

ВЕСТНИК ДАГЕСТАНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ № 2(3), 2012

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Издается с 2011 года
ежеквартально

Территория распространения:

Российская Федерация, зарубежные страны
Зарегистрирован в Федеральной службе по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций (РОСКОМНАДЗОР) ПИ № ФС 77-47283 от 16.11.2011 г., в НЭБ (Научной электронной библиотеке) на сайте www.elibrary.ru, в базе данных РИНЦ (Российского индекса научного цитирования) на основании лицензионного договора № 50-02/2012 от 27.02.2012 г.

ISSN 2226-4396

Зав. редакцией: Е.К. Беликова

Ответственные редакторы:

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

Перевод: С.Ш. Заирбекова

Интернет-версия: Р.М. Мухумаев

Технические редакторы:

З.У. Мусаева, Р.А. Койчурев

Цена свободная

Тираж: 2000 экз.

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

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Подписной индекс

по каталогу российской прессы
«Почта России»: 51399
«Пресса России» 70144

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: тел. 8(8722) 67-19-88
Редакция не несет ответственности
за содержание рекламных материалов
E-mail: vestnikdagma@yandex.ru
WWW-страница: www.vestnik.digma.ru

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

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

УЧРЕДИТЕЛЬ

© ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздрава России

ИЗДАТЕЛЬ

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

Содержание

КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА	
Приоритетные направления развития науки в Дагестанской государственной медицинской академии А.О. Османов	5
ХИРУРГИЯ	
Параметры неспецифического иммунитета при перитоните и их коррекция озонированным перфтораном А.О. Османов, Р.М. Рагимов, А.М. Голубев, Д.М. Рагимова, Ш.К. Таймазова, И.Г. Гадисова, С.М. Магомедов	9
Баллонная дилатация артерий голени у больных с диабетической ангиопатией Ш.Г. Магомедов, М.А. Казакмурзаев	13
ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ	
Дозированная гипоксия – адьювантный метод лечения больных хронической сердечной недостаточностью М.Т. Кудяев, Н.К. Казанбиев, А.В. Османова, Э.Р. Махмудова, А.З. Магомедов, Д.А. Ахмедова, З.Н. Атаева	17
КАРДИОЛОГИЯ	
Клинико-ангиографическая оценка отдаленных результатов стентирования коронарных артерий на фоне применения дезагрегантной терапии З.А. Алигишиева, И.Э. Кузнецова, А.В. Кононов, А.Ж. Абельдинова, Д.Г. Громов, И.Ю. Костянов	21
ЭНДОКРИНОЛОГИЯ	
Исследование содержания Т4 и ТТГ в смешанной слюне как альтернативный подход к диагностике заболеваний слюнных и щитовидной желез А.Х. Асиятилов, Х.А. Ордашев, Г.А. Асиятилов	29
ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ	
Состояние тиолдисульфидного звена антиоксидантной системы у больных шигеллезами и коррекция ее нарушений Д.Р. Ахмедов, З.Г. Тагирова, С.А. Магомедова, З.М. Даниялбекова, Р.К. Магомедов, Р.К. Алханов	33
СТОМАТОЛОГИЯ	
Клинико-лабораторное исследование влияния электростатического покрытия формирователей десны на эффективность колониеобразования клеток-предшественников костного мозга А. А. Бычкова, В. А. Маркин	41
НЕВРОЛОГИЯ	
Болезненность инсультом городского и сельского населения В.И. Скворцова, М.Ф. Магомаев, Г.Н. Авакян, Л.В. Стаховская	45
ПСИХИАТРИЯ	
Социально-экономические и психосоциальные факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний С.А. Магомедова, Н.Р. Моллаева	51
УРОЛОГИЯ	
Полиоксидоний в комплексной терапии больных пожилого и старческого возраста с хроническим бактериальным простатитом Х.-М.Н. Джалилов, Т.В. Царуева, М.С. Саидов, Г.М. Газиев	56
АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ	
Этнические особенности заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований половых органов у женщин сельской местности Республики Дагестан Н.Д. Шихнабиева	61
Значение доплерометрического исследования при фетоплацентарной недостаточности у беременных с сочетанием гестоза и миопии А.М. Абжуриева, Н.С.-М. Омаров, Д.К. Кантаева	65
ПЕДИАТРИЯ	
Критерии диагностики пролапса митрального клапана у детей Ш.М. Магомедова, Ю.М. Белозеров, И.М. Османов	68
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ	
Обоснование региональной образовательной программы по профилактике сердечно-сосудистой патологии у населения А.Р. Кусова, Ф.К. Худалова, М.Б. Булацева	74
Опыт организации гериатрической помощи пожилому пациенту на догоспитальном этапе по материалам Республиканского гериатрического центра И.М. Ибрагимов, Л.М. Асхабова, А.У. Исаев	77
СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ	
Периодическая болезнь Р. А. Тартаковская	81
ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ	
Н.И. Пирогов и первая в его жизни война (к 165-летию пребывания Пирогова в Дагестане) М.-К.И. Багандов, Ф.М. Османова	85
ЮБИЛЕИ	
К 75-летию профессора Рашида Сейфиевича Гаджиева	89
ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ	91

