 41 монография, 66 статей и тезисов, в том числе 3 за рубежом. Получены 3 патента, поданы 3 заявки на изобретение.

Опубликованы 3 монотематических номера журнала «Медицина. Наука и практика», посвященных результатам исследований по указанным проблемам, и 3 номера указанного журнала по итогам программы «Здоровье дагестанской семьи. Медико-социальное исследование».

Главное в совместной работе С.-М.А. Омарова с органами здравоохранения – это выполнение четырех приоритетных научных программ, а также подготовка для здравоохранения республики и других регионов более 40 врачей высшей квалификации с ученой степенью.

Как председатель комиссии родовспоможения при Минздраве Дагестана проводит экспертную

оценку всех случаев материнской смертности в республике.

Научно-организационная работа им осуществлялась в должности директора ДНЦ РАМН, члена Президиума Научного совета по акушерству и гинекологии РАМН и МЗ РФ, Президента Ассоциации акушеров-гинекологов РД, члена Президиума Российского общества акушеров гинекологов, члена Европейской и Международной Ассоциации акушеров-гинекологов. Профессор С.-М.А. Омаров является главным редактором журнала «Медицина. Наука и практика», членом редакционных Советов журналов «Акушерство и гинекология» и «Перипатология».

В общественной жизни принимает участие как член Совета старейшин при Президенте Республики Дагестан, член Комитета по присуждению Государственных премий и член Комитета по уве-

ковечиванию памяти выдающихся деятелей при Президенте Республики Дагестан.

Имеет следующие награды: Орден «Дружбы», юбилейную медаль «65 лет победы в Великой Отечественной войне (1941-1945 гг.)», медаль Российской общества акушеров-гинекологов «За большой вклад в развитие акушерства и гинекологии», диплом «Почетного члена Российского общества акушеров гинекологов», звание «Народный врач Дагестана».

Сотрудники кафедр акушерства и гинекологии, сотрудники Даггосмедакадемии, редколлегия журнала «Вестник ДГМА» поздравляют Султан-Мурада Аслановича Омарова с юбилеем и желают ему здоровья, долгих лет жизни и дальнейшей плодотворной работы.



ПЕРЕЧЕНЬ ТРЕБОВАНИЙ И УСЛОВИЙ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫХ К МАТЕРИАЛАМ, ПРЕДСТАВЛЯЕМЫМ ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ В ЖУРНАЛЕ «ВЕСТНИК ДГМА»

1. ПРАВИЛА ПУБЛИКАЦИИ МАТЕРИАЛОВ В ЖУРНАЛЕ

1.1. В журнале публикуются статьи научно-практического содержания, обзоры, лекции, клинические наблюдения, информационные материалы, рецензии, дискуссии, письма в редакцию, краткие сообщения, информация о научной, учебной и общественной жизни вуза, поздравления юбиляров. Материал, предлагаемый для публикации, должен являться оригинальным, не опубликованным ранее в других печатных изданиях. Журнал принимает к публикации статьи по всем медицинским специальностям.

1.2. Рекомендованный объем статьи — 17000-34000 печатных знаков с пробелами (6-12 страниц). Авторы присылают материалы, оформленные в соответствии с правилами журнала, по электронной либо обычной почте или передают лично ответственному секретарю журнала. Решение о публикации (или отклонении) статьи принимается редакционной коллегией журнала после ее рецензирования и обсуждения. Решение редколлегии фиксируется в протоколе заседания.

1.3. Статья рецензируется в порядке, определенном в Положении о рецензировании.

1.4. Плата с аспирантов за публикацию рукописей не взимается.

2. ФОРМА ПРЕДСТАВЛЕНИЯ АВТОРСКИХ МАТЕРИАЛОВ

2.1. Обязательными элементами публикации являются:

- индекс Универсальной десятичной классификации (УДК) (печатать над названием статьи слева) должен достаточно подробно отражать тематику статьи (основные правила индексирования по УДК описаны в сайте <http://www.naukapro.ru/metod.htm>);
- название статьи (заглавными буквами);
- инициалы и фамилия автора (соавторов);
- наименование учреждения, кафедры или отдела, где выполнена работа, город;
- основная часть (структура оригинальной статьи: введение, цель, материал и методы, результаты, заключение или обсуждение с выводами, литература);
- затекстовые библиографические ссылки;
- резюме на русском и английском языках (с переводом фамилии автора, соавторов, названия статьи и ключевых слов) объемом 8-10 строк с включением цели, методов, результатов и выводов исследования;
- сведения об авторе (фамилия, имя, отчество, должность, ученая степень, ученое звание, адрес

учреждения с почтовым индексом) и контактная информация (телефоны, e-mail).

