

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ****ВЕСТНИК
ДАГЕСТАНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ № 1 (14), 2015****ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР –
ДОКТОР МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ПРОФЕССОР Д.Р. АХМЕДОВ****ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА –
ДОКТОР МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ПРОФЕССОР Н.У. ЧАМСУТДИНОВ****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: Н.Т.Рагимова**Зав. научной редакцией:** И.Г. Ахмедов**Ответственные редакторы:**

С.А. Магомедова, З.И. Гусейнова

Перевод: С.Ш. Заирбекова**Интернет-версия:**

А.В. Бекеева, А.И. Абдуллаев

Технические редакторы:

З.У. Мусаева, У.С. Алибекова

Цена свободная

Тираж: 2000 экз.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.
М.Г. АРБУЛИЕВ, д.м.н., проф.
Е.А. АРБУЛИЕВА, к.м.н., доц.
А.Х. АСИЯТИЛОВ, к.м.н., проф.
Г.Р. АСКЕРХАНОВ, д.м.н., проф.
Л.М. АСХАБОВА, д.м.н., проф.
А.Р. АТАЕВ, д.м.н., доц.
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.
Т.И. ИБРАГИМОВ, д.м.н., проф.
А.М. ИДАРМАЧЕВ, д.м.н., проф.
М.И. ИСМАИЛОВ, 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.М.М. МАГОМЕДХАНОВ, д. филол.н., проф.
С.Н. МАММАЕВ, д.м.н., проф.
К.А. МАСУЕВ, д.м.н., проф.
О.А.-М. МАХАЧЕВ, д.м.н., проф.
С.М. МАХАЧЕВ, д.м.н., доц.
М.Н. МЕДЖИДОВ, д.м.н., доц.
Р.Т. МЕДЖИДОВ, д.м.н., проф.
С.Н. МИНЕЕВА, к.м.н., проф.
Н.Р. МОЛЛАЕВА, д.м.н., проф.
Э.Р. НАГИЕВ, д.м.н., проф.
А.О. ОСМАНОВ, д.м.н., проф.
Ф.М. ОСМАНОВА, к.м.н., доц.
С.-М.А. ОМАРОВ, д.м.н., проф.,
чл.-корр. РАН
Н.С.-М. ОМАРОВ, д.м.н., проф.
Ш.М. ОМАРОВ, д.м.н., проф.
Р.М. РАГИМОВ, д.м.н., проф.
М.-К.М. РАСУЛОВ, д.м.н., проф.
И.М.-К. РАСУЛОВ, д.м.н., доц.
М.А. РИЗАХАНОВ, д. физ.-мат.н., проф.
М.З. САИДОВ, д.м.н., проф.
М.С. САИДОВ, к.м.н., доц.
А.Р. ТАГИРБЕКОВА, к.м.н., доц.
(литературный редактор)
М.А. ХАМИДОВ, 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.
(научный редактор)**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ****Подписной индекс**

по каталогу российской прессы

«Почта России»: 51399

«Пресса России»: 70144

«Роспечать»: 70825

Адрес редакции:

367000, Россия, г. Махачкала,

пл. Ленина, 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:** 8(8722) 67-19-88

Редакция не несет ответственности

за содержание рекламных материалов,

правильность адресных данных.

Перепечатка текстов и фотографий

запрещена без письменного разрешения

редакции.

E-mail: vestnikdigma@yandex.ruWeb-page: vestnikdigma.ruС.И. АБАКАРОВ, д.м.н., проф. (Москва)
Р.М. АГАЕВ, д.м.н., проф. (Баку)
Б.Г. АЛЕКЯН, д.м.н., проф., акад. РАН
(Москва)
С.Д. АРУТЮНОВ, д.м.н., проф. (Москва)
Н.И. БРИКО, д.м.н., проф., акад. РАН
(Москва)
С.А. ВАРЗИН, д.м.н., проф. (С.-Петербург)
Х.М. ГАЛИМЗЯНОВ, д.м.н., проф.
(Астрахань)
Н.Ф. ГЕРАСИМЕНКО, д.м.н., проф.,
акад. РАН (Москва)
А.М. ГОЛУБЕВ, д.м.н., проф. (Москва)
М.М. ДИБИРОВ, д.м.н., проф. (Москва)
С.И. ЕМЕЛЬЯНОВ, д.м.н., проф. (Москва)
М.Р. ИВАНОВА, д.м.н., проф. (Нальчик)Д.Г. ИОСЕЛИАНИ, д.м.н., проф., чл.-корр. РАН
(Москва)
В.В. ЛЕБЕДЕВ, д.м.н., проф. (Краснодар)
И.В. МАЕВ, д.м.н., проф., чл.-корр. РАН
(Москва)
М.М. МАГОМЕДОВ, д.м.н., проф. (Москва)
Б.Д. МИНАЕВ, проф. (Ставрополь)
Л.Я. ПЛАХТИЙ, д.м.н., проф. (Владикавказ)
Д.Г. САИДБЕКОВ, проф. (Италия)
В.Н. ЦАРЕВ, д.м.н., проф. (Москва)
А.М. ХАДЖИБАЕВ, д.м.н., проф. (Ташкент)
М.Ф. ЧЕРКАСОВ, д.м.н., проф.
(Ростов-на-Дону)
М.Ш. ШАМХАЛОВА, д.м.н., проф. (Москва)
Н.Д. ЮЩУК, д.м.н., проф., акад. РАН
(Москва)
О.Д. ЯГМУРОВ, д.м.н., проф. (С.-Петербург)**УЧРЕДИТЕЛЬ**

© ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздрава России

ИЗДАТЕЛЬ

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

Содержание

КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА	
Миссия высших учебных заведений и проблемы качества преподавания в современных условиях Д.Р. Ахмедов.....	5
ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ	
Клинические аспекты и полисиндромные проявления глютенной энтеропатии Э.М. Эседов, Ф.Д. Ахмедова, Ж.Ш. Умаханова, В.Р. Мурадова, А.С. Абасова, Р.А. Меджидова.....	9
Клинико-функциональное состояние дыхательных путей у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью Д.Н. Абдулманапова, П.Н. Ахмедова, Х.З. Исмаилова, Н.У. Чамсутдинов.....	11
УРОЛОГИЯ	
Методы гемостаза при открытой аденомэктомии М.Г. Арбулиев, К.М. Арбулиев, А.С. Абдуллаев, С.Г. Саидов, М.Р. Зайналов.....	17
Микрохирургия в лечении бесплодия А.Г. Магомедов, А.Д. Дибиров, Г.И. Махачев, М.А. Абдулатипов	22
СТОМАТОЛОГИЯ	
Современные системы коррекции цвета зубов в комплексном лечении заболеваний пародонта М.А. Султанова, М.Н. Мадиева.....	24
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА	
Формирование микроацефалоцист в эхинококковой кисте и его индукция in vitro И.Г. Ахмедов.....	29
Аллергодиагностика токсоплазмоза М.С. Саидов, Т.В. Царуева, Б.М. Саидова, Д.Н. Джалилова, З.М. Саидова.....	34
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ	
Случай табетической остеоартропатии левой стопы Э.С. Мирзоев, А.А. Абакаров, Х.С. Карнаев.....	37
Туберкулезный мезаденит у пациента с ВИЧ-инфекцией А.Г. Гусейнов.....	39
ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
Совершенствование технологии работы участков терапевтов городских поликлиник в условиях модернизации здравоохранения Л.С. Агаларова.....	41
Анализ показателей здоровья и смертности населения пожилого и старческого возраста в Республике Дагестан Л.М. Асхабова, И.М. Ибрагимов.....	47
МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ	
Значение знания законов формальной логики в диагностическом процессе Т.Э. Кафаров.....	53
Важность знаний общей психологии в практической медицине А.Д. Дибраев.....	57
ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	
Антимикробная терапия внегоспитальных пневмоний на амбулаторно-поликлиническом этапе Д.А. Шихнебиев, М.Г. Атаев	61
НОВОСТИ ДИССЕРТАЦИОННОГО СОВЕТА ПРИ ДАГЕСТАНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ	
	66
ЮБИЛЕИ	
К 80-летию профессора Асиятилова Абудало Хаваловича.....	70
К 75-летию профессора Магомедханова Махача Магомедовича.....	71
К 70-летию профессора Абдуллаева Алигаджи Абдуллаевича.....	72
К 60-летию профессора Асхабовой Луизы Магомедовны.....	73
К 60-летию профессора Саидова Марата Зиявдиновича.....	74
ХРОНИКА	
Памяти профессора Хачирова Джабраила Галаовича.....	76
ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ	
	77

EDITOR-IN-CHIEF PROFESSOR D.R. Akhmedov

DEPUTY EDITOR –
PROFESSOR N.U. Chamsutdinov

Published quarterly since 2011

Territory distribution:

Russian Federation, foreign countries

Registered with the Federal Service for Supervision
Legislation in Mass Communications
(roscomnadzor)PI FS № 77-47283 from 16.11.2011,
in NEB (Scientific Electronic Library) on
site: www.elibrary.ru in our database

RISC (Russian Index of Scientific Citation)

on the basis of license agreement

№ 50-02/2012, from 27.02.2012,

ISSN 2226-4396

Head of Editorial: N.T. Ragimova

Head of Scin. Ed.: I.G. Akhmedov

Executive editors:

S.A. Magomedova, Z.I. Guseinova

Translation: S.Sh. Zairbekova

Internet version: A.V.Bekeeva, A.I. Abdullaev

Technical Editors:

Z.U. Musaeva, U.S. Alibekova

Price: free

Circulation: 2,000 cop.

**Index Catalog of Russian
press**

"Mail of Russia": 51399

"The Russian Press": 70144

«Rosprint»: 70825

EDITORIAL COUNCIL**Editorial office:**Lenin sq., 1(4th floor, room 53)

367000, Russia, Makhachkala, DSMA

Phone: 8(8722) 67-19-88;

8(8722) 67-07-94

Fax: 8(8722) 68-12-80

We take no responsibility for the content
of advertising material, correct address
data.Reprints of texts and images prohibited
without written permission edition.E-mail: vestnikdagma@yandex.ruWeb-page: vestnikdagma.ru

S.I. Abakarov, prof. (Moscow)

R.M. Agayev, prof. (Baku)

B.G. Alekryan, Acad. RAS, prof. (Moscow)

S.D. Arutyunov, prof. (Moscow)

N.I. Briko, Acad. RAS, prof. (Moscow)

M.F. Cherkasov, prof. (Rostov-on-Don)

M.M. Dibirov, prof. (Moscow)

S.I. Emelyanov, prof. (Moscow)

Kh.M. Galimzyanov, prof. (Astrakhan)

N.F. Gerasimenko, Acad. RAS, prof. (Moscow)

A.M. Golubev, prof. (Moscow)

D.G. Ioseliani, Corresp. Member RAS (Moscow)

M.R. Ivanova, prof. (Nalchic)

A.M. Khadzhibayev, prof. (Tashkent)

V.V. Lebedev, prof. (Krasnodar)

M.M. Magomedov, prof. (Moscow)

I.V. Mayev, prof. Corr. m. RAS

B.D. Minaev, prof. (Stavropol)

L.Ya. Plakhtiy, prof. (Vladikavkaz)

D.G. Saidbegov, prof. (Rome, Italy)

M.Sh. Shamkhalova, prof. (Moscow)

S.A. Varzin, prof. (St. Petersburg)

O.D. Yagmurov, prof. (St. Petersburg)

N.D. Yushchuk, Acad. RAS, prof.

(Moscow)

V.N. Zarev, prof. (Moscow)

EDITORIAL BOARD

A.A. Abakarov, MD, prof.

A.A. Abdullaev, MD, prof.

M.R. Abdullaev, MD, prof.

S.A. Abusuev, MD, prof.

A.M. Aliskandiev, MD, prof.

A.-G.D. Aliev, MD, prof.

S.A. Aliev, MD, prof.

P.M. Alieva, MD, prof.

S.Sh. Akhmedkhanov, MD, prof.

M.G. Arbuliev, MD, prof.

E.A. Arbulieva, PhD, assoc.

A.H. Asiyatillov, PhD, prof.

G.R. Askerkhanov, MD, prof.

L.M. Askhabova, MD, prof.

T.R. Ashurbekov, MD, prof.

A.R. Ataev, MD, assoc.

M.G. Ataev, PhD, assoc.

(Executive secretary)

M.M. Bakuev, MD, prof.

E.M. Esedov, MD, prof.

(scientific editor)

R.S. Gadzhiev, MD, prof.

G.A. Gadzhimirzaev, MD, prof.

R.M. Gaziev, MD, prof.

G.K. Guseynov, MD, prof.

T.S. Guseynov, MD, prof.

T.I. Ibragimov, MD, prof.

A.M. Idarmachev, MD, prof.

M.I. Ismailov, MD, prof.

M.A. Khamidov, MD, prof.

M.T. Kudaev, MD, prof.

A.G. Magomedov, MD, prof.

M.G. Magomedov, MD, assoc.

M.M. Magomedkhanov, PD, prof.

O.M. Makhachev, MD, prof.

S.M. Makhachev, MD, assoc.

S.N. Mammaev, MD, prof.

K.A. Masuev, MD, prof.

M.N. Medzhidov, MD, assoc.

R.T. Medzhidov, MD, prof.

S.N. Mineeva, MD, prof.

N.R. Mollaeva, MD, prof.

E.R. Nagiev, MD, prof.

Sh.M. Omarov, MD, prof.

S.-M.A. Omarov, MD, prof.,

Corr. m. RAS

N.S.-M. Omarov, MD, prof.

A.O. Osmanov, MD, prof.

F.M. Osmanova, MD, assoc.

R.M. Ragimov, MD, prof.

M. M.-K. Rasulov, MD, prof.

I. M.-K. Rasulov, MD, assoc.

M.A. Rizakhanov, PD, prof.

M.Z. Saidov, MD, prof.

M.S. Saidov, PhD, assoc.

A.M. Shakhnazarov, MD, prof.

I.A. Shamov, MD, prof.

(scientific editor)

A.R. Tagirbekova, MD, assoc.

(Literary editor)

FOUNDER

© State Educational Institution of Higher Education «Dagestan State Medical Academy», of Russian Ministry of Health

PUBLISHER

© Publishing center "Dagestan State Medical Academy" of Russian Ministry of Health

Contents

EDITOR'S NOTE	
The mission of higher education and quality problems teaching in modern conditions D.R. Akhmedov.....	7
INTERNAL MEDICINE	
The clinical and epidemiological aspect of celiac disease E.M. Esedov, F.D. Akhmedov, ZH.SH. Umakhanova, V.R. Muradova, A.S. Abbasov, R.A. Medzhidova...	9
Clinical and functional status of the respiratory tract in patients with gastroesophageal reflux disease D.N. Abdulmanapova, P.N. Akhmedova, Kh.Z. Ismailova, N.U. Chamsutdinov.....	11
UROLOGY	
Methods of hemostasis in open adenomectomy M.G. Arbuliev, K.M. Arbuliev, A.S. Abdullaev, S.G. Saidov, M.R. Zainalov.....	17
Microsurgery in the treatment of infertility A.G. Magomedov, A.D. Dibirov, G.I. Makhachev, M.A. Abdullatipov	22
DENTISTRY	
Modern system of color correction of teeth in the complex treatment of periodontal disease M.A. Sultanova, M.N. Madieva.....	24
EXPERIMENTAL MEDICINE	
Formation of microcephaluscysts in echinococcosis cyst and its induction in vitro I.G. Akhmedov	29
The allergic diagnostics of toxoplasmosis M.S. Saidov, T.V. Tsarueva, B.M. Saidov, D.N. Dzhaililova, Z.M. Saidov.....	34
CASE STUDY	
Case of tabetic osteoarthropathy left foot E.S. Mirzoev, A.A. Abakarov, Kh.S. Karnev.....	37
Tuberculous mesadenitis in patients with HIV infection A.G. Guseynov	39
HEALTH ORGANIZATION	
Improving the technology of primary care physicians work city clinics in the modernization of Health Care L.S. Agalarova	41
Analysis of health and mortality of elderly in the Republic of Dagestan L.M. Askhabova, I.M. Ibragimov.....	47
MEDICAL EDUCATION	
The value of knowledge of the laws of formal logic in the diagnostic process T.E. Kafarov.....	53
The importance of knowledge of general psychology in practical medicine A.D. Dibrayev.....	57
LITERATURE REVIEW	
Antimicrobial therapy of community-acquired pneumonia on the outpatient phase D.M. Shikhnebiev, M.G. Atayev.....	61
NEWS FROM DISSERTATIONAL COUNCIL OF DAGESTAN STATE MEDICAL ACADEMY	
JUBILEE	
On the 80th anniversary of Professor Asiyatillov Abudalo Khavalovich.....	70
On the 75th anniversary of Professor Magomedkhanov Makhach Magomedovich	71
On the 70th anniversary of Professor Abdullayev Aligadzhi Abdullaevich.....	72
On the 60th anniversary of Professor Askhabova Louise Magomedovna	73
On the 60th anniversary of Professor Saidov Marat Ziyavdinovich	74
CHRONIC	
The memory of Professor Khachirov Dzhabrail Galaovich.....	76
INSTRUCTIONS FOR AUTHORS	
	77

Миссия высших учебных заведений и проблемы качества преподавания в современных условиях



На X съезде Российского союза ректоров (РСР), проходившем в октябре 2014 года в Московском государственном университете им. М.В. Ломоносова, руководители отечественных вузов обсуждали актуальные вопросы высшего образования: миссия вузов в современных условиях; повышение качества образования; состояние науки, образования и воспитания; роль и место российских вузов в мировом образовательном пространстве. работе съезда принял участие Президент России В.В. Путин. Глава государства отметил, что наши вузы представляют армию в 300 тыс. преподавателей и 5,5 млн студентов и за последнее время для высшей школы было сделано много хорошего: растут зарплаты профессорско-преподавательского состава – на данном этапе они составляют в среднем по России 45 тыс. рублей.

«Но есть и много претензий к качеству преподавания в вузах, – сказал Президент. – Студентов сплошь и рядом учат не по-современному, и, получив диплом, они не получают знаний и не могут качественно работать на производстве». Преодолеть эту тенденцию, по мнению В.Путина, необходимо, перейдя к внешней оценке качества образования, причем активное участие в выработке критериев такой оценки должен принимать именно Российский союз ректоров. В. Путин также призвал ректоров устанавливать тесную связь с производством – это обязательная работа, подчеркнул он.

Столь же обязательна, по его словам, и работа вузов по улучшению физического состояния молодых граждан и формированию здорового образа жизни.

Глава РСР, академик, ректор МГУ им. М.В.Ломоносова, вице-президент Российской академии наук Виктор Садовничий в своем выступлении остановился на шести ключевых моментах, связанных с повесткой дня съезда: качество образования; наука в высшей школе; университеты – новой экономике; образование и воспитание; роль гуманитарного знания; поиск и поддержка талантов; российские университеты в мировом образовательном пространстве. Он также отметил огромную важность развития физической подготовки в вузах, активной работы студенческих спортивных клубов.

«В свое время Московский университет выдвинул идею проведения фестивалей науки, и в этом году участниками IX Фестиваля науки стало более 2,5 млн человек. Молодежь страны «заболела» наукой, можно сказать. А почему бы нам не организовать университетский фестиваль спорта?» – с таким предложением обратился В.Садовничий к участникам съезда.

Его коллеги, ректоры российских вузов предложили главе государства не настаивать на Болонской системе высшего образования (бакалавриат-магистратура), а «вернуться к пяти- и даже шестилетней непрерывной подготовке инженеров и пятилетней – учителей». Именно эта система, напомнил В.Садовничий, позволила нашей стране 50 лет назад первой выйти в космос и стать ведущей мировой образовательной державой. Во-вторых, целесообразно было бы восстановить госзадания на выполнение исследовательских работ в университетах. И, в-третьих, положить предел исходу абитуриентов из регионов с последующим оседанием в столицах. Например, с помощью целевой подготовки, именных стипендий и т.д. «Досталось» и идее обязательного вхождения российских вузов в топовые позиции мировых рейтингов, в свое время активно поддержанной Президентом В.Путиным.

«Важно не поддаваться гипнозу внешних стандартов глобализации. Мы – Россия, и у нас своя история, свой менталитет и свои задачи. Нам не стоит ориентироваться на заданные кем-то правила игры и заниматься самобичеванием, – выразил мнение ректоров В.Садовничий. – Что же касается истории, то настало время ввести в школе обязательный выпускной ЕГЭ по этому предмету, хотя бы на базовом уровне», – заявил он.

Известно, что Россия занимает первое место в рейтинге самых образованных стран мира, подготовленном экспертами Организации экономического сотрудничества и развития. В нашей стране дипломы о высшем образовании имеет большинство граждан. На втором месте – Канада, на третьем – Япония и Израиль. При этом 95% россиян окончили

среднюю школу (мировой показатель – 75%). Приоритетной задачей российской высшей школы является повышение качества образования. «В современных условиях решать эту задачу можно только комплексным путем», – подчеркнул В. Садовничий. И продолжил: «Современный уровень развития науки требует от образования преодоления разрыва между естественнонаучными и социально-гуманитарными областями знания. Междисциплинарность становится вторым важным фактором повышения качества образования. На фоне постоянно расширяющегося пространства зарубежных электронных образовательных проектов, массовых онлайн-курсов российская высшая школа должна создать единую общенациональную систему дистанционного образования для всех категорий учащихся, направлений подготовки и переподготовки. Такая высокотехнологичная образовательная платформа позволит решить целый ряд задач: расширить доступ к высшему образованию на общероссийском пространстве, оптимизировать систему повышения квалификации и переподготовки, обеспечить образовательную поддержку населению разных возрастов с помощью инфортехнологий – и станет основным инструментом непрерывного образования как глобального императива современности».

Важным представляется создание механизма независимой оценки знаний студентов и оценки деятельности научно-педагогических работников студентами, их удовлетворенности условиями и результатами обучения. Российский союз ректоров может взять на себя, в частности, разработку систем внутреннего аудита образовательных программ, а также координацию деятельности по международной аккредитации отечественных образовательных программ. Россия – одна из немногих стран в мире, где абсолютное большинство школьников (около 80 %) стремится поступить в вузы и где наибольший процент населения имеет высшее образование, отметил ректор МГУ. Система образования как одна из высших ценностей современного государства должна предоставить возможность людям разного возраста и разных способностей пользоваться электронными образовательными ресурсами: в молодости – для самореализации и успешного профессионального роста, в зрелом возрасте – для адаптации к быстро меняющимся условиям жизни, требующим владения высокими технологиями.

Негосударственный сектор российской высшей школы должен вносить свой вклад в развитие системы образования. Российский союз ректоров готов взять на себя ответственность за дальнейшее развитие университетской образовательной системы. Выступивший на съезде министр образования и науки РФ Дмитрий Ливанов поднял вопрос о закрытии тех частных университетов и филиалов государственных вузов, которые не могут обеспечить должное качество образования.

«Если вузы будут сопротивляться, к ним будут применены жесткие меры», – заявил Д.Ливанов, напомнив, что ректоров назначает Минобрнауки.

Впервые министерство провело мониторинг высших учебных заведений осенью 2012 года, по его итогам были признаны неэффективными и нуждающимися в реорганизации 30 университетов и 262 филиала; по результатам мониторинга 2013 года 373 вуза и филиала оказались неэффективными, а еще 45 вузов и филиалов – требующими оптимизации. Соответствующая работа, по словам министра, будет проведена и с негосударственными вузами, не способными давать качественное образование.

«Прекращение аккредитации будет применяться к негосударственным вузам, которые не могут обеспечить достаточно высокий уровень подготовки. Они могут заниматься образовательной деятельностью, предлагать любой рыночный продукт, имеющий спрос, но не выдавая в итоге диплома государственного образца. Будет применяться и отзыв лицензий в тех случаях, когда других вариантов уже нет совсем», – сказал Д.Ливанов.

Он также заявил, что многие вузы России в ближайшее время перейдут к обучению студентов только по программам бакалавриата, магистратура и аспирантура останутся лишь в наиболее сильных вузах. Предстоят значительные структурные изменения, подчеркнул министр. Говорилось на съезде и о том, что российским вузам в ближайшие годы предстоит столкнуться с проблемой сокращения числа студентов. Согласно приведенным Д.Ливановым данным, в 2003 году выпускников 11 классов было 1,4 млн человек. В 2014 году их число составило всего 650 тысяч. По словам министра, восполнить дефицит российских студентов вузы отчасти могут, активнее привлекая иностранных студентов, но для этого они должны обеспечить качественные программы преподавания, способные привлечь иностранных граждан. Дмитрий Ливанов также подчеркнул, что из-за сокращения числа обучающихся все же придется сократить количество преподавателей.

Завершая свою работу, X съезд Российского союза ректоров одобрил основные положения университетской доктрины «Новые университеты для новой России».

По итогам X съезда Российского союза ректоров было вынесено постановление:

- одобрить основные положения университетской доктрины «Новые университеты для новой России» с учетом рекомендаций, высказанных в ходе заседаний секций X съезда Российского союза ректоров;
- Совету Российского союза ректоров организовать работу по реализации содержащихся в доктрине предложений;
- ректорам образовательных организаций высшего образования довести решения X съезда Российского союза ректоров до коллективов вузов.

Джалалутдин Ахмедов,
ректор ДГМА, академик РАЕН, доктор медицинских наук, профессор, лауреат премии Правительства РФ, заслуженный врач РФ и РД, заслуженный деятель науки РД

The mission of higher education and quality problems teaching in modern conditions

At the Tenth Congress of the Russian Union of Rectors (RUR), which was held in October 2014 in the Moscow State University by M.V. Lomonosov, Heads of national universities discussed topical issues of higher education: the mission of universities in modern conditions; improving the quality of education; states-of science, education and training; the role and place of Russian universities in the world educational space. The congress was attended by President of Russia Vladimir Putin. The President noted that our universities are an army of 300 thousand and 5.5 million teachers. Students and lately for high school has been done many good things: increasing salaries of the faculty - at this stage they are on average in Russia 45 thousand rubles.

"But there are a lot of complaints about the quality of teaching in universities - said the President. - Students are very often not taught in a modern way, and with a degree, they do not get the knowledge and cannot work in the production of high quality. "Pre-overcome this trend, according to Putin, it is necessary, going to the external evaluation of the quality of education, and active participation in the development of criteria for such an assessment should take exactly the Russian Union of Rectors. Putin also called on rectors to establish close links with the production - is a necessary work, he said. Equally obligatory, he said, and the work of universities to improve the physical condition of young people and promote healthy lifestyles.

Head of RUR, academician, rector of Moscow State University, vice president of Russian Academy of Sciences Viktor Sadovnichy in his speech focused on six key points related to the agenda of the Congress: the quality of education, of; science in high school; universities - the new economy; education and training; the role of the humanities; search and support talent; Russian universities in the world educational space. He also noted the great importance of the development of physical training in high schools, the active work of student sports clubs.

"At the time, Moscow University proposed the idea of science festivals, and this year the IX Science Festival was over 2.5 million people. The youth of the country "sick" of science, we can say. Why do not we organize a university sports festival? "- With such a proposal V. Sadovnichy addressed to the participants of the congress.

His colleagues, rectors of Russian universities offered the head of state not to insist on the Bologna-system of higher education (bachelor-master), and the "return to the five- and six-year even continuous training of engineers and five years - the teachers." It is this system that reminded V. Sadovnichy, allowed our country 50 years ago, the first to go into space and become the world's leading educational power. Secondly, it would be advisable to restore government jobs for performing research at universities. And, thirdly, put an end to the end of entrants from the regions, followed by subsidence in the capitals. For example,

with the help of targeted training, scholarships, etc. "Get" and the idea of a mandatory entry of Russian universities in the top positions of the world rankings at the time actively supported by President Vladimir Putin.

"It is important not to succumb to hypnosis external standards of globalization. We - are Russia, and we have our own history, our own mentality and our objectives. We should not rely on someone set the rules and engage in self-flagellation - expressed the view of Rectors V. Sadovnichy. - As for the story, it's time to introduce a compulsory school graduation exam in this subject, at least at a basic level, "- he said.

It is known that Russia ranks first in the ranking of the most educated countries in the world, prepared by experts from the Organization for Economic Cooperation and Development. In our country, higher education diplomas has majority of citizens. In second place - Canada - the third Japan and Israel. In this case, 95% of Russians have graduated from high school (global average - 75%). Priority of Russian higher education is to improve the quality of education. "In today's environment to solve this problem can only be integrated through", - said Vladimir Sadovnichy. He continued: "The current level of development of science requires the formation of bridging the gap between the natural sciences and the social and humanitarian fields of knowledge. Interdisciplinarity becomes the second important factor in improving the quality of education. Against the background of an ever-expanding area of foreign electronic educational projects, massive online courses Russian higher education is to create a unified national system of distance education for all categories of students, areas of training and retraining. This high-tech educational platform will address a number of challenges: to expand access to higher education on the national space, optimize training and retraining, to provide educational support to the population of all ages to help inform technology - and will be the main tool for continuing education as a global imperative of our time".

Important is the establishment of a mechanism independent assessment of student knowledge and evaluation of research and teaching staff of students, their satisfaction with the conditions and learning outcomes. Russian Union of Rectors can take over, in particular, the development of internal audit, on educational programs, as well as coordination of international accreditation of national educational programs. Russia - one of the few countries in the world where the vast majority of students (80%) tend to enter higher education and where the largest percentage of the population has a higher education, said the rector of Moscow State University. The education system as one of the highest values of the modern state should provide an opportunity for people of different ages and abilities to use electronic educational resources: in his youth - for self-realization and successful career in adulthood - to adapt to rapidly changing conditions of life, requiring high technology ownership.

Non-state sector of Russian higher education should contribute to the development of the education system. Russian Union of Rectors are ready to assume responsibility for the further development of the university education system. Speaking at the Congress of the Education and Science Minister Dmitry Livanov newly-raised the issue of closing of the private universities and branches of The State has-governmental universities, this cannot provide the proper quality of education.

"If universities are to resist, they would face tough measures," - said D. Livanov, recalling that the rectors appoints the Ministry of Education.

For the first time the Ministry has conducted monitoring of higher education institutions in the autumn of 2012, its results have been found to be ineffective and in need of reorganization 30 universities and 262 branches, the results of monitoring in 2013 and 373 university branch proved ineffective, and another 45 universities and branches - requires optimization. Related work, according to the minister, will be carried out by non-state universities and not capable of giving a quality education.

"Termination of accreditation will be applied to non-state universities, which cannot provide a sufficiently high level of training. They may engage in educational activities, to offer any market a product having the demand, but not giving as a result a state diploma. Will be applied and revocation of licenses in cases where other options are no longer entirely "- said D. Livanov.

He also said that many universities in Russia in the near future will go to education students only in undergraduate, graduate and post-graduate courses will remain only in the strongest universities. Coming

significant structural changes, the minister stressed. Discussed at the Congress and that the Russian universities in the coming years will face the challenge of reducing the number of students. According to these data Livanov, 2003 graduates of 11 classes were 1.4 million people. In the same year, the number was only 650 thousand. According to the Minister, make up the shortfall Russian universities students may partly by actively involving foreign students, but for this they need to provide quality teaching programs that could attract foreign citizens. Dmitry Livanov also stressed that due to the reduction in the number of students still have to reduce the number of teachers.

In concluding its work, X Congress of the Russian Union of Rectors of the University proved the main provisions of the doctrine of "new universities for the new Russia."

Following the results of the X Congress of the Russian Union of Rectors was issued:

- to approve the basic provisions of the university doctrine of "new universities for the New Russia" with the recommendations made during the meetings of the sections X Congress of the Russian Union of Rectors;
- Council of the Russian Union of Rectors organizes work to implement the proposals contained in the doctrine;
- rectors of educational institutions of higher education to bring decision X Congress of the Russian Union of Rectors of universities to groups.

Dzhalalutdin Akhmedov,
Rector of the DSMA, Academy of Natural Sciences,
MD, professor, laureate of the Government of the
Russian Federation, Honored Doctor of RF and RD,
Honored Scientist RD

АМИКСИН®

В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ



АНТИВИРУСНАЯ ПРОГРАММА

широкого
спектра
действия

УДК 613.34–008.6:577.112.827(470.67)

Клинические аспекты и полисиндромные проявления глютенной энтеропатии**Э.М. Эседов, Ф.Д. Ахмедова, Ж.Ш. Умаханова, В.Р. Мурадова, А.С. Абасова, Р.А. Меджидова**

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Махачкала

Резюме

В статье представлен анализ клинико-эпидемиологических проявлений целиакии (глютенной энтеропатии), свидетельствующий о распространении болезни среди дагестанских этносов. Описаны случаи с типичными и атипичными формами заболевания. Сделаны выводы о полисиндромности клинических проявлений болезни и о необходимости раннего выявления ее у пациентов с целиакией-ассоциированными заболеваниями.

Ключевые слова: целиакия, эпидемиология, типичные и атипичные формы, целиакия-ассоциированные заболевания, полисиндромность.

The clinical and epidemiological aspect of celiac disease**E.M. Esedov, F.D. Akhmedova, Zh.Sh. Umakhanova, V.R. Muradova, A.S. Abasova, R.A. Medzhidova**

Dagestan State Medical Academy, Makhachkala

Summary

The paper presents an analysis of clinical and epidemiological aspects of celiac disease (gluten enteropathy), testifying to the frequent spread of the disease among the ethnic groups of Dagestan people were determined. The results of personal observations of patients with typical and atypical manifestations of the disease are stated. Conclusions about poly-syndrome of clinical manifestations of the disease and the need for its early detection in patients with celiac associated diseases were determined.

Key words: celiac disease, epidemiology, typical and atypical forms, diseases associated with celiac disease, polysyndrome clinical manifestations.

Целиакия (глютенчувствительная энтеропатия) – хроническое заболевание полигенной мультифакториальной природы, в основе которого лежит непереносимость глютена – белка злаковых культур, с развитием иммунной природы энтерита и нарушением абсорбции на поврежденном участке тонкой кишки [3, 5, 7]. Болезнь имеет генетическую предрасположенность: выявлена ассоциация целиакии с локусами главного комплекса гистосовместимости, причем у 90-95% больных определяется гетеродимер HLA-DQ2, а у 5-10% – DQ8 [1, 6]. Но наличие этих антигенов определяет развитие заболевания лишь в 36-53%. В последнее время установлено, что важное значение имеют мутации неHLA-генов, ответственных за развитие аутоиммунных болезней, а также средовые факторы, роль которых продолжает изучаться. В классическом представлении заболевание развивается с детства, клиника включает эпизоды энтеральной диареи и болей в животе после употребления продуктов, содержащих пшеницу, рожь, овес и ячмень, отмечается также семейный характер болезни. Долгое время считалось, что болезнь является редкой патологией. Однако на современном этапе развития

медицины, благодаря совершенствованию методов диагностики, удалось установить, что в некоторых странах в среднем не менее 1-2% населения страдает этим заболеванием, но зачастую болезнь вовремя не диагностируется [1, 7]. Заболевание может протекать не только в классическом, типичном варианте, но и в виде скрытых, мало- и бессимптомных и атипичных форм, с внекишечными проявлениями. Такие больные даже не вызывают подозрения о наличии у них данной болезни, так как у них нет явного диарейного синдрома. В то же время эти пациенты длительно и безуспешно могут лечиться у врачей разных специальностей по поводу анемии, рефрактерной к лечению, атопического дерматита, дисбактериоза, остеопороза, бесплодия и афтозного стоматита, которые по существу являются проявлениями мальабсорбции [1, 2, 3].

Учитывая достаточно широкое распространение целиакии в мире, можно говорить о высокой социальной значимости ее своевременной диагностики, тем более что даже клинически не выраженная целиакия может предрасполагать к аутоиммунным и онкологическим заболеваниям, в то время как при соблюдении аглютенной диеты риск этих осложнений значительно снижается [4]. Распространенность целиакии в Дагестане не изучена в связи с малым количеством наблюдений и недостаточной осведомленностью врачей о ее полисиндромной клинике и современных методах диагностики.

Для корреспонденции:

Эседов Эсед Мутагирович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии №3 с курсом клинической иммунологии и аллергологии ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ.

Тел.: 8 (928) 591 62 34

Статья поступила 21.01.2015 г., принята к печати 25.02.2015 г.

Все это предопределило актуальность данного исследования, в котором акцент сделан на выявлении различных вариантов клинического течения целиакии у взрослых в специализированном гастроэнтерологическом отделении Республиканской клинической больницы г. Махачкала.

Под нашим наблюдением находились 15 больных, поступивших в гастроэнтерологическое отделение в 2013-2014 гг. Изучены и проанализированы истории болезни данных больных, половой, национальный и возрастной состав, географическое место проживания, клинические симптомы, способы диагностики.

Возраст больных колебался в широких пределах (от 15 до 52 лет), составляя в среднем 31,5 лет. Среди больных преобладали женщины: 13 женщин и 2 мужчин. Анамнез болезни составлял от 1 месяца (заболевание при этом началось во время беременности) до 30 лет. Средний возраст на момент начала болезни – 18 лет. Заболевание впервые проявилось в детском возрасте только у 2-х человек, в подростковом и юношеском возрасте – у 4-х, в более зрелом возрасте заболели 9 человек. Однако ретроспективный анализ жалоб и клиники заболевания выявил, что у большинства пациентов первые признаки отмечались с детского и юношеского возраста, но были не столь явно выражены.

По национальному составу в изучаемой группе несколько преобладали даргинцы (5 чел.) из различных даргинских районов. Аварцы составили 4 человека, представлены были также и другие национальности: 2 кумычки, 1 лезгин, 1 табасаранка, 1 чеченка и 1 русская. Эти данные не свидетельствуют об этнических особенностях болезни и требуют дальнейшего изучения.

Наряду с тем, что у всех больных была в разной степени выражена кишечная симптоматика (энтеральная диарея), на первый план у большинства пациентов выходили проявления синдрома мальабсорбции – железодефицитная анемия с детского или подросткового возраста, рефрактерная к лечению, дефицит питания, витаминная и минеральная недостаточность, нарушения месячных вплоть до аменореи, реже (в запущенных случаях) встречались отставание в росте и развитии, отеки ног, наличие жидкости в брюшной и плевральной полостях, угроза прерывания беременности. Встречались и более редкие симптомы, такие как кровоточивость, хроническая рецидивирующая крапивница, отек Квинке, витилиго, поливалентная аллергия, резистентная к антигистаминным препаратам. Большинство больных отмечали значительное похудение, но у части больных похудение не развивалось. На фоне аглутеновой диеты (в редких случаях добавляли к ней питательные смеси и метипред) состояние больных улучшалось даже во время пребывания в стационаре.

Одинаковой информативностью в плане диагностики отмечались данные серологического исследования на наличие специфических антител (антиглиадиновых, антиэндомизальных, к ткане-

вой трансглутаминазе и ретикулину) и результаты гистологического исследования биоптатов слизистой оболочки тонкой кишки. Из 10 проведенных серологических тестов у 9 выявлен высокий титр антител (антиглиадиновые антитела классов Ig A и G более 200 МЕ при норме менее 25 МЕ, к ретикулину и эндомизину от 160 до 640 МЕ, диагностический титр свыше 40 МЕ считается положительным результатом). У 1 больного результат был отрицательным (необходимо отметить, что изучался только один вариант антител и данные биопсии подтвердили диагноз). Биопсия слизистой при дуоденоскопии произведена у 7 больных, у всех удалось подтвердить наличие атрофии ворсинчатого аппарата слизистой различной степени и лимфоцитарную инфильтрацию собственной пластинки с наличием межэпителиальных лимфоцитов. Нами сделан вывод о взаимодополняемости и взаимозаменяемости данных видов диагностики, однако себестоимость биопсии значительно ниже и поэтому доступна всем больным.

Для наглядности приводим клиническое наблюдение, свидетельствующее о полисиндромности клинической картины целиакии у беременной женщины и возможности тяжелых осложнений при отсутствии лечения.

Больная М.Т., 29 лет, чеченка, поступила в гастроэнтерологическое отделение Республиканской клинической больницы 6.08.2014 г. с жалобами на частый жидкий стул до 10 раз в сутки (в том числе ночью) с примесью слизи, периодически возникающие ноющие боли по всему животу, вздутие живота, чувство тяжести в эпигастрии после еды, тошноту, изжогу, выраженную общую слабость, утомляемость, отсутствие аппетита, повышение температуры тела до 38,0 С, отеки ног, боли в суставах (преимущественно в коленных), потерю веса до 17 кг за 3 месяца.