BULLETIN OF DAGESTAN STATE MEDICAL ACADEMY N 2(3) 2012

EDITOR-IN-CHIEF

PROFESSOR A.O. OSMANOV

EDITORIAL BOARD

Published quarterly since 2011

Founder:

Dagestan State
Medical Academy
Territory distribution

Russian Federation,
foreign countries
ISSN 2226-4396

Head of Editorial: E.K. Belikova

Executive editors:

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

Translation: S.Sh. Zairbekova

Internet version:

R.M. Mukhumaev

Technical Editors:

N.M. Alieva,
R.A. Kojchuev

Address:

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

Phone: 8 (8722) 67 19 88;
8 (8722) 67 07 94

Fax: 8 (8722) 68-12-80

E-mail: vestnikdgma@yandex.ru

WWW-page: www.vestnik.dgma.ru

Advertising Department:

tel. 8(8722) 67 19 88

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

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

EDITORIAL COUNCIL

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

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

Contents

COLUMN OF EDITOR-IN-CHIEF	
Priorities for science development in Dagestan State Medical Academy A.O. Osmanov	5
SURGERY	
The parameters of nonspecific immunity in peritonitis and their correction by ozonized perflorane R.M. Ragimov, A.O. Osmanov, A.M. Golubev, D.M. Ragimova, Sh.K. Taymazova, I.G. Gadisova	9
Ballon dilatation of leg arteries in patients with diabetic angiopathy Sh.G. Magomedov, M.A. Kazakmurzaev.....	13
INTERNAL MEDICINE	
Dose hypoxia - adjuvant treatment of patients with chronic heart failure M.T. Kudaev, N.K. Kazanбиеv, A.V. Osmanova, E.R. Makhmudova, A.Z. Magomedov, D.A. Akhmedova, Z.N. Ataeva	17
CARDIOLOGY	
Clinic and angiographic assesment of long term results of stenting coronary arteries during the treatment with antiplatelet therapy Z.A. Aligishieva, I.E. Kuznetsova, A.V. Kononov, A.Zh. Abeldinova, D.G. Gromov, I.Yu. Kostyanov	21
ENDOCRINOLOGY	
Research of contents T4 and TTH contents in alternative approach for diagnosing salivary and thyroid glands diseases A.Kh. Asiyatillov, Kh.A. Ordashev, G.A. Asiyatillov	29
INFECTIOUS DISEASES	
Status of thiol-disulfide link of the antioxidant system in patients with shigellosis and correction of its violations D.R. Akhmedov, Z.G. Tagirova, S.A. Magomedova, Z.M. Daniyalbekova, R.K. Magomedov, R.K. Alkhanov.....	33
STOMATOLOGY	
Clinical and laboratory study of the effect of electret coating on the efficiency of gingival formers colony formation of progenitor cells of bone marrow A. A. Bychkova, V.A. Markin	41
NEUROLOGY	
Morbidity of stroke in urban and rural population M.F. Magomayev, G.N. Avakyan, L.V. Stakhovskaya, V.I. Scvortsova	45
PSYCHIATRY	
The social-economic and psychosocial risk factors of development of cardiovascular disease S.A. Magomedova, N.R. Mollaeva	51
UROLOGY	
Polyoxidonium in complex therapy for gerontic patients with chronic bacterial prostatitis Kh-M.N. Dzhallilov, T.V. Tsarueva, M.S. Saidov, G.M. Gaziev	56