2.2. Общие правила оформления текста

Авторские материалы должны быть подготовлены с установками размера бумаги А4 (210x297 мм), с полуторным междустрочным интервалом. Цвет шрифта — черный, стандартный размер шрифта — 12 кегль. Размеры полей со всех сторон 25 мм. Для акцентирования элементов текста разрешается использовать курсив, полужирный курсив, полужирный прямой. Подчеркивание текста нежелательно.

Все текстовые авторские материалы принимаются в формате RTF (Reach Text Format) или doc. Файл статьи должен быть полностью идентичен напечатанному оригиналу, предоставленному редакции журнала, или содержать внесенную редакцией правку. Страницы публикации нумеруются, колонтитулы не создаются.

2.3. Иллюстрации

Все иллюстрации должны иметь наименование и, в случае необходимости, пояснительные данные (подрисуночный текст); на все иллюстрации должны быть даны ссылки в тексте статьи. Слово "Рис.", его порядковый номер, наименование и пояснительные данные располагают непосредственно под рисунком. Иллюстрации следует нумеровать арабскими цифрами сквозной нумерацией. Если рисунок один, он не нумеруется.

Чертежи, графики, диаграммы, схемы, иллюстрации, помещаемые в публикации, должны соответствовать требованиям государственных стандартов Единой системы конструкторской документации (ЕСКД) (www.propro.ru/graphbook/eskd/eskd/gost/2_105.htm).

Электронные полутоновые иллюстрации (фото-снимки, репродукции) должны быть представлены в формате JPG или TIF, минимальный размер 100x100 мм, разрешение 300 dpi.

Штриховые иллюстрации (чертежи, графики, схемы, диаграммы) должны быть представлены в формате AI, EPS или CDR, в черно-белом исполнении. Текстовое оформление иллюстраций в электронных документах: шрифт Times New Roman или Symbol, 9 кегль, греческие символы — прямое начертание, латинские — курсивное.

2.4. Таблицы

Все таблицы должны иметь наименование и ссылки в тексте. Наименование должно отражать их содержание, быть точным, кратким, размещенным над таблицей.

Таблицу следует располагать непосредственно после абзаца, в котором она упоминается впервые. Таблицу с большим количеством строк допускается переносить на другую страницу.

Заголовки граф, как правило, записывают параллельно строкам таблицы; при необходимости допускается перпендикулярное расположение заголовков граф.

Текстовое оформление таблиц в электронных документах: шрифт Times New Roman или Symbol, 9 кегль, греческие символы – прямое начертание, латинские – курсивное.

2.5. Библиографическое описание

Список использованной литературы оформляется как перечень библиографических записей согласно ГОСТ Р 7.0.5-2008 (<http://dis.finansy.ru/ofr/gostr7-05-2008.htm>), помещенный после текста статьи. Нумерация литературы сквозная по всему тексту в алфавитном порядке (вначале русскоязычные, затем иностранные). Количество литературных источников не должно превышать 20 для оригинальной статьи, 50 – для обзора. Допускается (за исключением особых случаев) цитирование литературы только последних 10 лет выпуска, рекомендуется цитировать авторефераты вместо диссертаций. Для связи с текстом документа порядковый номер библиографической записи в затекстовой ссылке набирают в квадратных скобках в строке с текстом документа.

2.6. Форма представления авторских материалов

2.6.1. Текст статьи, резюме (на русском и английском языках), сведения об авторах, распечатанные на принтере, в 2 экз.

2.6.2. Текст статьи, резюме и сведения об авторах в электронном виде на CD в отдельном файле в формате RTF или doc.

2.6.3. Сведения о каждом авторе: уровень научной подготовки (соискатель, аспирант, докторант, ученое звание, степень), основное место работы, контактные реквизиты (телефон с указанием кода города, адрес электронной почты).

Статьи, представляемые для опубликования, следует направлять по **адресу**: 367000, Россия, Республика Дагестан, г. Махачкала, пл. Ленина, 1, в редакцию журнала «Вестник Дагестанской государственной медицинской академии», 4 этаж, кабинет 53, ответственному секретарю. **Тел.** 8(8722)67-19-88. **E-mail**: vestnikdagma@yandex.ru.

Статьи, подготовленные без соблюдения вышеизложенных правил, возвращаются авторам без предварительного рассмотрения.

ПРАВИЛА СОСТАВЛЕНИЯ РЕЗЮМЕ К СТАТЬЯМ

Резюме (summary) — один из видов сокращенной формы представления научного текста. Назначение резюме — привлечь внимание читателя, пробудить читательский интерес минимальными языковыми средствами: сообщением сути исследования и его новизны. И то и другое должно быть указано в резюме, а не подразумеваться. Все научные статьи в журнале должны иметь авторские резюме.