Из анамнеза: считает себя больной с 20-летнего возраста (с 2006 г.), когда периодически стали беспокоить боли в эпигастриальной области, вокруг пупка и по ходу кишечника, тогда же отмечала нерегулярный стул со склонностью к послаблению (запоры по 2-3 дня чередовались поносами, неоформленным содержимым со слизью по 2-3 раза в сутки). Наблюдалась по месту жительства с диагнозом: хронический гастрит, хронический холецистит, синдром раздраженного кишечника; получала спазмолитики, ферментные препараты с кратковременным улучшением. С апреля-мая 2010 г. состояние ухудшилось – участились боли в животе, отмечались тошнота, слабость, чередование запоров и поносов. В июне 2010 г. была госпитализирована по поводу обострения хронического холецистита и хронического панкреатита, выполнена холецистэктомия. Однако после проведенного оперативного вмешательства самочувствие больной не улучшилось – сохранялся абдоминальный болевой синдром, слабость, прогрессировала потеря веса (похудела на 12-15 кг в течение года). Тогда же во время первой беременности впервые появилась

выраженная диарея до 10 раз в сутки с примесью крови, слизи, общая слабость. После родоразрешения (кесаревым сечением) лечилась в Ростовском онкологическом институте, откуда выписана с диагнозом: хронический энтероколит, неспецифический язвенный колит? гипотрофия 1 степени. В течение месяца получала буденофальк 9 мг в сутки, ферментные препараты. На фоне данной терапии самочувствие больной улучшилось на кратковременный период, с последующим постепенным ухудшением. В 2011 г. обследовалась и лечилась в гастроэнтерологической клинике Ростовского ГМУ с диагнозом: хронический энтероколит неясной этиологии, болезнь Крона? При гастроскопии слизистая желудка истончена, бледная, слизистая 12-перстной кишки с ячеистым рисунком и признаками лимфостаза (симптом «манной крупы»). Заключение: гастрит с признаками атрофии, дуоденит. Гистологически в биоптатах слизистой выходного отдела желудка и 12-перстной кишки выявлены признаки хронического воспаления. При колоноскопии осмотрены прямая, сигмовидная и нисходящая кишка до селезеночного угла, который подтянут кзади, щелевидной формы. Проведение аппарата через него вызывает сильные боли. Слизистая на всем протяжении бледная, истончена, с выраженным сосудистым рисунком. Складки сглажены. Гистологически: признаки атрофического колита. Вновь назначено лечение: буденофальк по 3 мг 3 раза в день – 1 месяц, настой ромашки, мезим-форте. Последнее время (с июля-августа с.г.) отмечает значительное ухудшение состояния в связи с наступлением повторной беременности с появлением вышеперечисленных жалоб. Обследована по месту жительства в РКБ г. Грозный, исключены острая инфекционная патология и туберкулез кишечника. При исследовании была выявлена гипохромная анемия со снижением гемоглобина до 83-85 г/л, гипохромия (ЦП 0,74) и повышение СОЭ до 28 мм/ч. Вновь выставлен диагноз: Хронический энтероколит неуточненного генеза, высокая степень активности, тяжелое течение, обострение на фоне беременности 19-20 недель. Гестоз 2-й половины беременности. Анемия средней степени тяжести. Гипотрофия 1 ст. Кахексия. Печеночно-клеточная недостаточность. Асцит. Полисерозит. Получила лечение: щадящая диета, преднизолон 30 мг + физ. раствор 100,0 в/в капельно, альбумин, диссоль, 5% раствор глюкозы 400 мл с 5% аскорбиновой кислотой 10,0, рефортан, смекта, креон 25000 3 раза в сутки, бифиформ по 2 капсулы 2 раза в сутки. На фоне проведенной терапии отмечалось незначительное улучшение в виде уменьшения кратности стула до 3-5 раз в сутки с уменьшением выделения слизи с калом, общей слабости, отеков, однако в целом состояние оставалось тяжелым, в связи с этим по распоряжению Министерства здравоохранения Чеченской республики направлена в гастроэнтерологическое отделение РКБ для уточнения диагноза и лечения.

При поступлении состояние расценивалось как тяжелое, в связи с чем больная госпитализирована в реанимационное отделение. Сохранялась анемия (Hb 93-73-84 г/л, гематокрит 18-22%), гипопропротеинемия (общий белок 47-51-37 г/л), колебания общего билирубина в пределах 66-87 мкмоль/л, АСТ 105-36 Ед/л, АЛТ 37-41 Ед/л. По данным УЗИ 8.08.14 г. диагностирована антенатальная гибель плода. 11.08.14 г. произведена операция – нижнесрединная лапаротомия и малое кесарево сечение. Извлечен мертвый плод женского пола весом 300 г, рост 25 см с элементами мацерации кожи. Послеоперационный период протекал без осложнений. В отделении впервые заподозрена целиакия. При исследовании от 8.08.14 г. выявлены высокие уровни антиглиадиновых антител классов IgG и IgA – более 200 отн. ед/мл (при норме до 25), к тканевой трансглутаминазе IgA – более 200 отн. ед/мл (при норме до 20), к эндомизию классов IgG и IgA – до 640 (при норме до 2,5). Выставлен диагноз: Целиакия, тяжелая форма. Синдром мальабсорбции 2-3 ст. Недостаточность питания (ИМТ 17 кг/м²). Железододефицитная анемия средней степени тяжести (вторичная). Лекарственный гепатит с цитолитическим и холестатическим синдромами. Состояние после кесарева сечения от 11.08.14 г. по поводу антенатальной гибели плода. Назначена строгая аглютенная диета, проведена комплексная терапия, включавшая инфузии альбумина, энтеросорбенты (энтеросгель, смекта), дезинтоксикационные препараты (реамберин, глюкоза с аскорбиновой кислотой), витамины группы В, глюконат кальция, гепатопротекторы, глюкокортикоиды в/в и внутрь, ферментные препараты (креон), антидиарейные препараты (лоперамид), на фоне чего состояние улучшилось. Выписалась на дальнейшее лечение под наблюдение врача по месту жительства с рекомендациями постоянного соблюдения аглютенной диеты и постепенной отмены преднизолона.

Таким образом, анализ серии случаев и представленное наблюдение показывают, что данная патология не является редкой среди дагестанских этносов и встречается у лиц всех национальностей и во всех возрастных группах, но преимущественно поражает женщин (соотношение женщин и мужчин составило 6:1). Возраст на момент первых проявлений может быть любым, начиная от второго года жизни до пожилых лет.

При наличии энтерального диарейного синдрома любой степени выраженности необходимо обследовать пациента в плане выявления целиакии, в особенности при сочетании с железодефицитной анемией. Целиакия может сопровождаться неспецифическими симптомами, такими как аменорея и другие нарушения месячных, отеки ног, анасарка (асцит, гидроторакс), сильные абдоминальные боли, имитирующие «острый живот», тошнота и рвота, угроза прерывания беременности, внутриутробная гибель плода, повышенная кровоточи-

вость, тромбоз вен нижних конечностей, различные проявления аллергии и др.

Проведенное исследование позволяет предположить, что при анемии, рефрактерной к лечению препаратами железа, в значительном проценте случаев при детальном обследовании возможно подтвердить наличие целиакии как причины данной патологии. Поэтому мы рекомендуем в этих случаях проводить целенаправленное исследование для уточнения диагноза.

Зачастую другие проявления «заслоняют» собой слабо выраженный диарейный синдром, на который больной не обращает внимания и не сообщает врачу. На первый план выступают разнообразные жалобы аллергологической, эндокринной, гинекологической сферы, заставляя врача идти по ошибочному пути. В этих случаях важно помнить о разнообразии клинической симптоматики целиакии и наличии целиакия-ассоциированных заболеваний, таких как сахарный диабет, остеопороз, atopический дерматит, афтозный стоматит, респираторный аллергоз и другие.

Литература

1. Быкова С.В. Новые горизонты в изучении целиакии: по материалам 18-й европейской гастроэнтерологической недели (23-27.10.2010) // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2011. № 3. С. 142-144.
2. Быкова С.В., Сабельникова Е.А., Парфенов А.И. и др. Репродуктивные расстройства у женщин с целиакией. Влияние этиотропной терапии // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2011. № 3. С. 12-18.
3. Парфенов А.И., Крумс Л.М., Сабельникова Е.А. Современная концепция, дефиниция и классификация целиакии // Материалы V съезда Научного общества гастроэнтерологов России. М.: Анахарсис, 2005. С. 473-475.
4. Парфенов А.И., Сабельникова Е.А., Крумс Л.М. Глютенчувствительная целиакия и профилактика аутоиммунных и онкологических заболеваний (передовая) // Терапевтический архив. 2007. № 2. С. 5-8.
5. Парфенов А.И., Щербakov П.Л. Диагностика и терапия глютенчувствительной целиакии // Трудный пациент. 2010. Т. 8, № 11. С. 52-57.
6. Пухликova Т.В., Лебедева Л.Л., Сабельникова Е.А. и соавт. Значение иммуногенетических факторов в развитии глютенчувствительной целиакии у взрослого населения Московского региона // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2011. № 3. С. 19-23.
7. Сабельникова Е.А. Глютенчувствительная целиакия: распространенность в группах риска, клинические формы, лечение и диспансерное наблюдение: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2008.
2. Bykova S.V., Sabel'nikova E.A., Parfenov A.I. [i dr.] Reproductivnye rasstroystva u zhenshchin s tseliakiey. Vliyaniye etiotropnoy terapii [Reproductive disorders in women with celiac disease. The influence of causal treatment] // Eksperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya. 2011. № 3. S. 12-18.
3. Parfenov A.I., Krums L.M., Sabel'nikova E.A. Sovremennaya kontseptsiya, definitsiya i klassifikatsiya tseliakii [Modern concept, definition and classification of celiac disease] // Materialy V s'ezda achnogo obshchestva gastroenterologov Rossii. M.: Anakharsis, 2005. S. 473-475.
4. Parfenov A.I., Sabel'nikova E.A., Krums L.M. Glyutenchuvstvitel'naya tseliakiya i profilaktika auto-immunnykh i onkologicheskikh zabolevaniy (pe-redovaya) [Gluten sensitive celiac disease and the prevention of autoimmune diseases and cancer] // Terapevticheskiy arkhiv. 2007. № 2. S. 5-8.
5. Parfenov A.I., Shcherbakov P.L. Diagnostika i terapiya glyutenchuvstvitel'noy tseliakii [Diagnosis and treatment of celiac disease gluten] // Trudnyy patsient. 2010. T. 8, № 11. S. 52-57.
6. Pukhlikova T.V., Lebedeva L.L., Sabel'nikova E.A. i soavt. Znachenie immunogeneticheskikh faktorov v razvitii glyutenchuvstvitel'noy tseliakii u vzroslogo naseleniya Moskovskogo regiona [The value of immunogenetic factors in the development of gluten celiac disease in the adult population of the Moscow region] // Eksperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya. 2011. № 3. S. 19-23.
7. Sabel'nikova E.A. Glyutenchuvstvitel'naya tseliakiya: rasprostranennosti v gruppakh riska, klinicheskie formy, lechenie i dispansernoe nablyudenie [Gluten, celiac disease: prevalence in risk groups, clinical forms, treatment and dispensary observation]: avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. M., 2008.

Сведения о соавторах:

Ахмедова Фариза Джонридовна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной терапии № 3 с курсом клинической иммунологии и аллергологии ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ.
Тел.: 8 988 291 34 78

Умаханова Жанна Шарапудиновна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной терапии №3 с курсом клинической иммунологии и аллергологии ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ.
Тел.: 8 988 291 80 10

Мурадова Валида Рахматулаевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной терапии №3 с курсом клинической иммунологии и аллергологии ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ.
Тел.: 8 988 794 93 01

Абасова Альбина Серажудиновна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры госпитальной терапии №3 с курсом клинической иммунологии и аллергологии ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ.
Тел.: 8 928 566 65 44

Меджидова Рабият Абдулмеджидовна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры госпитальной терапии №3 с курсом клинической иммунологии и аллергологии ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ.
Тел.: 8 989 674 68 95

References

1. Bykova S.V. Novye gorizonty v izuchenii tseliakii: po materialam 18-y evropeyskoy gastroenterologicheskoy nedeli (23-27.10.2010) [New horizons in the study of celiac disease: Based on the 18-th European Gastroenterology Week] // Eksperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya. 2011. № 3. S. 142-144.

УДК 616:2:616.329-002-071

Клинико-функциональное состояние дыхательных путей у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью**Д.Н. Абдулманапова, П.Н. Ахмедова, Х.З. Исмаилова, Н.У. Чамсутдинов**

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Махачкала

Резюме

Изучалось клинико-функциональное состояние нижних дыхательных путей у 127 пациентов с ГЭРБ (58 мужчин и 69 женщин, средний возраст $37,6 \pm 1,2$) пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ). У исследованных пациентов в сравнении со здоровыми лицами, выявлялись более низкие показатели бронхиальной проходимости, которые коррелировали с основными эзофагеальными симптомами ГЭРБ и показателями УЗИ пищевода (длиной абдоминального отдела, шириной просвета и его диаметром).

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, бронхиальная проходимость, симптомы ГЭРБ, УЗИ пищевода.

Clinical and functional status of the respiratory tract in patients with gastro esophageal reflux disease**D.N. Abdulmanapova, P.N. Akhmedova, H.Z. Ismailova, N.U. Chamsutdinov**

Dagestan State Medical Academy, Makhachkala

Summary

The clinical and functional status of the lower respiratory tract was studied in patients with gastroesophageal reflux disease. The study involved 127 patients with GERD (58 men and 69 women, with mean age 37.6 ± 1.2) compared with healthy individuals. At the surveyed patients were detected fairly significant key reduction of airflow obstruction, which correlated with the major esophageal GERD symptoms and indicators of ultrasound studies of the esophagus (length abdominal department, and its wide lumen diameter).

Key words: gastroesophageal reflux disease, bronchial obstruction, the symptoms of GERD, esophageal ultrasound.

Введение

Болезни желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) занимают важное место в структуре общей заболеваемости, представляя собой значимую экономическую и медико-социальную проблему. Лидирующую позицию среди заболеваний ЖКТ занимает гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). При этом наблюдается отчетливая тенденция к увеличению частоты ГЭРБ во всем мире, в том числе и в России [1, 2, 6, 8, 10]. Заболевание протекает с многообразием внепищеводных проявлений, среди которых на первый план выходят дыхательные, в том числе бронхолегочные, проявляющиеся чаще бронхообструктивными заболеваниями (рефлюкс-индуцированная астма, хроническая обструктивная болезнь легких) [3 - 5, 7, 9]. Указанное выше определяет целесообразность дальнейшего изучения состояния дыхательных путей у пациентов с ГЭРБ, а также выявление возможной связи бронхообструктивных нарушений с ГЭРБ.

Цель работы: изучить клинико-функциональное состояние нижних дыхательных путей у больных ГЭРБ и определить наличие возможной связи между бронхообструктивными нарушениями и ГЭРБ.

Материал и методы

Исследовано 127 пациентов с эндоскопически позитивной формой ГЭРБ (58 мужчин и 69 женщин, средний возраст $37,6 \pm 1,2$ года), у которых ранее не выявлялись заболевания дыхательных путей. Выраженность симптомов ГЭРБ определяли по 5-балльной шкале Likert.

Всем больным, кроме общеклинических лабораторных и инструментальных методов исследования, проводились: ультразвуковое исследование пищевода, эзофагогастродуоденоскопия и исследование (УЗИ) функции внешнего дыхания (ФВД).

УЗИ пищевода выполнялось на ультразвуковом сканере «Aloka SSD 4000» (Япония). Изучались в миллиметрах длина абдоминального отдела пищевода, диаметр пищевода на уровне ПОД, толщина стенки и ширина просвета пищевода.

Эзофагогастродуоденоскопия выполнялась с использованием гибкого эзофагогастродуоденоскопа производства Olympus (Япония). При постановке диагноза ГЭРБ использовалась классификация Savary Miller (1978 г.), согласно которой выделяются: 0 степень ГЭРБ – отсутствие эндоскопических изменений (эндоскопически негативная); 1 степень – отдельные не сливающиеся эрозии и/или эритема дистального отдела пищевода; 2 степень – сливающиеся, но не захватывающие всю поверхность слизистой эрозивные поражения; 3 степень – язвенные поражения нижней трети пищевода, сливающиеся и охватывающие всю поверхность слизистой; 4 степень – хроническая язва пищевода, стеноз, пищевод Барретта.

Для корреспонденции:

Абдулманапова Джарият Набиевна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры факультетской терапии ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ.

Тел. 8(960)-903-423-80-13.

Статья поступила 9.02.2015 г., принята к печати 3.03.2015 г.

Исследование ФВД проводилось на компьютерном полиспирометре «Этон – 01-02» (Россия). Изучались: жизненная емкость легких (ЖЕЛ), форсированная жизненная емкость легких выдоха (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ₁), отношение ОФВ₁/ЖЕЛ, отношение ОФВ₁/ФЖЕЛ, пиковая объемная скорость выдоха (ПОС), мгновенная объемная скорость в момент достижения 25% (МОС₂₅), 50% (МОС₅₀) и 75% объема ФЖЕЛ (МОС₇₅), средняя объемная скорость в интервалах между 25-75% ФЖЕЛ (СОС₂₅₋₇₅) и 75-85% (СОС₇₅₋₈₅).

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью статистических пакетов программ Microsoft Excel и Biostat. Определялись следующие статистические показатели: средняя арифметическая (M), стандартное отклонение (SD), ошибка средней арифметической (m). Достоверность различий при нормальном распределении определялись при помощи критерия Стьюдента (t). Различия считались значимыми при P<0,05. При малом числе наблюдений и ненормальном распределении данных использовали критерий Манна-Уитни. Для определения силы связи между анализируемыми признаками вычислялся коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди респираторных симптомов ГЭРБ наиболее часто выявлялся кашель, он встречался у 16

(12,6%) больных и у 6 (4,7%) из них сопровождался отделением мокроты. Одышка с затрудненным выдохом встречалась у 7 (5,5%), дискомфорт и чувство стеснения в грудной клетке – у 2 (1,6%), эпизоды свистящего дыхания – у 2 (1,6%), дистанционные хрипы – у 2 (1,6%), насморк – у 1 (0,8%), заложенность носа – у 2 (1,6%) и приступы удушья – у 1 (0,8%) больного. Хрипы при аускультации выслушивались у 6 (4,7%) больных, при этом сухие жужжащие – у 2 (1,6%), рассеянные сухие свистящие – у 2 (1,6%) и влажные мелкопузырчатые – у 1 (0,8%) больного.

На рисунке представлены показатели частоты выявленных заболеваний дыхательных путей у обследованных больных с ГЭРБ.

Наиболее часто у пациентов с ГЭРБ встречались хронический фарингит (21,3%), хронический ларингит (11,8%), тонзиллит (9,4%), хроническая обструктивная болезнь легких (9,4%). Реже встречались ринит (5,5%), гайморит (3,9%), бронхиальная астма (3,9%), отит (1,6%).

При спирометрическом исследовании у пациентов с ГЭРБ отмечались более низкие показатели бронхиальной проходимости при сравнении со здоровыми добровольцами (табл. 1). При этом статистически достоверным было снижение следующих показателей: ОФВ₁ (P=0,004), ПОС (P=0,002), МОС₇₅ (P=0,000), СОС₂₅₋₇₅ (P=0,031) и СОС₇₅₋₈₅ (P=0,006).

Таблица 1

Показатели функции внешнего дыхания у пациентов с ГЭРБ
(% от должных величин (M+m))

Показатели	Здоровые добровольцы (n=15)	Больные с ГЭРБ (n=127)	P
ЖЕЛвд	90,6±2,7	91,5±1,3	0,532
ФЖЕЛвд	101,5±2,8	97,6±1,2	0,193
ОФВ ₁	103,2±2,4	93,7±1,1	0,004
ОФВ ₁ /ЖЕЛвд	106,8±2,3	104,4±2,2	0,064
ОФВ ₁ /ФЖЕЛвд	101,9±1,2	96,2 ± 0,7	0,001
ПОС	114±5,6	97,2±1,6	0,002
МОС ₇₅	101,9±4	80,9±2,3	0,000
МОС ₅₀	103,9±4,8	92,4±1,7	0,094
МОС ₂₅	105,6±3,7	99±1,6	0,163
СОС ₂₅₋₇₅	105,8±3,7	95±1,9	0,031
СОС ₇₅₋₈₅	131,4±6,6	111,1±3,7	0,006

Изучалась возможная корреляция между основными клиническими симптомами ГЭРБ и показателями ФВД. При этом выявлена достоверная средняя прямая корреляция между изжогой и ФЖЕЛвд (r=0,31; P<0,001), ОФВ₁ (r=0,35; P<0,001), ОФВ₁/ЖЕЛвд (r=0,336; P<0,001), ОФВ₁/ФЖЕЛвд (r=0,303; P=0,001), ПОС (r=0,401; P<0,001), МОС₇₅ (r=0,567; P<0,001), МОС₅₀ (r=0,432; P<0,001), МОС₂₅ (r=0,336; P<0,001), СОС₂₅₋₇₅ (r=0,472; P<0,001), СОС₇₅₋₈₅ (r=0,38; P<0,001). Достоверная средняя прямая корреляция выявлена также между горечью во рту и ФЖЕЛвд (r=0,327; P=0,022), ОФВ₁ (r=0,356; P=0,012), ОФВ₁/ЖЕЛвд (r=0,3; P=0,037), ОФВ₁/ФЖЕЛвд (r=0,358; P=0,012), ПОС (r=0,409; P=0,035), МОС₇₅ (r=0,325; P=0,023), МОС₅₀ (r=0,301; P=0,036), МОС₂₅ (r=0,335;

P=0,019), СОС₂₅₋₇₅ (r=0,401; P=0,005), СОС₇₅₋₈₅ (r=0,333; P=0,02).

Всем пациентам с ГЭРБ проводилось УЗИ пищевода. При этом у пациентов с ГЭРБ отмечалось статистически достоверное укорочение длины абдоминального отдела пищевода (у здоровых лиц – 20,7±0,7, у пациентов с ГЭРБ – 14,3±0,3; P = 0,000) и увеличение диаметра пищевода на уровне ПОД (у здоровых лиц – 9,6±0,5, у пациентов с ГЭРБ – 12,6±0,2; P = 0,000), толщины стенки пищевода (у здоровых лиц – 2,6±0,1, у пациентов с ГЭРБ – 3,6±0,04; P = 0,000) и ширины его просвета (у здоровых лиц – 5,7±0,5, у пациентов с ГЭРБ – 7±0,1; P = 0,009). Изучалась возможная корреляция между показателями бронхиальной проходимости и результатами УЗИ пищевода у пациентов с ГЭРБ (табл. 2).

Коэффициенты ранговой корреляции Спирмена (Rxy) между показателями ультразвукового исследования пищевода и показателями функции внешнего дыхания

Симптомы	Длина абдоминального отдела		Диаметр пищевода		Толщина стенки		Ширина просвета	
	г	P	г	P	г	P	г	P
ЖЕЛ	0,233	0,09	0,07	0,427	0,193	0,030	0,029	0,750
ФЖЕЛвыд	0,307	0,000	0,345	0,000	0,096	0,284	0,341	0,768
ОФВ ₁	0,455	0,000	0,402	0,000	0,155	0,082	0,526	0,000
ОФВ1/ЖЕЛвыд	0,059	0,506	0,052	0,560	0,068	0,447	0,047	0,602
ОФВ1/ФЖЕЛвыд	0,112	0,2	0,303	0,000	0,271	0,002	0,053	0,552
ПОС	0,324	0,000	0,322	0,000	0,16	0,072	0,374	0,010
МОС ₇₅	0,357	0,000	0,472	0,000	0,3	0,002	0,414	0,000
МОС ₅₀	0,395	0,000	0,338	0,000	0,178	0,045	0,398	0,000
МОС ₂₅	0,301	0,000	0,333	0,000	0,172	0,054	0,372	0,000
СОС ₂₅₋₇₅	0,322	0,089	0,311	0,000	0,208	0,019	0,335	0,000
СОС ₇₅₋₈₅	0,492	0,062	0,307	0,014	0,311	0,000	0,369	0,000

Как видно из таблицы 2, у пациентов с ГЭРБ выявлена средняя достоверная прямая корреляция между длиной абдоминального отдела пищевода и ФЖЕЛвыд ($r=0,3$; $P<0,001$), ОФВ₁ ($r=0,455$; $P<0,001$), ПОС ($r=0,324$; $P<0,001$), МОС₇₅ ($r=0,357$; $P<0,001$), МОС₅₀ ($r=0,395$; $P<0,001$), МОС₂₅ ($r=0,301$; $P<0,001$), СОС₂₅₋₇₅ ($r=0,322$; $P<0,001$), СОС₇₅₋₈₅ ($r=0,492$; $P<0,001$). Средняя достоверная прямая корреляция имела также между диаметром пищевода и ФЖЕЛвыд ($r=0,345$; $P<0,001$), ОФВ₁ ($r=0,402$; $P<0,001$), ОФВ1/ФЖЕЛвыд ($r=0,303$; $P<0,001$), ПОС ($r=0,322$; $P<0,001$), МОС₇₅ ($r=0,472$; $P<0,001$), МОС₅₀ ($r=0,338$; $P<0,001$), МОС₂₅ ($r=0,333$; $P<0,001$), СОС₂₅₋₇₅ ($r=0,311$; $P<0,001$), СОС₇₅₋₈₅ ($r=0,307$; $P=0,014$). Средняя достоверная прямая корреляция выявлена между толщиной стенки пищевода и МОС₇₅ ($r=0,3$; $P=0,002$), СОС₇₅₋₈₅ ($r=0,311$; $P<0,001$), а также между шириной просвета пищевода и ФЖЕЛ ($r=0,341$; $P<0,001$), ОФВ₁ ($r=0,526$; $P<0,001$), ПОС ($r=0,374$; $P=0,01$), МОС₇₅ ($r=0,414$; $P<0,001$), МОС₅₀ ($r=0,398$; $P<0,001$), МОС₂₅ ($r=0,372$; $P<0,001$), СОС₂₅₋₇₅ ($r=0,335$; $P<0,001$), СОС₇₅₋₈₅ ($r=0,369$; $P<0,001$).

Выводы

1. У пациентов с ГЭРБ выявляются более низкие показатели бронхиальной проходимости по сравнению со здоровыми лицами.
2. У пациентов с ГЭРБ выявляется средней силы прямая корреляция между спирометрическими показателями бронхиальной проходимости, основными эзофагеальными симптомами ГЭРБ (изжогой, горечью во рту) и показателями УЗИ пищевода (длиной абдоминального отдела, шириной просвета и его диаметром).

Литература

1. Исаков В.А., Морозов С.В., Ставраки Е.С., Комаров Р.М. Анализ распространенности изжоги: национальное эпидемиологическое исследование взрослого городского населения (АРИАДНА) // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2008. №1. С. 20-29.
2. Лазебник Л.Б., Машарова А.А., Бордин Д.С., Васильев Ю. В., Ткаченко Е. И. с соавт. Результаты многоцентрового исследования «Эпидемиология Гастроэзофа-

геальной Рефлюксной болезни в России» («МЭГРЕ») // Терапевтический архив. 2011. № 1. С. 45–50.

3. Маев И.В., Юренев Г.Л., Бурков С.Г., Сергеева Т.А. Бронхолегочные и орофарингеальные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.consilium-medicum.com/article/7314> (дата обращения 11.01.2013).
4. Abubakr A. Bajwa, Faisal Usman, Vinny Samuel, James D. Cury, Adil Shujaat. Impact of GERD on Common Pulmonary Diseases // Northeast Florida Medicine. 2011. Vol.62. №1. P.31-34.
5. Bor S., Kitapcioglu G., Solak Z.A., Ertilav M., Erdinc M. Prevalence of gastroesophageal reflux disease in patients with asthma and chronic obstructive pulmonary disease // J. Gastroenterol. Hepatol. 2010. V. 25. № 2. P. 309-313.
6. Gaddam S., Sharma P. Shedding light on the epidemiology of gastroesophageal reflux disease in India—a big step forward. [Электронный ресурс]. URL: <http://medind.nic.in/ica/t11/i3/icat11i3p105.pdf>. (дата обращения. – 12.01.2013).
7. Gajanan S. Gaude. Pulmonary manifestations of gastroesophageal reflux disease // Ann. Thorac. Med. 2009. V. 4. № 3. P. 115–123.
8. Kinoshita Y, Adachi K, Hongo M, Haruma K. Systematic review of the epidemiology of gastroesophageal reflux disease in Japan. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21695373> (дата обращения - 10.01.2013).
9. Rogha M., Behraves B., Pourmoghaddas Z. Association of gastroesophageal reflux disease symptoms with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease // J. Gastrointest. Liver. Dis. 2010. V. 19. № 3. P. 253-256.
10. Salis G. Systematic review: Epidemiology of gastroesophageal reflux disease in Latin America. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21539070> (дата обращения - 12.01.2013).

References

1. Isakov V.A., Morozov S.V., Stavradi E.S., Komarov R.M. Analiz rasprostranennosti izzhogi: natsional'noe epidemiologicheskoe issledovanie vzroslogo gorodskogo nasele-niya (ARIADNA) [Analysis of the prevalence of heartburn: a national epidemiological study of adult urban population (Ariadna)] // Eksperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya. 2008. №1. S. 20-29.
2. Lazebnik L.B., Masharova A.A., Bordin D.S., Vasilyev Yu. V., Tkachenko E. I. s soavt. Rezultaty mnogotsentrovogo issledovaniya «Epidemiologiya Gastroezofagealnoy Ref-

- lyuksnoy bolezni v Rossii» («MEGRE») [Results of a multicenter study "Epidemiology of gastro esophageal reflux disease in Russia" ("MEGRE")] // Terapevticheskiy arkhiv. 2011. № 1. S. 45–50.
3. Maev I.V., Yurenev G.L., Burkov S.G., Sergeeva T.A. Bronkholegochnye i orofaringeal'nye proyavleniya gastroezofageal'noy refluksnoy bolezni [Bronchopulmonary and oropharyngeal symptoms of gastroesophageal reflux disease]. [Elektronnyy resurs]. URL: <http://www.consilium-medicum.com/article/7314> (data obrashcheniya 11.01.2013).
 4. Abubakr A. Bajwa, Faisal Usman, Vinny Samuel, James D. Cury, Adil Shujaat. Impact of GERD on Common Pulmonary Diseases // Northeast Florida Medicine. 2011. Vol.62. №1. R.31-34.
 5. Bor S., Kitapcioglu G., Solak Z.A., Ertlav M., Erdinc M. Prevalence of gastroesophageal reflux disease in patients with asthma and chronic obstructive pulmonary disease // J. Gastroenterol. Hepatol. 2010. V. 25. № 2. P. 309-313.
 6. Gaddam S., Sharma P. Shedding light on the epidemiology of gastroesophageal reflux disease in India—a big step forward. [Elektronnyy resurs]. URL: <http://medind.nic.in/ica/t11/i3/icat11i3p105.pdf>. (data obrashcheniya. – 12.01.2013).
 7. Gajanan S. Gaude. Pulmonary manifestations of gastroesophageal reflux disease // Ann. Thorac. Med. 2009. V. 4. № 3. P. 115–123.
 8. Kinoshita Y, Adachi K, Hongo M, Haruma K. Systematic review of the epidemiology of gastroesophageal reflux disease in Japan. [Elektronnyy resurs]. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21695373> (data obrashcheniya - 10.01.2013).
 9. Rogha M., Behraves B., Pourmoghaddas Z. Association of gastroesophageal reflux disease symptoms with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease // J. Gastrointest. Liver. Dis. 2010. V. 19. № 3. P. 253-256.
 10. Salis G. Systematic review: Epidemiology of gastroesophageal reflux disease in Latin America. [Elektronnyy resurs]. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21539070> (data obrashcheniya - 12.01.2013).

Сведения об авторах:

Ахмедова Пахай Набиевна – аспирант кафедры факультетской терапии ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ.
Тел.: 8(963)-790-28-22.

Исмаилова Халимат Заитхановна – аспирант кафедры факультетской терапии ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ.
Тел.: 8(960)-470-00-00.

Чамсутдинов Наби Умматович – доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой факультетской терапии ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ.
Тел.: 8(960)-409-46-61.

ОКОМИСТИН®

эффективный препарат в офтальмологии

ОКОМИСТИН - чтобы Ваши глаза сияли здоровьем!





ОКОМИСТИН®
капли глазные

- препарат высокоэффективен в отношении бактерий, грибов, вирусов и простейших;
- оказывает противовоспалительное действие и ускоряет регенерацию;
- стимулирует местные защитные реакции;
- не всасывается через слизистые оболочки глаз, слезных путей и носа;
- не содержит консервантов.

ЛСР-004896/09-1906/09 ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Показания:

- инфекционно-воспалительные заболевания (конъюнктивиты, блефариты, кератиты, кератоувейты);
- травмы глаза;
- ожоги глаза (термические и химические);
- профилактика и лечение гнойно-воспалительных осложнений в пред- и послеоперационном периоде

Производитель-компания «ИНФАМЕД»
115522, г. Москва, Пролетарский проспект 19, корп. 3.
Тел.: (495) 775-83-22, 775-83-23
e-mail: infamed@infamed.ru
www.okomistin.ru

УДК 616.65-089.85

Методы гемостаза при открытой аденомэктомии**М.Г. Арбулиев, К.М. Арбулиев, М.Г. Османов, С.Г. Саидов, М.Р. Зайналов**

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Махачкала

Резюме

Проанализирована эффективность различных методов гемостаза, использованных при выполнении чреспузырной аденомэктомии в клинике урологии Дагестанской государственной медицинской академии в течение 30 лет. Установлено, что экстрауретральная аденомэктомия, выполненная по оригинальной методике авторов, приводит к минимальному количеству осложнений в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: экстрауретральная аденомэктомия, гемостаз, шейка мочевого пузыря.

Methods of hemostasis in open adenectomy**M.G. Arbuliev, K.M. Arbuliev, M.G. Osmanov, S.G. Saidov, M.R. Zainalov**

Dagestan State Medical Academy, Makhachkala

Summary

The effectiveness of different methods of hemostasis, used in urology clinic Dagestan State Medical Academy in the performance of vesical prostatectomy for 30 years was analyzed. It was established that extraurethral prostatectomy, performed by the original method of authors, leads to the minimum number of complications in the postoperative period.

Key words: extraurethral adenectomy, hemostasis, neck of urinary bladder.

Введение

Аденома предстательной железы (АПЖ) является одним из частых заболеваний у мужчин пожилого возраста. Заболевание с возрастом прогрессирует, о чем убедительно свидетельствуют материалы исследований [12].

Активное применение консервативных методов лечения больных АПЖ, в том числе α -адреноблокаторов, приводит к постепенному увеличению доли больных с большими (более 80 см³) размерами предстательной железы.

Сейчас в мировой урологической практике выполняют в основном 3 вида оперативных вмешательств на гиперплазированной предстательной железе: трансуретральную резекцию предстательной железы, чреспузырную и внепузырную позадилоновую аденомэктомию. Современное техническое оснащение урологической службы и знания анатомо-физиологических особенностей возрастных изменений предстательной железы позволяют применить более рациональный способ лечения каждого пациента в отдельности.

Радикальное интрауретральное вмешательство в грубой форме и трансвезикальная резекция предстательной железы в радикальном объеме ведут к большому количеству осложнений и увели-

чивают послеоперационную летальность и осложнения, связанные с повреждением задней уретры [4, 9]. Во избежание этого необходимо выполнять простатэктомию и трансуретральную резекцию предстательной железы в щадящем режиме.

Тромбогеморрагические осложнения после удаления АПЖ в основном видят в местном фибринолизе, неэффективности методов гемостаза, высоком артериальном давлении, в нерадикальном удалении аденоматозных узлов предстательной железы, значительной травматизации хирургической капсулы аденомы, в нарушениях равновесия в системе гемокоагуляции [9].

Помимо указанных факторов, способствующих возникновению интра- и послеоперационных кровотечений, причиной геморрагии после аденомэктомии может являться и предоперационный флелотромбоз пузырно-простатического сплетения, нарушающий отток венозной крови от нижних мочевыводящих путей и половых органов [5].

Кровотечение после вылушивания узлов аденомы простаты может быть незначительным, умеренным и выраженным. При незначительном кровотечении гемостаз осуществляется временным тампонированием ложа на 5-7 мин марлевым тампоном, смоченным в 4% растворе формалина, 10% растворе спирта, перекиси водорода или растворе аминокaproновой кислоты. Если после удаления тампона кровотечение не возобновилось, то в мочевой пузырь устанавливают постоянный баллонный катетер, а его переднюю стенку ушивают наглухо. При умеренном и выраженном кровотечении его останавливают с помощью постоянных или съемных гемостатических швов. Предложено

Для корреспонденции:

Арбулиев Магомед Гаджиевич – профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой урологии ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, главный внештатный уролог МЗ РД.
Тел.: 89634111419.

Статья поступила 3.02.2015 г., принята к печати 27.02.2015 г.

большое число методов гемостаза при чреспузырной аденомэктомии. Обычно на простатическое ложе в зоне шейки мочевого пузыря, спереди от уретрального катетера, накладывают 2-3 поперечных кетгутовых шва п-образной формы. Дополнительный гемостаз достигается натяжением уретрального баллонного катетера на 3-4 ч. Предложено несколько вариантов постоянных гемостатических швов на ложе предстательной железы. Наиболее известные из них: это глубокий кисетный шов, формируемый вокруг введенного в мочевой пузырь катетера Фолея, глубокие швы, накладываемые на шейку мочевого пузыря (Harris S 1928, 1929).

Универсальный радикальный чреспузырный экстрауретральный метод аденомэктомии приемлем для любой локализации, любых объемов АПЖ при наличии сопутствующих воспалительных заболеваний мочевого пузыря, уретеропиелозктазии и почечной недостаточности, позволяет под визуальным контролем восстановить пузырно-уретральный сегмент и провести профилактику структуры уретры, недержания мочи, избежать образования «предпузыря» и многих осложнений. По мнению ряда авторов, открытая операция дает наилучшие результаты в отношении параметров мочеиспускания и жалоб пациентов.

Материал и методы

В период с 1982 по 2012 г. под нашим наблюдением находились 1210 больных АПЖ, лечившихся в Урологическом центре Республики Дагестан. Возраст больных – от 56 до 90 лет. Различные сопутствующие заболевания выявлены у 750 больных (63%).

Для оценки эффективности примененных методов интраоперационного гемостаза при аденомэктомии все больные разделены на следующие группы.

1-я группа: 45 человек, у которых гемостатические швы на оборванный край после аденомэктомии не накладывали, а гемостаз осуществлялся с помощью постоянного орошения мочевого пузыря дезинфицирующим раствором через 2 дренажные трубки одинакового диаметра, проведенные через мочеиспускательный канал.

2-я группа: 260 больных, которым выполнена аденомэктомия по методу Харриса-Гринчака и с целью гемостаза применяли катетер-баллон Померанцева и Фолея.

3-я группа: 170 больных, которым использовали гемостатические швы по Харрису-Гринчаку с постоянным орошением мочевого пузыря дезинфицирующим раствором через 2 дренажные трубки одинакового диаметра, проведенные через мочеиспускательный канал.

4-я группа: 450 больных, которым гемостатические швы после аденомэктомии на оборванные края ложа аденомы не накладывали и гемостаз осуществляли с помощью тампонирования ложа аденомы марлевыми тампонами.

5-я группа: 25 пациентов, которым наложены гемостатические кетгутовые кисетные швы вокруг ложа аденомы.

6-я группа: 260 больных, которым выполнены чреспузырная экстрауретральная аденомэктомия и формирование пузырно-уретрального сегмента, с установкой катетера Фолея – наоборот.

Во избежание большой кровопотери и других осложнений нами создан полуцилиндрический скальпель, с помощью которого удается выполнить аденомэктомию экстрауретральным способом, при котором сохраняется шейка мочевого пузыря и задняя уретра (рис. 1).

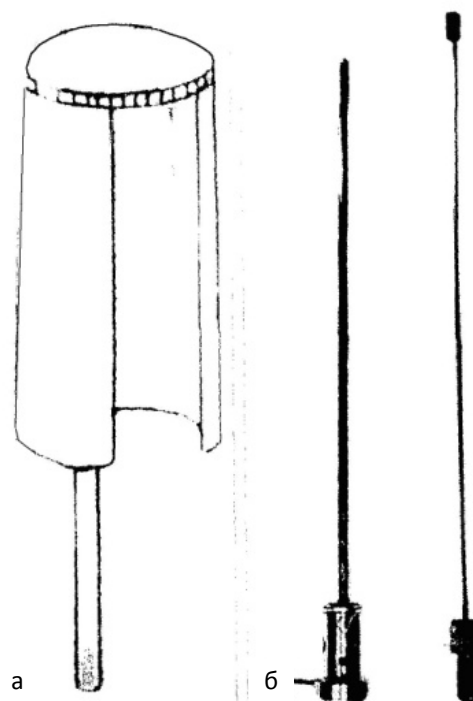


Рис. 1. Инструменты для выполнения экстрауретральной аденомэктомии: а) полуцилиндрический скальпель, б) тубус от цистоскопа с проводником

Использование данного скальпеля позволяло исключить необходимость дренирования мочевого пузыря катетером Фолея, проведенным через уретру. С целью гемостаза после экстрауретральной аденомэктомии предстательной железы нами применен несколько видоизмененный катетер Фолея, который устанавливался через мочевой пузырь (рис. 2). Данная оригинальная методика экстрауретральной аденомэктомии выполнена нами у 260 пациентов.