OBSTETRICS AND GYNECOLOGY	
Ethnic characteristics of incidence and mortality from genital cancer in rural women of Dagestan N.D. Shikhnabieva	61
The value of Doppler studies in fetoplacental deficiency in pregnant women with preeclampsia, and a combination of myopia A.M. Abzhurieva, N.S.-M. Omarov, D.K. Kantaeva	65
PEDIATRICS	
Diagnostic criterions of mitral valve prolapse in children Sh.M. Magomedova, U.M. Belozerov, I.M. Osmanov	68
EPIDEMIOLOGY	
Rationale for a regional educational program on prevention of cardiovascular disease in population A.R. Kusova, F.K. Hudalova, M.B. Bulatseva	74
Experience in the organization of geriatric care for older patients pre-hospital based on the national geriatric center I.M. Ibragimov, L.M. Askhabov, A.U. Isaev	77
CASES OF PRACTIC	
Familial Mediterranean Fever R.A. Tartakovskaya	81
HISTORY OF MEDICINE	
N.I. Pirogov and his first in his life war (the 165-th anniversary of the Pirogov's visit in Dagestan) M.-K.I. Bagandov, F.M. Osmanova	85
JUBILEE	
Rashid Seyfieievich Gadzhiev	89
Instrutions for autors	91

Приоритетные направления развития науки в Дагестанской государственной медицинской академии

Вот уже 80 лет прошло с того дня, как Совет народных комиссаров Дагестанской АССР принял историческое Постановление № 94 от 22 апреля 1932 года об образовании Дагестанского медицинского института. Годы создания вуза пришлись на время, когда и Дагестан и Советский Союз в целом находились в сложной экономической и политической обстановке, и тем не менее руководство советского государства и республики уделяло особое внимание подготовке медицинских кадров из национальных меньшинств. Выполнять эту задачу был призван Дагестанский медицинский институт, который обеспечивал квалифицированными медицинскими кадрами не только нашу республику, но и республики Северного Кавказа.

Дагестанский медицинский институт прошел трудный путь становления, пережил военные и послевоенные годы и год от года набирал силу. Строились новые корпуса, открывались кафедры, расширялись клинические базы, были созданы библиотека, виварий.

Качественно менялся и профессорско-преподавательский состав, кафедры стали возглавлять профессора и доктора медицинских наук. В конце XX столетия были открыты новые факультеты, и по результатам рейтинговой оценки медицинских вузов России Дагестанский государственный медицинский институт в 2005 году был переименован в академию.

Наряду с развитием учебно-методического процесса в академии стали уделять огромное внимание и научно-исследовательской работе, отраслевым проблемам. В настоящее время Дагестанская государственная медицинская академия – это не только крупное медицинское высшее медицинское заведение, имеющее 8 факультетов, но и научный центр с обширной собственной базой для фундаментальных исследований.