Резюме — особый жанр научного изложения текста, определяющий структуру его содержания. Жанровое отличие резюме от статьи подразумевает отличие в форме изложения. Если в статье должна быть логика рассуждения и доказательства некоего тезиса, то в резюме — констатация итогов анализа и доказатель-

ства. Таким образом, формулировки в тексте резюме должны быть обобщенными, но информативными, т.е. построены по предикатам («что сказано»), а не по тематическим понятиям («о чем сказано»).

Существуют требования к объему резюме и структуре содержания. Для статей, публикуемых в журнале «Вестник ДГМА», оптимальный объем авторского резюме на русском и английском языках — 500-900 знаков с пробелами.

В мире принята практика отражать в авторских резюме краткое содержание статьи. Иногда в резюме сохраняется структура статьи - введение, цели и задачи, методы исследования, результаты, заключение (выводы).

Некачественные авторские резюме в статьях повторяют по содержанию название статьи, насыщены общими словами, не излагают сути исследования, недопустимо короткие.

Резюме всегда сопровождается ключевыми словами. Ключевое слово — это слово в тексте, способное в совокупности с другими ключевыми словами представлять текст. Ключевые слова используются главным образом для поиска. Набор ключевых слов публикации (поисковый образ статьи) близок к резюме. Тексты резюме с ключевыми словами должны быть представлены на русском и английском языках.

Качественное авторское резюме на английском языке позволяет:

- ознакомиться зарубежному ученому с содержанием статьи и определить интерес к ней, независимо от языка статьи и наличия возможности прочитать ее полный текст;
- преодолеть языковой барьер ученому, не знающему русский язык;
- повысить вероятность цитирования статьи зарубежными коллегами.

Авторское резюме на русском языке составляется для ученых, читающих на русском языке. Качественные авторские резюме — необходимость в условиях информационно перенасыщенной среды

ПРАВИЛА И ПОРЯДОК РЕЦЕНЗИРОВАНИЯ РУКОПИСЕЙ НАУЧНЫХ СТАТЕЙ

Все научные статьи, поступившие в редакцию журнала «Вестник ДГМА», подлежат обязательному рецензированию.

Главный редактор, заместитель главного редактора и ответственный секретарь журнала определяют соответствие статьи профилю журнала, требованиям к оформлению и направляют ее на рецензирование специалисту, доктору наук, имеющему наиболее близкую к теме статьи научную специализацию.

Рецензенты уведомляются о том, что присланные им рукописи являются частной собственностью авторов и содержат сведения, не подлежащие разглашению. Рецензентам не разрешается делать копии статей, рецензирование проводится конфиденциально.

Сроки рецензирования определяются ответственным секретарем журнала.

В рецензии должно быть указано: а) соответствует ли содержание статьи ее названию; б) в какой мере

статья соответствует современным достижениям в рассматриваемой области науки; в) какова форма подачи материала, соответствует ли она содержанию; г) целесообразно ли опубликование рецензируемой работы; д) каковы главные достоинства и недостатки статьи.

Рецензирование проводится анонимно. Автору статьи предоставляется возможность ознакомиться с текстом рецензии. Нарушение анонимности возможно лишь в случае заявления рецензента о плагиате или фальсификации материала, изложенного в статье.

Если рецензия содержит рекомендации по исправлению и доработке статьи, ответственный секретарь журнала направляет автору текст рецензии с предложением учесть рекомендации при подготовке нового варианта статьи или аргументированно их опровергнуть. Переработанная автором статья повторно направляется на рецензирование.

В случае, когда рецензент не рекомендовал статью к публикации, редколлегия может направить статью на переработку с учетом сделанных замечаний, а также направить ее другому рецензенту. Текст отрицательной рецензии направляется автору. Окончательное решение о публикации статьи принимается редколлегией журнала и фиксируется в протоколе заседания редколлегии.

После принятия редколлегией журнала решения о допуске статьи к публикации ответственный секретарь журнала информирует об этом автора и указывает сроки публикации. Текст рецензии направляется автору.

Оригиналы рецензий хранятся в редколлегии журнала в течение 5 лет.


ЛАВОМАКС®

Тилорон 0,125 г

Иммуномодулятор с противовирусной активностью

- ✓ Стимулирует образование α -, β -, γ -интерферонов
- ✓ Подавляет репродукцию вирусов

Необходимый компонент комплексного лечения инфекций



652 руб. на курс лечения¹

P N 003749/01 от 28.09.2009

Применение в гинекологии, урологии и дерматовенерологии¹

Возможные области применения	Режим дозирования	Курсовая доза
Герпетическая инфекция	Первые два дня по 1 таблетке, далее по 1 таблетке через день	20 таблеток
Цитомегаловирусная инфекция		20 таблеток
Урогенитальный хламидиоз		10 таблеток
ВПЧ ²	Первые два дня по 1 таблетке, далее по 1 таблетке через день, курс – 20 таблеток. Затем по 1 таблетке в неделю, курс 10 таблеток.	30 таблеток