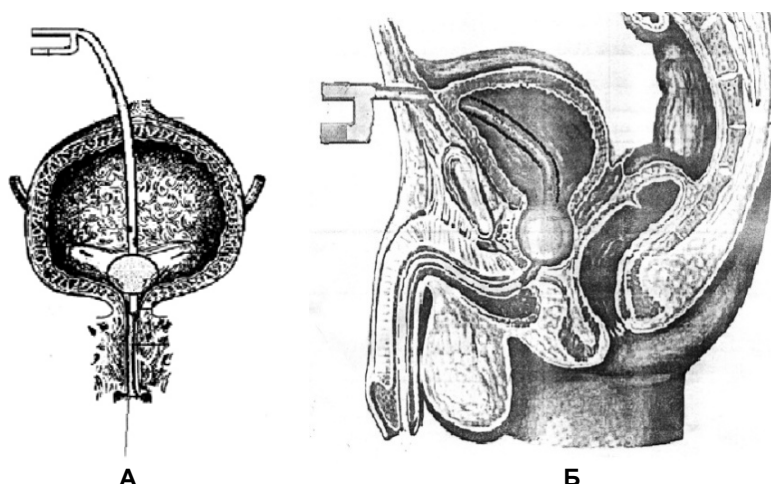


Рис. 2. Транспузырно установленный катетер Фолея в ложе аденомы:
А) передний срез, Б) боковой срез (с выведенной через уретру шелковой нитью)

Катетер отличается от заводского варианта следующим. Отверстия ниже баллончика заглушаем и делаем их над ним. К кончику катетера завязываем длинную шелковую нить. После удаления аденомы в полость мочевого пузыря через уретру вводится капроновый проводник и привязывается к нему конец капроновой нити, фиксированной к катетеру Фолея. Проводником затягивают катетер Фолея внутрь мочевого пузыря и устанавливают его в задней уретре. Баллон катетера раздувается над ложем аденомы (рис. 2). Натяжение шелковой нитью проводится настолько сильно, чтобы наступил гемостаз, и по его достижении фиксируется к верхней трети голени. А сам катетер Фолея выводится на переднюю стенку живота. Через него осуществляется перфузия асептического раствора в мочевой пузырь.

Интраоперационную кровопотерю определяли измерением объема раневого отделяемого и высчитывали по формуле: $\text{объему раневого отделяемого} = \text{первая концентрация гемоглобина в раневом отделяемом, деленная на концентрацию гемоглобина в крови до операции}$.

Проще всего определить кровопотери во время операции – подсчетом собранной крови + вес тампонов, использованных для остановки кровотечения.

Показатели системы гемостаза исследованы у больных до операции, на 2-й день после нее, через 2 недели, через 1 месяц и 1 год после оперативного вмешательства.

Больным всех групп перед выпиской из стационара и через 1 год после аденомэктомии проводили микционную цистоуретрографию.

Оценивали состояние больного, его мочевой системы по Интернациональной шкале симптомов, связанных с предстательной железой (IPSS), индексу качества жизни (QoL), по данным ультразвукового исследования (УЗИ) и урофлоуметрическому контролю, по уровню мочевины и креатинина в сыворотке крови.

УЗИ выполняли на аппарате Aloka-1100. Всем пациентам проводили трансабдоминальное и трансуретральное исследование мочевого пузыря

и предстательной железы с использованием стандартных методик.

При исследовании мочевого пузыря определяли его объем, форму, симметричность, толщину и стриктуру стенки, характер внутренней поверхности, положение и состояние его шейки, наличие внутрипузырного роста аденомы. При оценке стенки мочевого пузыря выявляли наличие и выраженность гипертрофии и трабекулярности детрузора. Признаком гипертрофии детрузора считали утолщение задней стенки мочевого пузыря более 5мм, характерным признаком декомпенсации детрузора считались емкость пузыря более 350 мл и наличие остаточной мочи более 50 мл.

УЗИ предстательной железы позволяло определить ее объем и структуру и получить количественные характеристики степени ее гиперплазии, установить макроморфологическую структуру (узловую и диффузную), направление роста узлов, место расположения аденоматозных образований.

В зависимости от преимущественного направления роста гиперплазированной ткани в предстательной железе, в соответствии с интравезикальной и субвезикальной формой аденомы при УЗИ удается зафиксировать следующее: увеличение предстательной железы преимущественно вперед за счет узлов, образовавшихся в боковых долях; увеличение железы преимущественно вверх за счет гиперплазии средней доли, которая обнаруживается как дополнительное выпячивание, выступающее в полость мочевого пузыря; преимущественное увеличение предстательной железы кзади под мочепузырный треугольник, при этом стенка пузыря смещается вверх, что приводит к сдавливанию устья мочеточников.

Чреспузырную аденомэктомия выполняли при всех трех основных формах роста аденоматозных узлов и изменениях шейки мочевого пузыря и предстательного отдела мочеиспускательного канала.

Результаты исследования и их обсуждение

У 1210 больных разделение на группы производили не только по методу выполнения гемостаза,

характеру формирования шейки, но и по времени, затраченному на их выполнение; проводили сравнительную оценку всего характера оперативных вмешательств.

В начале 60-х годов XX века аденомэктомии выполняли через пузырь. После аденомэктомии шейку не формировали, лигатурного или шовного гемостаза также не проводили. Гемостаз выполняли тугим тампониowaniem ложа аденомы марлевым тампоном. Аденомэктомия и послеоперационный период сопровождались обильной кровопотерей в 500 – 1000 мл. Нередко удаление тампона через 24-48 часов также сопровождалось повторным кровотечением, иногда с летальным исходом (3 больных из 450). Этот метод аденомэктомии, несмотря на быстроту выполнения (до 30 мин), сопровождался значительным числом осложнений: анемией, формированием предпузыря (12 больных из 450), различных воспалительных процессов в верхних и нижних мочевых путях (до 50% случаев). Из-за этих осложнений, многие больные с сопутствующими заболеваниями не соглашались на аденомэктомию и до конца своих дней были вынуждены носить эпицистостому.

Очень похож на этот метод бесшовный метод С.Г.Белячика, при котором ложе аденомы не ушивалось, а в мочевой пузырь вводились 2 трубки через уретру [11]. Несмотря на введение через трубки в мочевой пузырь большого количества асептических растворов для непрерывного орошения, гемостаз очень долго не наступал и развивалась тампонада пузыря. Кровопотерю часто приходилось компенсировать. Несмотря на быстрое выполнение операции, часто развивались анемии, стриктуры уретры, облитерация шейки мочевого пузыря (в 50% случаев).

Методика данной операции была усовершенствована в Республиканском урологическом центре. Суть ее заключалась в наложении гемостатических швов на ложе аденомы по Харрису-Гринчаку, введении через мочеиспускательный канал 2-х трубок на 10 дней для перфузии ложа асептическим раствором и ушивании его наглухо (операция выполнена 210 больным) [11]. В результате число ближайших осложнений уменьшилось: объем кровопотери снизился до 300 мл, тампонада пузыря наблюдалась лишь у 4 больных, а стриктура уретры – у 12 (0,66%).

В 70-80-х годах при чреспузырной аденомэктомии урологи начали применять лигатурный метод гемостаза кетгутowymi швами, которые удалялись спустя несколько дней после операции. К таким операциям относятся методы И.Д.Гольфельда, Э.Н. Сыздикова и Ю.А. Пытеля [6, 10, 11]. Большая глубина залегания ложа аденомы сопровождалась обильным кровотечением во время ее вылуцивания и после нее. При проведении кистетного шва операция затягивалась до 2 часов. Оперирование «вслепую» приводило к повреждению хирургической капсулы, что в свою очередь усиливало интраоперационное кровотечение. В связи с серьезными осложнениями подобные вмешательства нами практически не проводились (всего в 2 случаях).

В нашей клинике 25 больным до энуклеации аденоматозных узлов было произведено предварительное прошивание простатических ветвей мочепузырных артерий по Ю.А. Пытелю и соавт., а после вылуцивания простаты на края раны накладывали съемные кетгутковые кистетные швы [11]. При данной методике обильные кровотечения в послеоперационном периоде наблюдались только в 2-х случаях. Крупным недостатком этой операции, как и в предыдущем варианте, была большая продолжительность вмешательства и необходимость выполнения оперативного вмешательства почти вслепую.

При проведении аденомэктомии по Федорову и гемостаза по Харрису-Гринчаку с применением поперечных кетгутковых швов на ложе аденомы и с дополнительным введением катетера Фолея интраоперационные кровопотери составили до 450±25 мл. В послеоперационном периоде наблюдались осложнения у 30% пациентов: в виде стриктур уретры, рубцово-склеротических изменений шейки мочевого пузыря и уретры, недержания мочи, воспалительных изменений в ложе аденомы. Эти осложнения возникают из-за сдавления ложа аденомы катетером Фолея и воспаления в шейке мочевого пузыря, а также длительным нахождением катетера в уретре.

Таким образом, самая большая интраоперационная и послеоперационная кровопотеря наблюдается у больных, оперированных по методу Белячика и по методу Харриса-Гринчака.

Применение нашего метода экстрауретральной аденомэктомии с установкой катетера Фолея «наоборот» обеспечивало эффективный гемостаз из ложа, а также благоприятное течение послеоперационного периода без уретритов, что в конечном итоге исключало развитие стриктуры уретры.

В послеоперационном периоде наблюдались осложнения у 5% больных: стриктуры уретры – у 2, недержания мочи – у 4, воспалительных изменений ложа аденомы – у 7. Интраоперационные кровопотери составили 320±17 мл.

Таким образом, соблюдение разработанной нами методики экстрауретральной аденомэктомии позволяет сохранить переднюю полуокружность шейки пузыря и простатический отдел уретры. После энуклеации аденомы сохраняется возможность восстановления пузырно-уретрального сегмента, создаются условия для ведения послеоперационного периода без установки уретрального катетера, что обеспечивает благоприятное течение послеоперационного периода без воспалительных осложнений и реабилитацию больных.

Литература

1. Арбулиев М.Г., Зайнулабидов З.Ш. и др. Профилактика кровотечения после простатэктомии // Современные проблемы урологии: Материалы научно-практической конференции. Махачкала, 2003.
2. Винаров А.З., Асламазов Э.Г. Гиперплазия предстательной железы. Современное лечение // Материалы X Российского съезда урологов. М., 2002. С. 39.

3. Гольфельд И.Д., Дробнер В.Л. и др. О кровотечениях после аденомэктомии // 8-й Всероссийский съезд урологов: тезисы докладов. Свердловск, 1988. С. 306.
4. Горилковский Л.М., Велигура В.И. и др. Аденомэктомия предстательной железы с предварительным наложением швов на капсулу аденомы // Урология и нефрология. 1981. № 4. С. 34-39.
5. Коган М.И., Макажанов М.А. Новый способ профилактики послеоперационных тромбогеморрагических осложнений при аденомэктомии простаты // 8-й Всероссийский съезд урологов: тезисы докладов. Свердловск, 1988. С. 295-297.
6. Мартов А.Г., Ергаков Д.В. Опыт применения дутастерида перед трансуретральной резекцией простаты по поводу аденомы больших размеров // Урология. 2008. № 4. С. 46-50.
7. Попов А.И., Сергиенко Н.Ф. Роль неферментативного фибринолиза в генезе поздних кровотечений после аденомэктомии предстательной железы // Урология и нефрология. 1986. № 5. С. 53.
8. Сергиенко Н.Ф. Современная чреспузырная аденомэктомия // Материалы X российского съезда урологов. 2002. С. 172-173.
9. Сергиенко Н.Ф., Алифанов Ю.В. и др. Выбор способа аденомэктомии при гиперплазии простаты // Материалы X Российского съезда урологов. М., 2002. С. 173-174.
10. Сытдииков Э.Н., Басиашвили Т.Г., Сытдикова М.Э. Обструктивные и воспалительные осложнения аденомэктомии предстательной железы, их профилактика и лечение. Казань, 1995. № 5.
11. Шахмачев В.И. Оптимизация методов гемостаза при расширенных хирургических операциях на предстательной железе: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2003.
12. Novara G., Galfano A., Gardi M. [et al.] Critical review of guidelines for BPH diagnosis and treatment strategy // Eur. Urol. Suppl. 2006. № 5. P. 418-429.
- liminary suturing capsule adenoma] // Urologiya i nefrologiya. 1981. № 4. S. 34-39.
5. Kogan M.I., Makazhanov M.A. Novyy sposob profilaktiki posleoperatsionnykh trombogemorragicheskikh oslozhneniy pri adenomektomii prostaty [A new method for the prevention of postoperative complications in thrombohemorrhagic prostatectomy prostate] // 8-y Vserossiyskiy s"ezd urologov: tezisy dokladov. Sverdlovsk, 1988. S. 295-297.
6. Martov A.G., Ergakov D.V. Opyt primeneniya dutasteriada pered transuretral'noy rezektsiey prostaty po povodu adenomy bol'shikh razmerov [Experience of using dutasteriada before transurethral resection of prostate adenoma larger] // Urologiya. 2008. № 4. S. 46-50.
7. Popov A.I., Sergienko N.F. Rol nefermentativnogo fibrinoliza v geneze pozdnykh krvotecheniy posle adenomektomii predstatel'noy zhelezy [The role of non-enzymatic fibrinolysis in the genesis of delayed bleeding after prostatectomy prostate] // Urologiya i nefrologiya. 1986. № 5. S. 53.
8. Sergienko N.F. Sovremennaya chrezpuzyrnaya adenomektomiya [Modern vesical prostatectomy] // Materialy Kh rossiyskogo s"ezda urologov. 2002. S. 172-173.
9. Sergienko N.F., Alifanov Yu.V. i dr. Vybor sposoba adenomektomii pri giperplazii prostaty [Choose how prostatectomy with prostatic hyperplasia] // Materialy Kh Rossiyskogo s"ezda urologov. M., 2002. S. 173-174.
10. Sytdikov E.N., Basiashvili T.G., Sitydkova M.E. Obstruktivnye i vospalitel'nye oslozhneniya adenomektomii predstatel'noy zhelezy, ikh profilaktika i lechenie [Obstructive and inflammatory complications prostatectomy prostate cancer, their prevention and treatment]. Kazan'. 1995. № 5.
11. Shakhmachev V.I. Optimizatsiya metodov gemostaza pri rasshirenykh khirurgicheskikh operatsiyakh na predstatel'noy zheleze [Optimization methods for enhanced hemostasis in surgery on the prostate gland]: avtoref. dis. d-ra med. nauk. M., 2003.
13. Novara G., Galfano A., Gardi M. [et al.] Critical review of guidelines for BPH diagnosis and treatment strategy // Eur. Urol. Suppl. 2006. № 5. P. 418-429.

References

1. Arbuliev M.G., Zaynulabidov Z.Sh. i dr. Profilaktika krvotecheniya posle prostatektomii [Prevention of bleeding after prostatectomy] // Sovremennye problemy urologii: nauchno-prakticheskoy konferentsii. Makhachkala, 2003.
2. Vinarov A.Z., Aslamazov E.G. Giperplaziya predstatel'noy zhelezy. Sovremennoe lechenie [Prostatic hyperplasia. modern treatment] // Materialy Kh Rossiyskogo s"ezda urologov. M., 2002. S. 39.
3. Gol'feld I.D., Drobner V.L. i dr. O krvotecheniyakh posle adenomektomii [About bleeding after prostatectomy] // 8-y Vserossiyskiy s"ezd urologov: tezisy dokladov. Sverdlovsk, 1988. S. 306.
4. Gorilovskiy L.M., Veligura V.I. i dr. Adenomektomiya predstatel'noy zhelezy s predvaritel'nym nalozheniem shvov na kapsulu adenomy [Prostatectomy prostate pre-

Сведения о соавторах:

Арбулиев Камиль Магомедович – доктор медицинских наук, доцент кафедры урологии ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ.
Тел.: 8(903)4233985.

Османов Магомед Гаджимурадович – зам. главного врача Республиканского урологического центра МЗ РД, г. Махачкала.

Саидов Серажутдин Гасанович – зав. урологическим отделением госпиталя инвалидов войны и труда МЗ РД, г. Махачкала.

Зайналов Магомедрасул Расулович – врач Карабудахкентской центральной районной больницы.

НАУЧНАЯ ЖИЗНЬ

15 мая 2015 года в лекционном зале Дагестанской государственной медицинской академии, состоится Всесоюзная научно-методическая конференция «От студенческого самоуправления к качественному образованию».

Приглашаются сотрудники кафедр ДГМА, аспиранты, клинические ординаторы, студенты и врачи лечебно-профилактических учреждений.

Оргкомитет

УДК 618.177-089.888.11

Микрохирургия в лечении бесплодия**А.Г. Магомедов¹, А.Д. Дибиров¹, Г.И. Махачев², М.А. Абдулатипов³**¹ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Махачкала²Клиника «Медэкспресс сервис»³Муниципальная поликлиника № 9**Резюме**

Проанализированы результаты применения микрохирургической техники в комплексном лечении обтурационных и трубно-перитонеальных форм бесплодия у 56 мужчин. В результате у 6 семейных пар родились дети: у 2 – после пластики семенных протоков и у 4 – после иссечения семенных вен.

Ключевые слова: пластика семенных протоков, иссечение семенных вен, обтурационные и трубно-перитонеальные формы бесплодия.

Microsurgery in the treatment of infertility**A.G. Magomedov, A.D. Dibirov, G.I. Makhachev, M.A. Abdulatipov**

Dagestan State Medical Academy, Makhachkala

Clinic «Med-express service»

Municipal polyclinic

Summary

The results of the use of microsurgical techniques in treatment of obstructive and tuboperitoneal forms of infertility in 56 men was studied. As a result, 6 couples had children: from 2 - after plasty seminal ducts and 4 - after excision of spermatic veins.

Key words: plastic deferens, spermatic veins excision, obstructive and tuboperitoneal forms of infertility.

Введение

По оценкам ВОЗ, в развитых странах мира уровень бесплодия у населения достигает 20% [1, 3]. В Российской Федерации более 15% супружеских пар детородного возраста бесплодны, и эта проблема, несомненно, имеет государственное значение [2]. По отчету Министерства здравоохранения РФ за 2012 год, показатели заболеваемости бесплодием превышают среднероссийские в 1,5-2 раза. С ростом заболеваемости специфическими и неспецифическими воспалительными заболеваниями урогенитальной сферы процент бесплодных браков с каждым годом увеличивается.

Среди мужчин, страдающих бесплодием, обтурационная форма его занимает значительный удельный вес – 61,8% [4].

Таким образом, применение микрохирургической техники, как показывает наша клиническая практика, позволяет решить проблему проходимости семявыносящего протока в лечении обтурационной формы мужского бесплодия.

Материал и методы

Под наблюдением находилось опыт микрохирургического лечения 56 мужчин с первичным бесплодием в возрасте от 19 до 34 лет, которым было произведено микрохирургическое лечение. Длительность бесплодного брака у них составляла от 2 до 12 лет. У 15 больных в результате спермографии выявлена аспермия, у 13 – азооспермия, у 3 –

олигозооспермия и у 25 пациентов – астенозооспермия. Выявленные причины бесплодия представлены в таблице 1.

Четверо больных ранее перенесли паховое грыжесечение. У одного из них выявлен перегиб семенного протока в паховом канале, у другого – пересечение его при грыжесечении. При биопсии яичек по нашей методике (патент РФ № 39060) установлено сохранение канальцевого эпителия отдельными островками.

Операции на семенных протоках выполнялись под перидуральным обезболиванием. Хирургический доступ осуществляли по предложенному нами доступу одним разрезом по шву мошонки с последовательным выведением в рану обоих яичек с семенными канатиками. Проходимость семявыносящего протока проверяли путем хромодуктоскопии и зондирования тонким катетером.

Характер выполненных вмешательств представлен в таблице 2.

Результаты исследования и их обсуждения

Анастомозы формировали на эндопротезе однорядными швами проленовыми нитками (8-9 нулей) через адвентицию и мышечную оболочку протока. В целях предупреждения рубцового сращения и образования гранулем дистальный конец протока промывали от спермы и по ходу операции в паравазальную клетчатку в области анастомоза вводили смесь растворов новокаина, лидазы и гидрокортизона. После операции выполняли 4-6 инъекций лидазы в подкожную клетчатку у основания мошонки. Эндопротез удаляли на 8 сутки после операции. В последнее время, в связи с тем, что эндопротезы могут вызвать аутоиммунное бесплодие через просачивание спермы в паратубальную клетчатку, мы их после наложения анастомоза удаляли.

Для корреспонденции:

Магомедов Абдулла Ганаевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ.
Тел.: 89285060729

Статья поступила 20.01.2015 г., принята к печати 25.02.2015 г.

Таблица 1

Основные причины бесплодия у пациентов (n=56)

Причины бесплодия	Число больных
Двухсторонняя обтурация семенных протоков	7
Односторонняя обтурация семенного протока	6
Двухсторонняя обтурация семенных протоков в сочетании с варикоцеле слева	2
Двухсторонняя облитерация семенных протоков на протяжении в сочетании с варикоцеле слева	1
Односторонняя облитерация семенного протока в сочетании с варикоцеле слева	6
Крипторхизм справа (низведение левого яичка в 9-летнем возрасте, справа не было найдено)	1
Варикоцеле как причина экскреторно-секреторного бесплодия	27
Обтурация обоих семенных протоков на протяжении	5
Обтурация левого семенного протока, атрофия правого придатка в результате травмы в анамнезе	1
Всего больных	56

Таблица 2

Структура выполненных операций при первичном бесплодии у мужчин (n=56)

Выполненные операции	Число больных
ПРИ ДВУХСТОРОННЕЙ ОБТУРАЦИИ:	
Двухсторонняя вазоэпидидимостомия конец в бок	3
Двухсторонняя вазоэпидидимостомия конец в бок и бок в бок и выпрямление семенного протока в паховом канале после грыжесечения в анамнезе	1
Вазовазостомия слева	1
Вазоэпидидимостомия конец в конец слева и конец в бок справа	1
Вазоэпидидимостомия конец в бок слева, справа – облитерация на протяжении	1
Двухсторонняя вазоэпидидимостомия бок в бок с иссечением семенных вен по Яковенко	1
Хромодуктоскопия, иссечение семенных вен по Яковенко, биопсия яичек	1
ПРИ ОДНОСТОРОННЕЙ ОБТУРАЦИИ:	
Вазоэпидидимостомия конец в бок	6
Вазовазостомия	1
Рассечение спаек, выпрямление протока	1
Вазоэпидидимостомия конец в бок с операцией Яковенко	6
Вазоэпидидимостомия конец в бок с операцией Яковенко – рецидив после операции Иванисевича	1
Иссечение внутренней семенной вены на протяжении по Иванисевичу-Окулову	20
Иссечение семенной вены по Мармару с оптическим увеличением и налобным освещением	7
Хромодуктоскопия с биопсией яичек	1
ПРИ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЯХ:	
Вазоэпидидимостомия конец в бок слева, устранение гипоспадии	1
Низведение правого яичка по В.В.Емельянову, биопсия яичек	1
Двухсторонняя мастэктомия, низведение яичка	1
Удаление рудимента левого семенного протока	1
Всего операций	56

В результате у 8 больных выявлены облитерация протоков на протяжении, агенезия протока с одной стороны в сочетании с рецидивом облитерации на протяжении другого протока, гипогонадизмом вследствие запущенного варикоцеле и синдромом Клайнфельтера и другие факторы, препятствующие восстановлению репродуктивной функции.

Из остальных 48 больных 29 выбыли из-под наблюдения по разным причинам. У 6 семейных пар родились дети: у 2 – после пластики семенных протоков, у 4 – после иссечения семенных вен. Остальные 13 пациентов продолжают получать терапию и находятся под наблюдением.

Литература

1. Кира Е.Ф., Беженарь В.Ф., Берлов И.В., Демьянчук Р.В. Малоинвазивные методы хирургической коррекции трубно-перитонеальных форм бесплодия // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. 1998. № 2. С. 84-87.
2. Кулаков В.И. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. 616 с.
3. Романовский Г.Б. Право на искусственное оплодотворение и имплантацию эмбриона // Проблемы репродукции. № 1. 2005. С. 20-24.
4. Юнда И.Ф. Бесплодие в супружестве. Киев.: Здоровья, 1999. 463 с.

References

1. Kira E.F., Bejenari V.F., Berl I.V., R.V. Demyanchuk Maloinvazivnye metody khirurgicheskoy korrektsii trubno-peritonealnykh form besplodiya [Minimally invasive surgical correction of tubal-peritoneal forms of infertility] // Vestnik Rossiyskoy assotsiatsii akusherov-ginekologov. 1998. № 2. S. 84-87
2. Kulakov V.I. Besplodnyy brak. Sovremennye podkhody k diagnostike i lecheniyu [Barren marriage. Current approaches to diagnosis and treatment]. M.: GEOTAR - Media. 2005. 616 s.
3. Romanovskiy G.B. Pravo na iskusstvennoe oplodotvo-renie i implantatsiyu embriona [The right to artificial oplodotvo-renie and embryo implantation] // Problems of reproproducts. № 1. 2005. P. 20-24.
4. Yunda I.F. Besplodie v supruzhestve [Infertility in marriage]. Kiev.: Health, 1999. 463 p.

Сведения о соавторах:

Дибиров Абдулманал Далгатович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ.
Тел.: 89289505504

Абдулатипов Мирзабег Абдулаевич – врач муниципальной поликлиники № 9, г. Махачкала РД.
Тел.: 89285329446

Махачев Гасан Ибрагимович – врач-уролог клиники «Медэкспресс сервис», г. Махачкала РД.
Тел.: 89882682000.

УДК 616.314.17-008.1-036.8

Современные системы коррекции цвета зубов в комплексном лечении заболеваний пародонта**М.А. Султанова, М.Н. Мадиева**

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Махачкала

Резюме

Изменение цвета зубов – это широко распространенная проблема, создающая дискомфорт пациентам разного возраста. До недавнего времени традиционным методом лечения измененных в цвете зубов являлось протезирование с применением металлопластмассовых или металлокерамических коронок, однако это не оправдано с точки зрения сохранности твердых тканей зуба, особенно у пациентов с заболеваниями пародонта. В связи с этим, все более широкое распространение находят консервативные методы, заключающиеся в использовании отбеливающих препаратов на основе перекиси карбамида, обладающих не только отбеливающим, но и антимикробным и антигалитозным действием.

Ключевые слова: отбеливание зубов, заболевания пародонта, перекись карбамида

Modern system of color correction of teeth in the complex treatment of periodontal disease**M.A. Sultanova, M.N. Madieva**

Dagestan State Medical Academy, Makhachkala

Summary

Discoloration of the teeth – is a widespread problem that creates discomfort Patients all ages. Until recently, the traditional method of treating discolored teeth is a prosthesis using metaloplastmassovyh or metal crowns, but it is not justified from the point of view of safety of dental hard tissues, especially in patients with periodontal disease. In this regard, more widespread are conservative methods, is the use of bleaching agents on the basis of carbamide peroxide bleaching has not only, but also antimicrobial and antigalitoznm action.

Key words: teeth whitening, periodontal disease, carbamide peroxide.

Введение

Известно, что кислородвыделяющие препараты, например, на основе перекиси карбамида, обладают выраженным антимикробным действием на анаэробную микрофлору. Как правило, заболевания пародонта воспалительной природы сопровождаются появлением неприятного запаха изо рта, а длительное течение приводит к изменению цвета зубов. Комплексное лечение, включающее гигиенические мероприятия, не могут полностью решить эту проблему, так как традиционно применяемые препараты не в состоянии купировать выделение с воздухом летучих сернистых соединений, являющихся одной из причин галитоза.

Цель работы – повышение эффективности лечения заболеваний пародонта путем использования отбеливающих препаратов, обеспечивающих антимикробный, отбеливающий, антигалитозный эффекты.

Материал и методы

Для клинического исследования нами было отобрано 45 пациентов, страдающих пародонтитом, которым требовалось отбеливание измененных в цвете зубов, среди которых женщин – 30, мужчин – 15. У всех исследуемых было получено информированное согласие на проведение настоящего исследования. Перед началом исследования всех участников обучали рациональной гигиене полости рта и проводили профессиональное удаление назубных отложений. До процедуры отбеливания проводили основное лечение, которое включало обработку поверхности корня, кюретаж или хирургическое вмешательство. Коррекцию цвета зубов проводили по достижении стабилизации состояния тканей пародонта, т.е. примерно через 6-12 недель после хирургического вмешательства.

Всех пациентов разделили на три группы. Во всех группах отбеливание проводили с использованием кап, изготовленных по методике, предложенной Малкмачером (2003).

Первая группа составила 15 пациентов, которым в комплексе лечебных мероприятий при пародонтите проводили коррекцию цвета зубов с помощью отбеливающего препарата «Global White» на основе 10% концентрации перекиси карбамида.

Во вторую группу вошли 15 пациентов, где в качестве отбеливающего средства использовали

Для корреспонденции:

Султанова Мадина Абдулкасимовна – ассистент кафедры терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ.

Тел.: 89289818072

Статья поступила 17.01.2015 г., принята к печати 26.02.2015 г.

отечественный препарат «Беллагель О» с 12% концентрацией перекиси карбамида.

В третью группу вошли 15 пациентов, получавшие только традиционное лечение пародонтита.

Результаты исследования проанализированы с использованием статистического критерия Хи-квадрат Пирсона программы Биостат-4.03 (С.Гланц). Критическим считался уровень значимости $p=0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Показатели клинических индексов пациентов представлены в таблице.

Согласно результатам клинического исследования, произведенного до и после проведенного лечения, зафиксировано улучшение цвета на 2-3 порядка по шкале VITA. В первой группе, после проведения домашнего отбеливания, у 28% пациентов наблюдалось повышение чувствительности зубов и их выраженная болевая реакция на температурные и механические раздражители, которые прошли самостоятельно у 13,3% пациентов через 3-5 дней после завершения курса процедуры отбеливания. Оценка электровозбудимости пульпы показала, что у 60% пациентов, предъявлявших жалобы на повышенную чувствительность, показатели электровозбудимости пульпы составили 5-7 мкА, у 40% – 3-4 мкА. По классификации Ю.А.Федорова с соавт., это соответствовало первой и второй степени гиперестезии. После проведения курса реминерализующей терапии случаев выявления гиперестезии не зафиксировано. В результате проведенного исследования у пациентов первой группы уровень галитоза составил от 1 до 4 баллов. Следует отметить, что от 1 до 2 баллов он встречался у 28,8% пациентов, в то время как резко было увеличено число случаев выявления существенного запаха изо рта в 3 и 4 балла – у 71,2% пациентов. После традиционной терапии пародонтита в сочетании с процедурой отбеливания у 68,8% пациентов уровень галитоза был определен в 1-2 балла, у 31,2% пациентов наблюдалось отсутствие неприятного запаха.

Во второй группе, после проведения традиционной терапии воспалительных заболеваний пародонта в сочетании с процедурой отбеливания препаратом «Беллагель-О» на основе 12% концентрации перекиси карбамида, зафиксировано улучшение цвета на 2-3 порядка по шкале VITA. Во второй группе, после проведения коррекции цвета зубов, гиперестезию отметили у 34,5%, которая прошла самостоятельно у 15% пациентов через 3-5 дней после завершения курса процедуры отбеливания. Оценка электровозбудимости пульпы показала, что у 64% пациентов, предъявлявших жалобы на повышенную чувствительность, показатели электровозбудимости пульпы составляли 5 - 7 мкА, у 36% – 3 - 4 мкА. По классификации Ю.А. Федорова с соавт., это соответствовало 1 степени гиперестезии, у остальных 40% 3-4 мкА (2 степень гиперестезии). После проведения курса реминерализующей терапии случаев выявления повышенной чувствительности не обнаружено. В результате проведенного исследования во второй группе уровень галитоза составил от 1 до 4 баллов. От 1 до 2 баллов наблюдался у 26,7% пациентов, и резко увеличено число случаев выявления существенного запаха изо рта – в 3 и 4 балла – у 73,3% пациентов. После традиционной терапии пародонтита в сочетании с процедурой отбеливания у 82,1% пациентов уровень галитоза составил 1-2 балла, у 17,9% пациентов наблюдалось отсутствие неприятного запаха. В группе контроля уровень галитоза был 1 – 4 балла. Следует отметить, что показатель от 1 до 2 баллов встречался значительно реже, в то время как резко было увеличено число случаев выявления существенного запаха изо рта в 3 и 4 балла. Уровень неприятного запаха изо рта до лечения составил $2,86 \pm 0,83$, после проведения курса $1,86 \pm 0,6$. Следовательно, при всех используемых методах наступает изменение структуры зубов в той или иной степени, изменение чувствительности, однако при этом происходит выраженная оптимизация степени галитоза и цвета зубов, купирование микробов. Использование реминерализующей терапии позволяет купировать повышенную чувствительность зубов.

Таблица

Показатели клинических индексов

Группа	Индекс РМА		Гингивальный индекс		Индекс гигиены		Индекс кровоточивости	
	До	после	до	после	до	После	до	после
Первая группа (Global White)	0,50±0,07	0,21±0,05	1,44±0,14	0,47±0,09	2,53±0,09	0,83±0,08	2,77±0,07	0,87±0,08
Вторая группа (Беллагель-О)	0,49±0,06	0,24±0,05	1,44±0,19	0,53±0,11	2,46±0,11	0,88±0,07	2,69±0,09	0,93±0,11
Группа контроля	0,52±0,08	0,19±0,06	1,46±0,12	0,59±0,11	2,47±0,10	0,82±0,08	2,82±0,06	0,56±0,06

Примечание: во всех случаях динамика статистически достоверна ($p<0,01$).

Таким образом, отбеливание зубов у пациентов, страдающих заболеваниями пародонта, может явиться составляющим компонентом в комплексной терапии воспалительных заболеваний пародонта.

Для подтверждения полученных данных мы провели микробиологическое исследование.

Для оценки влияния отбеливающих препаратов на микрофлору пародонтального кармана нами было проведено микробиологическое исследование содержимого пародонтального кармана 45 пациентов с диагнозом хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести.

Было показано, что до начала лечения у 60% пациентов первой группы идентифицирована ДНК пигментирующих бактерий *Porphyromonas gingivalis* и у 33,3% обнаружена *Prevotella intermedia*. *Bacteroides forsythus* выявлена у 60%. *Actinobacillus actinomycetemcomitans* определена у 46,6% и у 53,3% пациентов обнаружена *Treponema denticola*.

У 66,6% пациентов второй группы в пародонтальном кармане выявлена *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia* обнаружена у 46,6%. *Bacteroides forsythus* идентифицирована у 66,6% пациентов. В пародонтальных карманах у 53,3% – *Actinobacillus actinomycetemcomitans* и у 46,6% – *Treponema denticola*.

В группе контроля у 66,6% пациентов в пародонтальном кармане выявлена *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia* обнаружена у 40%. *Bacteroides forsythus* определена у 60%. В пародонтальных карманах 53,3% пациентов выявлена *Acti-*

nobacillus actinomycetemcomitans и у 46,6% – *Treponema denticola*.

Через три недели после традиционной терапии у 20% пациентов группы контроля идентифицировали *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Treponema denticola* и *Bacteroides forsythus* (рис. 1). Проведенное лечение не повлияло на относительную частоту выявления *Prevotella intermedia* и *Porphyromonas gingivalis* ($p>0,05$).

Относительно лучшие результаты были получены у пациентов, которым после традиционного лечения пародонтита провели процедуру отбеливания.

Так, в первой группе (рис. 2) частота определения *Porphyromonas gingivalis* снизилась до 46,6%, выявление *Prevotella intermedia* снизилось до 6,6%. *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Treponema denticola* и *Bacteroides forsythus* выявлены у 20% пациентов. По всем возбудителям динамика статистически достоверна ($p<0,01$).

Во второй группе (рис. 3) у пациентов, пользовавшихся отбеливающей системой Белгель-О, частота выявления *Porphyromonas gingivalis* снизилась до 53,3%, *Prevotella intermedia* выявлена у 6,6%. Частота обнаружения *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Treponema denticola* и *Bacteroides forsythus* снизилась у 20%. По всем возбудителям, кроме *Porphyromonas gingivalis*, динамика статистически достоверна ($p<0,01$).

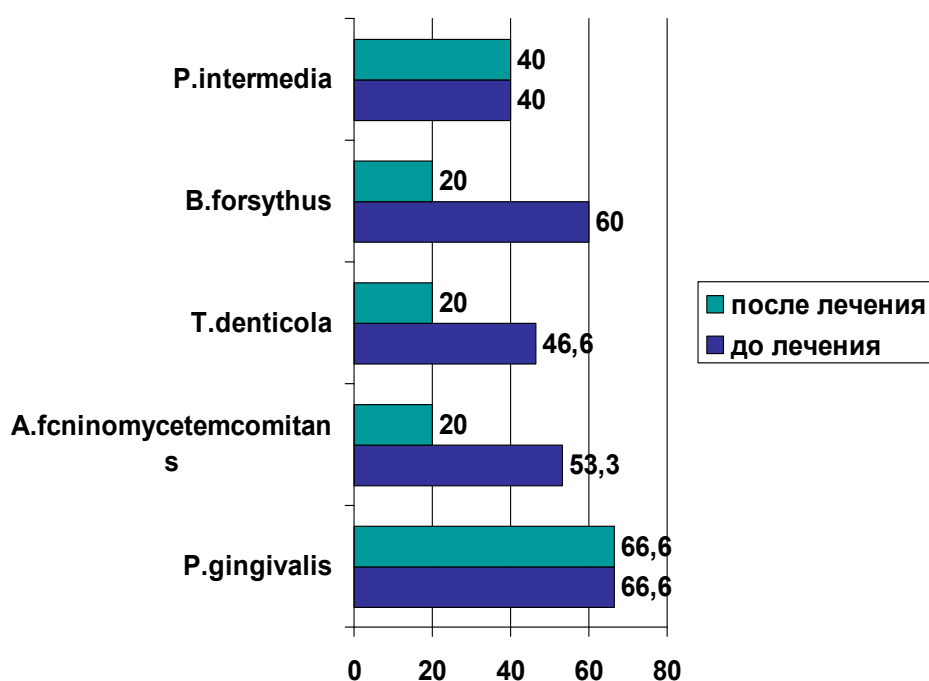


Рис. 1. Изменение содержания вирулентных видов бактерий у пациентов группы контроля до и после традиционного лечения заболеваний пародонта (%)

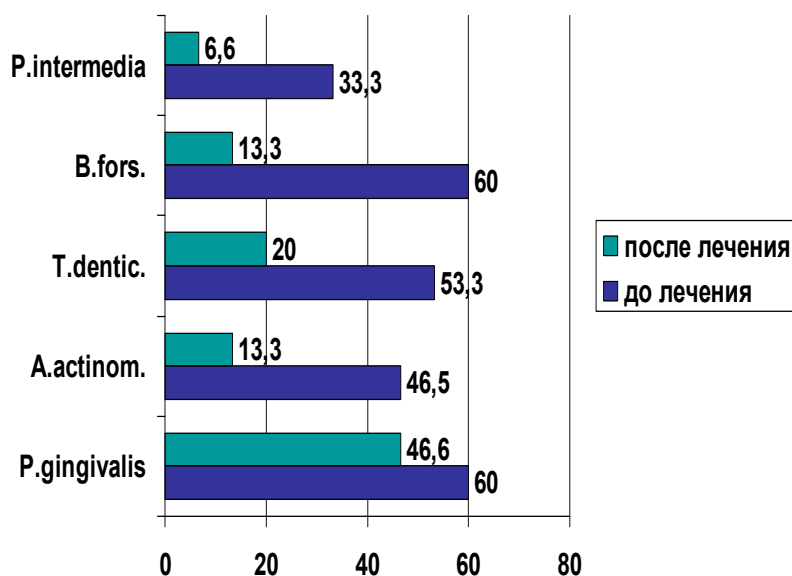


Рис. 2. Изменение вирулентных видов бактерий в пародонтальных карманах первой группы после проведения курса отбеливающих процедур (%)

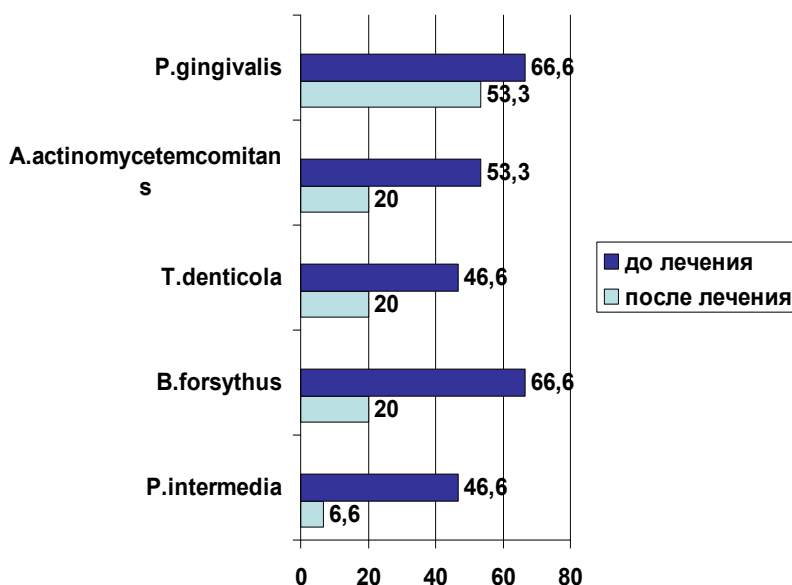


Рис. 3. Изменение содержания пародонтопатогенных штаммов во второй группе (%)

Из полученных данных видно, что механическое удаление назубных отложений и антимикробная терапия не всегда приводят к уничтожению некоторых видов пародонтопатогенных штаммов, в частности, не происходит снижения частоты обнаружения *Porphyromonas gingivalis* и *Bacteroides forsythus*.

Курс отбеливающих процедур приводит к статистически достоверному снижению содержания *Prevotella intermedia*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Treponema denticola*, *Bacteroides forsythus* и снижению частоты выявления *Porphyromonas gingivalis* на 15%.

Следовательно, данные микробиологического изучения указывают на возможность применения современных методов отбеливания зубов в комплексе лечебных мероприятий при заболеваниях пародонта в качестве патогенетически обоснован-

ной методики, обеспечивающей антимикробное воздействие на пародонтопатогенную флору.