В структуре академии имеются два НИИ – это НИИ экологической медицины и Институт немедикаментозной терапии «Гиппократ»; открыты научно-образовательные центры (НОЦ) - «Инновационные и образовательные технологии по инфекционным болезням», «Инновационные и образовательные технологии, защита интеллектуальной собственности в медицине», «Инновационные и образовательные технологии в стоматологии», а также малые инновационные предприятия (МИП) - «Новые технологии в хирургии», «Диагностика инфекционных болезней и поражений органов и систем человека», планируется открыть научно-исследовательский лабораторный центр ДГМА (НИЛЦ). В академии в настоящее время работает более 120 докторов и более 400 кандидатов наук, и наука в академии прошла сложный путь от единичных работ первых десятилетий до современ-

ных фундаментальных исследований российского и международного значения.

Функционируют созданные нашими корифеями научные школы по хирургии, терапии, стоматологии, акушерству и гинекологии, пульмонологии, фтизиатрии, инфекционным болезням и др. Эти школы созданы членом-корреспондентом АМН СССР профессором Р.П. Аскерхановым, профессором Х.Э. Гаджиевым, профессором М.М. Максудовым, членом-корреспондентом РАМН, профессором С.-М.А. Омаровым, профессором И.А. Шамовым, профессором А.Н. Масуевым, профессором Г.К. Гусейновым, академиком АМН СССР, профессором Г.П. Рудневым, профессором Ю.А. Шамовым, профессором Д.Р. Ахмедовым и др. В академии открыта докторантура, аспирантура, функционируют студенческие научные кружки, ежегодно проводятся конференции и издаются труды ученых и студентов.

За последние пять лет Центральной проблемой комиссии академии утверждены 152 кандидатские и 16 докторских диссертационных работ, изданы 52 монографии и проведено 30 научно-практических конференций. В 1994 году при академии был открыт Диссертационный совет, и в эти годы здесь защищены по специальностям «Внутренние болезни» и «Хирургия» 164 диссертации, из них 132 кандидатские и 32 докторские. По специальности «Внутренние болезни» - 9 докторских и 61 кандидатская, а по специальности «Хирургия» - 23 докторские и 71 кандидатская диссертации.

Сотрудниками академии за последние пять лет получены 72 патента на изобретения, 49 патентов на полезные модели и т.п.

В настоящее время научные исследования в академии ведутся по 10 приоритетным научным направлениям:

1. Здоровье пожилых людей в Республике Дагестан – комплексная программа, выполняемая совместно с Дагестанским научным центром РАМН, в которой задействованы кафедры ДГМА. Научным руководителем этого приоритетного направления является член-корреспондент РАМН, профессор С.-М.А. Омаров.
2. Хирургия органов брюшной полости. Научный руководитель - профессор Р.Т. Меджидов.
3. Туберкулез и заболевания органов дыхания. Научные руководители - профессора Г.К. Гусейнов и М.О. Минкайлов.
4. Проблемы экологии человека курирует научный руководитель НИИ экологической медицины профессор Дж.Г. Хачиров.
5. Патология сердечно-сосудистой системы. Научные руководители - профессора А.Г. Магомедов, С.Н. Маммаев, А.Ш. Хасаев, А.А. Абдуллаев.

6. Травматология и ортопедия. Научные руководители - профессора М.А. Магарамов, А.А. Алиев, доценты доктора медицинских наук М.М. Омаров, А.Г. Гусейнов.

7. Основные стоматологические заболевания. Научный руководитель - профессор К.М. Расулов.

8. Клинико-патогенетические особенности краевой инфекционной патологии. Научный руководитель - профессор Д.Р. Ахмедов.

9. Патология эндокринной системы. Научный руководитель - профессор С.А. Абусуев.

10. Здоровье детского населения Республики Дагестан. Научный руководитель - профессор А.М. Алискандиев.