Таким образом, установлено, что в комплексном лечении заболеваний пародонта целесообразно использовать отбеливающий гель на основе перекиси карбамида, концентрация которого не превышает 12%. Проведение коррекции цвета зубов у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта способствует купированию анаэробной пародонтопатогенной микрофлоры. Это дает возможность расценивать данный метод в качестве составляющего компонента патогенетической терапии. Проведение процедуры коррекции цвета зубов с использованием препаратов на основе перекиси карбамида приводит к купированию галитоза, что дополняет комплексную терапию воспалительных заболеваний пародонта.

Литература

1. Дмитриева Л.А. Терапевтическая стоматология. М.: МЕД-пресс, 2003. С. 140-152.
2. Линда Гринволл. Методика отбеливания в реставрационной стоматологии. М.: Высшее образование и наука, 2003. С. 24-49.
3. Царев В.Н., Ушаков Р.В. Антимикробная терапия в стоматологии. М., 2004. С. 91-108.
4. Adrians P.A., De Boever J., Loesche W.J. Bacterial invasion on root cementum and radicular dentin of periodontally diseased teethy in human. A reservoir of periodontopathic bacteria // J.Periodontal.1988. V. 59. P. 222 – 230.
5. Daspher S.A., Brien-Simpson N.M., Bhogal P.S. et al. Purification and characterization of aputative fimbrial protein/ receptor of Porphyromonas gingivalis // Aust. Dent J. 1999. № 2. P. 99-104.

References

1. Dmitrieva L.A. Terapevticheskaya stomatologiya. M.: MED-press, 2003. S. 140-152.

2. Linda Grinvoll. Metodika otbelivaniya v restavratsionnoy stomatologii [Technique in restorative dentistry whitening]. M.: Vysshee obrazovanie i nauka, 2003. S. 24-49.
3. Tsarev V.N., Ushakov R.V. «Antimikrobnaya terapiya v stomatologii [Antimicrobial therapy in dentistry]. M., 2004. S. 91-108.
4. Adrians P.A., De Boever J., Loesche W.J. Bacterial invasion on root cementum and radicular dentin of periodontally diseased teethy in human. A reservoir of periodontopathic bacteria // J. Periodontal.1988. V. 59. P. 222 - 230.
5. Daspher S.A., Brien-Simpson N.M., Bhogal P.S. et al. Purification and characterization of aputative fimbrial protein / receptor of Porphyromonas gingivalis // Aust. Dent J. 1999. № 2. P. 99-104.

Сведения о соавторах:

Мадиева Марина Наримановна – доцент кафедры терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ.
Тел.: 89280550243

Гепат-Мерц®

умный препарат
двойного действия
для лечения печени



- ✓ быстро освобождает от токсинов
- ✓ активизирует работу клеток печени



Узнайте больше о лечении
печени на сайте:
www.hepa-merz.ru

ООО «Мерц Фарма»
123242, Москва,
пер. Капанова, д. 3, стр. 2
Тел.: (495) 660-76-95
www.merz.ru

Информация для специалистов. Рег. удостоверение П № 015093/01 от 22.03.2007, П № 015093/02 от 22.03.2007

УДК 616.36-002.951.21-089-06

Формирование микроцефалоцист в эхинококковой кисте и его индукция in vitro**И.Г. Ахмедов**

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Махачкала

Резюме. В работе представлены результаты микроскопии содержимого эхинококковых кист с целостной кутикулярной оболочкой и прозрачной бесцветной жидкостью до и после инкубации в различных условиях. Исследовали содержимое 57 эхинококковых кист различной локализации у 47 пациентов различного возраста и пола. Исходно зародышевые элементы эхинококковой кисты представлены свободными протосколексами и выводковыми капсулами шаровидной и звездчатой формы. Инкубация взвеси осадка в физиологическом растворе при температуре 37⁰С в течение 6-24 часов приводит к индукции развития микроцефалоцист из герминативной ножки протосколексов у всех исследованных кист. Более крупные микроцефалоцисты развиваются из герминативной ножки группы протосколексов в звездчатых выводковых капсулах, причем в каждой капсуле формируется одна микроцефалоциста. Констатируется, что феномен массового формирования микроцефалоцист присущ всем эхинококковым кистам, имеющим зародышевые элементы, и не зависит от локализации кисты, возраста и пола пациента. Подобный феномен индуцируется при неблагоприятных условиях паразитирования эхинококковой кисты.

Ключевые слова: эхинококкоз, ацефалоцисты, рецидив, патогенез.

Formation microacephaluscysts in echinococcosis cyst and its induction in vitro**I.G. Akhmedov**

Dagestan State Medical Academy, Makhachkala

Summary

The results of microscopic cyst content with integrated cuticular sheath and a clear, colorless liquid before and after incubation in various conditions. We examined the contents of the cyst 57 different localization in 47 patients of different age and sex. Initially germinal elements cyst presented free proto scolex and brood capsules and globular star-shaped. Incubation of slurry of sludge in a physiological solution at 37⁰С for 6-24 hours leads to the induction of the development of germ mikroatsefalotsist legs protoskoleksov all investigated cysts. Larger mikroatsefalotsisty develop from germ stem group protoskoleksov in stellate brood capsules, with each capsule is formed by one mikroatsefalotsista. Stated that the phenomenon of mass formation mikroatsefalotsist inherent in all cyst having germinal elements, and does not depend on the location of the cyst, age and sex of the patient. This phenomenon is induced under adverse conditions parasitism hydatid cysts.

Key words: echinococcosis, acephaluscysts, relapse, pathogenesis.

Введение

Одним из механизмов развития рецидива эхинококкоза, а также множественного поражения является образование новых (имплантационных) кист из зародышевых элементов первичной кисты. Бесспорным доказательством этого служат многочисленные клинические наблюдения: развитие кист в послеоперационном рубце, диссеминированные формы поражения после прорыва кист в брюшную и плевральную полости и др. Вместе с тем механизм формирования новой эхинококковой кисты из зародышевого элемента предшествующей кисты, а также возможности влияния на данное звено патогенеза рецидива болезни остаются малоизученными. Одним из ключевых этапов формирования кисты из зародышевых элементов может быть трансформа-

ция ножки протосколекса в микроцефалоцисту. Массовое формирование микроцефалоцист было отмечено у некоторых больных, что дало ученым основание говорить о существовании особых «агрессивных» форм эхинококковых кист [3]. Распространенность подобных форм эхинококковых кист неизвестна, как не известно, является ли данный феномен реакцией эхинококковой кисты на изменение условий паразитирования (прорыв кисты, петрификация фиброзной капсулы и т.п.).

Целью настоящего исследования явилось установление структуры микроскопического содержимого неосложненных эхинококковых кист, а также влияние на зародышевые элементы кисты изменения условий их жизнедеятельности in vitro.

Материал и методы исследования

Исследовано содержимое 57 эхинококковых кист (27 – легочные, 18 – печеночные, 7 – сальника, 4 – забрюшинные и 1 – селезенки, полученные интраоперационно у 47 пациентов. Из них детей от 2 до 15 лет было 8 (мальчиков – 5, девочек – 3), под-

Для корреспонденции:

Ахмедов Ильяс Гаджимурадович – доктор медицинских наук, доцент кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ.

Тел.: 89285455444

Статья поступила 22.01.2015 г., принята к печати 24.02.2015 г.

ростковые и взрослых в возрасте от 16 до 74 лет – 39 (мужчин – 17, женщин – 22).

Исследованные кисты имели размеры 5-14 см и находились в различных фазах развития [1]: в первой фазе – 41 киста (кисты СЕ1-типа по ВОЗ), во второй – 16 (кисты СЕ3-типа). В кистах во второй фазе развития исследовалось содержимое неповрежденных дочерних кист.

Содержимое кист полностью аспирировалось и после отстаивания в течение 5-7 минут собирался весь объем осадка вместе с частью гидатидной жидкости в 20-граммовый шприц. После измерения объема осадка половина его содержимого переносилась в другой 20-граммовый шприц, после чего надосадочная гидатидная жидкость в одном шприце удалялась и взамен набирался физиологический раствор.

В течение не более 20-30 минут от взятия интраоперационного материала проводилась микроскопия осадка. Использовали световой микроскоп при 64-80-кратном увеличении. В процессе микроскопии постоянно поддерживалась температура изучаемого материала в пределах 30-36⁰С путем непрерывного поддувания предметного стекла с нативным препаратом потоком теплого (30-36⁰С) воздуха¹. Для предупреждения высыхания препарата во время микроскопии и создания равномерной толщины жидкости две-три капли изучаемой взвеси помещали между двумя предметными стеклами, между которыми с обоих краев устанавливали два отрезка медной проволоки (толщиной 0,2-0,3 мм)².

После изучения исходного состояния зародышевых элементов оба шприца с зародышевыми элементами помещали в термостат при температуре 37⁰. Через 6, 24, 48 и 72 часа инкубации содержимое их подвергали повторной микроскопии.

Результаты исследования и их обсуждение

Характеристика зародышевых элементов в эхинококковой кисте. Общий объем осадка каждой кисты зависел в основном от объема кисты и в большинстве случаев едва превышал 1,5 мл. Соотношение объема осадка к объему жидкости составило ($M \pm \sigma$) 0,002 \pm 0,0017. Осадок выглядел как мелкозернистый белый «гидатидный песок». Под микроскопом он представляет собой взвесь выводковых капсул и протосколексов, находящихся как в ввернутом, так и вывернутом состоянии. Соотношение этих элементов в разных кистах было различным. Все кисты имели зародышевые элементы, т.е. ни одна из кист не была ацефалоцистой. Зародышевые

элементы обнаруживались и в дочерних кистах, размеры которых превышали 4-5 мм.

В одном случае у взрослого пациента с рецидивным сочетанным эхинококкозом, а также в двух случаях у детей (7,5 и 12 лет), у одного из которых эхинококкоз также был рецидивным, единичные протосколексы в области герминативной ножки имели небольшой округлый пузырек. В литературе [3], эти шаровидные образования обозначены как ацефалоцисты. Однако для избегания путаницы целесообразнее называть их микроацефалоцистами³. Ни в одной из кист мы не выявили феномен массового формирования микроацефалоцист из ножек протосколексов.

Среди протосколексов, с хорошо сохранившейся структурой, в гидатидном песке встречались единичные разрушающиеся, у которых отсутствовали известковые тельца, разрушилась корона крючьев, сгладилась и помутнела внутренняя структура. Все они находились в вывернутом состоянии. Подобные протосколексы наблюдались внутри отдельных выводковых капсул.

В одной и той же кисте большинство протосколексов имели примерно равные размеры. Наблюдались как активнодвигающиеся протосколексы, так и те, движения которых были еле заметны. Движения отмечались как у вывернутых (более интенсивные), так и ввернутых протосколексов (мало заметные). Чем крупнее был протосколекс, тем более выражены были у него движения. У некоторых протосколексов с разрушающейся структурой также сохранились слабые активные движения.

При перемене температуры жидкости в диапазоне 18-37⁰С градусов небольшая часть протосколексов соответственно вворачивалась и выворачивалась. У остальных менялась лишь интенсивность движений. Уменьшение температуры приводило к резкому замедлению движений протосколексов.

Наблюдались два вида выводковых капсул: в шаровидной форме с заключенными внутрь протосколексами, а также в звездчатом виде из группы радиарно расположенных протосколексов, связанных общей ножкой без внешней оболочки (рис. 1). Редко удавалось обнаружить опорожняющиеся выводковые капсулы с периодическими спастическими сокращениями внешней оболочки, вероятно, направленные на высвобождение протосколексов из капсулы и отрыв их от герминативной ножки. В динамике соотношение обоих вариантов выводковых капсул менялось в сторону уменьшения числа, имеющих шаровидную форму. Видимо, звездчатая форма выводковой капсулы есть результат разрыва и выворачивания наизнанку внешней оболочки у шаровидной выводковой капсулы.

¹ Рационализаторское предложение № 03-1235, принятое в Дагмедакадемии

² Рационализаторское предложение № 03-1236, принятое в Дагмедакадемии

³ Ацефалоциста – зрелая эхинококковая киста без протосколексов и выводковых капсул [2].

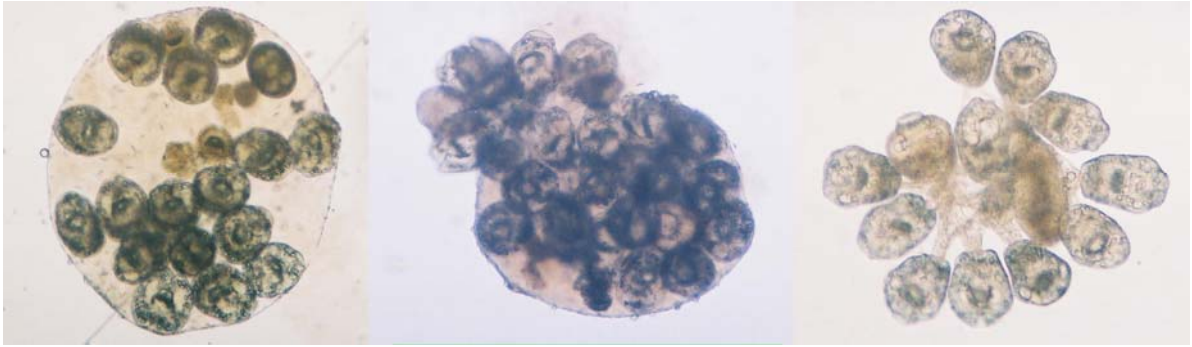


Рис. 1. Выводковые капсулы: справа – выводковые капсулы звездчатой формы с вывернутой наизнанку оболочкой, слева – шаровидной формы с оболочкой и заключенными внутри протосколексами, в середине – выводковая капсула на этапе выворачивания наизнанку с высвобождением протосколексов. Нативный препарат. Увеличение X 80.

Протосколексы в выводковых капсулах находились как во ввернутом, так и в вывернутом состоянии. Движения протосколексов в выводковых капсулах при подогревании до 37⁰С крайне мало заметны. Чем меньше выводковая капсула – тем менее заметны движения протосколексов внутри него. Более активно двигались протосколексы в выводковых капсулах звездчатого вида.

Характеристика зародышевых элементов эхинококковой кисты в процессе инкубации. Через

6 часов инкубации взвеси зародышевых элементов в физиологическом растворе, во всех образцах материала примерно у половины протосколексов в герминативной ножке появлялись мелкие пузырьки – микроацефалоцисты, идентичные тем, что описаны в публикации С.А. Дадвани с соавт. [3]. Заметного изменения формы и размеров у протосколексов при этом не отмечено. Изменилось соотношение между видами выводковых капсул в сторону увеличения числа с звездчатой формой.

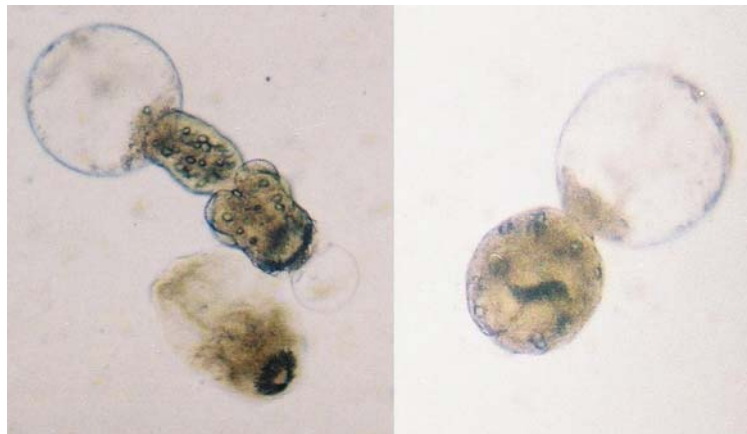


Рис. 2. Формирование микроацефалоцист в герминативных ножках у свободных протосколексов: слева протосколекс вывернутый, справа – ввернутый. Нативный препарат. 1

Спустя 24 часа инкубации в физиологическом растворе размеры формирующихся микроацефалоцист увеличивались (рис.2). При этом в двигательной активности, способности выворачиваться существенных изменений не отмечилось (рис. 3). Увеличения числа протосколексов, из герминативной ножки которых формируются микроацефалоцисты, не отмечено. Некоторые протосколексы сильно «раздулись» и интенсивность их движений заметно уменьшилась. При этом все они исходно были крупного размера и в вывернутом состоянии.

В те же сроки инкубации в центральной зоне звездчатых выводковых капсул обнаруживалось относительно большое шаровидное образование, имеющее значительно большие размеры, чем у

пузырьков в герминативной ножке одиночных протосколексов (рис.4). Считаем, что это шаровидное образование имеет такой же генезис, что и микроацефалоциста, формирующаяся из герминативной ножки протосколекса, поскольку все протосколексы были фиксированы к нему дистальным концом. Подобная крупная ацефалоциста, причем в единственном числе, обнаруживалась почти у всех звездчатых выводковых капсул. Размеры микроацефалоцисты были тем больше, чем большее число протосколексов находилось в выводковой капсуле. Так же, как и свободные протосколексы, протосколексы в выводковых капсулах при формировании микроацефалоцист практически не изменились.

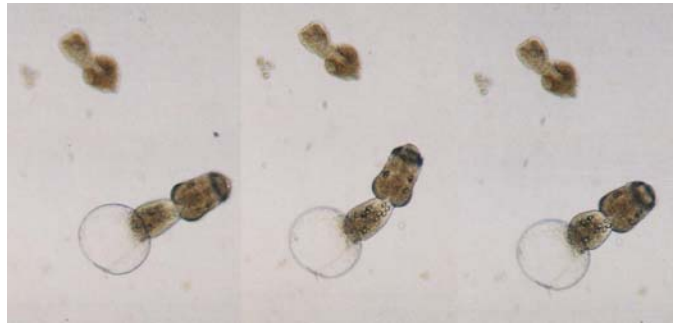


Рис. 3. Сохранение двигательной активности протосколеков с формированием микроцефалоцист: одно и то же поле зрения в различные интервалы времени. Нативный препарат. 1

При микроскопии спустя 48 часов инкубации значительного расхождения микроскопической картины с тем, что было при 24-часовой инкубации, не отмечено. Количество свободных протосколеков увеличилось. Несколько больше было «раздутых», а также разрушающихся протосколеков. В поле зрения микроскопа стали чаще наблюдаться свободные крючья.

Спустя 72 часа инкубации выросло число разрушающихся протосколеков. Движения у целых протосколеков сохранялись. Хотя ни один протосколекс не «превратился» в кисту, однако некоторые «раздулись» до близкой к шарообразной форме. К этому сроку сохранились лишь единичные мелкие шаровидные выводковые капсулы. Многие микроцефалоцисты, в том числе и крупные, были в спавшем состоянии, а также уменьшилось количество протосколеков, фиксированных на них.

При инкубации зародышевых элементов эхинококковой кисты в гидатидной жидкости вышеотмеченные качественные изменения также наблюдались, однако по времени и интенсивности развития значительно отставали. Появление микроцефалоцист в выводковых капсулах наблюдалось ближе к 48 часам, причем число их было меньше, чем при инкубации в физиологическом растворе. Число свободных протосколеков с развивающимися микроцефалоцистами также было заметно меньше. Тем не менее сроки развития процессов разрушения как протосколеков, так и сформировавшихся микроцефалоцист были примерно такими же, как и при инкубации в физиологическом растворе.

Обобщая результаты исследования, можно выдвинуть ряд гипотез. Так, формирование микроцефалоцист из герминативной ножки протосколеков – процесс, индуцирующийся при возникновении неблагоприятных условий. К неблагоприятным условиям, помимо изменения состава среды, в которой находятся зародышевые элементы, можно отнести и изменение концентрации зародышевых элементов в единице объема гидатидной жидкости. Поскольку инкубация в физиологическом растворе оказалась более благоприятной для формирования микроцефалоцист, можно полагать, что герминативная оболочка продуцирует некий гуморальный фактор, тормозящий развитие их. Уменьшение продукции этого фактора погибающей герминативной оболочкой, видимо, индуцирует механизмы развития дочерних кист. Через наблюдаемый нами процесс формирования микроцефалоцист, скорее всего, развиваются как дочерние кисты внутри материнской, так и имплантационные при попадании зародышевых элементов исходной кисты в ткань. Реализация этого механизма у протосколеков в выводковых капсулах более вероятна, чем у свободных протосколеков.

Допускаем, что в герминативной ножке имеются особые герминативные клетки, из которых и формируются микроцефалоцисты. В начале своего развития микроцефалоцисты получают энергетический и строительный материал из оставшейся части герминативной ножки выводковой капсулы. Этим, возможно, обусловлено развитие более крупных микроцефалоцист в выводковых капсулах с вывернутой оболочкой. Только лишь в более поздние сроки некоторые протосколеки «сливались» с микроцефалоцистой, давая будущей кисте необходимые ресурсы. Формирующейся микроцефалоцистой

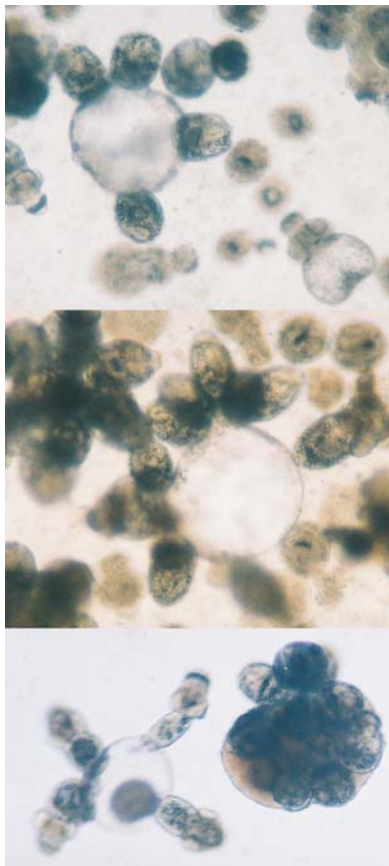


Рис. 4. Формирование крупных микроцефалоцист в звездчатых выводковых капсулах: различные поля зрения. Нативный препарат. 1

неким образом подавляется трансформация других герминативных клеток и обеспечивается собственное «выживание».

Таким образом, феномен массового формирования микроацефалоцист присущ всем эхинококковым кистам, имеющим зародышевые элементы, и не зависит от локализации кисты, возраста и пола пациента. Подобный феномен, на наш взгляд, индуцируется при неблагоприятных условиях паразитирования эхинококковой кисты.

Формирование микроацефалоцист *in vitro*, а также развитие более крупных микроацефалоцист в выводковых капсулах – явление, до настоящего времени не описанное в литературе и нуждающееся в дальнейшем изучении.

Литература

1. Ахмедов И.Г. Морфогенез гидатидной кисты печени // Вестник хирургии. 2003. Т. 162, № 1. С. 70-76.
2. Геллер И.Ю. Эхинококкоз. М.: Медицина, 1989. 208 с.
3. Дадвани С.А., Шкорб О.С., Лотов А.М., Мусаев Г.Х. Лечение гидатидного эхинококкоза // Хирургия. 2000. № 8. С. 27-32.

References

1. Akhmedov I.G. Morfogenez gidatidnoy kisty pecheni [Morphogenesis of hydatid cysts of the liver] // Vestnik khirurgii. 2003. T. 162, № 1. S. 70-76.
2. Geller I.Yu. Echinokokkoz. M.: Meditsina, 1989. 208 s.
3. Davvani S.A., Shkorb O.S., Lotov A.M., Mусаev G.Kh. Lechenie gidatidnogo ekinokokkoza [Treatment of hydatid echinococcosis] // Khirurgiya. 2000. № 8. S. 27-32.



ИМУНОФАН®
Способы применения

- Комплексная терапия детей с ВПЧ гортани и ротоглотки
- Оппортунистические инфекции (ЦМВ Герпетическая инфекция, токсоплазмоз, хламидиоз, ВПЧ)
- Хронический вирусный гепатит В и С
- Ревматоидный артрит, бронхо-обструктивный синдром
- Холецистопанкреатит
- Онкологические заболевания
- Лечение злокачественных заболеваний кроветворной и лимфоидной ткани у детей
- Комплексное лечение взрослых и детей с воспалительными заболеваниями глаз
- Лечение гнойно-септических заболеваний

ООО НПП «БИОНОКС»
www.imunofan.ru
E-mail: imunofan@mail.ru

**Телефон горячей линии:
+7-905-755-88-32**

УДК 616.192.1-022.8-07

Аллергодиагностика токсоплазмоза**М.С. Саидов, Т.В. Царуева, Б.М. Саидова, Д.Н. Джалилова, З.М. Саидова**

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Махачкала

Резюме

В патогенезе токсоплазмоза важную роль играет инфекционная аллергия. Для аллергодиагностики токсоплазмоза наряду с внутрикожной аллергологической пробой применяют клеточные реакции *in vitro*. Авторы для выявления сенсibilизации лейкоцитов крови к токсоплазменному антигену предлагают использовать реакцию лейкоцитоллиза. Исследование показало высокую информативность реакции лейкоцитоза крови как тест для аллергодиагностики токсоплазмоза.

Ключевые слова: токсоплазмоз, аллергия, реакция лейкоцитоллиза, лейкоциты, кровь.

The allergic diagnostics of toxoplasmosis**M.S. Saidov, T.V. Tsarueva, B.M. Saidova, A.N. Dzhailova, Z.M. Saidova**

Dagestan State Medical Academy, Makhachkala

Summary

In the pathogenesis of important toxoplasmosis infectious allergy. For allergodiagnostic toxoplasmosis along with intradermal allergy test used cell responses *in vitro*. Authors to identify sensitization of blood leukocytes to *Toxoplasma* antigen suggest using reaction leuco cytolysis. The study showed highly informative reaction leucocytolysis as a test for toxoplasmosis allergodiagnostic.

Key words: toxoplasmosis, allergy, leucocytolysis reaction, white blood cells.

Введение

Токсоплазмоз продолжает оставаться одной из актуальных проблем инфекционной патологии. Актуальность проблемы токсоплазмоза обусловлена широким распространением возбудителя в природе, высокой частотой инфицированности населения токсоплазмами. Показатели инфицированности населения в различных регионах России колеблются от 15 до 30% [1, 2].

Токсоплазмоз – протозойная зоонозная инвазия с длительной персистенцией возбудителя в организме промежуточного хозяина, в том числе и человека. Токсоплазмы в виде тканевых цист могут находиться в организме человека в латентном состоянии в течение всей жизни. Образующиеся антитела не оказывают защитного действия, они как бы являются «свидетелями» инфекции. Ведущее значение при токсоплазмозе приобретает Т-клеточный иммунитет с развитием гиперчувствительности замедленного типа (ГЗТ) [2]. Для выявления ГЗТ применяется внутрикожная аллергическая проба с токсоплазмином, которая становится положительной через 3-4 недели после инфицирования и сохраняется практически пожизненно. Для выявления сенсibilизации лейкоцитов к токсоплазменному антигену были предложены также клеточные реакции *in vitro* как метод специфиче-

ского повреждения нейтрофилов по Фрадкину, специфического повреждения лимфоцитов, лейкокии и т.д.

Ранее нами была установлена также возможность использования реакции специфического лейкоцитоллиза (РЛ) для оценки степени сенсibilизации лейкоцитов к специфическому бруцеллезному антигену [3, 5]. В этих исследованиях изучалась сенсibilизация лейкоцитов крови к бруцеллину и была установлена возможность использования для аллергодиагностики бруцеллеза. В отличие от теста определения повреждения нейтрофилов, РЛ отличается более высокой «объективностью», меньшей трудоемкостью и простотой выполнения. Суть метода заключается в способности сенсibilизированных лейкоцитов лизироваться в присутствии специфического антигена. РЛ считается положительной, если лизис после инкубации со специфическим антигеном составляет 15% и более [3, 4].

В связи с вышеизложенным, целью нашего исследования явилось изучение возможности использования РЛ с токсоплазменным антигеном для выявления сенсibilизации лейкоцитов у лиц, инфицированных токсоплазмами.

Материал и методы

Было обследовано 106 женщин с самопроизвольными выкидышами. Основную группу составили 72 пациентки с хронической токсоплазмозной инфекцией, контрольную – 34 женщины с хроническим бруцеллезом, свободные от токсоплазмоза. Возраст обследованных женщин колебался от 18 до 45 лет.

Все лица были обследованы на токсоплазмоз с помощью реакции иммунофлюоресценции (РИФ)

Для корреспонденции:

Саидов Магомед Саидович – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой микробиологии, вирусологии и иммунологии ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ.

Тел.: 89894144091.

Статья поступила 20.01.2015 г., принята к печати 27.02.2015 г.

и иммуноферментным методом (ИФМ). Для постановки РИФ были использованы реактивы, выпускаемые фирмой «Лабдиагностика», а для ИФМ – реактивы, выпускаемые ЗАО «Вектор – Бест», для определения IgM («Тохо- IgM») и IgG («Тохо-IgG»). Обследование женщин на бруцеллез проводили с помощью пробы Бюрне, реакций агглютинации (РА) Хеддльсона и Райта.

Для оценки сенсбилизации лейкоцитов к специфическому антигену обследованных больных была использована реакция специфического лейкоцитолита, предложенная М.Г. Кишовым и М.М. Кишевым. Забор проб крови проводили утром натощак в одно и то же время. Для постановки РЛ с лейкоцитами крови в стерильную пробирку наливали 0,1 мл 5% лимоннокислого натрия и 0,3 мл крови, взятой микропипеткой из пальца. Кровь осторожно смешивали и разливали по 0,1 мл в три пробирки (или в 3 лунки планшета). В 1-ю пробирку (лунку) добавляли 0,05 токсоплазмину, во 2-ю – 0,05 бруцеллина, в третью (контрольную) – 0,05 мл среды 199. Из каждой пробирки в смеситель для лейкоцитов набирали кровь до метки 0,5 и 3% раствор уксусной кислоты до метки 11 (для подсчета количества лейкоцитов в камере Горяева), а пробирки помещали в термостат на 60 минут при 37° С. После инкубации подсчитывали количество лейкоцитов.

Реакцию лейкоцитолита ставили в 3-х пробирках. В каждую пробирку вносили по 0,05 мл взвеси лейкоцитов. В первую пробирку добавляли 0,05 мл токсоплазмину, во 2-ю – 0,05 мл бруцеллина, в 3-ю – 0,05 мл среды 199 (контроль). После тщательного осторожного перемешивания в содержимом каждой

пробирки подсчитывали количество лейкоцитов в камере Горяева и пробирки помещали в термостат при 37°С на 60 мин. После инкубации вновь подсчитывали количество лейкоцитов в каждой пробирке. Производили вычисление индекса лейкоцитолита для каждого антигена по формуле: ИЛ= L1-L2x100, где L1- количество лейкоцитов до инкубации, L2 – количество лейкоцитов после инкубации.

Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием программы Биостат – 4.03. Для анализа динамики изменений и сравнения показателей в вариационных рядах вычисляли среднюю арифметическую величину (M) и стандартную ошибку средней арифметической ($\pm m$). Определение показателя существенной разницы между двумя средними арифметическими и их стандартными ошибками проводили по критерию Стьюдента. Критическим считается уровень статистической значимости $p=0,05$

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты обследования 72 женщин с хронической токсоплазменной инфекцией показали, что РИФ была положительной у 68 (94,4%) женщин, ИФМ – у 70 (97,2%) в средних и низких титрах. Все женщины имели отрицательные пробы Бюрне, реакции Хеддльсона и Райта, т.е. были свободны от бруцеллеза.

Результаты РЛ с лейкоцитами крови у 72 лиц, инфицированных токсоплазмами, представлены в таблице 1.

Таблица 1

Антиген	Количество лейкоцитов крови ($\times 10^9/\text{л}$)	
	до инкубации (M \pm m)	после инкубации (M \pm m)
Токсоплазмин	5,0 \pm 0,03	3,8 \pm 0,03 (p<0,001)
Бруцеллин	4,85 \pm 0,13	4,7 \pm 0,12 (p>0,05)
Среда 199	4,75 \pm 0,05	4,6 \pm 0,05 (p>0,05)

Полученные результаты показали, что инкубация лейкоцитов крови больных с токсоплазмином приводит к достоверному снижению числа лейкоцитов: до инкубации – 5,0 \pm 0,03 $\times 10^9/\text{л}$, после инкубации – 3,8 \pm 0,03 $\times 10^9/\text{л}$ (p<0,001). Процент лизированных лейкоцитов составляет 24,0%. Положительные результаты РЛ были отмечены у 71 женщины (97,2%). С контрольными антигенами – бруцеллином, средой 199 достоверного снижения количества лейкоцитов после инкубации не происходило (p> 0,05).

С целью изучения специфичности РЛ была обследована контрольная группа – 34 женщины с хроническим бруцеллезом. У лиц контрольной группы проба Бюрне была положительной у 30 (88,2%) обследованных, РА Хеддльсона и Райта – у 32 (94,1%) и 27 (79,4%), соответственно. Все обследованные этой группы имели отрицательные РИФ и ИФМ на токсоплазмоз.

Результаты РЛ у лиц контрольной группы с хроническим бруцеллезом представлены в таблице 2.

Таблица 2

Антиген	Количество лейкоцитов крови ($\times 10^9/\text{л}$)	
	до инкубации (M \pm m)	после инкубации (M \pm m)
Токсоплазмин	4,9 \pm 0,01	4,6 \pm 0,06 (p>0,05)
Бруцеллин	5,3 \pm 0,04	3,9 \pm 0,01 (p<0,001)
Среда 199	4,8 \pm 0,02	4,6 \pm 0,04 (p>0,05)

У лиц с хроническим бруцеллезом количество лейкоцитов до инкубации с бруцеллином составило $5,3 \pm 0,04$, после инкубации – $3,9 \pm 0,01$. Процент лизированных лейкоцитов составляет 24,5%, что свидетельствует о положительной РЛ с бруцеллином ($p < 0,01$). С контрольными антигенами токсоплазмином и средой 199 снижения количества лейкоцитов после инкубации не получено ($p > 0,05$). Эти результаты свидетельствуют о высокой специфичности РЛ с соответствующими антигенами.

Заключение

Полученные результаты свидетельствуют о высокой диагностической информативности и специфичности РЛ с лейкоцитами крови лиц, инфицированных токсоплазмами, что предполагает возможность использования этой реакции для аллергодиагностики токсоплазмоза. Ввиду простоты и быстроты выполнения РЛ может быть рекомендована для широкого применения, особенно при массовых обследованиях на токсоплазмоз лиц, занятых в животноводстве.

Литература

1. Авдеева М.Г., Кончакова А.А. Современное течение и особенности диагностики острого приобретенного токсоплазмоза // Инфекционные болезни. 2012. Т. 10, № 3. С. 63-66.
2. Гончаров Д.Б. Значение персистенции Тохорлазмагондii в клинической патологии человека // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 2006. № 4. С. 92-97.
3. Кишов М.Г., Саидов М.С., Саидова Б.М. Аллергодиагностика бруцеллезной и токсоплазмозной смешанной инфекции // Зоозоозы. Актуальные вопросы в клинике и эксперименте: сборник научных трудов Республиканской научно-практической конференции. Махачкала: ДГМА, 2000. С. 234-236.
4. Кишов М.Т., Кишев М.М. Способ определения бактериальной аллергии: патент № 2157537, 2001.
5. Саидова Б.М., Ахмедов Д.Р., Саидов М.С. Аллергодиагностика бруцеллеза // Клиническая лабораторная диагностика. 2013. № 3. С. 16-17.

References

1. Avdeeva M.G., Konchakova A.A. Sovremennoe techenie i osobennosti diagnostiki ostrogo priobretennogo toksoplazmoza [Modern and features for the diagnosis of acute acquired toxoplasmosis] // Infektsionnye bolezni. 2012. T.10, № 3. S. 63-66.
2. Goncharov D.B. Znachenie persistsensii Toxoplazmagondii v klinicheskoy patologii cheloveka [Allergodiagnosics brucellosis and toxoplasmosis mixed infection] // Zhurnal mikrobiologii. 2006. № 4. S. 92-97.
3. Kishov M.G., Saidov M.S., Saidova B.M. Allergodiagnostika brutselleznoy i toksoplazmoznoy smeshannoy infektsii [Allergodiagnosics brucellosis and toxoplasmosis mixed infection] // Zoonozy. Aktualnye voprosy v klinike i eksperimente: sbornik nauchny trudov Respublikanskoj nauchno-prakticheskoy konferentsii. Makhachkala: DGMA, 2000. S. 234-236.
4. Kishov M.T., Kisev M.M. Sposob opredeleniya bakterial'noy allergii [Method for determination of bacterial allergy]: patent № 2157537, 2001.
5. Saidova B.M., Akhmedov D.R., Saidov M.S. Allergodiagnostika brutselleza [Allergodiagnosics brucellosis] // Klinicheskaya laboratornaya diagnostika. 2013. № 3. S. 16-17.

Сведения о соавторах:

Царуева Тамара Вилеевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ.
Тел.: 8 9285672423

Саидова Барият Магомедовна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ.
Тел.: 8 9282846085

Джалилова Динара Нурмагомедовна – ассистент кафедры кожных и венерических болезней ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ.
Тел.: 8 928 0460677.

Саидова Заира Магомедовна – ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ.
Тел.: 8 9285394959

Этиотропная терапия гриппа и ОРВИ



- **Прямое противовирусное действие Арбидола признано ВОЗ¹**
- **Защищает от простуды и гриппа²**
- **Ускоряет выздоровление^{3,4}**
- **Снижает риск осложнений⁴**
- **Максимум эффекта Амиксина развивается очень быстро – в первые 24 часа после приема⁵**
- **Амиксин действует на любой стадии «простуды» (начальной или затяжной – не имеет значения)⁶**
- **Защитный эффект Амиксина сохраняется до 8 недель⁷**

УДК 616.72-002-02:616.832.61

Случай табетической остеоартропатии левой стопы**Э.С. Мирзоев, А.А. Абакаров, Х.С. Карнаев**

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Махачкала

Резюме

В работе описан случай табетической остеоартропатии – редкого заболевания опорно-двигательного аппарата, поражающего лиц среднего и пожилого возраста. Отсутствие характерных симптомов создает трудности в диагностике.

Ключевые слова: табетическая артропатия, возраст, диагностика

Case of tabetic osteoarthropathy left foot**E.S. Mirzoev, A.A. Abakarov, Kh.S. Karnaev**

Dagestan State Medical Academy, Makhachkala

Summary

Diabetic osteoarthropathy is rare disease of musculoskeletal system. It affects middle-aged and elderly people. The absence of specific symptoms poses difficulties in its diagnostics.

This work describes the main features of manifestation of this rare disease.

Key words: tabetic arthropathy, age, diagnostics.

Табетическая остеоартропатия – редкое, своеобразно протекающее и трудно диагностируемое заболевание опорно-двигательного аппарата. Клиническая симптоматика из-за латентности течения процесса настолько скудна, что зачастую больные не обращаются за помощью.

Процессы, происходящие в структуре костно-хрящевой ткани пораженных костей и суставов, в морфологическом отношении не до конца изучены.

Табетическая остеоартропатия встречается в среднем и пожилом возрасте и поражает нижние конечности. Заболевание приходится дифференцировать с синингомиелитической артропатией. Последняя встречается у лиц молодого возраста и поражает верхние конечности.

Представляет интерес случай нашего клинического наблюдения табетической остеоартропатии среднего отдела левой стопы.

Больной О., 64 лет, поступил в Республиканский ортопедо-травмотологический центр г. Махачкала 26.10.2012 г. с жалобами на боли в левом голеностопном суставе и стопе при длительной ходьбе и физической нагрузке. Больным себя считает с 2010 г. Заболевание связывает с перенесенной травмой. В августе месяце 2010 г. упал на острую арматуру и повредил подошвенную поверхность стопы. Лечился в районной больнице. Рана зажила первичным натяжением. Спустя три месяца после травмы, стал замечать начинающуюся деформацию стопы, без болевого синдрома. Лечился многократно амбулаторно и стационарно у разных

специалистов под различными диагнозами, однако улучшения не отмечал. Деформация стопы стала прогрессировать, появились боли при нагрузке, в связи с чем был госпитализирован в ортопедическое отделение РОТЦ. Сопутствующая патология – сахарный диабет 1-го типа. Наследственность не отягощена.

При клиническом обследовании: больной ходит, слегка прихрамывая на левую нижнюю конечность. Фаза переката, шага с пятки на передний отдел по продольному своду нарушена. Свод стопы уплощен, отмечается плоскостопие III степени с вальгусной установкой, выраженная деформация среднего отдела тыла стопы. Кожные покровы среднего цвета, тактильная и болевая чувствительность не нарушена. Пульсация на артериях стопы отчетливая.

Индекс свода стопы по Фридланду слева – 22 и справа – 29, остальные параметры движения стопы представлены в таблице.

Пальпаторно на тыльной и подошвенной поверхности левой стопы, в среднем ее отделе с медиальной стороны, определяется плотное, безболезненное опухолевидное образование с нечеткими границами, спаянное с окружающими тканями, неподвижное, размерами 26,0 x 8,5 см.

Осевая нагрузка на пальцы и плюсневые кости стопы безболезненна.

В анализах крови, за исключением СОЭ – 50 мм/час, отклонений нет. Анализ мочи в норме. На рентгенограммах левой стопы отмечается полная деструкция головки и шейки таранной, половины диаметра ладьевидной костей с умеренно выраженным остеопорозом кубовидной, клиновидных, плюсневых костей стопы, с дисконгруэнтностью в Шопаровом суставе и наличием экстраартикулярных наростов. Учитывая анамнез больного, возраст, дли-

Для корреспонденции:

Мирзоев Эмир Саламович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры травматологии и ортопедии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ.
Тел.: 89288303608

Статья поступила 2.02.2015 г., принята к печати 4.03.2015 г.

тельное бессимптомное течение, локализацию патологического процесса, характерную деформацию стопы, соответствующую рентгенологическую картину, данные анализов крови и мочи, нами был вы-

ставлен диагноз: табетическая остеоартропатия стопы.

Больной был направлен на консультацию и лечение к специалисту по профилю заболевания.

Таблица

Параметры активно-пассивных движений

	Длина стопы, см.	Высота среднего отдела стопы, см.	Тыльное сгибание стопы	Подошвенное сгибание стопы	Индекс свода стопы
правая	25	25	85 ⁰	120 ⁰	29
левая	27	26,5	90 ⁰	100 ⁰	22
разница	2	1,5	5 ⁰	20 ⁰	7



Рентгенограмма (прямая и боковая проекции) левой стопы больного О., 64 лет: деструкция головки и шейки таранной и ладьевидной костей с умеренно выраженным остеопорозом кубовидной, клиновидных, плюсневых костей стопы

Сведения о соавторах:

Абакаров Абакар Алиевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой травматологии и ортопедии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ.
Тел.: 89285906767

Карнаев Халид Сабирович – кандидат медицинских наук, ординатор РОТЦ.

Симптоматическая терапия

От кашля

сухой кашель



- **Коделак Нео: МНН Бутамират**
- **Эффективность** бутамирата доказана в клинических исследованиях ^{8,9}

влажный кашель



- **Коделак Бронхо - уникальный состав: амброксол + глицирризиновая кислота**
- **Не просто облегчает отхождение мокроты, а действует на причину кашля – воспаление в бронхах**

От симптомов простуды



- **Максиколд Рино: снижает температуру, уменьшает головную и мышечную боль, облегчает носовое дыхание, восполняет потребность в витамине С**
- **Доступная цена¹⁰**

От боли в горле



- **Новинка: спрей Максиколд ЛОР**
- **Длительное действие 10-12 часов**
- **Уничтожает бактерии, уменьшает боль**

МНН гексэтидин

От насморка



- **Новинка: спрей РиноСТОП**
- **Удобная форма выпуска**
- **Доступная цена¹¹**
- **Для взрослых и детей с 2 лет**

МНН ксилометазолин

УДК 616.423-002.5:616.98-097:616

Туберкулезный мезаденит у пациента с ВИЧ-инфекцией**А.Г. Гусейнов**

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Махачкала

Резюме

Представлено наблюдение атипичного течения туберкулезного мезаденита у пациента с ВИЧ-инфекцией. Диагноз установлен после операции, выполненной по срочным показаниям, по результатам микробиологического исследования гноя.

Ключевые слова: туберкулезный мезаденит, атипичное течение, ВИЧ-инфекция, хирургическое лечение.

Tuberculous mesadenitis in patients with HIV infection**A.G. Guseynov**

Dagestan State Medical Academy, Makhachkala

Summary

The observation of atypical tuberculosis mesadenitis flow in a patient with HIV infection was presented. The diagnosis is established after the operation performed on fixed-term indications on the results of the microbiological examination of pus.

Key words: tuberculous mesenteric adenitis, atypical course, HIV infection, surgical treatment.

Туберкулез, в том числе внелегочная форма, встречается у пациентов с ВИЧ-инфекцией чаще, чем в популяции. Иммуносупрессивное состояние способствует манифестации латентных очагов инфекции и нередко обуславливает атипичную клинику заболевания, затрудняет диагностику, повышает риск осложнений [3, 4, 5, 6, 7]. По-видимому, доля пациентов с атипичным течением туберкулеза будет увеличиваться в связи с распространением ВИЧ-инфекции, что требует пересмотра критериев диагностики заболевания на основе клинических проявлений. Это особенно актуально в отношении абдоминальных форм туберкулеза, диагностировать которые всегда было трудно [1, 2].

Приводим наше наблюдение туберкулезного мезаденита у пациента с ВИЧ-инфекцией.

Пациент Б., 39 лет, госпитализирован в отделение хирургии Республиканской клинической больницы № 2 Центра специализированной экстренной медицинской помощи г. Махачкалы 05.05.2014 г. через 10 суток после начала заболевания с жалобами на постоянные пульсирующие боли в животе, усиливающиеся при движениях, выраженную слабость, отсутствие аппетита, тошноту, рвоту съеденной пищей 1-2 раза в сутки, жидкий стул 1 раз в сутки каловыми массами желтого цвета, лихорадку в вечернее время суток с повышением температуры до 39°C.

Начало заболевания – с умеренных болей в животе без четкой локализации. В последующем появилась лихорадка, боли усилились, стали пульсирующими. За 5 суток до госпитализации появи-

лась рвота съеденной пищей, жидкий стул, после которых боли в животе становились меньше.

Пациент в течение многих лет наркозависим, страдает хроническим гепатитом С, в 1998 году выявлена ВИЧ-инфекция. Регулярного лечения по поводу гепатита и ВИЧ-инфекции не получал.

Объективно. Общее состояние тяжелое. Сознание ясное, адекватное. Рост 176 см, вес 45 кг, индекс массы тела (индекс Кетле) – 14,5 кг/м²; телосложение правильное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски, тургор кожи снижен. Доступные пальпации лимфоузлы размерами до 4-5 мм, мягкие, подвижные. Вены запавшие.

Пульс 112 в минуту, ритм правильный. АД 110/70 мм рт.ст. Грудная клетка конусовидная, симметричная, обе половины равномерно участвуют в акте дыхания. Аускультативно над легкими дыхание жесткое, хрипов нет.

Живот запавший, участвует в дыхании. Печень по краю реберной дуги, селезенка и желчный пузырь не пальпируются. Защитного напряжения брюшной стенки нет, умеренная болезненность в мезогастрии справа от средней линии, где определяется плотное пульсирующее опухолевидное образование размерами 7 x 6 см. При аускультации шумы над ним не определяются.

Поясничная область симметричная, пальпаторно болезненности нет. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

При пальцевом исследовании прямой кишки стенки гладкие, инфильтрации нет. На расстоянии 10 см от ануса определяется нижний край болезненного опухолевидного образования, исходящего из брюшной полости спереди от кишки.

Общий анализ крови: гемоглобин 112 г/л, эритроциты 4,0 x 10¹²/л, лейкоциты 4,8 x 10⁹/л (палочкоядерные 3%, сегментоядерные 57%, лимфоциты 31%, моноциты 9%), СОЭ 63 мм/ч.

Для корреспонденции:

Гусейнов Абдулкамал Гусейнович – доктор медицинских наук, доцент кафедры хирургии ФПК ППС ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ.

Тел.: 89282437078

E-mail: guseynov_ag@mail.ru.

Статья поступила 30.01.2015 г., принята к печати 2.03.2015 г.

Общий анализ мочи: удельный вес 1024, белок отсутствует, лейкоциты 1-3 в поле зрения.

Биохимическое исследование крови: общий белок 62 г/л, глюкоза 4,8 ммоль/л, креатинин 97,2 мкм/л, мочевины 4,6 ммоль/л, билирубин 12,8 мкм/л.

Исследование крови на RW, HBsAg – отрицательно, на HCV и ВИЧ – положительно.

Рентгенография легких: очаговых и инфильтративных изменений нет, синусы свободны, тень средостения без особенностей.

ЭКГ: ритм синусовый, положение оси сердца вертикальное; неполная блокада левой ножки пучка Гиса.

Магнитно-резонансная томография (рис. 1, 2): в брюшной полости на уровне симфиза справа от средней линии определяется объемное образование округлой формы с четкими неровными контурами размерами 62 x 59 мм, неоднородным содержанием, с высоким сигналом на T2 и низким – на T1.



Рис. 1. Магнитно-резонансная томография в боковой проекции. Объемное образование брюшной полости с неоднородным содержанием

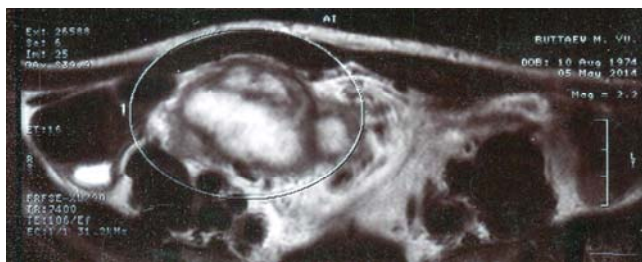


Рис. 2. Магнитно-резонансная томография, поперечное сечение. Объемное образование брюшной полости с неоднородным содержанием

Проба Манту и Диаскинтест отрицательные.

Диагностирован абсцесс брюшной полости, с целью подготовки к операции назначены инфузии кристаллоидных растворов, тиенам по 0,5 г x 2 раза в сутки внутривенно, метрогил по 0,5 г x 2 раза в сутки внутривенно.

06.05.2014 оперирован под местным обезболиванием. На уровне пупка справа трансректальным доступом произведена лапаротомия. Жидкости в брюшной полости нет. Брюшина гладкая, блестящая. В корне брыжейки тонкой кишки ближе к илеоцекальному переходу имеется плотная ма-

лоподвижная опухоль. При пункции получен густой желтовато-серого цвета гной без запаха. Произведено вскрытие абсцесса, эвакуировано около 100 мл гноя. После промывания полости растворами антисептиков произведено дренирование двумя хлорвиниловыми трубками, рана ушита до дренажей.

После операции в течение 2-х суток продолжал получать тиенам и метрогил, однако лихорадка и слабость сохранялись.

09.05.2014 г. получены результаты исследования гноя из полости абсцесса по Цилю-Нильсену и ПЦР – выявлены микобактерии туберкулеза, чувствительные к рифампицину.

Пациенту были назначены рифампицин, изониазид, канамицин и этамбутол. На 2-е сутки после начала химиотерапии состояние значительно улучшилось – температура тела нормализовалась, боли в животе прошли, слабость стала меньше, появился аппетит.

14.05.2014 г. выписан на амбулаторное лечение.

Заключительный диагноз: туберкулезный мезаденит в стадии распада, забрюшинный натечный абсцесс (БК+); хронический вирусный гепатит С, ВИЧ-инфекция.

Амбулаторно пациент получил интенсивное лечение пятью противотуберкулезными препаратами: канамицином, рифампицином, изониазидом, пирозинамидом и этамбутолом в течение трех месяцев, а затем – поддерживающую терапию феназидом, рифампицином и пиразинамидом.

Через 7 месяцев после операции состояние удовлетворительное, жалоб нет. Прибавил в весе на 25 кг. Проба Манту и диаскинтест отрицательные. Диспансерное наблюдение фтизиатра и инфекциониста.

Случай демонстрирует атипичное течение туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции. Мезаденит не сопровождался поражением легких, проба Манту и Диаскинтест были отрицательны. Манифестация заболевания наблюдалась на поздней стадии – после распада лимфатических узлов и формирования абсцесса. Вскрытие абсцесса не привело к уменьшению болей в животе и лихорадки, только после применения противотуберкулезных препаратов состояние резко улучшилось.

Литература

1. Гусейнов А.Г. Алгоритм и хирургические методы диагностики абдоминального туберкулеза: автореферат дисс... канд. мед. наук. Ростов-на-Дону, 1991. 22 с.
2. Гусейнов Г.К., Рамазанова А.М., Гусейнов А.Г. Диагностика абдоминального туберкулеза // Клиническая медицина. 1985. № 12. С. 55-59.
3. Добкина М.Н., Соловьева С.А., Борзунова Е.М. и др. Организация выявления туберкулеза у ВИЧ-инфицированных и представителей уязвимых групп населения в Томской области // Туберкулез и болезни легких. Спецвыпуск № 1. 2014. С. 85-90.
4. Литвинов В.И. Проблемы туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфекцией в мегаполисе // Медицинская наука и практика. 2009. № 2. С. 8-12.

5. Савоненкова Л.М., Арякина О.Л. Осложнения и исходы абдоминального туберкулеза // Анналы хирургии. 2006. № 4. С. 52-55.
6. Скопин М.С., Корнилова З.Х., Зюзя Ю.Р. и др. Клинико-морфологические особенности абдоминального туберкулеза у больных с ВИЧ-инфекцией // Туберкулез и болезни легких. 2012. № 10. С. 51-58.
7. Эйсмонт Н.В. Нюансы химиопрофилактики туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией в Свердловской области // Туберкулез и болезни легких. 2014. Спецвыпуск № 1. С. 83.

References

1. Guseynov A.G. Algoritm i chirurgicheskie metodi diagnostiki abdominalnogo tuberkuloza [Algorithm and surgical methods for the diagnosis of abdominal tuberculosis]: avtoreferat dis... kand. med. nauk. Rostov-na-Donu, 1991. 22 s.
2. Guseynov G.K., Ramazanova A.M., Guseynov A.G. Diagnostika abdominalnogo tuberkuloza [Modern approaches to community-acquired pneumonia antimicrobial therapy (review)] // Klinicheskaya medicina/ 1985. № 12. S. 55-59.

3. Dobkina M.N., Solovyova S.A., Borzunova E.M. i dr. Organizaciya vliyavleniya tuberkuloza u VICH-inficirovannih i predstaviteley uyazvimih grupp naseleniya v Tomskoy oblasti [Organization detection of tuberculosis in HIV-infected and vulnerable groups in the Tomsk region] // Tuberkuloz i bolezni legkih. Specvipusk № 1. 2014. S. 85-90.
4. Litvinov V.I. Problemi tuberkuloza v sochetanii s VICH-infekciy v megapolise [The problem of tuberculosis in association with HIV infection in the city] // Medicinskaya nauka i praktika. 2009. № 2. S. 8-12.
5. Savenkova L.M., Aramkina O.L. Oslogneniya i ishodi abdominalnogo tuberkuloza // Annali chirurgii. 2006. № 4. S. 52-55/
6. Skopin M.S., Kornilova Z.H., Zuzha U.R. i dr. Kliniko-morfologicheskie osobennosti abdominalnogo tuberkuloza u bolnih s VICH-infekciy [The problem of tuberculosis in association with HIV infection in the city] // Tuberkuloz i bolezni legkih. 2012. № 10. S. 51-58.
7. Aesmont N.V. Nuansi himioprofilaktiki tuberkuloza u bolnih VICH-infekciy v Sverdlovskoy oblasti [Nuances chemoprophylaxis of tuberculosis in HIV-infected patients in the Sverdlovsk region] // Tuberkuloz i bolezni legkih. Specvipusk № 1. 2014. S. 83.

Эффективность цепэгинтерферона альфа-2b в терапии хронического гепатита С



АЛЬГЕРОН®
цепэгинтерферон альфа-2b
Светлый мир впереди!

BIOCAD
Biopharmaceutical Company

УДК 614.251:616-084

Совершенствование технологии работы участковых терапевтов городских поликлиник в условиях модернизации здравоохранения**Л.С. Агаларова**

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Махачкала

Резюме

В целях разработки рекомендаций по совершенствованию технологии работы участковых терапевтов изучено содержание работы 20 участковых терапевтов по материалам 2687 посещений. Изучение технологии работы участковых терапевтов на амбулаторном приеме показало, что они мало внимания уделяют выяснению причин заболевания, условиям труда и быта, наследственным факторам, вредным привычкам и другим элементам опроса больных. Установлено, что при первичном обращении в опрос 100 больных участковые терапевты включают в среднем 257,9 элементов, т.е. 2,6 элемента на одного больного. Установлено, что наиболее частыми элементами осмотра и обследования у участковых терапевтов при первичном посещении являются: аускультация сердца (60,1 случая на 100 больных), аускультация легких (58,3 случая), перкуссия легких (38 случаев на 100 больных). Проведенное исследование позволило наметить основные пути совершенствования технологии работы участковых терапевтов на амбулаторном приеме.

Ключевые слова: участковый терапевт, технология работы, посещения, коэффициент активности.

Improving the technology of work of primary care physicians urban clinics in the modernization of Health Care**L.S. Agalarova**

Dagestan State Medical Academy, Makhachkala

Summary

In order to develop recommendations for improving the methods of work of district therapists studied the contents of the work 20 local therapists materials 2687 visits. The study of technology precinct therapists in outpatient care showed that they pay little attention to the elucidation of the causes of disease, conditions of work and life, hereditary factors, bad habits and other elements of the survey patients. It is established that at the primary treatment on a survey of 100 patients precinct therapists include average 257, 9 elements, i.e. 2.6 element in one patient. It is established that the most frequent items of inspection and examination by precinct therapists at the initial visit are: auscultation of the heart (60,1 cases per 100 patients), auscultation of lungs (58,3 case), the percussion of the lungs (38 cases per 100 patients). The study made it possible to outline the main ways of improving the technology precinct of therapy on an outpatient appointment.

Key words: general practitioner, the technology of work, visit, the activity coefficient.

Введение

Для совершенствования технологии работы и организации труда врача на амбулаторном приеме необходимо детальное изучение его трудового процесса [1, 3, 4]. Этот процесс складывается из постоянно повторяющихся элементов труда: каждый раз врачу необходимо опросить больного, ознакомиться с медицинской документацией, осмотреть и обследовать пациента, а после того как будет поставлен окончательный или предварительный диагноз, дать ему совет по вопросам лечения и режима [2, 5].

Изучены качество выполнения участковыми терапевтами элементов опроса и обследования больных в зависимости от кратности их посещения и характера заболевания, а также качество врачебных советов и рекомендаций во время беседы с пациентами.

Целью исследования явилась разработка мероприятий по совершенствованию технологии работы участковых терапевтов на амбулаторном приеме.

Материал и методы

Изучена технология работы 20 участковых терапевтов по материалам 2687 посещений. Были разработаны 2 карты: «Карта изучения качества выполнения участковыми терапевтами опроса больных в зависимости от кратности посещения» и «Карта выполнения участковыми терапевтами осмотра и обследования больных в зависимости от кратности посещения». Исследование проведено в 2012-2013 гг. на базе 3 поликлиник (№2, 6, 9) г. Махачкалы и в поликлинике №1 г. Дербента.

В соответствии с целью исследования были использованы статистические, клинико-статистические и социологические методы. За единицу наблюдения при изучении технологии работы участкового терапевта на амбулаторном приеме было принято одно посещение больного.

Результаты исследования и их обсуждение

Качество выполнения участковыми терапевтами опроса больных в зависимости от кратности

Для корреспонденции:

Агаларова Луиза Саидрахмедовна – доктор медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ.
Тел.: 89604094597

Статья поступила 30.01.2015 г., принята к печати 20.02.2015 г.

посещения представлено в таблице 1. Из нее видно, что, опрашивая больного при первичном его обращении, участковый терапевт выясняет жалобы в 97,9 случаев на 100 принятых больных. Однако, если мы обратимся к остальным элементам опроса больных, то здесь дело обстоит значительно хуже. Так, участковый терапевт при первичном обращении больного по поводу того или иного заболева-

ния при его опросе только в 20,0 случаях выясняет характер проявления отдельных симптомов.

Исследованием установлено, что участковые терапевты в процессе приема больных мало внимания уделяют выяснению причин заболевания, условиям труда и быта, наследственным факторам, вредным привычкам, эпидемиологическому анамнезу и другим элементам опроса больных.

Таблица 1

Качество выполнения участковыми терапевтами опроса больных в зависимости от кратности их посещения (частота выполнения элементов опроса на 100 принятых больных)

Элементы опроса больных		Кратность посещения		В среднем без разделения по кратности
		первичное	повторное	
1.	Выявление жалоб	97,9	92,6	90,1
2.	Характер проявления отдельных симптомов заболевания	19,7	7,9	13,8
3.	Давность заболевания	24,8	10,0	17,4
4.	Причины заболевания	12,1	2,0	7,0
5.	Условия труда и быта	18,2	2,3	5,6
6.	Наследственность	4,3	2,8	3,6
7.	Эпид. анамнез	8,2	0,4	4,3
8.	Вредные привычки	19,8	5,3	7,6
9.	Мероприятия лечебного характера	30,4	20,6	25,5
10.	Переносимость лекарственных средств	19,0	2,3	5,6
11.	Изменения в течение заболевания	0,5	3,1	1,8
12.	Другие элементы	3,0	1,0	2,0
Общее количество выполненных элементов на 100 больных		257,9	152,8	184,3
Коэффициент активности		2,6	1,5	1,8

Для получения интегральной оценки выполнения опроса больных участковыми терапевтами была подсчитана общая сумма всех элементов опроса на 100 принятых больных. Установлено, что при первичном обращении на опрос 100 больных участковый терапевт включает в среднем 257,9 элементов, т.е. 2,6 элемента на одного больного. При повторном посещении этот показатель равен 152,8 на 100 больных (коэффициент активности 1,5). Следовательно, количественное выражение качественной характеристики опроса больных участковыми терапевтами на посещение без разделения кратности составило в среднем 184,3 на 100 принятых больных, т.е. 1,8 элемента на одного больного. Мы расцениваем эти показатели опроса больных как очень

низкие, потому что из максимальных 12 элементов во время приема у участковых терапевтов включается 1,8. Это свидетельствует о том, что участковые врачи недостаточно владеют методическими вопросами технологии амбулаторного приема, и это необходимо учитывать при повышении квалификации.

Большой интерес представляет анализ качества выполнения врачами опроса больных при различных формах заболеваний (табл. 2). Из таблицы 2 видно, что при различных заболеваниях уровень качества опроса больных участковыми терапевтами не одинаков. Коэффициент активности наиболее высокий при язвенной болезни желудка, гастритах (1,8), бронхите, пневмонии (1,7) и ишемической болезни сердца (1,7), низкий – при гипертонической болезни (1,4).

Таблица 2

Качество выполнения участковыми терапевтами опроса больных при отдельных формах заболеваний (частота выполнения элементов опроса на 100 принятых больных)

Элементы опроса больных		Нозологические формы					
		острые респираторные заболевания, грипп	бронхит и пневмония	гипертоническая болезнь	ишемическая болезнь сердца	язвенная болезнь желудка, гастриты	прочие болезни
1.	Выявление жалоб	94,6	91,0	87,4	93,1	86,5	84,3
2.	Характер проявления отдельных симптомов заболевания	8,5	24,0	8,1	17,6	17,6	8,8
3.	Давность заболевания	8,3	8,8	7,7	10,0	13,8	8,9
4.	Причины заболевания	5,2	2,6	3,9	4,3	10,5	4,5
5.	Факторы риска возникновения заболевания	4,9	10,7	3,4	8,0	12,4	5,8
6.	Мероприятия лечебного характера	27,2	31,6	28,6	38,1	38,2	24,2
7.	Другие элементы	3,0	1,9	2,7	2,3	0,8	0,9
Общее количество элементов на 100 больных		151,7	170,6	141,8	173,4	179,8	137,4
Коэффициент активности		1,5	1,7	1,4	1,7	1,8	1,4

Качество выполнения участковыми терапевтами опроса больных при отдельных формах заболеваний остается низким, что свидетельствует о

низкой квалификации врачей в вопросах технологии амбулаторного приема.

Врач после опроса, как правило, приступает к физикальному обследованию. Мы выделили 14 элементов этого вида трудовой операции. В таблице 3 представлено качество выполнения участковыми терапевтами осмотра и обследования больных в зависимости от кратности посещения.

Из таблицы видно, что наиболее частыми элементами осмотра и обследования у участковых терапевтов при первичном посещении являются: аускультация сердца (60,1 случая), аускультация легких (58,3 случая), перкуссия легких (38 случаев), измерение А/Д (34,7 случая на 100 больных).

Таблица 3

Качество выполнения участковыми терапевтами осмотра и обследования больных в зависимости от кратности посещения (частота выполнения элементов осмотра и обследования на 100 больных)

Элементы опроса больных		Кратность посещения		В среднем без разделения по кратности
		первичное	повторное	
1.	Осмотр кожи и подкожно-жировой клетчатки	4,4	2,8	3,6
2.	Осмотр полости рта	26,8	17,8	22,3
3.	Перкуссия легких	38,0	27,0	32,5
4.	Аускультация легких	58,3	37,3	47,8
5.	Перкуссия сердца	34,2	23,1	33,6
6.	Аускультация сердца	60,1	34,7	42,4
7.	Измерение А/Д	34,7	20,8	27,7
8.	Исследование пульса	28,0	10,9	19,5
9.	Пальпация желудка	21,9	16,8	19,4
10.	Перкуссия печени	23,8	18,0	20,9
11.	Пальпация печени	18,3	14,1	16,2
12.	Пальпация кишечника	20,7	24,3	22,5
13.	Определение отеков	20,8	18,3	19,5
14.	Пальпация почек	18,0	12,0	15,0
Общее количество выполненных элементов на 100 больных		407,9	278,0	342,9
Коэффициент активности		4,1	2,8	3,4

Обращает на себя внимание тот факт, что ряд элементов осмотра и обследования, как при первичном, так и при повторном посещении, врачи включают в свою работу довольно редко: осмотр кожи, пальпацию желудка, определение отеков, перкуссию почек и др. Для получения интегральной оценки качества выполнения осмотра и обследования больных участковыми терапевтами нами была подсчитана общая сумма всех элементов на 100 принятых больных.

При первичном обращении на осмотр и обследование 100 больных участковые терапевты вклю-

чают в среднем 407,9 элемента, т.е. 4,1 элемента на одного больного. При повторном посещении этот показатель равен 278,0 на 100 больных (коэффициент 2,8). Следовательно, количественное выражение качественной характеристики опроса больных участковыми терапевтами на посещение без учета кратности составило в среднем 342,9 на 100 принятых больных, т.е. 3,4 элемента на одного больного.

В связи с тем, что включение элементов осмотра и обследования в большей степени зависит от нозологических форм, приводим соответствующие данные (табл. 4).

Таблица 4

Качество выполнения участковыми терапевтами осмотра и обследования больных по отдельным заболеваниям (частота выполнения осмотра и обследования на 100 принятых больных)

Элементы осмотра и обследования больных		Нозологические формы					
		острые респираторные заболевания, грипп	бронхит и пневмония	гипертоническая болезнь	ишемическая болезнь сердца	язвенная болезнь желудка, гастриты	прочие болезни
1.	Осмотр кожи и подкожно-жировой клетчатки	2,6	3,4	1,8	2,5	3,2	5,0
2.	Осмотр полости рта	56,5	42,4	14,3	16,3	51,2	27,5
3.	Перкуссия легких	62,3	79,0	27,6	30,2	18,4	25,3
4.	Аускультация легких	83,1	99,4	41,3	47,3	33,3	58,6
5.	Перкуссия сердца	32,1	56,4	52,7	44,0	27,0	32,7
6.	Аускультация сердца	67,5	75,9	76,4	85,2	45,5	61,9
7.	Измерение А/Д	55,7	60,1	95,0	100,0	49,6	65,9
8.	Исследование пульса	12,1	13,9	25,5	30,6	8,1	15,4
9.	Пальпация желудка	3,9	12,4	5,8	10,0	56,9	7,3
10.	Перкуссия печени	2,7	16,0	3,1	28,7	47,0	5,8
11.	Пальпация печени	7,4	14,4	12,3	18,6	53,6	12,4
12.	Пальпация кишечника	3,9	13,2	6,2	11,4	43,9	8,1
13.	Пальпация почек	4,1	3,4	8,9	12,7	7,0	6,9
14.	Определение отеков	1,9	1,3	10,0	14,3	11,6	4,9
Общее количество элементов на 100 больных		395,6	491,2	380,9	451,8	456,3	337,7
Коэффициент активности		4,0	4,9	3,8	4,5	4,6	3,4

Из таблицы 4 видно, что при различных нозологических формах у участковых терапевтов имеет место неодинаковая частота элементов осмотра и обследования. Например, при острых респираторных заболеваниях и гриппе осмотр полости рта проводится в 56,5 случая на 100 больных, тогда как при язвенной болезни желудка, гастритах эта процедура повторяется с частотой в 51,2 случая. Обратную картину можно видеть на примере пальпации желудка, печени и кишечника. Так, при язвенной болезни желудка, гастритах включение этих элементов проводится с частотой соответственно 56,9, 53,6, 43,9 случая; в то же время при острых респираторных заболеваниях их включение сравнительно небольшое – соответственно 3,9, 7,4, 3,9 случая на 100 больных. При острых респираторных заболеваниях, остром бронхите и пневмонии чаще выслушиваются легкие (соответственно 83,1 и 99,4 случая), а при гипертонической болезни и ишемической болезни сердца проводят аускультацию сердца (соответственно 76,4 и 85,2 случая) и измеряется артериальное давление (соответственно 95 и 100 случаев). Отмечая дифференцированный подход участковых терапевтов по включению элементов физикального обследования в зависимости от нозологических форм, приходится констатировать, что общий коэффициент активности при этом

колеблется незначительно – от 3,8 до 4,9 на одного больного из 14 элементов осмотра и обследования.

Одной из основных трудовых операций у участковых терапевтов на амбулаторном приеме является беседа с больными, в процессе которой больной получает от врача рекомендации лечебного характера по режиму и питанию. Кроме того, врач объясняет больному характер заболевания, дает пояснения, как подготовиться к обследованию, информирует о результатах проведенных анализов и т.д.

Об уровне выполнения этой трудовой операции можно судить по данным, приведенным в таблице 5. Из нее видно, что при обращении к участковому терапевту больные получают главным образом рекомендации по лечению – в 71 случае, пояснение к назначенному обследованию – 43,7 на 100 больных. Остальные элементы беседы с больным находятся на относительно низком уровне. Так, при первичном обращении больных участковые терапевты дают рекомендации по режиму и питанию только в 8 и 8,6 случаях, дают пояснения по поводу заболевания – в 9 случаях, информируют о необходимости проведения того или иного анализа в 3,7 случаях на 100 принятых больных.

Таблица 5

Качество выполнения участковыми терапевтами беседы с больными в зависимости от кратности посещения (частота выполнения советов и рекомендаций на 100 принятых больных)

Советы и рекомендации больным		Кратность посещения		В среднем без разделения по кратности
		первичное	повторное	
1.	Рекомендации по лечению	71,0	57,7	61,0
2.	Рекомендации по режиму	8,0	5,3	6,0
3.	Рекомендации по питанию	8,6	3,7	5,3
4.	Пояснения по поводу заболевания	9,4	8,2	8,8
5.	Пояснения к назначенному обследованию	43,7	20,2	23,6
6.	Информация об анализах	3,7	5,2	4,5
7.	Прочие элементы беседы	21,9	23,2	20,4
Общее количество выполненных элементов на 100 больных		171,7	123,7	129,6
Коэффициент активности		1,7	1,2	1,3

Еще на более низком уровне находятся элементы беседы участкового терапевта с больным при его повторном посещении. При этих посещениях рекомендации по лечению больные получают у участковых терапевтов в 57,7 случаях, по режиму и питанию в 5,3 и 3,7 случаях на 100 больных. Таким образом, участковые врачи при беседе с больными основное внимание уделяют рекомендациям по лечению, все остальные элементы беседы используют недостаточно.

Таким образом, анализ качества выполнения опроса, осмотра, обследования больных врачами свидетельствует о том, что прием больных ведется на низком уровне. Прежде всего это выражается в том, что они поверхностно опрашивают и осматривают больных, дают неполноценные рекомендации.

Приведенные результаты исследования позволяют наметить основные пути совершенствования технологии медицинского обслуживания на амбулаторном приеме: улучшение санитарно-гигиенических условий работы; непрерывное по-

вышение квалификации врачей; подготовка их к освоению новой технологии медицинского обслуживания; регулирование потока посетителей на прием к врачам; совершенствование информационного обеспечения врачей на амбулаторном приеме; разработка и внедрение инструктивно-методических рекомендаций по совершенствованию деятельности участковых терапевтов; унификация и механизация медицинской документации; рациональная организация рабочего места врача; ускорение внедрения в практику новых методов профилактики, диагностики, лечения и стандартов медицинской помощи; обеспечение врачей и медицинских сестер специальными функциональными столами и переговорными устройствами для вызова посетителей; рациональное распределение и использование рабочего времени; широкое использование стандартных бланков, штампов-клише, компьютерной техники.

Литература

1. Гагарина В.В. Оценка эффективности оказания первичной медицинской помощи в отделениях общей практики и поликлиниках // Российский семейный врач. 2002. Т.6. № 3. С. 15–19.
2. Гаджиев Р.С. Врач общей практики (семейный врач). М.: Медицина, 2005. С. 354–365.
3. Моисеева И.Е., Кузнецова О.Ю., Фролова Е.В., Камнев Г.В. Возможность оценки качества оказания медицинской помощи в общей врачебной практике // Вестник семейной медицины. М., 2008. № 7. С. 65 - 67.
4. Чуднов В.П. Организация службы общей врачебной практики в системе первичной медико-санитарной помощи муниципального здравоохранения г. Ступина Московской области. М., 2004. С. 29–35.
5. Юлдашев О. Мнение врачей о состоянии амбулаторно-поликлинической службы // Врач. 2006. № 1. С. 68-70.

References

1. Gagarina V.V. Otsenka effektivnosti okazaniya pervichnoy meditsinskoy pomoshchi v otdeleniyakh obshchey praktiki i poliklinikakh [Evaluating the effectiveness of the provision of trans-primary care in general practice offices and clinics] // Rossiyskiy semeynyy vrach. 2002. T.6. № 3. S. 15–19.
2. Gadzhiev R.S. Vrach obshchey praktiki (semeynyy vrach) [General practitioner (family doctor)]. M.: Meditsina, 2005. S. 354–365.
3. Moiseeva I.E., Kuznetsova O.Yu., Frolova E.V., Kamnev G.V. Vozmozhnost' otsenki kachestva okazaniya meditsinskoy pomoshchi v obshchey vrachebnoy praktike // Vestnik semeynoy meditsiny. M., 2008. № 7. S. 65 - 67.
4. Chudnov V.P. Organizatsiya sluzhby obshchey vrachebnoy praktiki v sisteme pervichnoy mediko-sanitarnoy pomoshchi munitsipal'nogo zdravookhraneniya g. Stupina, Moskovskoy oblasti [Service organization of general practice in primary health care Municipal Health Stupino Moscow region]. M., 2004. S. 29–35.
5. Yuldashev O. Mnenie vrachey o sostoyanii ambulator-nopoliklinicheskoy sluzhby [Doctor's opinion on the state of outpatient- service] // Vrach. 2006. № 1. S. 68-70.



Конкор® АМ
Бисопролол + Амлодипин

Синергизм усилий в борьбе с артериальной гипертонией

Конкор АМ позволяет достичь контроля артериального давления у 82,5% пациентов

Takeda

УДК 614.2:616-053.6(470.67)

Анализ показателей здоровья и смертности населения пожилого и старческого возраста в Республике Дагестан**Л.М. Асхабова, И.М. Ибрагимов**ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Махачкала
ГБУ РД «Республиканский медицинский центр»**Резюме**

В статье представлены материалы общего и структурного анализа заболеваемости населения пожилого и старческого возраста в Республике Дагестан. Анализ заболеваемости граждан пенсионного возраста показал рост уровня за период исследования (2012-2014 г.) с 837,5 случаев до 919,0 случаев на 1000 населения, причем данный показатель увеличился как среди женщин, так и среди мужчин в равной степени. Показатель болезненности за годы наблюдения увеличился по всем нозологиям с 2385,0 случаев на 1000 населения (2012 г.) до 2451,7 случаев на 1000 населения (2014 г.), но при этом уровень показателя у мужчин снизился с 2693,9 до 2568,0 случаев на 1000 населения, а у женщин данный показатель вырос с 2199,9 до 1393,2 случаев на 1000 населения. В структуре первичной заболеваемости населения герiatricкого возраста доминируют болезни системы кровообращения, органов дыхания, пищеварения, мочеполовой и костно-мышечной систем. Анализ смертности среди населения пенсионного возраста выявил, что болезни органов кровообращения (I00-I99) в пенсионном возрасте вызывают до 72% смертей населения республики. Около 16% пенсионеров в Дагестане умерло от новообразований (C00-D48). В среднем за последние годы отмечается ежегодное снижение абсолютного показателя смертности на 287 случаев на 100 тыс. пенсионеров.

Ключевые слова: заболеваемость, распространенность болезней, смертность населения пожилого и старческого возрастов в гендерном аспекте.

Analysis of health and mortality of elderly in the Republic of Dagestan**L.M. Askhabov, I.M. Ibragimov**Dagestan State Medical Academy, Makhachkala
Republic Medical Center, Makhachkala**Summary**

The article presents a general and structural analysis of morbidity in elderly in the Republic of Dagestan. Analysis of the incidence of the citizens of retirement age showed an increase level over the study period (2012-2014) with 837.5 et seq. to 919.0 per 1,000 populations and this figure increased among both women and men equally. Morbidity rate has increased over the years of observation on all nosology with 2385.0 et seq. 1000 populations. (2012) to 2451.7 et seq. 1000 populations. (2014), but at the same time, the level of that of men decreased from 2693.9 to 2568.0 et seq. 1000 us., and for women, the figure rose from 2199.9 to 1393.2 et seq. 1000 populations. In the structure of primary morbidity geriatric age dominated by cardiovascular diseases, respiratory, digestive, urinary and musculoskeletal systems. Analysis of mortality among the population of retirement age has revealed that disease of the circulatory system (I00-I99) in the retirement age to cause 72% of deaths of the population. About 16% of pensioners in Dagestan died from neoplasms (C00-D48). On average, over the last years there has been an annual reduction in the absolute mortality at 287 per 100 thousand retirees.

Key words: incidence, prevalence of disease, mortality of elderly from a gender aspect.

Введение

Изменение демографической ситуации населения России в сторону увеличения численности пожилых отмечается не только по России в целом, но и в регионах, в частности – в Республике Дагестан (РД) [2, 3]. Это в самом недалеком будущем поставит здравоохранение перед необходимостью интенсификации мероприятий по организации герiatricких центров, стационаров, отделений медико-социальной помощи, подготовки специалистов-герiatricков, герiatricкого образования врачей большинства специальностей.

Постарение населения приводит к росту заболеваемости и смертности, в связи с чем наблю-

дающееся в последние годы число заболеваний продолжает расти. Заболеваемость этих лиц характеризуется высоким уровнем хронических болезней, она носит множественный, комплексный характер и протекает на фоне выраженных возрастных изменений в различных органах и системах [1, 4, 5].

Учитывая глобальность проблемы, Дагестанским научным центром РАМН разработана целевая межведомственная республиканская программа, целью которой является улучшение медико-демографической ситуации.

При планировании и осуществлении целевой программы «**Здоровье пожилых людей Дагестана. Медико-социальное исследование**» необходимо учитывать потребности этих контингентов и реальные возможности общества. Это определило **цель исследования:** разработка научно-обоснованной системы медико-социальных мероприятий по укреплению здоровья пожилых людей, снижению заболеваемости и смертности, улучшению качества жизни и медико-социальных услуг.

Для корреспонденции:

Асхабова Луиза Магомедовна – доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФПК ППС ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ.
Тел.: 89882935750

Статья поступила 2.02.2015 г., принята к печати 27.02.2015 г.

Материал и методы исследования

Исследование проведено на базе Гериатрического центра (ГЦ), который является структурным подразделением ГБУ РД «Республиканский медицинский центр» (ГБУ РД «РМЦ») за период с 2012 по 2014 г.

Изучено число ежегодно обращающихся в ГЦ ГБУ РД «РМЦ» граждан пожилого и старческого возраста. Проанализирована структура заболеваемости (первичной и распространенности заболеваний по наиболее часто встречающимся нозологическим формам), а также смертность за указанный период. Анализ показателей заболеваемо-

сти проводился по данным медицинской документации: «Медицинская карта амбулаторного больного» (ф. 025/у), «Медицинская карта стационарного больного» (ф. 003/у) и «Карта выбывшего из стационара» (ф. 066/1-у).

Результаты исследования и их обсуждение

Пожилые люди – это самая быстрорастущая группа населения. Так, число граждан старше трудоспособного возраста в 2012 году по РД составляло 312296 чел. (уд. вес – 10,5%), в 2013 году их число составило 332858 чел. (уд. вес – 11,2%), 2014 году – 342033 чел. (уд. вес – 11,4%) (рисунок).

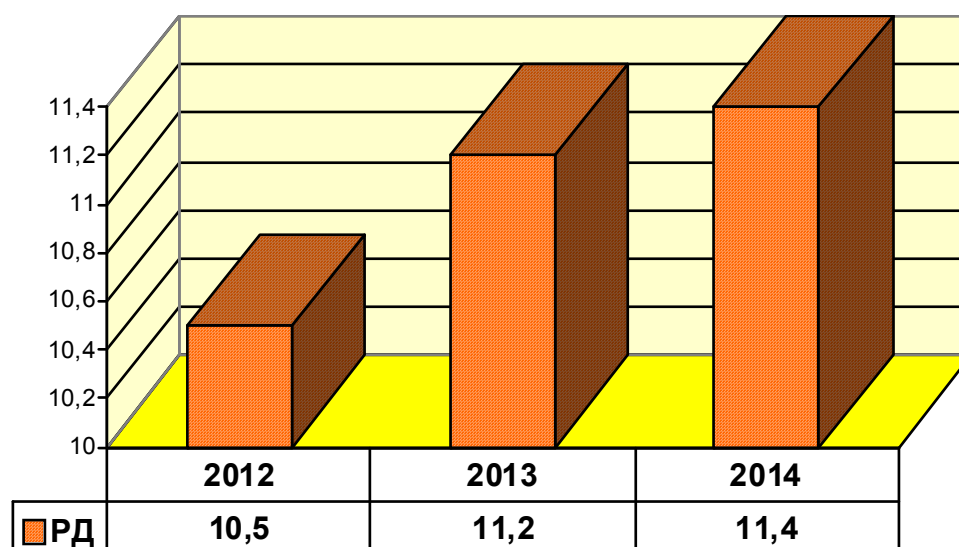


Рисунок. Удельный вес граждан пожилого и старческого возраста в Республике Дагестан

Наряду с этим отмечается увеличение числа работающих пенсионеров на 56%, ветеранов труда – в 3,5 раза и нетранспортабельных пенсионеров – на 48%. Обращает на себя внимание тот факт, что за исследуемый период времени в целом по Республике Дагестан увеличились показатели первичной заболеваемости и распространенности заболеваний среди лиц пенсионного возраста.