Анализ научно-исследовательской работы и внедрения новых технологий в академии показывает необходимость их реформирования. Следует признать, что публикационная активность, импакт-факторы журналов, в которых публиковались ученые академии и в которых цитируются опубликованные работы, индекс Хирша как в России, так и за рубежом недостаточно высоки. Цитируемость, т.е. актуальность и востребованность наших работ как внутри страны, так и за рубежом оставляет желать лучшего. Министерство здравоохранения РФ совместно с ведущими учеными РАМН и РАН инициировано разработка научных платформ, предполагающих концентрацию усилий на следующих приоритетных направлениях: молекулярная генетика, протеомика, молекулярная физиология, биоинженерия, клеточные и тканевые технологии, биоинформатика.

В 2011 году стартовали четыре платформы: онкология, микробиология, сердечно-сосудистые заболевания и экология человека. Благодаря этому научные учреждения приступили к разработке принципиально новых биотехнологических продуктов – тест-систем для ранней диагностики опухолей, гепатитов, ВИЧ, микрочипов для диа-

гностики генетической предрасположенности к сердечно-сосудистым заболеваниям, кандидатные вакцины против многих инфекций, в том числе и против гепатита С. В этой ситуации нам необходимо подтвердить статус научных школ, а ученым академии необходимо максимально раскрыть свой научный потенциал.

Важная роль в развитии практического здравоохранения принадлежит ученым академии, очевидна необходимость внедрения в практическое здравоохранение республики новых медицинских высокотехнологичных методов лечения в травматологии и ортопедии наладить артроскопические операции и эндопротезирование суставов (тазобедренных, коленных); в кардиохирургии - аортокоронарное шунтирование, стентирование сосудов. Требуют дальнейшего развития генетические исследования, которые открывают большие возможности перед клинической медициной. Появление новых инновационных технологий, развитие молекулярной биологии и генетики, расшифровка генома человека, произошедшие в последнее десятилетие, расширяют горизонты медицины XXI века – персонализированной медицины, ориентированной на конкретного пациента.

Открытие научно-практического журнала «Вестник Дагестанской государственной медицинской академии», на наш взгляд, позволит нам выйти на новую программно-целевую ступень развития науки в академии и позволит внедрить ее достижения в практическое здравоохранение.

Успехов Вам, дорогие коллеги!

Главный редактор журнала «Вестник ДГМА»,
профессор **А.О. Османов**



Priorities for science development in Dagestan State Medical Academy

Since that historic day, when by Decisions of the Council of People's Commissars DASSR № 3 from 22 April in 1932, Dagestan state medical institute was founded, 80 years passed. Thirties 20 - century were the most difficult years of Dagestan and the North Caucasus republics. The country's leadership and the republic has paid special attention to the medical training of minority medical school experienced a difficult pre-war, war and postwar years, built housing, ancillary buildings, the department opened, expanded clinical database, created a library, a vivarium. Qualitatively changed, and the faculty, the department he headed became a professor and doctor of medical sciences. In recent years, 20 - century were open you new faculties, and the results rating evaluation of the medical universities in Russia, Dagestan State Medical Institute in 2005 was renamed the Academy. Along with the development of educational and methodical process in the academy have been paying great attention to scientific research, industry issues. Currently, Dagestan State Medical Academy - it is not only a powerful medical university medical institution, having 8 faculties, but also an extensive scientific basis for their own basic research.

Together with the development of learning process in academy great attention has been paid to scientific research and brunch problems. Nowadays Dagestan state Medical Academy is not only famous major medical university having 8 faculties, but a strong scientific base for fundamental research.

The structure of the academy has two Research Institutes: Research Institute of Environmental Medicine, Non-Pharmacological Therapy Institute "Hippocrates", scientific and educational centers (SEC) – "Innovative and educational technologies on infectious diseases", "Innovative and educational technologies, intellectual property protection in medicine", "Innovative and educational technologies in stomatology," and small innovative business (SIB) – "New technologies in surgery", "Diagnosis of infectious diseases and lesions of human organs and systems"; Research laboratory center (RLC) of DGMA scheduled to open. More than 120 doctors of medicine and 400 candidates work at the academy. Science in the academy took hard way from individual work of the first decades till modern fundamental research of all-Russian and international value.