Абсолютный прирост заболеваемости пенсионеров за трехлетний период наблюдения составил 21 случай на 100 тыс. населения, в основном за счет заболеваемости женщин (28 на 100 тыс. населения); прирост болезненности у них – 59 случаев (прирост у мужчин – 91 на 100 тыс. человек) (табл.1).

Таблица 1

Заболеваемость среди населения пенсионного возраста в Республике Дагестан (на 1000 населения)

Показатели	2012	2013	2014
Заболеваемость	837,5	951,7	919,0
- <i>мужчин</i>	976,5	1035,0	1007,9
- <i>женщин</i>	754,2	899,8	868,8
Болезненность	2385,0	2401,0	2451,7
- <i>мужчин</i>	2693,9	2601,4	2568,0
- <i>женщин</i>	2199,9	2276,1	2393,2

Общие показатели заболеваемости, распространенности и смертности пенсионного населения в целом по республике среди мужчин выше, чем среди женщин. Показатель смертности от всех причин за период с 2012 по 2014 г. снизился на 25%. Немаловажную роль в оценке смертности играет учет места смерти. Так, до 70-летнего возраста, в основном, умирают в стационарах, а в возрасте старше 70 лет значительно больше умирают на дому.

Анализ *заболеваемости* граждан пенсионного возраста, т.е. впервые выявленной патологии, в целом показал рост уровня за период с 2012 по 2014 год – с 837,5 случаев до 919,0 случаев на 1000 населения, причем данный показатель увеличился как среди женщин, так и среди мужчин в равной степени.

Анализ *болезненности* за тот же период (2012-2014 гг.) показал рост интенсивного показателя по всем классам болезней с 2385,0 случаев на

1000 населения (2012 г.) до 2451,7 случаев на 1000 населения (2014 г.), но при этом структура по половой принадлежности выявляет, что уровень показателя у мужчин за исследуемый период снизился с 2693,9 до 2568,0 на 1000 населения, а у женщин данный показатель возрос с 2199,9 до 1393,2 на 1000 населения (табл.1).

За трехлетний период наблюдения показатель распространенности заболеваний заметно вырос по таким классам, как болезни органов кровообра-

щения, костно-мышечной системы и опорно-двигательного аппарата, органов пищеварения, эндокринной системы, болезни глаза, нервной системы, новообразования.

Структура распространенности классов болезней в популяции мужского пенсионного населения за исследуемый период времени не претерпела изменений, в отличие от женщин, где обращаемость в медучреждения заметно выросла.

Таблица 2

Болезненность среди мужчин пенсионного возраста по классам болезней в Республике Дагестан (на 1000 населения)

Классы болезней	2012	2013	2014
Болезни системы кровообращения	680,0	717,0	715,2
Болезни органов дыхания	677,6	705,2	621,8
Болезни костно-мышечной системы	266,4	290,6	280,6
Болезни мочеполовой системы	203,7	195,5	198,4
Болезни органов пищеварения	224,9	245,4	240,3
Болезни глаза	154,1	162,9	165,0
Болезни нервной системы	53,4	59,1	81,7
Новообразования	41,7	34,7	44,2
Болезни уха и сосцевидного отростка	38,3	38,0	38,5
Болезни эндокринной системы	75,5	77,0	86,0
ВСЕГО	2554,8	2401,0	2568,0

Наиболее частыми заболеваниями среди мужчин пенсионного возраста являются: болезни системы кровообращения, органов дыхания, пищеварения, мочеполовой и костно-мышечной систем. Расположение рейтинговых мест по мере убывания показателя распространенности болезней среди мужчин-пенсионеров приведено в таблице 2.

В мужской популяции пенсионного населения удельный вес болезней органов дыхания (26,5%) вплотную приблизился в последние годы к доле болезней системы кровообращения (26,6%). При этом за трехлетний период наблюдения удельный

вес болезней органов дыхания не изменился, а доля болезней системы кровообращения снизилась с 33,9% в 2012 году до 26,6% в 2014 году. Таким образом, значимость болезней эндокринной системы и органов пищеварения, а также травм и отравлений в последние годы возросла среди мужчин пенсионного возраста.

Аналогичная динамика роста показателей распространенности болезней наблюдается и среди женщин пенсионного возраста (с 2274,0 случаев на 1000 населения в 2012 г. до 2393,2 случаев в 2014 г.).

Таблица 3

Болезненность среди женщин пенсионного возраста по классам болезней в Республике Дагестан (на 1000 населения)

Классы болезней	2012	2013	2014
Болезни системы кровообращения	657,9	626,5	658,0
Болезни органов дыхания	353,1	530,4	549,5
Болезни костно-мышечной системы	242,1	258,5	263,5
Болезни мочеполовой системы	170	162,1	164,3
Болезни органов пищеварения	113,3	153,5	130,2
Болезни глаза	195,7	193,5	206,7
Болезни нервной системы	78,9	77,5	86,6
Новообразования	36,2	36,7	38,0
Болезни уха и сосцевидного отростка	53,2	51,2	84,8
Болезни эндокринной системы	32,5	32,7	42,4
ВСЕГО	2274	2276,0	2393,2

В отличие от мужчин у женщин-пенсионерок интенсивный показатель распространенности болезней органов дыхания значительно вырос (на 35%) при незначительном увеличении (на 10%) показателя по болезням системы кровообращения. Тенденция к росту болезненности женщин пенсионного возраста имело место и по остальным классам болезней (табл. 3).

За последние 3 года у женщин пенсионного возраста заметно увеличились показатели распространенности болезней костно-мышечной системы (с 242,1 до 263,5 на 1000 населения), органов пищеварения (с 113,3 до 206,7 на 1000 населения), болезней нервной системы (с 78,9 до 84,8 на 1000 населения) и т.д.

Анализ заболеваемости среди мужчин пожилого возраста показал, что за период с 2012 по 2014 год удельный вес показателя общей заболеваемости населения вырос с 27% до 32,4%. При этом

отмечается рост сердечно-сосудистой патологии и болезней мочеполовой системы.

Структура заболеваемости лиц пожилого возраста представлена в таблицах 4 и 5.

Таблица 4

Заболеваемость мужчин пенсионного возраста по классам болезней в Республике Дагестан (на 1000 населения)

Классы болезней	2012	2013	2014
Болезни органов дыхания	232,7	240,0	246,7
Болезни системы кровообращения	178,1	178,5	180,6
Болезни костно-мышечной системы	128,2	128,5	127,3
Болезни мочеполовой системы	56,7	63,4	62,8
Болезни глаза	57,9	67,5	85,6
Болезни органов пищеварения	105,6	107,2	122,3
Болезни уха и сосцевидного отростка	20,7	22,7	14,2
Болезни нервной системы	18,6	25,2	20,5
Травмы и отравления	34,6	34,0	35,3
Болезни крови и кроветворных органов	12,8	10,2	10,5
Новообразования	15,1	15,2	13,9
Болезни эндокринной системы	26,8	23,0	26,9
ВСЕГО	926,0	1007,9	1035,0

Так, в структуре заболеваемости пожилых мужчин заболевания сердечно-сосудистой системы и органов дыхания занимают 1-е и 2-е места соответственно. 3-е, 4-е и 5-е места последовательно занимают заболевания нервной системы, органов пищеварения и органов чувств

Отличительная особенность гериатрических больных – полиморбидность, т.е. сочетание патологических изменений различных органов и систем. Более 70% указанных больных имеют 4-5 или более заболеваний.

Интенсивные показатели частоты заболеваний среди мужчин пенсионного возраста в Республике Дагестан имеют тенденцию роста по основным социально значимым группам болезней (табл. 4). Так, показатель заболеваемости болезнями органов дыхания увеличился с 232,7‰ до 246,7‰, болезнями органов кровообращения – с 178,1‰ до 180,6‰, болезнями органов дыхания увеличился с 232,7‰ до 246,7‰, болезнями органов пищеварения – с 105,6‰ до 122,3‰, переместившись по ранговому положению с 5-го на 3-е место. Заметно увеличилась частота заболеваний глаза (с 57,9‰ до 85,6‰), а показатель заболеваемости

эндокринной системы остался практически неизменным (26,8‰–26,9‰).

В последние годы отмечается некоторый рост показателя травматизма и отравлений (с 34,6‰ до 35,3‰).

По ряду нозологий за исследуемый период отмечено снижение частоты заболеваний. Так например, уровень заболеваемости болезнями уха и сосцевидного отростка снизился с 20,7‰ до 14,2‰, болезнями крови и кроветворных органов – с 12,8‰ до 10,5‰, новообразований – с 15,1‰ до 13,9‰.

В целом в популяции мужчин-пенсионеров на анализируемый период отмечается заметный рост показателя заболеваемости (с 926,0‰ до 1035‰). По всей вероятности, рост показателя первичной заболеваемости объясняется, прежде всего, налаженной диспансерной работой среди пенсионного контингента.

Показатели заболеваемости среди женщин пенсионного возраста в Республике Дагестан характеризуются тем, что они по уровням несколько уступают в сравнении с аналогичными показателями среди мужчин (табл. 5).

Таблица 5

Заболеваемость женщин пенсионного возраста по классам болезней в Республике Дагестан (на 1000 населения)

Классы болезней	2012	2013	2014
Болезни органов дыхания	160,2	216,9	224,6
Болезни системы кровообращения	153,0	157,5	159,3
Болезни костно-мышечной системы	114,1	127,8	130,3
Болезни глаза	61,6	62,0	66,4
Болезни мочеполовой системы	113,3	52,5	51,0
Болезни органов пищеварения	87,1	86,8	88,1
Болезни уха и сосцевидного отростка	15,1	22,3	21,7
Болезни нервной системы	17,5	24,8	18,0
Травмы и отравления	23,2	28,6	35,9
Болезни крови и кроветворных органов	15,8	16,1	15,8
Новообразования	14,4	14,7	13,5
Болезни эндокринной системы	26,0	25,5	24,5
ВСЕГО	779,6	868,8	899,8

За исследуемый период (с 2012 по 2014 г.) у женщин отмечается значительный рост заболеваемости болезнями органов дыхания (с 160,2‰ до 224,6‰), костно-мышечной системы (с 114,1‰ до 130,3‰). Также наблюдается некоторое увеличение показателей заболеваемости болезнями органов кровообращения (с 153,0‰ до 159,3‰), органов пищеварения (с 87,1‰ до 88,1‰), глаза (с 61,6‰ до 66,4‰), уха и сосцевидного отростка (с 15,1‰ до 21,7‰), нервной системы (с 17,5‰ до 18,0‰).

Анализ динамики показателей частоты травматизма и отравлений за период наблюдений выявил среди женщин рост уровней (с 23,2‰ до 35,9‰), равно как и среди мужчин (с 34,6‰ до 35,3‰), однако размах показателей более значителен среди женщин, что позволяет говорить о более заметных темпах роста показателей травматизма и отравлений среди женского населения. При этом следует отметить, что рост травматизма среди населения пенсионного возраста, в основном, отмечается среди горожан, в связи с интенсивностью движения транспорта в городах.

За последние 3 года среди женщин-пенсионерок заметно снизился показатель заболе-

ваемости болезнями мочеполовой системы (с 113,3‰ до 51,0‰).

На фоне увеличения общей заболеваемости среди женщин-пенсионерок (с 779,6‰ до 899,8‰) наблюдается умеренное снижение показателя заболеваемости эндокринной патологией (с 26,0‰ до 24,5‰), новообразованиями (с 14,4‰ до 13,5‰).

Известно, что смертность населения является индикатором, характеризующим состояние здоровья населения.

Анализ *смертности* населения старше трудоспособного возраста за 2012-2014гг. проведен по основным классам болезней в соответствии с Международной статистической классификацией болезней, травм и причин смерти (МКБ-10).

Показатели (коэффициенты) смертности вычислены как отношения чисел умерших от указанных причин к среднегодовой численности постоянного пенсионного населения. Для каждого класса рассчитаны среднееголетние показатели по возрастным группам. Основные показатели смертности пожилого населения приведены в сравнении со старческим возрастом (табл. 6).

Таблица 6

Структура смертности населения старше 60 лет по полу и классам болезней

МКБ-10	Абс. число			в %		
	Мужчин	Женщин	О.П	Мужчин	Женщин	О.П
I00-I99	3777	4520	8297	66,6	77,1	71,9
C00-D48	1029	770	1799	18,1	13,1	15,6
J00-J99	214	159	373	3,8	2,7	3,2
K00-K99	141	89	230	2,5	1,5	2,0
S00-T99	131	64	195	2,31	1,09	1,69
R00-R99	92	71	163	1,62	1,21	1,41
V00-Y99	73	41	114	1,29	0,7	0,99
A00-B99	77	19	96	1,36	0,32	0,83
N00-N99	60	34	94	1,06	0,58	0,82
E00-E99	26	48	74	0,46	0,82	0,64
G00-G99	33	34	67	0,58	0,58	0,58
M00-M99	5	4	9	0,09	0,07	0,08
D50-D99	4	4	8	0,07	0,07	0,07
F00-F99	3	2	5	0,05	0,03	0,04
A00-Z99	5670	5863	11533	100,0	100,0	100,0

Болезни системы кровообращения (I00-I99) в пенсионном возрасте вызывают до 72% смертей населения республики. Около 16% пенсионеров в Дагестане умерло от новообразований (C00-D48). Доля умирающих женщин от сердечно-сосудистых болезней в пенсионном возрасте на 10% больше, чем мужчин. Далее по удельному весу расположены болезни органов дыхания (J00-J99) и пищеварения (K00-K99), травмы и отравления (S00-T99), которые являлись причиной смерти чаще у мужчин, чем у женщин пенсионного возраста.

Характеристика вклада каждого класса причин смерти в общую смертность пенсионного населения республики проведена в сравнении классов причин смерти с возрастом дожития людей (табл. 7).

В связи с этим сместились рейтинги этих заболеваний в структуре смертности среди женщин-пенсионерок. Так, болезни сердечно-сосудистой

системы с 3-го места переместились на 2-е место, болезни мочеполовой системы – с 5-го на 4-е место, болезни органов пищеварения – с 6-го места перешли на 5-е.

В среднем пожилые лица в Дагестане живут до возраста 76±9,0 лет. Люди с врожденными аномалиями также доживают до этого среднего возраста.

При ранжировании классов причин смерти по среднему возрасту умерших болезней системы кровообращения находятся на последнем месте, так как пожилые жители в среднем по республике умирают от данной патологии в возрасте 77±9,0 лет, что ощутимо больше, чем возраст умерших от психических расстройств и расстройств поведения (F00-F99), инфекционных и паразитарных болезней (A00-B99) и болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (M00-M99).

Таблица 7

Причины смерти, ранжированные по среднему возрасту умерших пенсионеров (М±м)

МКБ-10	Средний возраст умерших (лет)		
	Мужчины	Женщины	Оба пола
F00-F99	64,5±4,5	63,7±3,3	64±3,8
A00-B99	71,6±7,9	68,8±6,8	69,3±7,2
M00-M99	73,5±12,2	66,0±3,2	69,3±9,3
V00-Y99	72,9±7,5	68,9±7,3	70,4±7,6
S00-T99	73,5±7,3	69,1±6,7	70,5±7,2
E00-E99	71,7±6,9	69,8±5,3	71,1±6,5
N00-N99	71,5±7,5	71,7±6,5	71,6±6,9
C00-D48	73,2±7,6	70,9±6,9	71,9±7,3
K00-K99	74,5±7,8	70,4±7,1	72,0±7,6
R00-R99	79,9±10,3	69,3±8,1	73,9±10,5
J00-J99	75,5±7,6	73,1±7,4	74,2±7,6
G00-G99	77,9±7,5	70,5±6,2	74,2±7,8
D50-D99	76,3±2,9	74,8±11,5	75,5±8,4
A00-Z99	78,1±8,5	73,5±8,2	75,8±8,7
Q00-Q99	73,0±5,0	78,5±10,5	75,8±8,7
I00-I99	79,3±8,3	74,9±8,3	77,3±8,6

Вклад в структуру смертности женщин от болезней сердечно-сосудистой системы за последние годы составил 77%, а от новообразований – 13%, т.е. эти классы причин смерти в сумме составляют 90% от общей смертности женщин.

В отличие от динамики абсолютного прироста показателя смертности женщин, у мужчин прирост вызван гематологическими и костно-суставными болезнями.

В среднем за последние годы отмечается ежегодное снижение абсолютного показателя смертности на 287 случаев на 100 тыс. пенсионеров.

Большая доля снижения абсолютной смертности приходится на болезни системы кровообращения, новообразования, болезни органов дыхания, а также на травмы и отравления. При этом абсолютные значения смертности от всех причин снижались все годы наблюдения.

Заключение

Наблюдающееся в последнее время постарение населения требует увеличения ресурсов здравоохранения для оказания полноценной медицинской помощи пожилому и старческому контингенту населения. Одной из составляющих обеспечения здорового долголетия является доступная и качественная медицинская помощь, учитывающая особенности состояния здоровья населения России в целом, а также специфику возрастассоциированной заболеваемости. Первостепенное значение здесь имеет создание в Российской Федерации геронтологической службы, аналогичной педиатрической, тем более, что в демографическом аспекте численность обеих групп (детей и пожилых) имеет тенденцию к сближению.

Развитие медицинской компоненты гериатрической помощи населению следует осуществлять путем совершенствования лечебно-профилактической помощи пожилым людям на всех уровнях ее оказания, а также путем создания специальных лечебно-профилактических учреждений гериатрического профиля и организацией массового скри-

нинга населения для профилактического выявления групп риска с помощью мобильных телемедицинских лабораторно-диагностических комплексов.

Затронутые проблемы полностью находятся в сфере внимания формирующейся Федеральной программы «Активное долголетие с высоким качеством жизни». Данная программа должна стать центральным координирующим документов в области возрастной демографии в стране.

Одним из основных достижений в деятельности гериатрической службы может служить полный охват всего пожилого и старческого населения регулярным диспансерным наблюдением, а также налаженность системы оказания качественной консультативно-диагностической и лечебной помощи в медучреждениях.

Литература

1. Агранович Н.В., Агранович В.О. Современный подход к оказанию медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста в амбулаторных условиях // Сборник научных трудов «Актуальные вопросы гериатрии»: материалы первой конференции гериатров Северо-Кавказского федерального округа «Качество жизни лиц пожилого и старческого возраста – зеркало здоровья населения». Пятигорск, 2010. С. 11-14.
2. Асхабова Л.М., Хархарова-Алиева К.М. Стратегия развития гериатрической службы в Республике Дагестан // Сборник научных трудов «Актуальные вопросы гериатрии»: материалы первой конференции гериатров Северо-Кавказского федерального округа «Качество жизни лиц пожилого и старческого возраста – зеркало здоровья населения». Пятигорск, 2010. С. 16-19.
3. Муравьев К.А. Организация гериатрической помощи на муниципальном уровне // Сборник научных трудов «Актуальные вопросы гериатрии»: материалы первой конференции гериатров Северо-Кавказского федерального округа «Качество жизни лиц пожилого и старческого возраста – зеркало здоровья населения». Пятигорск, 2010. С. 9-11.
4. Leroi A.M., Barke A., De Benedictis G., Franceschini C., Gartner A., Feder M.E., Kivisild T., Lee S., Kartal-Ozer N., et al. (2005). «What evidence is there for the existence of individual genes with antagonistic pleiotropic ef-

- fectrs?» (английский) // *Mech. Ageing Dev.* V. 126. P. 421–429.
5. Gavrilov L.A., Gavrilova N.S. Reliability Theory of Aging and Longevity // Academic Press - Sixth Edition. 2006. P. 3–42.

References

1. Agranovich N.V., Agranovich V.O. Sovremennyy podkhod k okazaniyu meditsinskoj pomoshchi patsientam pozhilogo i starcheskogo vozrasta v ambulatornykh usloviyakh [The modern approach to patient care and elderly in outpatient settings] // Sbornik nauchnykh trudov «Aktual'nye voprosy geriatрии»: materialy pervoy konferentsii geriatrov Severo-Kavkazskogo federal'nogo okruga «Kachestvo zhizni lits pozhilogo i starcheskogo vozrasta – zerkalo zdorov'ya naseleniya». Pyatigorsk, 2010. S. 11-14.
2. Askhabova L.M., Kharkharova-Alieva K.M. Strategiya razvitiya geriatricheskoy sluzhby v Respublike Dagestan [The development strategy of geriatric services in the Republic of Dagestan] // Sbornik nauchnykh trudov «Aktual'nye voprosy geriatрии»: materialy pervoy konferentsii geriatrov Severo-Kavkazskogo federal'nogo okruga «Kachestvo

- zhizni lits pozhilogo i starcheskogo vozrasta – zerkalo zdorov'ya naseleniya». Pyatigorsk, 2010. S. 16-19.
3. Murav'yev K.A. Organizatsiya geriatricheskoy pomoshchi na munitsipal'nom urovne [Organization of geriatric care at the municipal level] // Sbornik nauchnykh trudov «Aktual'nye voprosy geriatрии»: materialy pervoy konferentsii geriatrov Severo-Kavkazskogo federal'nogo okruga «Kachestvo zhizni lits pozhilogo i starcheskogo vozrasta – zerkalo zdorov'ya naseleniya». Pyatigorsk, 2010. S. 9-11.
 4. Leroi A.M., Barke A., De Benedictis G., Francecchi C., Gartner A., Feder M.E., Kivisild T., Lee S., Kartal-Ozer N., et al. (2005). «What evidence is there for the existence of individual genes with antagonistic pleiotropic effects?» (английский) // *Mech. Ageing Dev.* V. 126. P. 421–429.
 5. Gavrilov L.A., Gavrilova N.S. Reliability Theory of Aging and Longevity // Academic Press - Sixth Edition. 2006. P. 3–42.

Сведения о соавторе:

Ибрагимов Ибрагим Магомедович – руководитель ГБУ РД «Республиканский медицинский центр».
Тел.: 89282256000

ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЙ ПОСЛЕ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

ПРЕПАРАТ ПРАДАКСА® ОБЕСПЕЧИВАЕТ ВЫСОКУЮ ЭФФЕКТИВНОСТЬ В ПРЕДОТВРАЩЕНИИ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЙ БЕЗ УВЕЛИЧЕНИЯ РИСКА КРОВОТЕЧЕНИЙ В СРАВНЕНИИ С ЭНОКСАПАРИНОМ^{3,4}



- Эффективность и безопасность эквивалентна эноксапарину^{4,5}
- Пациенты в большей степени привержены режиму терапии⁶
- Препарат Прадакса® включен в национальные рекомендации⁷
- Низкий риск лекарственных взаимодействий⁸

РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР: ЛСР-007065/09.
Перед использованием ознакомьтесь с инструкцией по медицинскому применению препарата.
Для получения более подробной информации, пожалуйста, обращайтесь в ООО «Берингер Ингельхайм».



125171, РФ, Москва, Ленинградское шоссе, 16А, стр. 3
Тел.: +7 (495) 544 5044; факс: +7 (495) 544 5620
E-mail: info.ru@boehringer-ingelheim.com
www.boehringer-ingelheim.com

Прадакса®
дабигатрана этексилат
Преображая
антикоагулянтную терапию

УДК 16:616-07

Значение знания законов формальной логики в диагностическом процессе**Т.Э. Кафаров****Резюме**

В статье обосновывается значение знания законов формальной логики во врачебной практике, особенно в диагностическом процессе. Незнание и нарушение элементарных требований логики мышления – неизбежно ведет к диагностическим ошибкам. Указывается на характерные ошибки во врачебном мышлении, связанные с незнанием законов логики. Статья может быть использована в качестве материала для самостоятельной подготовки студентов по теме: «Гносеологические проблемы философии и медицины».

Ключевые слова: философия, формальная логика, врачебное мышление, диагностический процесс, гносеологические проблемы.

The value of knowledge of the laws of formal logic in the diagnostic process**T.E. Kafarov**

Dagestan State Medical Academy, Makhachkala

Summary

The article explains the importance of knowledge of the laws of formal logic in medical practice, especially in the diagnostic process. Ignorance and violation of the basic requirements of the logic of thinking - will inevitably lead to diagnostic errors. Points to the typical errors in medical thinking related to ignorance of the laws of logic. The article can be used as material for self-training students on the topic: "The epistemological problems of philosophy and medicine."

Key words: philosophy, formal logic, medical thinking, diagnostic process, epistemological problems.

Заповедь медицины гласит: «Кто правильно мыслит, тот хорошо диагностирует, кто правильно диагностирует, тот хорошо лечит».

Правильно мыслить – это значит мыслить в соответствии с законами логики.

Изучение логики необходимо для повышения точности и эффективности диагностического мышления.

Еще Ибн Сина писал: «Существует путь, которым необходимо пройти от познанного к неопознанному, дабы познать его. Логика и является той наукой, в которой раскрывается как непознанное познается через познанное, что является истиной, что ложно и скольких видов бывает каждое из них».

И далее средневековый мыслитель заключает: «Логика – наука-мерило, а другие науки – науки о пользе и ущербе» [3].

В условиях усиливающейся узкоспециализированной научной и практической деятельности наблюдается односторонность в подходе к изучаемым проблемам. Это особенно негативно проявляется в медицине, поскольку многие патологии развиваются атипично, усложняется их структура и специалисту с узкопрофильным мышлением сложно бывает дифференцировать диагноз. В свое время английский ученый-физик Кельвин заявил сторонникам узкой специализации студентов: «Из-

за незнания логики погибло больше кораблей, чем из-за незнания навигации».

По утверждению специалистов, формальная логика «является не только необходимым условием формирования культуры мышления, но и также способствует развитию природных возможностей мыслительной деятельности человека, повышает его творческий потенциал» [2].

Современное медицинское знание – сложная система естественнонаучных и социально-гуманитарных знаний о человеке и его бытии: организме, личности, индивидуальности. Оно позволяет компетентно вмешиваться в психофизиологические процессы с целью предохранения организма от преждевременной смерти, а также физической или психической неполноценности. Уникальность медицины проявляется в широте ее познавательных интересов, которая простирается от молекулярного уровня морфофизиологии человека до социальных закономерностей развития социума. Чем труднее медицинская проблема для научно-теоретического понимания и разрешения, тем большую роль в ней играют логические законы, а также философские методы, принципы и категории.

Поэтому нельзя не согласиться с утверждением исследователей, что культура современного клинического мышления врачей определяется сознательным овладением логико-методологическими основами диагноза [4, 6].

Стремясь к скорейшему построению диагностического умозаключения (а диагноз – это умозаключение), практические врачи, как правило, даже не задумываются о характере суждений и понятий, которыми пользуются. Большинство клиницистов

Для корреспонденции:

Кафаров Тельман Эмиралиевич – доктор философских наук, профессор, заведующий кафедрой философии и истории ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ
Тел.: 89280549565

Статья поступила 9.02.2015 г., принята к печати 4.03.2015 г.

просто не знают законов логики и пользуются ими неосознанно. Е. Чазов и соавторы отмечают, что «врачи обычно не отдают себе отчета в том, какими правилами, принципами и законами они пользуются. Однако это не означает, что названными правилами, принципами и законами врачи могут пренебрегать, т.е. мыслить не в соответствии, а вопреки им» [5].

Сегодня становится все более очевидным, что диагностические ошибки – это не столько результат недостаточной медицинской квалификации, сколько почти неотвратимое следствие незнания и нарушения самых элементарных требований законов логики.

Законы логики современным врачом усваиваются стихийно и эмпирически в процессе жизни и практики. Но такое овладение логикой оказывается недостаточным в сложных обстоятельствах, в полемике и особенно для контроля за правильностью мышления.

Правильное логическое мышление должно быть:

- а) определенным, однозначным и ясным;
- б) последовательным, т.е. лишенным логической противоречивости;
- в) доказательным, достаточно обоснованным.

Каждый патологический процесс обладает определенной совокупностью специфических свойств (симптомы, синдромы, этиология, патогенез). Определение того или иного симптома (кашель, температура, систолический шум и т.д.) само по себе не указывает на наличие некоторой болезни или ее причины. Заключение об этом врач делает на основе понимания стоящего за выявленным симптомом общего физиологического механизма или морфологического изменения организма, клетки, с помощью определения логической связи данного симптома с совокупностью других симптомокомплексов. В силу внутренней определенности один патологический процесс отличается от другого. При этом определенность и различия патологических процессов и их признаков имеют свои внутренние основания. Поэтому мысленное отражение этих патологических процессов и их признаков должно быть в сознании врача определенным, последовательным и доказанным. Основные правила логически стройного врачебного мышления раскрываются в 4-х законах логики.

Закон тождества характеризует определенность мышления. Последовательность мышления достигается благодаря закону непротиворечия и закону исключенного третьего. А доказательность мышления обретает благодаря закону достаточного основания.

Согласно закону тождества, рассуждая о каком-либо предмете, мы по ходу всего рассуждения должны иметь в виду именно его, причем в одном и том же раз взятом определенном отношении. Данный закон выражается в формуле $A \text{ есть } A$ и действует как нормативный принцип, не допуская подмены одного понятия другим. Он предостерегает от двусмысленности в процессе рассуждения.

Это не значит, что закон тождества делает нашу мысль статичной. Ведь и диалектика связана

не только с гибкостью, подвижностью, но и с определенностью, устойчивостью понятий. Без определенности понятий диалектика превращается в софистику и эклектику. Тождество в мышлении отражает возможность в природе относительного покоя, состояний равновесия. Еще древние даосы утверждали, что периоды активности в жизни человека должны чередоваться периодами созерцательного покоя. Без соблюдения закона тождества не могло бы быть ни одной определенной мысли, т.е. мы не могли бы даже начать мыслительный процесс. В диагностической практике соблюдение закона тождества требует, прежде всего, конкретности и определенности понятий.

Увлечение клинической медицины различными терминами делает диагностику неконкретной, путанной, туманной. С развитием медицинской науки уточняются названия многих болезней, открываются неизвестные прежде их разновидности, появляются новые средства обследования больного и вместе с ними дополнительные диагностические признаки. Закон тождества требует постоянного обновления и уточнения международной и государственной номенклатуры нозологических форм и их модификаций. Каждый врач должен хорошо знать последнюю номенклатуру болезней и использовать ее в своей диагностической деятельности. При нарушении этого закона возможны следующие ошибки: амфиболия – логическая ошибка, в основе которой лежит двусмысленность языковых выражений.

Пример: «Правильно говорят, что язык до Киева доведет. А я купил вчера копченый язык. Теперь смело могу идти в Киев». Другое название этой ошибки – подмена тезиса.

Эквивокация – логическая ошибка, в основе которой при рассуждении лежит использование одного и того же слова в разных значениях (подмена понятия). Подмена понятий имеет место при нечеткости обозначений симптомов и принятии симптома за само заболевание. Такие термины, как «желтуха», «асцит», вместо обозначения болезни указывают лишь на ее симптом. Закон тождества непосредственно связан с законом непротиворечия.

Согласно этому закону, два суждения, одно из которых утверждает что-либо о предмете, а другое одновременно отрицает то же самое об этом же предмете, не могут быть одинаково истинными. «Невозможно что-либо вместе утверждать и отрицать», – писал Аристотель. Строить диагностическое предположение, основываясь на части клинической симптоматики, и не учитывать других признаков заболевания, противоречащих высказываемому суждению, – значит нарушить требование закона непротиворечия. Но разные болезни часто имеют сходную клиническую картину. Тогда требуется искать симптомы, подтверждающие одно заболевание и исключающие остальные.

Закон исключенного третьего, вытекающий из закона непротиворечия, гласит: одно из двух противоречивых суждений с необходимостью должно быть либо истинным, либо ложным, «третьего не дано». Но следует иметь в виду, что сфера дейст-

вия данного закона ограничивается определенными ситуациями.

Во-первых, если одно суждение что-то утверждает в отношении единичного предмета или явления, а другое суждение это не отрицает. Так, из двух высказываний «у больного есть крупозная пневмония» и «у больного нет крупозной пневмонии» – одно истинно, другое неизбежно ложно и никакого третьего суждения быть не может. В то же время к противоположным общеутвердительному и общеотрицательному суждениям, относящимся к целому классу предметов или явлений, закон исключенного третьего не применим. Поэтому суждения «все пневмонии вызываются пневмококками» и «ни одна пневмония не вызывается пневмококками» будут ложными. Истинным окажется частное суждение: «некоторые пневмонии вызываются пневмококками».

Во-вторых, если одно суждение что-то утверждает в отношении целого класса предметов, а другое отрицает это же относительно части предметов данного класса. Из двух суждений «все пневмонии излечиваются пенициллином» и «некоторые пневмонии не излечиваются пенициллином» – первое ложно, второе истинно.

В-третьих, с позиций закона исключенного третьего следует рассматривать два суждения, если одно из них что-то отрицает в отношении целого класса предметов, а второе утверждает то же самое в отношении части класса. Например, из двух суждений «рак щитовидной железы никогда не сопровождается явлениями тиреотоксикоза» и «у некоторых больных рак щитовидной железы сопровождается признаками тиреотоксикоза» – первое ложно, второе истинно, и никакого третьего высказывания по этому вопросу быть не может. Область допустимого применения закона исключенного третьего в логике четко определена. Клиницист должен помнить об этом, чтобы не впасть в ошибки. Что делать, когда выдвигаются две и более гипотезы с равной степенью вероятности. Во-первых, нужно иметь в виду, что не всегда они являются взаимоисключающими, т.к. у больного может оказаться сложное заболевание, т.е. обе предполагаемые болезни могут быть одновременно. Поэтому в данном случае нельзя мыслить только по принципу или – или. Закон выражается формулой А либо В, либо не В.

Закон достаточного основания гласит: «Всякое высказывание, чтобы быть истинным, должно иметь достаточное основание». Мало утверждать истинность какого-либо положения, необходимо приводить доказательство, указывать основания истинности. Однако не всякое приводимое основание может быть достаточным. Обоснование может быть в каждом отдельном случае различным, но каждая мысль должна быть доказательной. Достоверность диагноза обязательно предполагает его обоснованность. Обоснованность диагноза опирается на установление специфических для данной нозологической формы симптомов и синдромов, которые в свою очередь также должны быть обоснованными.

Для обоснования диагноза используются проверенные практикой истины современной медицинской науки. Формула закона: «если есть В, то есть как его основание А». Он отражает причинно-следственную связь явлений. Но чем сложнее эта связь, тем труднее установить основание. Этим, в частности, объясняется трудность достаточно обоснованного распознавания сложных патологических процессов, требующих применения дифференциальной диагностики. Основанием дифференциальной диагностики должны служить многочисленные специфические медицинские способы различия сходных болезней.

Нарушение этого закона часто встречается в практике медицинского мышления, в частности, в диагностике. Причем, наиболее часты ошибки в т.н. предварительных диагнозах, которые ставятся после первого знакомства с больным, его расспроса и осмотра. Диагноз далеко не всех болезней возможно обосновать только на базе данных опроса и осмотра больного, поэтому он может быть ошибочным.

Достаточное основание различно для разных заболеваний. В одних случаях к этому ведет осмотр (кожные, некоторые глазные, ушные заболевания), в других – проведение рутинных лабораторно-инструментальных методов исследования (анализ крови при анемии, рентгеноскопия грудной клетки при пневмонии, ЭКГ при инфаркте миокарда), в третьих – специальные диагностические методы, включая самые сложные (пункционная биопсия печени – при гепатите, коронарография при ишемической болезни сердца и т.д.). В каждом конкретном случае врач должен стремиться к тому, чтобы диагноз был наиболее полнее обоснован специфическими симптомами, определенное число и достоверность которых выступает в качестве достаточного основания правильности диагноза. Все логические законы взаимосвязаны и обуславливают друг друга. Мышление не может быть определенным без последовательности и доказательности. Не может оно быть и последовательным без определенности и доказательности. Точно так же доказательным мышление врача может быть лишь при условии его определенности и последовательности.

В практической медицине наблюдается стремление упростить законы клинического мышления, свести их преимущественно к двум приемам – установленному различия и сходства. Однако правильно установить различие и сходство патологических процессов (явлений) невозможно без соблюдения основных логических законов.

При выяснении жалоб больного нельзя забывать, что характеристика больным своих переживаний и болезненных ощущений может не совпадать со смыслом этих терминов («одышка», «лихорадка» и т.п.) в понимании врача. Большой нередкой употребляет специальные медицинские термины, не имея представления об их подлинном содержании. Он не всегда умеет правильно описать и выразить свое восприятие, наблюдение и тем самым может ввести врача в заблуждение. Больной и врач в подобных случаях как бы говорят на разных

языках. Внешне они употребляют одни и те же слова, но далеки друг от друга. Их понятия, а вслед за тем и суждения о болезненных процессах не тождественны, малообоснованны, противоречивы и сбивчивы.

Следует отметить, что у каждого больного свое представление о значимости того или иного признака заболевания. Поэтому он рассказывает в первую очередь о том, что его пугает, кажется ему важным (похудание, раздражительность, плохой аппетит), опускаются малозначимые с его точки зрения детали (увеличение лимфоузлов, ангина, имевшая место за две недели до того, как появились отеки, и т.д.).

Больному все равно, появилась ли рвота после того, как возникли боли в животе, или наоборот, а для врача это порой имеет решающее значение. Бывают случаи, когда больной сознательно умалчивает о некоторых симптомах – из чувства неловкости, стыда, каких-то опасений и т.д. Анамнез имеет большое значение для распознавания болезней, но только в том случае, если рассказ и расспрос больного активно направляются и детально уточняются врачом. Ведь многие словесные показания пациента не могут быть проверены на основе лабораторного, инструментального и других методов обследования.

Уже в глубокой древности было замечено, как велика сила воздействия слова врача на общее состояние и настроение больного.

Вместе с тем и об умении слушать издавна говорили как об искусстве. В VI в. китайский буддийский учитель Тьен Тай писал, что голос – неуловимое зеркало нашего внутреннего благополучия, показывающее состояние ума и физиологическое здоровье тому, кто знает, как прочесть эти знаки. «Как вы можете узнать хорошего врача? – спрашивает он. – Плохой врач проверит пульс, обычный врач понаблюдает за цветом лица пациента, а отличный врач послушает голос пациента» [1].

Непринужденный рассказ самого больного должен обязательно сопровождаться логически стройным расспросом врача. Это особенно важно в современных условиях, когда многие пациенты страдают синдромом избыточной информированности, в т.ч. в сфере медицины. Поэтому расспрос необходимо вести целеустремленно, осмысленно, конкретно, компетентно, объективно по содержанию, ясно и доходчиво для больного. При сборе анамнеза следует уточнить и однозначно определить существенные симптомы, выявить противоре-

чащие положительные и отрицательные признаки для дальнейшего построения будущего диагноза.

Таким образом, можно сделать общий вывод: логические законы применимы на всех стадиях и при всех формах мыслительных операций врача, определяя правильность диагностического процесса, адекватность тактики лечения и оптимальность программы реабилитации больного.

Литература

1. Апис Дж. Чтобы слушали и слышали. Влияние вашего голоса. СПб.: Питер, 2012.
2. Войшвилло Е.К., Дегтярев М.Г. Логика: учебник для вузов. М.: Гуманитарный издат. центр. ВЛАДОС, 1988.
3. История арабо-мусульманской философии. Антология / под ред. А.А.Смирнова. М.: Академический Проект, 2013.
4. Тарасов К.Е., Вельков В.К., Фролова А.И. Логика и семиотика диагноза (методологические проблемы). М.: Медицина, 1989.
5. Чазов Е.И., Царегородцев Г.И., Кротков Е.А. Опыт философско-методологического анализа врачебной диагностики // Вопросы философии. 1986. № 9. С. 66
6. Шамов И.А. Философские и практические основы клинического диагноза (клинико-философское эссе) // Вестник Даггосмедакадемии. 2013. № 3 (8).

References

1. Apis Dzh. Chtoby slushali i slyshali. Vliyanie vashego golosa [To listen and to hear. The impact of your voice]. SPb.: Piter, 2012.
2. Voyshvillo E.K., Degtyarev M.G. Logika: uchebnik dlya vuzov [Logic: a textbook for high schools]. M.: Gumanitarnyy izdat. tsentr. VLADOS, 1988.
3. Istoriya arabo-musulmanskoj filosofii. Antologiya [The history of the Arab-Muslim philosophy. Antology] / pod red. A.A.Smirnova. M.: Akademicheskij Pro-ekt, 2013.
4. Tarasov K.E., Velykov V.K., Frolova A.I. Logika i semiotika diagnoza (metodologicheskie problemy) [Logic and semiotics diagnosis (methodological problems)]. M.: Meditsina, 1989.
5. Chazov E.I., Tsaregorodtsev G.I., Krotkov E.A. Opyt filosofsko-metodologicheskogo analiza vrachebnoy diagnostiki [Experience philosophical and methodological analysis of medical diagnostics] // Voprosy filosofii. 1986. № 9. S. 66/
6. Shamov I.A. Filosofskie i prakticheskie osnovy klinicheskogo diagnoza (kliniko-filosofskoe esse) [Philosophical and practical basis of clinical diagnosis (clinical and philosophical essay)] // Vestnik Daggosmedakademii. 2013. № 3 (8).