Created by our luminaries, scientific schools on surgery, therapy, stomatology, obstetrics and gynecology, pulmonology, phthiisiatry, infectious diseases began to function. These schools created by corresponding member of AMS (Academy of Medical Science) professor R.P. Askerkhanov, by professor Kh.E. Gadjiyev, Professor M.M. Maksudov, corresponding member of RAMS (Russian Academy of Medical Science), Professor I.A. Shamov, Professor A.N. Masuyev, Professor G.K. Guseynov, by academician of AMS USSR, Professor G.P. Rudnev, Yu. A.

Shamov, D.R. Akhmedov and others. Doctorate, graduate school, student scientific circles are opened; annual conferences are conducted and works of scientists and students are published. For last 5 years by Central problem commission of academy approved 152 PhD thesis and doctoral dissertation works, published 52 monographs and 30 scientific conferences are held. In 1994 in our institute was opened Dissertation Council and for 18 years on specialty "Internal medicine" and "Surgery" reserved 164 dissertations, 132 from them are candidate and 32 are doctoral. On "Internal medicine" 9 are doctoral and 61 are candidates, on "Surgery" are 23 doctoral and 71 are candidate. Employees of our academy got 72 patents on invention, 49 on utility models. Now our academy works on 10 priorities:

1. *Health of elder people in Dagestan Republic* is a complex program, performed in conjunction with Dagestan Scientific Center RAMS, where involved DSMA departments. Scientific director, corresponding member RAMS, professor S-M.A. Omarov.
2. *Abdominal surgery*. Scientific director – Professor R.T. Medjidov.
3. *Tuberculosis and respiratory diseases*. Scientific directors - Professors G.K. Guseynov and M.O. Minkailov.
4. *Problems of human ecology*. Scientific director - Professor D.G. Khachirov.
5. *Cardiovascular pathology*. Scientific directors are Professors A.G. Magomedov, S.N. Mammayev, A.Sh. Khasayev, A.A. Abdullayev.
6. *Traumatology and orthopedics*. Scientific directors are Professors M.A. Magaramov, A.A. Aliyev, lecturers' d.m.s. M.M. Omarov, A.G. Guseynov.
7. *Basic dental diseases*. Scientific director is a professor K.M. Rasulov.
8. *Clinic-pathogenetic peculiarities of regional infectious pathology*. Scientific director is a pProfessor D.R. Akhmedov.
9. *Pathology of endocrine system*. Scientific director is a professor S.A. Abusuyev.
10. *Health of the child population in Dagestan Republic*. Scientific director is a professor A.M. Alyskandiyev.

The analysis of research work and introduction of new technologies in academy shows its necessity for formation. Publication activity, impact-factors journals, where published our scientists and cited their works, Hirsh Index as in Russia as in abroad is still not high. Citation that is actuality and demand of our works both domestically and abroad leaves much to be desired. Ministry of Health of Russian Federation and leading scientists of RAMS, RAS development of scientific platforms involving the concentration of efforts on following priorities: molecular genetics, proteomics, molecular physiology, bio-engineering, cellular and tissue technologies, bioinformatics.

In 2011 started four branches of medicine, they are: oncology, microbiology, cardiovascular diseases and human ecology.

Due to scientific institutions started to develop new biotechnological products – test systems for early diagnosis of tumors, hepatitis, AIDS, microchips for recognition genetic predisposition for cardiovascular diseases, candidate vaccines against numerous infections, including against hepatitis C. In this situation it is necessary to confirm the status of scientific schools and for scientists it is necessary maximally unlocking their scientific potential.