НАУЧНАЯ ЖИЗНЬ

22 мая 2015 года в лекционном зале Дагестанской государственной медицинской академии, состоится научно-практическая конференция «Актуальные проблемы педиатрии и детской хирургии».

Приглашаются сотрудники кафедр ДГМА, аспиранты, клинические ординаторы, студенты и врачи лечебно-профилактических учреждений.

Оргкомитет

УДК 159.9:387:616-08

Важность знаний общей психологии в практической медицине**А.Д. Дибраев**

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Махачкала

Резюме

Изучение всех психологических наук начинается с общей психологии. В настоящее время большое внимание уделяется психологическим знаниям в системе образования. В данной статье показана необходимость психологического подхода в лечении больных.

Ключевые слова: общая психология, психика, болезнь, практическая медицина, воздействие.

Importance of knowledge of general psychology in practical medicine**A.D. Dibraev**

Dagestan State Medical Academy, Makhachkala

Summary

Study all the psychological sciences begins with general psychology. Medical and psychopathology and psychotherapy - deal with deviations from the norm in the mind and human behavior. The objective of these branches of psychology - to explain the reasons for possible mental disorders and justify their methods of prevention and treatment.

Key words: general psychology, mind, illness, anxious moment, impact.

С античных времен было замечено, что успешность лечения прямо зависит от того, поверит ли больной в возможности лечащего врача, в излечимость его заболевания. На протяжении нескольких тысячелетий тело и душу человека лечили не только медики, но и представители различного рода культов, обрядов. Все они достаточно активно использовали в своей практике знания о психологии человека и оказывали психологическое воздействие на него с тем, чтобы избавить от разного рода недугов, переживаний.

Изучение психологических наук начинается с общей психологии, так как без достаточно глубокого знания основных понятий, вводимых в курсе общей психологии, невозможно разобраться в том материале, который содержится в специальных разделах курса [3]. В круг вопросов общей психологии следует включить также вопрос о психологической подготовке врача. В данном вопросе медицина как наука соприкасается и с психологией, и с педагогикой.

Очень трудно назвать профессию, которая была бы так ответственна, как профессия врача, которому доверяет человек свое здоровье, жизнь, а также здоровье и жизнь своих близких. Каждый поступок врача, каждое слово его имеют исключительно огромное значение для людей, ожидающих от него помощи. Врач должен быть внимателен не только к тому, что касается организма больного, но и к самой личности пациента, его переживаниям, потребностям. Осуществляя лечебно-профилактическую ра-

боту, врач имеет дело не просто с абстрактной и стандартной болезнью, а с живым человеком, реагирующим и на болезнь, и на врача, и на связанные с болезнью обстоятельства жизни. Врач, таким образом, должен разбираться не только в болезни, но и в личности данного больного. Именно в этом существенную помощь может оказать врачу общая и медицинская психология. Врач может быть очень предан делу лечения, но незнание им психики человека снижает его возможности в оказании больному полноценной помощи.

Врач должен уметь распознавать, с кем он имеет дело и в соответствии с этим детализировать свои задачи, свою тактику. Есть больные необщительные, скрытные (интроверты), застенчивые, стыдливые и есть, наоборот, откровенные (экстраверты), незастенчивые и нестыдливые. Это должен уметь оценить каждый врач. Некоторые больные склонны преувеличивать свою болезнь, другие склонны в некоторой степени преуменьшать ее. В вопросах терапии часто особое значение приобретает откровенность и доверие больного в отношениях с врачом. Но для того, чтобы добиться такого доверия или откровенности, врачу нужно уметь правильно подойти к больному, иногда нужно уметь заметить, что он что-то скрывает. Лечение больного в ряде случаев может замедлиться и может быть даже обречено на неудачу, если в происхождении и течении болезни значительную роль играют психические моменты, а врач этого своевременно не вскрывает. Отсюда ясно, что каждый лечащий врач должен быть психологически подготовлен.

Важно также тонкое понимание больного врачом-хирургом. Но далеко не всегда врачи-хирурги уделяют внимание состоянию психики больного. Чем сложнее и ответственнее оперативное вмешательство, тем больше внимания должно быть уделено подготовке больного к операции, и в этой подготовке существенную и трудную часть представля-

Для корреспонденции:

Дибраев Афсаладдин Дибрахмедович – кандидат философских наук, доцент кафедры гуманитарных дисциплин ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ.

E-mail: alikdibraev@mail.ru

Тел.: 89289895717

Статья поступила 26.01.2015 г., принята к печати 12.02.2015 г.

ет именно психологическая подготовка. Состояние психики больного в ряде случаев может требовать изменения даты операции, специальных лечебных мероприятий в предоперационном периоде. Больной перед операцией должен быть по возможности спокоен, надеяться на успех предстоящей операции, верить врачу. В послеоперационном периоде состояние общего психического тонуса и психическое воздействие на него также имеют немалое значение. Разумеется, при общем значении психического момента на разных этапах лечебного воздействия степень его зависит и от психических особенностей больного. Так, для больных возбудимого, тревожного, мнительного, впечатлительного характера роль различных моментов в условиях лечения особенно резко возрастает.

На сегодняшней день необходимо расширение научно-исследовательской работы в области общей и медицинской психологии, которая могла бы стать сильной опорой в практической медицине. Как говорил Аристотель, «в деле воспитания развитие навыков должно предшествовать развитию ума» [1].

Понимание больного, его моральных качеств, его подлинно человеческого облика, его переживаний и страданий является важным моментом в деятельности врача. Он должен быть подготовлен и по знаниям, и по пониманию своего долга к тому, чтобы в его деятельности эта сторона была обеспечена. Это является одним из важных условий настоящей гуманности врачебной профессии. Обучение и воспитание будущего врача в медицинском вузе должно быть всячески направлено на предотвращение возможных ошибок в практике. Можно полагать, что преподавание гуманитарных дисциплин, в том числе общей психологии, сыграет в этом свою роль. Успешное решение данной задачи требует, чтобы все кафедры тесно сотрудничали с курсом психологии в обучении и воспитании студента-медика.

Было бы не лишне напомнить о некоторых психологических и характерологических качествах современного врача. Врачу, прежде всего, необходимо осознание профессионального долга и ответственного отношения к своим обязанностям. Доброжелательное, внимательное и сочувственное отношение к больному, приветливость в обращении с ним, выдержка и самообладание должны быть нормой его поведения. Важны и необходимы для врача интерес и любовь к выбранному медицинскому делу, терпение и настойчивость в достижении лечебного результата, сочетание мягкости с разумной настойчивостью в отношении к больному, сочетание осмотрительности с решительностью. Вышеперечисленные качества нужны, пожалуй, во всех случаях взаимодействия с людьми, но нет необходимости доказывать, что эти качества особенно важны в работе врача.

Врач общается с больным человеком, психика которого может быть изменена или непосредственно вследствие заболевания центральной нервной системы или же в результате переносимых им страданий [5]. В этом общении врачу приходится занимать совершенно особое положение, от него

требуется особая чуткость, особый такт, особо тонкое понимание больного, обстоятельств, в которых тот находится, и что он ожидает от врача.

Управление своим поведением является важным условием успешной работы врача и всего медицинского персонала. Врач может быть утомлен, угнетен рядом трудностей, но, несмотря на это, с больным он должен быть всегда бодр, приветлив и владеть собой. Душевная теплота, приветливость необычайно ободряют и привлекают больного к врачу. Наоборот – скучное, неприветливое, холодное, формальное отношение отпугивает, отталкивает и часто раздражает больного. Иногда врач сам может обладать раздражительным характером. Некоторые больные своими частыми жалобами могут досаждают ему. Но если врач не может совладеть при этом с собой, то это сильно снижает его врачебные качества и достоинства или даже делает его непригодным для профессиональной деятельности. К вышеперечисленному можно добавить навсегда актуальные слова известного врача-невропатолога В.Н. Бехтерева: «Если больному после разговора с врачом не стало легче, то это не врач» [2].

Отмеченные выше и другие положительные качества могут быть выражены в той или иной степени. От их развития зависит степень соответствия человека профессии врача. Этот комплекс свойств не является врожденным и неизменным, он развивается в процессе воспитания, обучения и опыта практической работы. Будущий врач должен знать, какие качества от него потребуются в работе. Качества врача, его способность привлекать к себе добрые чувства больных в большой мере зависят от его общей культуры. Врач должен в пределах своей узкой специальности в полной мере владеть новейшей современной техникой, но только никогда техника не должна овладевать им, подчинять его себе.

Нельзя забывать о том, что врач является руководителем медицинского среднего и младшего персонала, что он – руководитель режима отделения и отвечает за всю атмосферу, которая должна быть психотерапевтической. Психотерапию как метод практической психологии также используют и в медицине, и в психологии, пишет Р.С. Немов [4].

Врачебная профессия относится к довольно трудным профессиям. В медицинской науке много неизвестного, много нерешенных вопросов, еще много тяжелых заболеваний с роковым исходом, когда усилия врача оказываются бесплодными. Иной раз, хотя жизнь тяжелого больного и удается спасти, но он выходит из болезни с каким-то дефектом, который приводит его порой в отчаяние и вызывает необоснованную обиду на врача. Больной может оказаться неблагодарным и неправым в отношении врача. Бывают случаи, когда врач, будучи до конца добросовестным, может все же допустить и ошибку, которую нелегко переживает, даже если она оправдана обстоятельствами. Все это требует от него большой стойкости, уверенности, психологической подготовки, способности правильно оценить и свои действия, и отношение ок-

ружающих, умения подчинить личные чувства высокому долгу.

Выводы

Психологическая подготовка медицинского работника, изучение психологии в системе высшего медицинского образования должны способствовать существенному повышению качества лечения пациентов и подготовке высококвалифицированных специалистов. В будущем и они – профессионалы должны передавать опыт молодому поколению. В заключение хотел бы пожелать, чтобы для молодого поколения медиков-студентов настольной книгой стала книга профессора И.А.Шамова «Искусство врачевания».

Литература

1. Аристотель. Сочинения в 4-х т. Т. 4. М.: Мысль, 1983. 376 с.

2. Бехтерев В.М. Объективная психология. М.: Наука, 1991. 480 с.
3. Леонтьев А.Н. Лекции по общей психологии. М.: Смысл, 2000. 509 с.
4. Немов Р.С. Психология: учебник. М.: КНОРУС, 2014. 720 с.
5. Шульговский В.В. Основы нейрофизиологии: учебник для вузов. М.: Аспект-Пресс, 2000. 277 с.

References

1. Aristotel. Sochineniya [Aristotle] v 4 t. T. 4. M.: Mysl, 1983. 376. s.
2. Bekhterev V.M. Obyektivnaya psikhologiya. [Objective psychology] M.: Nauka, 1991. 480 s.
3. Leontyev A.N. Leksii po obshchey psikhologii [Lectures on general psychology]. M.: Smysl, 2000. 509 s.
4. Nemov R.S. Psikhologiya [Psychology]: uchebnik. M.: KNORUS, 2014. 720 s.
5. Shulgovskiy V.V. Osnovy neyrofiziologii: uchebnik dlya vuzov [Fundamentals of neurophysiology: textbook for high schools]. M.: Aspekt-Press, 2000. 277 s.

МИДОКАЛМ®
толперизон
Таблетки 50 мг №30 и 150 мг №30; Ампулы 100 мг (1 мл) №5

Возможность ступенчатой схемы терапии для пациентов с болью в спине



**в/м по 1 ампуле
утром и вечером**
Продолжительность терапии
5-7 дней

➔



**по 1 таблетке
3 раза в день (450мг/день)**
Продолжительность терапии
по показаниям

Добавление Мидокалма к НПВП позволяет

- На 10 дней сократить срок лечения болевого синдрома¹
- Уменьшить дозировку НПВП²
- Снизить риск возникновения побочных эффектов² НПВП
- Быстро вернуть больного к привычной активности³

1. С.В. Веришанин, В.А. Парфенко, К.Н. Борисов Мидокалм в комплексной терапии острой поясничной боли. Журнал Подлинника. 2018. №2. С.20-22Ж. 2. Гурок С.В., Парфенко В.А., Борисов К.В. Боль. №3 (12) 2006. 3. Oshin J., Kozack L., Ramo S. et al. Pharmacotherapy. 1996. 31. 137-142; 3. Fratzel H.G., Aiken R.G., Ramo S. Pain 67. 417, 1996.



ГЕДЕОН РИХТЕР

УДК 616.24-002.2-085:615.23

Антимикробная терапия внегоспитальных пневмоний на амбулаторно-поликлиническом этапе**Д.А. Шихнебиев, М.Г. Атаев**

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ,

Резюме

Описаны современные подходы к диагностике и лечению внебольничных пневмоний, основанные на анализе литературных данных. Отмечается, что выбор стартовой терапии при лечении больных внебольничной пневмонией по-прежнему вызывает затруднения, связанные с верификацией патогенного микроба, в результате чего антибактериальная терапия при них в большинстве случаев назначается эмпирически. При внебольничной пневмонии антибиотиками выбора на сегодня могут быть бета-лактамы, цефалоспорины, «новые» макролиды и «респираторные» фторхинолоны.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, этиологическая диагностика, антимикробная терапия.

Antimicrobial therapy of community-acquired pneumonia on the outpatient phase (literature review)**D.A. Shikhnebiev, M.G. Ataev**

Dagestan State Medical Academy, Makhachkala

Summary

This review describes current approaches to diagnosis and treatment of community-acquired pneumonia based on analysis literature data. It is noted that the choice of starting therapy in the treatment of patients with community-acquired pneumonia, associated with verification of the pathogen, resulting in antibiotic therapy when they in most cases are assigned empirically. In community-acquired pneumonia with antibiotics of choice for today can be beta-lactams, cephalosporins, "new" macrolides and "respiratory" fluoroquinolones.

Key words: community-acquired pneumonia, etiological diagnosis, antimicrobial therapy.

Пневмония в настоящее время является одним из наиболее распространенных инфекционных заболеваний человека. Так, в России среднестатистические показатели заболеваемости составляют 10-15 случаев на 1000 населения. Ежегодно в стране регистрируют более 2 000 000 случаев пневмонии [21]. Смертность от пневмоний составляет 5%, а среди больных, требующих госпитализации, доходит до 21,9%, среди пожилых – до 46% [1, 11].

Внебольничные пневмонии (ВП) развиваются у людей за пределами лечебного учреждения. В большинстве случаев ВП имеют нетяжелое течение и не требуют госпитализации [7]. Данный факт говорит о том, что ведущая роль в лечении больных с ВП принадлежит врачам амбулаторно-поликлинического звена, от качества работы которых во многом зависят течение и исходы болезни.

Проблема ВП широко освещена в современной литературе [7, 12, 15, 16, 19, 20, 22], тем не менее стратегия антибиотикотерапии при этом заболевании относится к числу сложных и до конца еще не решенных вопросов современной пульмонологии [4]. Это объясняется полиэтиологичностью

и аллергизирующими свойствами возбудителей, индивидуальными различиями иммунологической реактивности организма больных и состоянием механизмов его саногенеза [3, 12].

Основой лечения ВП является антимикробная терапия. Проведение этиотропной терапии у больных с ВП не встречает сколько-нибудь серьезных затруднений, если удастся идентифицировать возбудитель (возбудители) легочного воспаления и определить антибиотикограмму [6]. Для установления этиологии ВП стандартными методами являются бактериоскопия окрашенного по Граму мазка мокроты (преобладание грамположительных и грамотрицательных бактерий в мазке) и бактериологическое исследование мокроты (посев мокроты до начала лечения, с последующей идентификацией возбудителя и его чувствительности к антибиотикам). Однако диагностическая ценность этих методов исследования в настоящее время является предметом дискуссий, поскольку при их проведении практические врачи сталкиваются со следующим родом проблемами:

1. У 10-30% больных с ВП может отсутствовать мокрота [3].

2. В 15-30% случаев больные до сдачи мокроты для исследования уже получали антибиотики. После антимикробной терапии вероятность выявления *Streptococcus pneumoniae* и *Haemophilus influenzae* приближается практически к нулю [6]. Даже в тех случаях, когда у больных с пневмококковой пневмонией, доказанной на основании выделения

Для корреспонденции:

Шихнебиев Даир Абдулкеримович – доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной терапии № 3 ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Тел.: 89034278383.

E-mail: dair1954@mail.ru

Статья поступила 16.01.2015 г., принята к печати 20.02.2015 г.

Streptococcus pneumoniae из крови, пневмококк в мокроте обнаруживают лишь в 50% случаев [17].

3. Всегда существует возможность загрязнения мокроты за счет бактериальной флоры из верхних дыхательных путей, глотки и полости рта, и поэтому патогенность выявленного возбудителя остается под сомнением, если исследование проводилось однократно [3]. С полной уверенностью о наличии инфекции можно говорить лишь в том случае, когда в мокроте находят возбудителей, не участвующих в колонизации (*Mycobacterium tuberculosis*, *Legionella pneumophila*, *Coxiella burnetii*, *Pneumocystis carinii*) [23].

4. В последние годы существенно возросла доля ВП микоплазменной и хламидийной этиологии, установление природы которых вызывает особые затруднения [3, 4, 14]. Для диагностики последних используют иммунологические или молекулярные методы исследования, которые на современном этапе мало доступны в рутинной клинической практике. Что касается других методов диагностики этиологического фактора пневмоний, то следует отметить: серологические тесты имеют скорее не диагностическую, а эпидемиологическую ценность, а методом ПЦР невозможно определить антибактериальную чувствительность и резистентность, для этого требуются дополнительные методы. Следует также отметить, что методы микроскопического и бактериологического исследований мокроты являются обязательными для больных, находящихся в стационаре, и не обязательными – для больных, получающих лечение в амбулаторных условиях.

В результате всех перечисленных выше затруднений верификации патогенов в 20-60% случаев этиологический фактор ВП не устанавливается, и поэтому в подавляющем большинстве случаев на амбулаторно-поликлиническом этапе антибактериальная терапия при них назначается эмпирически, т.е. возбудитель определяется ориентировочно, исходя из собственного опыта, эпидемиологической обстановки, клинической и рентгенологической картины болезни [21, 24]. Стартовый антимикробный препарат выбирает сам практический врач [24].

Следует отметить, что этиологический спектр легочных воспалений за последние 25-30 лет существенно расширился, и похоже, этот процесс продолжится и дальше [24, 25]. Наряду с известными пневмотропными возбудителями появились новые, значительно изменившие и углубившие традиционные представления о легочных воспалениях. По данным современных эпидемиологических исследований, ведущими возбудителями в этиологической структуре ВП являются *Streptococcus pneumoniae* (30-50%) и «атипичные» микроорганизмы (*Chlamydomphila pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella pneumophila*) (8-30%) [7, 22]. В 30-40% случаев определяется смешанная инфекция (сочетание типичных и атипичных возбудителей). К редким возбудителям внебольничных пневмоний (3-5%) относятся *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, другие энтеробактерии. В очень редких случаях пнев-

монию может вызвать *Pseudomonas aeruginosa*. Роль анаэробных микроорганизмов в генезе ВП незначительна. Вирусные инфекции (вирусы гриппа, парагриппа, аденовирусы, респираторно-синтициальный вирус) могут быть причиной в 5-15% случаев ВП [22, 25].

При ВП антибиотиками выбора в настоящее время могут быть бета-лактамы, цефалоспорины, «новые» макролиды и «респираторные» фторхинолоны [23].

Наибольшее значение при терапии ВП у амбулаторных больных имеют аминопенициллины (амоксициллин), в том числе в комбинации с ингибиторами β-лактамаз (амоксициллин/клавуланат). Важная роль β-лактамных антибиотиков в лечении больных с ВП объясняется в первую очередь их бактерицидным действием на ряд ключевых возбудителей заболевания (в первую очередь *Streptococcus pneumoniae*), а также тем, что они сохраняют высокую клиническую эффективность при ВП, вызванной пенициллинрезистентными пневмококками [13, 20, 23]. По данным многоцентровых исследований ПеГАС, проведенных в различных регионах России с 1999 по 2005 г., частота выявления пневмококков, резистентных к пенициллину, в нашей стране составляет около 10%, при этом в большинстве случаев выявляются умеренно-резистентные штаммы [8].

Преимуществом ингибиторозащищенных аминопенициллинов является активность в отношении β-лактамазопродуцирующих штаммов *Haemophilus influenzae* и *Moraxella catarrhalis*, ряда энтеробактерий (*Klebsiella pneumoniae* и др.), метициллиночувствительных штаммов *Staphylococcus aureus* и неспорообразующих анаэробов. Бензилпенициллин сохраняет высокую активность в отношении *Streptococcus pneumoniae*, в том числе пенициллинрезистентным пневмококкам, и рекомендуется в первую очередь при подтвержденной пневмококковой этиологии ВП [22]. Основным недостатком всех β-лактамных антибиотиков является отсутствие активности в отношении «атипичных» микроорганизмов [9].

Высокой активностью в отношении «атипичных» микроорганизмов (*Chlamydomphila pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella pneumophila*), наряду с действием на *Streptococcus pneumoniae*, обладают макролиды – ровамицин, рокситромицин, азитромицин, кларитромицин и др. [2, 10, 12]. Азитромицин рекомендуется назначать для лечения тяжелых амбулаторных пневмоний 1 раз в сутки в течение 3 дней. Азитромицин и кларитромицин имеют также клинически значимую активность в отношении *Haemophilus influenzae* [16, 26, 27]. Сегодня эти препараты рассматриваются в качестве препаратов выбора в лечении «атипичных» пневмоний, особенно легкого и среднетяжелого течения [9].

Среди антибиотиков одну из лидирующих позиций занимают цефалоспорины. Это связано с их широким бактерицидным спектром антимикробного действия, небольшой частотой резистентности микроорганизмов, устойчивостью к действию многих бета-лактамаз, хорошей переносимостью, низкой частотой побочных эффектов, простотой и

удобством дозирования [25]. Для лечения больных ВП ключевыми препаратами являются цефалоспорины II-IV поколения (цефуроксим, цефотаксим, цефтриаксон, цефепим, цефпиром), которые характеризуются высокой активностью в отношении *Streptococcus pneumoniae*, в том числе пенициллиноустойчивых пневмококков, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, а также ряда энтеробактерий [5, 23]. Цефалоспорины I генерации не входят в протоколы лечения ВП ввиду узкого спектра их действия, а цефоперазон – цефалоспориновый антибиотик III поколения, как и цефтазидим, имеет существенно меньшую антипневмококковую и повышенную антипсевдомонадную активность в сравнении с другими цефалоспорины III поколения [20-23].

Наиболее распространенные фторхинолоновые антибиотики II поколения (офлоксацин и ципрофлоксацин) обладают незначительной активностью в отношении пневмококка и «атипичных» патогенов (за исключением *Legionella pneumophila*), и поэтому их значение в лечении пневмококковых пневмоний ограничено [15]. Перспективными для лечения пневмоний, вызванных пневмококками (в том числе и пенициллинрезистентными), считаются новые (III-IV поколения) фторхинолоны: левофлоксацин, моксифлоксацин, спарфлоксацин, гемифлоксацин, тровафлоксацин, темафлоксацин, грепафлоксацин, клинафлоксацин. Принципиальным отличием их от предшественников является выраженное действие на пневмококки, включая штаммы, резистентные к пенициллину и другим антибиотикам. Они превосходят ципрофлоксацин и офлоксацин по активности в отношении «атипичных» возбудителей, а многие из них, кроме того, высокоактивны в отношении анаэробов и микобактерий [18, 23].

Аминогликозидные антибиотики в отношении пневмококков не активны, а роль тетрациклинов в лечении пневмококковых пневмоний ограничена распространением приобретенной устойчивости и наличием более эффективных препаратов [10]. Среди тетрациклинов наиболее приемлемым, учитывая фармакокинетические особенности, переносимость и удобство применения, является доксициклин. Он характеризуется хорошей активностью в отношении «атипичных» микроорганизмов. Однако высокая частота выделения тетрациклинорезистентных штаммов *Streptococcus pneumoniae* в России не позволяет рассматривать его в качестве препарата выбора для эмпирической терапии внебольничной пневмонии [24].

При лечении гриппозных и постгриппозных ВП на первое место выходят противовирусные средства (осельтамавир, занамавир, ингавирин), а антибактериальная терапия уходит на второй план, либо применяется при так называемых поздних пневмониях (2-3-я неделя от начала гриппа) [9, 24, 25].

На протяжении последних лет во всем мире наблюдается стремительный рост резистентности возбудителей пневмонии к применяемым антибактериальным препаратам, причем соотношение резистентных штаммов значительно варьирует как

между странами, так и между регионами одной страны [19, 25]. Антибактериальная активность каждого нового поколения антибиотиков такова, что априорное назначение их возможно только в первое полугодие клинического применения. В последующие сроки требуется бактериологическое исследование субстрата на микрофлору и чувствительность к антибиотикам до начала терапии [19].

Заключение

При планировании антибиотикотерапии участковым врачам следует учесть следующие факторы [24, 25]:

1) Антибактериальный эффект антибиотика снижается в тех случаях, когда больному одновременно вводится несколько препаратов (4-5, а иногда и 10 и более), что объясняется образованием более крупных молекулярных частиц, лишенных возможности диффузии в место непосредственного воздействия антибиотика.

2) Антибиотикотерапии вредит нестабильность лечения. Частые замены препаратов без четко установленных показаний разрушают предварительно сбалансированную концентрацию антибиотика в жидкой среде организма, нарушают адаптационные механизмы рецепции и тем самым не дают проявиться антибактериальному эффекту препарата.

3) При организации лечения в амбулаторных условиях большое значение имеет и комплаентность пациента. На выполнение врачебных рекомендаций влияют как субъективные личностные качества больного, так и объективные (стоимость препарата, неудобный для амбулаторных условий режим приема, частота и выраженность побочных эффектов, длительность сроков лечения), препятствующие рациональной терапии. Все это, естественно, снижает эффективность лечения ВП.

Литература

1. Атаев М.Г., Эскендаров У.Р., Агаева Э.Н., Ханахмедова К.Ш., Алхазова Р.Т. Смертность от гриппа и пневмонии детей Республики Дагестан (статья) // Проблемы экологической медицины: матер. 2 Респ. научно-практ. конф. Махачкала: ИПЦ ДГМА, 2013. С. 342-348.
2. Воронович Е.Л., Ефименко С.Е., Бовбель И.Э., Малюгин В.Ю. Применение кларитромицина при лечении инфекций органов дыхания у детей // Медицинская панорама. 2007. № 14, Т. 82. С. 61-62.
3. Выделение, идентификация и определение чувствительности к антибиотикам *Streptococcus pneumoniae*: методические рекомендации / под ред. Л.С. Страчунского // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2000. № 1, Т. 2. С. 88-98.
4. Горбунов С.Г., Горбунова С.Г., Горелов А.В., Демина А.А. Клиническая характеристика пневмоний у детей, обусловленных *Haemophilus influenzae* типа b // Педиатрия. 2002. № 4. С. 30-34.
5. Казанцев В.А., Удальцов Б.Б. Пневмонии: руководство для врачей. СПб.: Спец-Лит. 2002. 118 с.
6. Казанцев В.А. Современные представления о лечении пневмонии. М.: ФАРМиндекс-Практик. 2003. Вып. 5. С. 33-84.

7. Карапетян Т.А. Внебольничная пневмония сегодня (обзор литературы) // Вестник Санкт-Петербургского университета. Сер. 11. 2008. Вып. 1. С. 3-11.
8. Козлов Р. С., Сивая О. В., Шпынев К. В. Антибиотико-резистентность *Streptococcus pneumoniae* в России в 1999-2005 гг.: результаты многоцентровых проспективных исследований ПеГАС-I и ПеГАС-II // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2006. № 1, Т. 8. С. 33-47.
9. Метельский С.М., Бова А.А. Пневмонии // Медицинские новости. 2005. № 6. С. 23-35.
10. Навашин С.М., Чучалин А.Г., Белоусов Ю.В., Дворецкий Л.И. Антибактериальная терапия пневмоний у взрослых // Клиническая фармакология и терапия. 1999. № 1. С. 41-49.
11. Новиков Ю.К. Современные подходы к лечению пневмоний // Русский медицинский журнал. 2002. № 5. С. 251-254.
12. Новиков Ю.К. Этиология, степень тяжести и лечение внебольничной пневмонии // Русский медицинский журнал. 2006. № 7. С. 537-543.
13. Пневмония / Под ред. А.Г. Чучалина // Клинические рекомендации. Пульмонология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. С. 23-35.
14. Самсыгина Г.А. Пневмония // Рациональная фармакотерапия детских болезней / под ред. А.А. Баранова, Н.Н. Володина, Г.А. Самсыгиной. М.: Литтерра. 2007. С. 451-471.
15. Синопальников А.И., Страчунский Л.С., Сивая О.В. Новые рекомендации по ведению взрослых пациентов с внебольничной пневмонией: диагностика, оценка степени тяжести, антибактериальная терапия, профилактика // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2001. Т. 3, № 4. С. 355-370.
16. Сторожаков Г.И., Утешев Д.Б. Некоторые аспекты диагностики и лечения внебольничных пневмоний, вызванных атипичными возбудителями // Лечащий врач. 2005. № 8. С. 26-28.
17. Суворова М.П., Яковлев С.В., Дворецкий Л.И. Проблемы диагностики и антибактериальной терапии госпитальной пневмонии // Антибиотики и химиотерапия. 2001. № 9, Т. 46. С. 40-44.
18. Ушкалова Е.А. Сравнительная характеристика респираторных фторхинолонов, зарегистрированных в России // Антибиотики и химиотерапия. 2002. № 11. С. 38-45.
19. Ходош Э.М. Внебольничная пневмония: ключи к пониманию тактики ведения и безуспешной антибактериальной терапии // Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. 2010. № 1, Т. 30. С. 50-55.
20. Чучалин А.Г., Гельфанд Б.Р. Нозокомальная пневмония у взрослых (Национальные рекомендации) // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2009. № 2, Т. 11. С. 100-142.
21. Чучалин А.Г. Пневмония: актуальная проблема современной медицины // *Materia Medica*. 1995. № 4. С. 5-10.
22. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Страчунский Л.С., Козлов Р.С. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике // Современные клинические рекомендации по антимикробной терапии. Вып. 2. Смоленск: МАКМАХ, 2007. 608 с.
23. Чучалин А.Г., Цой А.Н., Архипов В.В. Диагностика и лечение пневмоний с позиций медицины доказательств // *Consilium medicum*. 2002. № 12, Т. 4. С. 620-644.
24. Шихнебиев Д.А. Особенности клиники и диагностики внебольничных пневмоний, развившихся на фоне хронической обструктивной болезни легких // Современные проблемы науки и образования. 2014. № 2. С. 353.
25. Шихнебиев Д.А. Современные подходы к антимикробной терапии внегоспитальных пневмоний (обзор литературы) // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2014. № 4. С. 101-104.
26. Contopoulos-Ioannidis D.G., Ioannidis J.P., Chew P., Lau J. Meta-analysis of randomized controlled trials on the comparative efficacy and safety of azithromycin against other antibiotics for lower respiratory tract infections // *J. Antimicrob. Chemother.* 2001. № 48(5). P. 691-703.
27. Treadway G., Pontani D. Pediatric safety of azithromycin: worldwide experience // *J. Antimicrob. Chemother.* 1996. № 37 (Suppl. C). P. 143-149.

References

1. Ataev M.G., Eskendarov U.R., Agaeva E.N., Khanakhme-dova K.Sh., Alkhazova R.T. Smertnost' ot grippa i pnevmonii detey Respubliki Dagestan (stat'ya) [Mortality from influenza and pneumonia of children Republic of Dagestan (Article)] // *Problemy ekologicheskoy meditsiny: mater. 2 Resp. nauchno-prakt. konf. Makhachkala: IPTs DGMA*, 2013. S. 342-348.
2. Voronovich E.L., Efimenko S.E., Bovbel' I.E., Malyugin V.Yu. Primenenie klaritromitsina pri lechenii infektsiy organov dykhaniya u detey [The use of clarithromycin in the treatment of respiratory infections in children] // *Meditsinskaya panorama*. 2007. № 14, Т. 82. S. 61-62.
3. Vydelenie, identifikatsiya i opredelenie chuvstvi-tel'nosti k antibiotikam *Streptococcus pneumoniae*: metodicheskie rekomendatsii / pod red. L.S. Strachunskogo [Isolation, identification and antibiotic susceptibility *Streptococcus pneumoniae*: guidelines] // *Klinicheskaya mikrobiologiya i antimikrobnaya khimioterapiya*. 2000. № 1, Т. 2. S. 88-98.
4. Gorbunov S.G., Gorbunova S.G., Gorelov A.V., Demina A.A. Klinicheskaya kharakteristika pnevmoniy u detey, obuslovlennykh *Hemophilus influenzae* tipa b [Clinical characteristics of pneumonia in children caused by *Hemophilus influenzae* type b] // *Pediatriya*. 2002. № 4. S. 30-34.
5. Kazantsev V.A., Udaltsov B.B. Pnevmonii; rukovo-dstvo dlya vrachey [Pneumonia; guide for physicians.]. SPb.: Spets-Lit, 2002. 118 s.
6. Kazantsev V.A. Sovremennye predstavleniya o lechenii pnevmonii [Modern views on the treatment of pneumonia]. M.: FARMindeks-Praktik. 2003. Vyp. 5. S. 33-84.
7. Karapetyan T.A. Vnebol'nichnaya pnevmoniya segodnya (obzor literatury) [Community-acquired pneumonia today (review of the literature)] // *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Ser. 11*. 2008. Vyp. 1. S. 3-11.
8. Kozlov R. S., Sivaya O. V., Shpynev K. V. Antibiotiko-rezistentnost' *Streptococcus pneumoniae* v Rossii v 1999-2005 gg.: rezul'taty mnogotsentrovyykh prospektivnykh issledovaniy PeGAS-I i PeGAS-II [Antibiotic resistance in *Streptococcus pneumoniae* Russia in 1999-2005 .: Results of multicenter prospective studies PeGAS-I and PeGAS-II] // *Klinicheskaya mikrobiologiya i antimikrobnaya khimioterapiya*. 2006. № 1, Т. 8. S. 33-47.
9. Metel'skiy S.M., Bova A.A. Pnevmonii [Pneumonia] // *Meditsinskie novosti*. 2005. № 6. S. 23-35.
10. Navashin S.M., Chuchalin A.G., Belousov Yu.V., Dvoretzkiy L.I. Antibakterial'naya terapiya pnevmoniy u vzroslykh [Antibiotic therapy of pneumonia in adults] // *Klinicheskaya farmakologiya i terapiya*. 1999. № 1. S. 41-49.
11. Novikov Yu.K. Sovremennye podkhody k lecheniyu pnevmoniy [Modern approaches to the treatment of pneumonia] // *Russkiy meditsinskiy zhurnal*. 2002. № 5. S. 251-254.
12. Novikov Yu.K. Etiologiya, stepen' tyazhesti i lechenie vnebol'nichnoy pnevmonii [Etiology, severity and treat-

- ment of community-acquired pneumonia] // *Russkiy meditsinskiy zhurnal*. 2006. № 7. S. 537-543.
13. Pnevmoniya [Pneumonia] / Pod red. A.G. Chuchalina // *Klinicheskie rekomendatsii. Pul'monologiya [Pulmonology]*. M.: GEOTAR-Media, 2006. S. 23-35.
 14. Samsygina G.A. Pnevmoniya [Pneumonia] // *Ratsional'naya farmakoterapiya detskikh bolezney / pod red. A.A. Baranova, N.N. Volodina, G.A. Samsyginoy*. M.: Litterra, 2007. S. 451-471.
 15. Sinopal'nikov A.I., Strachunskiy L.S., Sivaya O.V. Novye rekomendatsii po vedeniyu vzroslykh patsientov s vnebol'nichnoy pnevmoniyey: diagnostika, otsenka stepeni tyazhesti, antibakterial'naya terapiya, profilaktika [New guidelines on the management of adult patients with community-acquired pneumonia: diagnosis, to assess the severity of a minute, antibiotic therapy, prevention] // *Klinicheskaya mikrobiologiya i antimikrobnaya khimioterapiya*. 2001. T. 3, № 4. S. 355-370.
 16. Storozhakov G.I., Uteshev D.B. Nekotorye aspekty diagnostiki i lecheniya vnebol'nichnykh pnevmoniy, vyzvannykh atipichnymi vozbuditel'yami [Some aspects of diagnosis and treatment of community-acquired pneumonia caused by atypical pathogens] // *Lechashchiy vrach*. 2005. № 8. S. 26-28.
 17. Suvorova M.P., Yakovlev S.V., Dvoretzkiy L.I. Problemy diagnostiki i antibakterial'noy terapii gospital'noy pnevmonii [Problems of diagnosis and antibiotic therapy nosocomial pneumonia] // *Antibiotiki i khimioterapiya*. 2001. № 9, T. 46. S. 40-44.
 18. Ushkalova E.A. Sravnitel'naya kharakteristika respiratornykh ftorkhinolonov, zaregistrirovannykh v Rossii [Comparative characteristics of respiratory fluoroquinolones, registered in Russia] // *Antibiotiki i khimioterapiya*. 2002. № 11. S. 38-45.
 19. Khodosh E.M. Vnebol'nichnaya pnevmoniya: klyuchi k ponimaniyu taktiki vedeniya i bezuspeshnoy antibakterial'noy terapii [Community-acquired pneumonia: the keys to understanding the tactics and unsuccessful antibiotic therapy] // *Klinicheskaya immunologiya. Alergologiya. Infektologiya*. 2010. № 1, T. 30. S. 50-55.
 20. Chuchalin A.G., Gelfand B.R. Nozokomial'naya pnevmoniya u vzroslykh (Natsional'nye rekomendatsii) [Nosocomial pneumonia in adults (National guidelines)] // *Klinicheskaya mikrobiologiya i antimikrobnaya khimioterapiya*. 2009. № 2, T. 11. S. 100-142.
 21. Chuchalin A.G. Pnevmoniya: aktual'naya problema sovremennoy meditsiny [Pneumonia: actual problems of modern medicine] // *Materia Medica*. 1995. № 4. S. 5-10.
 22. Chuchalin A.G., Sinopal'nikov A.I., Strachunskiy L.S., Kozlov R.S. Vnebol'nichnaya pnevmoniya u vzroslykh: prakticheskie rekomendatsii po diagnostike, lecheniyu i profilaktike [Community-acquired pneumonia in adults: guidelines for diagnosis, treatment and prevention] // *Sovremennye klinicheskie rekomendatsii po antimikrobnoy terapii*. Vyp. 2. Smolensk: MAKMAKh, 2007. 608 c.
 23. Chuchalin A.G., Tsoy A.N., Arkhipov V.V. Diagnostika i lechenie pnevmoniy s pozitsiy meditsiny dokazatelstv [Diagnosis and treatment of pneumonia from the standpoint of medical evidence] // *Consilium medicum*. 2002. № 12, T. 4. S. 620-644.
 24. Shikhnebiev D.A. Osobennosti kliniki i diagnostiki vnebol'nichnykh pnevmoniy, razvivshikhsya na fone khronicheskoy obstruktivnoy bolezni legkikh [Features of clinic and diagnostic community-acquired pneumonia that developed on the background of chronic obstructive pulmonary disease] // *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. 2014. № 2. S. 353.
 25. Shikhnebiev D.A. Sovremennye podkhody k antimikrobnoy terapii vnegospital'nykh pnevmoniy (obzor literatury) [Modern approaches to community-acquired pneumonia antimicrobial therapy (review)] // *Mezhdunarodnyy zhurnal prikladnykh i fundamental'nykh issledovaniy*. 2014. № 4. S. 101-104.
 26. Contopoulos-Ioannidis D.G., Ioannidis J.P., Chew P., Lau J. Meta-analysis of randomized controlled trials on the comparative efficacy and safety of azithromycin against other antibiotics for lower respiratory tract infections // *J. Antimicrob. Chemother.* 2001. № 48(5). P. 691-703.
 27. Treadway G., Pontani D. Pediatric safety of azithromycin: worldwide experience // *J. Antimicrob. Chemother.* 1996. № 37 (Suppl. C). R.143-149.

Сведения о соавторе:

Атаев Магомедрасул Гаджиевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры клинической фармакологии и фармации ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ.
Тел.: 89034821084

Ингавирин®

Инновационный противовирусный препарат

- Оказывает прямое противовирусное действие в отношении вирусов гриппа и ОРВИ
- Сокращает продолжительность и уменьшает выраженность симптомов
- Снижает риск развития осложнений и рецидивов
- Обладает высоким профилем безопасности
- Обеспечивает максимальную комплаентность (1 капсула \ 1 раз в сутки, 5 дней)



Л.Х. Гаджиева

Возможности деремоделирования сердца у лиц пожилого и старческого возраста с артериальной гипертензией на фоне комбинированной гипотензивной терапии

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.04 – «внутренние болезни» выполнена и защищена в ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор К.А. Масуев.

Дата защиты: 12.03. 2015 г. на заседании диссертационного совета Д 208.025.01.

Цель исследования – изучить возможности деремоделирования сердца у лиц пожилого и старческого возраста с артериальной гипертензией на фоне комбинированной гипотензивной терапии: иАПФ с диуретиком (периндоприл и индапамид) и иАПФ с антагонистом кальция (лизиноприл и амлодипин).