The important role in developing practical health belongs to scientists of our academy and obvious the necessity of implementation to practical republic health new medical technologies:

- in traumatology and orthopedic to establish arthroscopic operations and arthroplasty (hip and knee);

- in cardio surgery perfected in holding ACS (coronary artery bypass grafting, vascular stenting); Genetic investigations demand further development and give large possibilities for clinic medicine. Appearance of new innovative technologies, development of molecular biology and genetics, decoding the human genome opened new possibilities for medicine of 21 century – a personalized medicine, oriented for a concrete patient.

Opening scientific and practical journal “Bulletin of Dagestan State Medical Academy” in our opinion allows us to enter the new target level of science development in academy and will help us to implement their achievements for practical health.

Good luck, dear colleagues!

Editor in chief of “Bulletin of DSMA”,
Professor **A.O. Osmanov**

Центральный НИИ эпидемиологии
CMD Центр молекулярной диагностики

НОВАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ УСЛУГА

Неинвазивная диагностика заболеваний желудка при помощи комплексных лабораторных исследований

1- двенадцатиперстная кишка
2- антральный отдел желудка
3- тело желудка
4- привод

СЛИЗИСТАЯ ЖЕЛУДКА
СТЕНКА ЖЕЛУДКА
КРОВЕНОСНЫЙ СОСУД

Пепсиноген I
Пепсиноген II
Гастрин-17
Антитела к *Helicobacter pylori* (IgG)

Гастропанель (скрининг)

- Пепсиноген-I
- Пепсиноген-II
- Гастрин-17 базальный
- Антитела класса IgG к *Helicobacter pylori*

Гастропанель

- Пепсиноген-I
- Пепсиноген-II
- Гастрин-17 базальный
- Гастрин-17 стимулированный
- Антитела класса IgG к *Helicobacter pylori*

ГастроСофт

- Программное обеспечение для интерпретации результатов, полученных с помощью тестов «Гастропанель» и «Гастропанель (скрининг)». Работает на основании оригинальных диагностических алгоритмов дифференциальной диагностики заболеваний желудка.

УДК [616.381-002.1-06:615.384.384]612.017.1

Параметры неспецифического иммунитета при перитоните и их коррекция озонированным перфтораном

А.О. Османов¹, Р.М. Рагимов², А.М. Голубев⁵, Д.М. Рагимова³,
Ш.К. Таймазова¹, И.Г. Гадисова¹, С.М. Магомедов⁴

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздрава России, ¹кафедра хирургии ФПК и ППС с курсом эндоскопической хирургии, ²кафедра анатомии человека; ³кафедра детских болезней, ⁴кафедра онкологии, Махачкала;

⁵ГБУ НИИ общей реаниматологии им. В.А. Неговского РАМН, Москва

Резюме

Изучены параметры неспецифического иммунитета у больных с перитонитом при поступлении в стационар, а также на 5-е сутки с начала лечения. Выявлено, что использование в комплексном лечении больных с перитонитом озонированного перфторана оказывает иммунокорректирующее действие. Также отмечено раннее восстановление моторики желудочно-кишечного тракта, снижение послеоперационной летальности и показаний к повторным операциям.

Ключевые слова: неспецифический иммунитет, перитонит, озон, перфторан.

The parameters of nonspecific immunity in peritonitis and their correction by ozonized perftorane

A.O. Osmanov, R.M. Ragimov, A.M. Golubev, D.M. Ragimova,
Sh.K. Taymazova, I.G. Gadisova, S.M. Magomedov

Dagestan State Medical Academy, Makhachkala;
Moscow regional clinical research institute

Summary

The parameter of nonspecific immunity in patients with peritonitis on admission, and on the 5th day since the beginning of the treatment was studied. It was revealed that the use of combined treatment of patients with peritonitis ozonized perftorane has immunocorrective action. It was also noted early recovery motility of the gastrointestinal tract, reduced postoperative legality and indications for repeated operations.

Key words: non-specific immunity, peritonitis, ozone, perftorane.