У больных пожилого и старческого возраста артериальной гипертензией с высоким риском осложнений выявлены признаки ремоделирования сердца, при этом преобладают концентрические типы

ремоделирования. Применение фиксированных комбинаций гипотензивных препаратов – иАПФ с диуретиком (периндоприл и индапамид) и иАПФ с антагонистом кальция (лизиноприл и амлодипин) – у больных пожилого и старческого возраста способствует деремоделированию сердца. Деремоделирование миокарда наблюдается и у лиц старческого возраста (от 75 лет) на фоне фиксированной гипотензивной терапии. Использование фиксированной гипотензивной терапии позволяет добиться достоверного контроля показателей СМАД. Сравнительный анализ различных комбинаций фиксированных гипотензивных препаратов – иАПФ с диуретиком (периндоприл и индапамид) и иАПФ с антагонистом кальция (лизиноприл и амлодипин) – у больных пожилого и старческого возраста с позиции влияния на процессы ремоделирования показал преимущество иАПФ и диуретика. Результаты исследования внедрены в клиническую практику, используются в отделениях Республиканского медицинского центра, а также в научной и учебной работе на кафедре госпитальной терапии № 2 ДГМА.

Ж.А. Ганиева

Цитокиновый профиль и уровень сывороточного эндотелина у больных ревматоидным артритом в сочетании с ишемической болезнью сердца

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.04 – «внутренние болезни» выполнена и защищена в ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор С.Н. Маммаев.

Дата защиты: 12.03. 2015 г. на заседании диссертационного совета Д 208.025.01.

Цель исследования – изучить содержание про- и противовоспалительных цитокинов и уровня эндотелина – 1 в крови у больных ревматоидным артритом (РА) в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС), оценить изменение этих показателей на фоне лечения метотрексатом.

Установлено, что у больных РА в сочетании с ИБС и у пациентов с ИБС частота встречаемости таких факторов риска, как артериальная гипертензия, ожирение, сахарный диабет, была выше, чем у больных РА, не имеющих признаков сердечно-сосудистых осложнений, и в контрольной группе. Различий по частоте встречаемости традиционных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний

у больных РА и в контрольной группе не наблюдалось. У больных РА и у пациентов с сочетанием РА и ИБС имеет место нарушение цитокинового профиля, характеризующееся повышением уровня провоспалительных цитокинов и умеренным снижением количества противовоспалительных цитокинов. Повышение уровня сывороточного эндотелина – 1 у больных РА и у пациентов с сочетанием РА и ИБС представляет ценную информацию для изучения эндотелиальной функции у данных больных. Установлено, что динамика сывороточных показателей интерлейкина-6, интерлейкина-10 и эндотелина-1 позволяет контролировать эффективность базисной противовоспалительной терапии. С целью коррекции нарушений эндотелиальной функции и цитокинового статуса всем больным РА при отсутствии противопоказаний следует назначить метотрексат в дозе 15 ± 5 мг/нед. Результаты работы внедрены в клиническую практику ревматологического и кардиологического отделений ГБУ РД «Республиканская клиническая больница» (г. Махачкала), а также используются в учебном процессе на кафедре госпитальной терапии № 1 ДГМА.

**Итоги деятельности диссертационного совета Д 208.025.01
Дагестанской государственной медицинской академии за 2014 год**

За 2014 год проведено 18 заседаний диссертационного совета (ДС), защищены 5 кандидатских диссертаций, из них 4 диссертации защищены по внутренним болезням, 1 диссертация – по хирургии. Докторских диссертаций не было.

1. 19 июня 2014 года врач-хирург Дагестанского центра грудной хирургии Омаров Омар Ильясович защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Хирургическое лечение несостоятельности желудочно-пищеводного перехода при аксиальных грыжах». Научный руководитель: проф. С.А. Алиев. Официальные оппоненты: проф. Г.Д. Одишелашвили, к.м.н. Х.М. Омаров. Ведущая организация: ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» МЗ РФ. Как отметили официальные оппоненты, ведущая организация, члены совета, выступившие в прениях при обсуждении диссертации, работа О.И. Омарова содержит новое решение актуальной научно-практической задачи по лечению несостоятельности пищеводно-желудочного перехода при аксиальных грыжах, вносит существенный вклад в теоретические и практические аспекты современной хирургии. Приказом Минобрнауки РФ № 751/нк от 24 декабря 2014 года О.И. Омарову выдан диплом кандидата медицинских наук.
2. 19 июня 2014 года ассистент кафедры терапии ФПК и ППС ДГМА Махмудова Эльмира Рашитбековна защитила кандидатскую диссертацию на тему: «Локальная наружная контрпульсация в комплексном лечении пациентов стабильной стенокардией напряжения III функционального класса». Научный руководитель: д.м.н., доцент М.Т. Кудяев. Официальные оппоненты: проф. С.Р. Гиляревский, к.м.н. А.А. Магомедова. Ведущая организация: ГБОУ ВПО «Казанская государственная медицинская академия» МЗ РФ. Официальные оппоненты, ведущая организация, члены совета, принявшие участие в обсуждении диссертации, отметили, что в работе Э.Р. Махмудовой разработана методика локальной наружной контрпульсации для комплексного лечения больных ИБС, стабильной стенокардией напряжения III функционального класса. Впервые доказана эффективность метода неинвазивного воздействия, его положительное влияние на показатели центральной и периферической гемодинамики, клинико-функциональный статус и качество жизни больных. Приказом Минобрнауки РФ № 751/ нк от 24 декабря 2014 года Э.Р. Махмудовой выдан диплом кандидата медицинских наук.
3. 11 декабря 2014 года врач-терапевт Махачкалинской женской консультации № 2 Ханмурзаева Наида Багавдиновна защитила кандидатскую диссертацию на тему: «Содержание маркеров воспаления у больных эссенциальной артериальной гипертензией в зависимости от тяжести течения заболевания и эффективности лечения». Научный руководитель: проф. С.Н. Маммаев. Официальные оппоненты: проф. М.А. Уметов, проф. Л.А. Стрижаков. Ведущая организация: ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» МЗ РФ. Официальные оппоненты, ведущая организация, члены совета, выступившие в прениях диссертации, указали, что результаты работы Н.Б. Ханмурзаевой позволяют усовершенствовать методы ранней диагностики поражений органов - мишеней (ПОМ) при ЭАГ, стратифицировать риск ССО у больных ЭАГ, оценить эффективность проводимой антигипертензивной терапии. Работа соответствует требованиям ВАК МОН РФ, предъявляемым к кандидатским диссертациям, автор заслуживает присуждения ученой степени кандидата медицинских наук.
4. 11 декабря 2014 года ассистент кафедры внутренних болезней педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов ДГМА Мухаджиев Алимхан Абухаджиевич защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Показатели неинвазивной диагностики фиброза печени у больных хроническим гепатитом С». Научный руководитель: проф. С.Н. Маммаев. Официальные оппоненты: проф. Н.И. Гейвандова, проф. Ч.С. Павлов. Ведущая организация: ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» МЗ РФ. Официальные оппоненты, ведущая организация, члены совета, выступившие в прениях при обсуждении диссертации, указали: автором показано, что уровень трансформирующего фактора роста бета-1 и тканевого ингибитора металлопротеиназы в сыворотке крови, а также показатели фиброэластометрии имеют значимую связь с основными клинико-лабораторными характеристиками хронического гепатита С, определяющими активность и стадию заболевания. Положительная клинико-лабораторная динамика на фоне эффективного противовирусного лечения хронического гепатита С сопровождается значительным снижением этих показателей в сыворотке крови. Работа соответствует требованиям ВАК МОН РФ, предъявляемым к кандидатским

- диссертациям, автор заслуживает присуждения ученой степени кандидата медицинских наук.
5. 25 декабря 2014 года врач-терапевт Дагестанского республиканского онкологического диспансера Петросова Виктория Герасимовна защитила кандидатскую диссертацию на тему: «Влияние телмисартана и амлодипина на показатели адипонектина и цитокинов у больных метаболическим синдромом». Научный руководитель: проф. С.Н. Маммаев.
Официальные оппоненты: проф.М.Н. Мамедов, проф.Н.В. Агранович.
Ведущая организация: ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» МЗ РФ.
Официальные оппоненты, ведущая организация, члены совета, выступившие в прениях при обсуждении диссертации, указали, что автором дана оценка взаимоотношений между провоспалительным состоянием и основными компонентами метаболического синдрома. Выявлены корреляции между уровнями цитокинов интерлейкинов-6 и 10, адипонектина в крови и показателями, характеризующими инсулинорезистентность, артериальное давление, ожирение, дислипидемию. Дана клиническая оценка динамики показателей воспалительного статуса и адипонектина на фоне двух видов гипотензивной монотерапии: телмисартаном и амлодипином. Работа соответствует требованиям ВАК МОН РФ, предъявляемым к кандидатским диссертациям, автор заслуживает присуждения ученой степени кандидата медицинских наук.
 6. 25 декабря 2014 года состоялось предварительное рассмотрение кандидатской диссертации по внутренним болезням врача ревматологического отделения РКБ Ганиевой Жаннеты Арслановны на тему: «Цитокиновый профиль и уровень сывороточного эндотелина у больных ревматоидным артритом в сочетании с ишемической болезнью сердца». Научный руководитель: проф. С.Н. Маммаев. Диссертация принята к защите. Официальными оппонентами по диссертации назначены профессор З.С. Алекберова из НИИ ревматологии имени В.А. Насоновой РАН и профессор А.В. Ягода из Ставропольского государственного медицинского университета. Ведущей организацией по диссертации назначен Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова. Защита состоялась 12 марта 2015 года. Как отметили официальные оппоненты, ведущая организация и члены совета, участвовавшие в прениях при обсуждении диссертации, автором установлено, что у больных ревматоидным артритом (РА) в сочетании с ИБС и у пациентов с ИБС частота встречаемости таких факторов риска, как артериальная гипертония, ожирение, сахарный диабет, выше, чем у больных ревматоидным артритом, не имеющих признаков сердечно-сосудистых осложнений. У больных РА и у пациентов с сочетанием РА и ИБС имеет место нарушение цитокинового профиля, характеризующееся повышением уровня провоспалительных цитокинов и умеренным снижением количества противовоспалительных цитокинов. Динамика сывороточных показателей ИЛ-6, ИЛ-10 и эндотелина-1 позволяет контролировать эффективность базисной противовоспалительной терапии. Работа отвечает требованиям ВАК МОН РФ, предъявляемым к кандидатским диссертациям, автор заслуживает присуждения ученой степени кандидата медицинских наук.
 7. 25 декабря 2014 года состоялось предварительное рассмотрение кандидатской диссертации заочного аспиранта кафедры госпитальной терапии № 2 ДГМА Гаджиевой Лайлы Хидириевны на тему: «Возможности деремоделирования сердца у лиц пожилого и старческого возраста с артериальной гипертонией на фоне комбинированной гипотензивной терапии». Научный руководитель: проф. К.А. Масуев. Диссертация принята к защите. Защита назначена на 12 марта 2015 года. Официальными оппонентами по диссертации назначены профессор О.П. Шевченко из Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова и профессор М.А. Уметов из Кабардино-Балкарского государственного университета имени Х.М. Бербекова. Ведущей организацией по диссертации назначен Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова. Защита состоялась 12 марта 2015 года. Официальные оппоненты, ведущая организация и члены совета отметили, что автором оценено состояние сердечно-сосудистой системы у больных артериальной гипертонией пожилого и старческого возраста по клиническим, гемодинамическим и структурно-функциональным характеристикам, выявлены признаки ремоделирования миокарда. Установлено, что деремоделирование миокарда наблюдается и у лиц старческого возраста (от 75 лет и старше) на фоне применения комбинированной гипотензивной терапии. Работа соответствует требованиям ВАК МОН РФ, предъявляемым к кандидатским диссертациям, автор заслуживает присуждения ученой степени кандидата медицинских наук.

Сведения о защищенных диссертациях в ДС ДГМА за 1994 – 2014 годы							
Годы	Шифр специальности – 14.01.04- внутренние болезни			шифр специальности – 14.01.17- хирургия			
	Д.М.Н.	К.М.Н.	Всего	Д.М.Н.	К.М.Н.	Всего	Итого
1994		1	1		1	1	2
1995		2	2	1	2	3	5
1996		1	1		2	2	3
1997		6	6		5	5	11
1998		1	1	2	4	6	7
1999		2	2		2	2	4
2000	1	5	6	4	3	7	13
2001	1		1	1	2	3	4
2002		4	4		3	3	7
2003		3	3	1	1	2	5
2004				1	11	12	12
2005	2	2	4	1	5	6	10
2006	1	5	6	4	7	11	17
2007	2	6	8	1	7	8	16
2008		9	9	1	8	9	18
2009		3	3	2	1	3	6
2010		9	9	3	5	8	17
2011	2	2	4	1	2	3	7
2012		2	2				2
2013		4	4		2	2	6
2014		4	4		1	1	5
Итого	9	71	80	23	74	97	177

Как видно из приведенной таблицы, за последние четыре года (2011-2014) число защит диссертаций в ДС ДГМА резко уменьшилось, что можно объяснить новыми требованиями к диссертантам и диссертационным советам, вытекающими из нового Положения о присуждении ученых степеней, утвержденного постановлением Правительства РФ № 842 от 24 сентября 2013 года и нового Положения о диссертационном совете, утвержден-

ного приказом Министерства образования и науки РФ № 7 от 13 января 2014 года. О новых требованиях ВАК МОН РФ говорилось на заседаниях Ученого и диссертационного советов. Чтобы не получать замечания ВАК МОН РФ, нашим диссертантам и диссертационному совету ДГМА необходимо строго соблюдать все новые требования, содержащиеся в вышеуказанных Положениях.

Сообщение из ВАК МОН РФ

Приказом Министерства образования и науки РФ № 751/нк от 24 декабря 2014 года выданы дипломы кандидатов медицинских наук: а) врачоторакальному хирургу ГБУ РД «Республиканский центр грудной хирургии» МЗ РД Омарову Омару Ильясовичу, защитившему 19.06.2014 г. в диссертационном совете ДГМА кандидатскую диссертацию на тему «Хирургическое лечение несостоятельности пищеводно-желудочного перехода при аксиальных грыжах» (экспериментально-клиническое исследование) (14.01.17 – «хирургия»), научный руководитель – доктор медицинских наук, профессор С.А. Алиев; б) ассистенту кафедры терапии ФПК и ППС ДГМА Махмудовой Эльмире Рашитбековне, защи-

тившей 19.06.2014 г. в диссертационном совете ДГМА кандидатскую диссертацию на тему «Локальная наружная контрпульсация в комплексном лечении пациентов стабильной стенокардией напряжения III функционального класса» (14.01.04 – «внутренние болезни»), научный руководитель – доктор медицинских наук, доцент М.Т. Кудаев. Поздравляем О.И. Омарова, Э.Р. Махмудову, их научных руководителей, желаем им новых творческих успехов.

Раздел подготовил ученый секретарь диссертационного совета Д 208.025.01 при ДГМА, профессор М.Р. Абдуллаев

К 80-летию профессора Асиятилова Абудало Хаваловича

Асиятилов Абудало Хавалович родился в 1935 г. в с. Урада Кахибского (ныне Шамильского) района. В 1963 г. окончил Харьковский медицинский стоматологический институт.

С 1963 г. по 1965 г. – челюстно-лицевой хирург Республиканской стоматологической поликлиники. С 1966 г. по 1968 г. – аспирант Московского медицинского стоматологического института.

В 1969 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Осложнения хронических периодонтитов – одонтогенные свищи, одонтогенные подкожные гранулемы». На основании клинических и экспериментальных исследований автором предложена новая классификация одонтогенных гранулем, которая вошла в учебники хирургической стоматологии РФ. Эти научные достижения отражены также в методических рекомендациях для врачей и ординаторов челюстно-лицевых отделений.

В 1969–1972 гг. – ассистент кафедры хирургической стоматологии ДГМИ. 1972–1990 гг. – доцент кафедры хирургической стоматологии и заведующий отделением челюстно-лицевой хирургии. С 1991 г. – профессор, заведующий кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. С того же года – главный внештатный челюстно-лицевой хирург МЗ РД.

Под его руководством кафедра выполняет научно-исследовательские работы по теме: «Основные стоматологические заболевания, их профилактика и лечение». Разработаны комплексные темы: «Эпидемиология, патогенез, клиника и лечение стоматологических заболеваний». По этой тематике защищены две кандидатские диссертации.

В 2007 г. за изобретение «Способ восстановления врожденной ушной раковины» ДГМА награждена дипломом федеральной службы по интеллектуальной собственности, патентом и товарным знаком, а также правительством республики за эту же разработку.

Кафедра принимает активное участие в выполнении комплексных научных работ Дагмедакадемии и Минздрава РД по теме: «Здоровье населения Дагестана». По этой тематике сотрудниками кафедры выполняется диссертационная работа. Под руководством зав. кафедрой защищены 4 кандидатских диссертации.

Асиятиловым А.Х. опубликовано более 160 научных работ, издано 17 учебно-методических пособий по различным разделам хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Имеет государственные награды и звания: медали «За трудовое отличие»; «Ветеран труда»; «Отличник здравоохранения СССР»; «Заслуженный врач РД».

Ректорат, редакция журнала «Вестник ДГМА», сотрудники кафедры поздравляют с юбилеем, желают здоровья, творческих успехов, научных достижений и профессионального долголетия.

НАУЧНАЯ ЖИЗНЬ

28 мая 2015 года в 10 часов, состоится II Республиканская научно-практическая конференция «Инновации в образовании и медицине» по адресу: г. Махачкала, ул. Ш. Алиева 1, биокорпус Дагестанской государственной медицинской академии, актовЫй зал (3 этаж)

Приглашаются сотрудники кафедр ДГМА, аспиранты, клинические ординаторы, студенты и врачи лечебно-профилактических учреждений.

Оргкомитет

К 75-летию профессора Магомедханова Махача Магомедовича



Исполнилось 75 лет известному ученому и общественному деятелю республики, профессору Махачу Магомедовичу Магомедханову. Он родился 1 января 1940 г. в селении Тлярощ Чародинского района. В 1963 г. окончил Даггосуниверситет, в 1971 г. – Дагсельхозинститут.

С 1963 г. по 1964 г. – преподаватель немецкого и русского языков в Гунибской школе. С 1966 г. по 1967 г. – старший преподаватель кафедры иностранных языков ДГМИ. С 1967 г. по 1968 г. – военный переводчик Группы советских войск в Германии. С 1968 г. по настоящее время работает заведующим кафедрой иностранных, русского и латинского языков Дагестанской государственной медицинской академии.

В 1971 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему «Очерки по фразеологии аварского языка», в 1990 г. – докторскую диссертацию на тему «Основы лексикографической разработки устойчивых словосочетаний аварского языка».

Добросовестным отношением к своим обязанностям, настойчивостью, принципиальным подходом к делу, умением мобилизовать сотрудников на выполнение стоящих перед кафедрой задач он завоевал авторитет среди коллектива сотрудников и студентов академии, а кафедра стала одной из ведущих языковедческих кафедр республики. Здесь Махач Магомедович сформировался как ученый и организатор науки, обладающий острым чувством нового и стремлением к созиданию.

Звание профессора ему присвоено в 1991 г.

Особо следует отметить, что М. Магомедханов стал первым деканом ДМИ по работе с иностранными студентами и на этом поприще получил возможность в полной мере проявить свои организаторские и деловые качества.

Научную деятельность М. Магомедханов всегда совмещал с преподавательской работой. Сегодня Махач Магомедович – известный ученый. Под его научным руководством подготовлены и защищены 7 докторских и 12 кандидатских диссертаций.

Всего у него научных работ – свыше 100, из них монографий, учебных пособий, учебников, словарей – 25.

Труды М.М. Магомедханова по созданию учебников и словарей имеют большое значение для развития общего и дагестанского языкознания, сравнительно-сопоставительного изучения языков и социолингвистики. Он является членом ряда специализированных советов по защите докторских и кандидатских диссертаций.

Являясь председателем Республиканского методобъединения вузов РД по изучению иностранных языков, М.М. Магомедханов стал ведущим специалистом по научным, методическим вопросам изучения иностранных языков в нашей республике.

Огромное значение Махач Магомедович придает укреплению связей кафедры с другими гуманитарными кафедрами республики. В 1972 году он выступил с инициативой проведения студенческой конференции на иностранных языках. Эти конференции стали традиционными, а неизменным председателем оргкомитета остается Махач Магомедович. Кроме того, он принимает активное участие в организации и проведении многих международных научных конференций, симпозиумов, совещаний, выступает на них с лекциями и докладами.

В разные годы М.М. Магомедханов участвовал в выполнении престижных научных грантов Российского гуманитарного научного фонда и издательского гранта Федерального агентства по печати и массовым коммуникациям в рамках Федеральной программы «Культура России».

Махач Магомедович – член Союза писателей России. За достигнутые трудовые успехи и многолетнюю добросовестную работу М.М. Магомедханов награжден орденом Дружбы. Кроме того, он награжден орденом ГДР, а также медалями и почетными грамотами, ему присвоено почетное звание «Заслуженный деятель науки РД» и «Заслуженный работник высшей школы РФ».

За заслуги в области филологической науки в 1994 г. избран академиком Международной академии информатизации (МАИ), в 1997 г. – Российской академии естественных наук (РАЕН), в 2008 г. – Петровской академии наук и искусств. Будучи советником Председателя Правительства правления Международного фонда им. Шамиля, активно участвует в общественной жизни республики.

Мы желаем Махачу Магомедовичу еще долгие годы сохранять свои замечательные способности к созиданию, энергию для осуществления новых проектов.

Ректорат, редакция журнала «Вестник ДГМА», сотрудники кафедры поздравляют с юбилеем, желают здоровья, творческих успехов, научных достижений и профессионального долголетия.

К 70-летию профессора Абдуллаева Алигаджи Абдуллаевича

Абдуллаев Алигаджи Абдуллаевич родился 21 марта 1945 года. В 1962 году окончил Нижне-Гакваринскую среднюю школу с первой в Цумадинском районе Дагестана золотой медалью. В 1962 г. поступил и в 1971 г. окончил Дагестанский государственный медицинский институт (в 1964-67 гг. служил в Советской Армии).

С 1971 по 1974 г. работал по направлению врачом-терапевтом и кардиологом в Тульской области. В 1975-78 гг. проходил целевую аспирантуру по кардиологии во 2-ом МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова (г. Москва). Кандидатскую диссертацию, посвященную нарушению реологических свойств крови при пароксизмальных аритмиях сердца, защитил в 1979 году в Институте кардиологии им. А.Л. Мясникова. В Дагестанской государственной медицин-

ской академии (ДГМА) работает с 1978 года по настоящее время. В 1992-94 гг. проходил докторантуру в Российском государственном медицинском университете. В 1995 г. защитил диссертацию на соискание ученой степени доктора медицинских наук, посвященную плазмаферезу и плазмасорбции при инфаркте миокарда, в Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова (научный руководитель по кандидатской и консультант по докторской диссертациям – проф. В.А. Люсов). С 1995 г. заведует кафедрой поликлинической терапии, кардиологии и общей врачебной практики в ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ. Проводит последипломную подготовку врачей для лечебно-профилактических учреждений по специальностям – кардиология, терапия, скорая медицинская помощь, общая врачебная практика и функциональная диагностика.

Заслуженный врач и деятель науки Республики Дагестан. Председатель Дагестанского республиканского отделения и член президиума Правления Российского кардиологического общества. Почетный кардиолог России. Академик Российской академии естествознания. Член Профильной комиссии экспертного совета МЗ РФ и главный специалист МЗ РФ по общей врачебной практике. Председатель Дагестанских республиканских отделений РФ: Ассоциации врачей общей практики и Научного общества по изучению атеросклероза. Член редакционных советов журналов: «Российский кардиологический журнал», «Атеросклероз и дислипидемии», «Паллиативная медицина и реабилитация», «Российский семейный врач» и «Вестник ДГМА».

Под его руководством защищены 1 докторское и 7 кандидатских работ. Опубликовал 160 научных работ, 21 учебно-методическое пособие.

Ректорат, редакция журнала «Вестник ДГМА», сотрудники кафедры поздравляют с юбилеем, желают здоровья, творческих успехов, научных достижений и профессионального долголетия.

НАУЧНАЯ ЖИЗНЬ

15 июня 2015 года в 11 часов, состоится Научно-образовательный форум кардиологов и терапевтов СКФО, посвященный 20-летию кафедры поликлинической терапии, кардиологии и общей врачебной практики, в лекционном зале Дагестанской государственной медицинской академии.

Приглашаются сотрудники кафедр ДГМА, аспиранты, студенты и врачи лечебно-профилактических учреждений.

Оргкомитет

К 60-летию профессора Асхабовой Луизы Магомедовны



Л.М. Асхабова родилась 2 февраля 1955 г. в с. Чарода Чародинского района Дагестанской АССР. В 1978 г. окончила лечебно-профилактический факультет Дагестанского госмединститута (ДГМИ). С 1978 по 1979 г. прошла интернатуру по терапии на базе Республиканской клинической больницы г. Махачкала. С 1979 по 1980 г. прошла клиническую ординатуру на базе кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения ДГМИ. С 1980 по 1983 г. обучалась в аспирантуре по специальности «Социальная гигиена и организация здравоохранения» на той же базе.

С 1983 г. – ассистент кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения. С 1995 г. по настоящее время – заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения факультета повышения квалификации и последипломной переподготовки специалистов Дагестанской госмедакадемии (ДГМА).

В 1991 г. защитила кандидатскую диссертацию на тему «Социально-гигиенические аспекты исходов беременности у женщин основных народностей Дагестана» во II МОЛГМИ им. Н.И.Пирогова. В 1994 г. защитила докторскую диссертацию на тему «Эпидемиология невынашивания беременности» в РГМУ им. Н.И.Пирогова. В 1995 г. ей присвоено звание профессора.

С 1996 г. по настоящее время – председатель аттестационной подкомиссии по специальности «Организация здравоохранения» Минздрава РД. С 1996 по 1998 г. состояла в экспертной группе Минздрава России по вопросам внедрения страховой

медицины. Выезжала в качестве эксперта в Германию, Кипр, Израиль, Францию, Монако.

Приоритетное научное направление с 1980 по 1990 г. – анализ медико-демографических процессов, тенденций народонаселения в современных условиях с учетом региональных особенностей Дагестана. Практическим выходом дальнейших многолетних (с 1990 г. по настоящее время) научных исследований в области охраны материнства и детства сложного демографического региона, где на итоговые показатели здоровья влияет целый комплекс климатогеографических, медико-биологических, социально-экономических, медико-организационных факторов, а также исторически сложившиеся обычаи, традиции, стало не только и не столько объективно выявленная реальность, сколько значимость научно-практических внедрений в службы родовспоможения и детства республики, отразившиеся на общих и качественных показателях.

Под руководством Л.М. Асхабовой защищены 1 докторская и 11 кандидатских диссертаций, она является консультантом еще 2 докторских диссертаций. Л.М. Асхабова – автор 268 научных работ: статей, монографий (6), руководств, учебных пособий (7) (с грифом УМО по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России) и учебника «Организация и управление стоматологической помощи населению России в современных условиях», утвержденного ФИРО.

Л.М. Асхабова организовала проведение шести республиканских и двух всероссийских научно-практических конференций по актуальным вопросам здравоохранения с публикацией их материалов. Неоднократно представляла отечественную науку на Всероссийских и Европейских конгрессах (в Израиле, на Кипре и во Франции).

Будучи руководителем сектора по вопросам социальной медицины и организации здравоохранения Дагестанского научного центра РАМН, Луиза Магомедовна является одним из разработчиков республиканских целевых программ: «Медицинская наука – здравоохранению региона», «Здоровье подростков региона». Успешно завершена работа над программой «Здоровье семьи. Медико-социальные аспекты» (2006-2010 гг.). В настоящее время она работает над целевой программой «Медико-социальные аспекты помощи лицам пожилого и старческого возраста», имеющей особое прикладное значение для практического здравоохранения (2011-2015гг.).

Более 5 лет профессор Л.М. Асхабова является научным консультантом руководителя Республиканского медицинского центра при Министерстве здравоохранения Республики Дагестан И.М. Ибрагимова по вопросам качества и эффективности медицинской помощи населению пожилого и старческого возраста Республики Дагестан.

Луиза Магомедовна выполняет большую общественную работу в качестве председателя подкомиссии организаторов здравоохранения Центральной аттестационной комиссии Министерства

здравоохранения Республики Дагестан (с 1995 г.); члена правления Республиканской общественной организации «Ассоциация врачей Дагестана» (с 2000 г.); члена правления Всероссийской конфедерации по истории медицины России (с 1994 г.).

За вклад в области развития медицинской науки и здравоохранения, подготовку научных и врачебных кадров Л.М.Асхабовой присвоены почетные звания: «Заслуженный врач Республики Дагестан»

(1997 г.) и «Заслуженный деятель науки Республики Дагестан» (2000 г.), «Народный врач Республики Дагестан». Она награждена Почетной грамотой Минздравсоцразвития РФ (2010 г.).

Ректорат, редакция журнала «Вестник ДГМА», сотрудники кафедры поздравляют с юбилеем, желают здоровья, творческих успехов, научных достижений и профессионального долголетия.

К 60-летию профессора Саидова Марата Зиявдиновича



Известному российскому иммунологу, заведующему кафедрой патофизиологии Дагестанской государственной медицинской академии, доктору медицинских наук, профессору Саидову Марату Зиявдиновичу 18 марта 2015 г. исполнилось 60 лет. Вся профессиональная, научная деятельность М.З. Саидова посвящена изучению актуальных проблем иммунологии, клинической генетики и патофизиологии.

М.З.Саидов родился в Республике Дагестан в семье врачей. Будучи студентом второго курса Дагестанского медицинского института, он заинтересовался иммунологией как областью медицинских знаний и уже в то время определил сферу своих научных интересов и изысканий. Изучив научные и научно-популярные труды академика Р.В.Петрова, он начал регулярно выезжать в Москву на кафедру иммунологии медико-биологического факультета 2-го МОЛГМИ им. Н.И.Пирогова с целью определения направления своих научных исследований. По окончании лечебного факультета Дагестанского медицин-

ского института М.З.Саидов поступил в аспирантуру на кафедру иммунологии медико-биологического факультета 2-го МОЛГМИ им. Н.И.Пирогова, где под научным руководством Р.В.Петрова выполнил и защитил кандидатскую диссертацию, посвященную изучению функциональных свойств естественных киллеров (ЕК) в норме и при иммунопатологии. С использованием Н-3 уридинового теста были получены новые сведения по одной из актуальных в то время проблем – регуляции активности этих клеток при иммунопатологии с использованием первых препаратов интерферонового ряда, миелопида, Т-активина. Значительное влияние на научный рост М.З.Саидова оказал академик РАЕН, проф. Л.В.Ковальчук. По окончании аспирантуры в 1984 г. М.З.Саидов был приглашен Р.В. Петровым на работу в Институт иммунологии МЗ СССР в отдел клинической иммунологии. В этом отделе он последовательно прошел путь от младшего научного сотрудника, научного сотрудника, старшего научного сотрудника до ведущего научного сотрудника отдела. М.З.Саидов, являясь учеником и представителем школы Р.В.Петрова, при тесном научном сотрудничестве с одним из ведущих иммунологов нашей страны проф. Б.В.Пинегиным в Институте иммунологии в 1993 г. успешно защитил докторскую диссертацию, посвященную лабораторной методологии и новым методам оценки иммунного статуса человека при массовых обследованиях и в клинической практике. В публикациях того периода были представлены разработки новых, оригинальных методов оценки фагоцитарной, цитотоксической, хемотаксической активности клеток иммунной системы, реакции РБТЛ на алло-АГ клеток Ragi, применимых как в клинической практике, так и при массовых обследованиях. На основе полученных результатов была предложена унифицированная лабораторная методология первичного иммунологического обследования населения. С использованием в т. ч. и разработанных методов впервые были изучены свойства синтетических копий иммунодоминантных районов оболочечных белков gp41 gp120 вируса HIV-1.

Во время работы в Институте иммунологии М.З.Саидов был ученым секретарем Всесоюзной программы научно-исследовательских работ «Оценка иммунного статуса населения». В этой программе было задействовано более 30 научно-исследовательских учреждений страны. Результаты работы по этой программе отражены в нормативах региональных параметров иммунного статуса населения, а также оценки влияния факторов химической,

физической и биологической природы на иммунную систему человека. С 1994 по 1995 г. М.З. Саидов работал в Вашингтонском университете, отделе иммунологии, Сиетл, США. За время работы в США М.З.Саидовым были получены данные по индукции АГ-специфического гуморального иммунного ответа при использовании экспериментальных вакцин против СПИДа. Результаты опубликованы в международной печати. С 1995 по 2003 г. он заведующий курсом клинической иммунологии Дагестанской государственной медицинской академии, а с 2003 г. – заведующий кафедрой патофизиологии Дагестанской государственной медицинской академии. В 1997 г. ему присвоено ученое звание профессора. М.З.Саидов – заслуженный деятель науки Республики Дагестан, академик международной академии наук (МАН), член-корреспондент Петровской академии наук и искусств, главный иммунолог Минздрава РД, член редакционного Совета журнала «Иммунология», член диссертационных Советов Даггосмедакадемии (Д208.02.501) и Ставропольской государственной медицинской академии (Д208.095.01).

В настоящий период основные направления научных исследований М.З.Саидова касаются изучения врожденного и адаптивного иммунитета при системных заболеваниях соединительной ткани, а также при заболеваниях лимфоидного глоточного кольца и при полипозном риносинусите, т.е. тех заболеваний и патологических процессов, при которых иммунопатогенез является доминирующим. М.З.Саидовым и его сотрудниками с использованием методов иммуногистохимии и проточной цитометрии получены новые данные о состоянии местного адаптивного иммунитета при ревматоидных синовитах и дерматомиозите. Комплексное изучение состояния местного и системного врожденного и адаптивного иммунитета при хронических тонзиллитах, аденоидитах и полипозных риносинуситах по качественным и количественным

параметрам экспрессии TLR рецепторов на клетках воспалительного инфильтрата и CD-фенотипу в операционном материале, а также в периферической циркуляции позволили оценить эти изменения в зависимости от клинически значимых этапов и форм развития патологических процессов и вывести новые подходы комплексной оценки состояния системы иммунитета в клинике. На основе полученных результатов был представлен сопряженный фенотип клеток-мишеней для системной и топической иммунотропной терапии. Разрабатываемый М.З.Саидовым подход к оценке состояния врожденного и адаптивного иммунитета позволяет определить конкретные клетки-мишени при проведении селективной иммунотропной терапии. Такой подход является реализацией на практике принципов персонализированной медицины и индивидуализации схем лечения пациентов. Продолжением указанных исследований в отношении заболеваний гортани явился этап работы М.З.Саидова весной 2009 г. в лаборатории иммунологии и молекулярной генетики университета "Philips", Марбург, Германия.

Результаты научных исследований М.З.Саидова отражены в более чем 100 научных публикациях, в т. ч. и международных, 8 изобретениях и 22 учебно-методических работах. Под его руководством защищены 2 докторские и 8 кандидатских диссертаций. Значительное место в работе М.З.Саидова занимает преподавательская работа со студентами, аспирантами, соискателями.

М.З.Саидов продолжает активную научную деятельность, он полон творческой энергии и новыми научными планами.

Ректорат, редакция журнала «Вестник ДГМА», сотрудники кафедры поздравляют с юбилеем, желают здоровья, творческих успехов, научных достижений и профессионального долголетия.

Эффективной мерой защиты от гриппа и его осложнений является вакцинация

Ультрикс® | ФОРТ

Российская вакцина для профилактики гриппа последнего поколения



евразийский патент №016866

инактивированная расщепленная вакцина, содержащая в своем составе вирусоподобные частицы с презентацией поверхностных антигенов вируса гриппа

Памяти профессора Хачирова Джабраила Галаовича



3 января 2015 года после продолжительной болезни ушел из жизни выдающийся ученый-эколог, научный руководитель НИИ экологической медицины, заведующий кафедрой общей гигиены и экологии человека ДГМА, доктор медицинских наук, Заслуженный профессор ДГМА, академик Международной академии наук, Заслуженный деятель науки РД, лауреат государственной премии по науке РД Хачиров Джабраил Галаович.

Профессор Дж.Г. Хачиров родился 5 марта 1935 г. в с. Лескен Ирафского района Северо-Осетинской АССР. Окончил с отличием лечебно-профилактический факультет Северо-Осетинского государственного медицинского института в 1958 г. Прошёл аспирантуру по общей гигиене.

В 1962-1964 гг. – ассистент кафедры общей гигиены Северо-Осетинского госмединститута; 1964-1987 гг. – младший научный сотрудник, старший научный сотрудник, заведующий лабораторией экспериментальной радионуклидной диагностики, лабораторией «in vitro» радионуклоидной диагностики в НИИ медицинской радиологии АМН СССР (г. Обнинск). В 1987 г. Дж.Г. Хачиров был избран заведующим кафедрой общей гигиены и экологии человека и вся последующая его жизнь и деятель-

ность были связаны с ДГМА.

В 2009 году профессор Дж.Г. Хачиров был избран директором вновь образованного НИИ экологии человека горных территорий, а в 2011 году – научным руководителем НИИ экологической медицины.

Кандидатская диссертация: «Силикоз на рудниках СО АССР в связи с общими производственно-санитарными условиями» (1964). Докторская: «Патогенетические аспекты изменений крови при отравлении свинцом» (1980). Звание профессора присвоено в 1989 г. Под его руководством выполнены 5 докторских и 25 кандидатских диссертаций. Всего им опубликовано более 400 научных работ.

Дж.Г. Хачиров обосновал и сформулировал новое направление в науке – «экологическая медицина», создал банк данных о приоритетных экофакторах в сельской местности РД. Данными этого банка ныне пользуется целый ряд исследователей и управленческих структур Дагестана. Им обосновано научное направление «Отдаленные биологические последствия раздельного, сочетанного, комбинированного и суммированного воздействия экологических факторов малой интенсивности».

Джабраил Галаович был научным руководителем общесоюзной научной программы по ДГМИ (С. 10 (06)). В Дагестане при его активном руководстве и с его участием было проведено 8 республиканских конференций по вопросам экологии и охраны природы.

Дж.Г. Хачиров был ученым широкого кругозора. Он мог давать советы исследователям в самых разных областях: гигиене, экологии, организации здравоохранения, онкологии, стоматологии, патологии, терапии и др. К нему тянулись люди и всегда получали компетентные и доброжелательные советы. Он пользовался авторитетом среди соискателей, аспирантов, профессоров, студентов.

Память о профессоре Дж.Г. Хачирове навсегда сохранится в сердцах его многочисленных учеников и последователей.

*Коллектив Дагестанской государственной
медицинской академии*

ПЕРЕЧЕНЬ ТРЕБОВАНИЙ 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. Рекомендуемый 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. Все статьи, поступающие в редакцию журнала, проходят рецензирование в соответствии с требованиями ВАК МОН РФ к изданию научной литературы. Статьи рецензируются 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);
- наименования города, учреждения, кафедры или отдела, где выполнена работа;
- 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 межстрочным 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, представленному 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 (подрисовочный 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 полутонные иллюстрации (фотоснимки, 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

2.5.1. **Основной список литературы** (Литература) 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 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.

2.5.2. **Второй список литературы** (References) является полным аналогом списка литературы с источниками на русском языке, в котором библиография на русском языке должна быть представлена латинскими буквами (транслитерация). Транслитерация имен авторов и названий журнала или книжного издания проводится на сайте <http://www.fotosav.ru/services/transliteration.aspx>.

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 экземплярах.

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), должность, 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: vestnikdgma@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 доказательства. 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 прочесть 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 обязательно 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 сек-

ретарь 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 рекомендует 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.

ТВИНСТА®
АМЛОДИПИН + ТЕЛМИСАРТАН



ДВОЙНАЯ СИЛА

**БЫСТРЫЙ КОНТРОЛЬ АД¹
и ЗАЩИТА ПАЦИЕНТОВ³**



09.131.147

МЕКСИДОЛ®

Эталон антиоксидантной нейропротекции

Применение Мексидола® в неврологии:

- Острые нарушения мозгового кровообращения
- Энцефалопатии различного генеза
- Черепно-мозговая травма и ее последствия
- Глаукомная оптическая нейропатия
- Легкие когнитивные расстройства атеросклеротического генеза
- Синдром вегетативной дистонии
- Тревожные расстройства при невротических и невротоподобных состояниях

В клинической практике с 1996 года

СТАНДАРТ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
УТВЕРЖДЕН**
ПРИ ИНВАРКТЕ МОЗГА
№ 1740н от 29.12.12

ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМЫХ И ВАЖНЕЙШИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ*

ООО «Векторфарм»
эксклюзивный дистрибьютор
фармацевтических препаратов компании

ФАРМАСОФТ

МЕКСИДОЛ®
30 таблеток
Таблетки по 0,125г
покрытые оболочкой

МЕКСИДОЛ®
30 таблеток
Таблетки по 0,125г
покрытые оболочкой

МЕКСИДОЛ®
10 ампул по 2 мл
Раствор для внутривенного и внутримышечного введения 50 мг/мл
СТЕРИЛЬНО

МЕКСИДОЛ®
5 ампул по 5 мл

Формат 30x42 1/4. Бумага офсетная. Гарнитура "TimesNewRoman". Печать ризографная. Усл.п.л. 10. Тираж 2000 экз. Тиражировано в типографии ИП Гаджиева С.С. г. Махачкала, ул. Юсупова, 47
RIZO-PRESS