Введение

Известно, что распространённый гнойный перитонит, обусловленный массивной микробной контаминацией брюшной полости, сопровождается деструкцией клеток и тканей, повреждением сосудистого эндотелия, нарушением реологических свойств крови и микроциркуляции, развитием иммунодепрессии [2, 3, 7]. Последняя является основной причиной нарастания интоксикации и развития послеоперационных осложнений [8].

Одним из методов воздействия на организм, стимулирующих его защитные и компенсаторные реакции, считается озонотерапия [1, 4], для которого рекомендуют использовать озонированный физиологический раствор. Известно что, озон лучше растворим и более стабилен в перфторорганических соединениях [6], но свойства озонированного перфторана мало изучены.

Цель работы: оценить влияние озонированного перфторана на показатели неспецифического

го (врождённого) иммунитета при остром перитоните.

Материал и методы

В данное исследование вошли 48 больных с диагнозом «Острый перитонит», которые были распределены по методу случайного отбора на 2 группы (основную и контрольную). У здоровых добровольцев и больных с их информированного письменного согласия были исследованы показатели неспецифической резистентности для сравнения их с таковыми в двух клинических группах.

Обследование и лечение проводили по общепринятым стандартам. 24 пациента составили основную (1-ю) группу. Им в лечение перитонита дополнительно было включено орошение брюшной полости озонированным перфтораном в конце хирургического вмешательства и внутривенное его введение из расчета по 1 мл/кг массы тела. В остальном послеоперационное лечение в основной группе принципиально не отличалось от контрольной (2-й) группы из 24 больных. У всех пациентов исследованы параметры врождённого иммунитета при поступлении в стационар, а также в динамике на 3-и и 5-е сутки с начала лечения. Тяжесть состояния больного и

Для корреспонденции:

Рагимов Разим Мирзекеримович – доктор медицинских наук, доцент кафедры анатомии человека ГБОУ ВПО «Дагестанская госмедакадемия» МЗ РФ.

Тел. 8(928) 945 38 19. E-mail: razinragimov@mail.ru.

Статья поступила 20.05.2012 г., принята к печати 13.06.2012 г.

прогноза перитонита индексировали интраоперационно по индексу брюшной полости (ИБП) [5] и Мангеймскому индексу перитонита (МИП) в модификации M. Linder (1992) [5].

Описание показателей представлено в виде средней арифметической (\bar{X}) и стандартного отклонения (σ).

Таблица 1

Распределение больных по индексу брюшной полости

Группы	< 10	10-12	13-18	> 19	$\bar{X} \pm \sigma$		
	число больных				Мужчины	Женщины	Оба пола
1-я группа	3	11	9	1	13,1 ± 3,04	11,27 ± 2,33	12,25 ± 2,83
2-я группа	2	12	10	0	13,1 ± 2,54	11,17 ± 2,25	12,12 ± 2,54

$\chi^2 = 1,296$; $p = 0,998$

Таблица 2

Распределение больных по Мангеймскому индексу перитонита

Группы	< 21	21-28	> 29	$\bar{X} \pm \sigma$		
	число больных			Мужчины	Женщины	Оба пола
1-я группа	13	11	0	20,3 ± 5,68	17,7 ± 5,62	19,1 ± 5,68
2-я группа	14	9	1	19,8 ± 5,25	18,0 ± 4,81	18,9 ± 5,01

$\chi^2 = 0,901$; $p = 0,637$

Статистическая обработка результатов исследования проведена с использованием (компьютерной версии 4.03) программы «Биостат». Значимость различий в сравниваемых группах определяли по парному критерию Стьюдента, а также проведением дисперсионного анализа с последующим применением критерия Стьюдента для множественных попарных сравнений с поправкой Бонферрони при $p < 0,05$. Для анализа таблиц сопряженности использован критерий χ^2 и точный критерий Фишера.

Результаты исследования и их обсуждение

Исходные данные, отражающие состояние тяжести больных и прогноза по ИБП и МИП (табл. 1 и 2), а также состояние врожденного иммунитета у больных основной и контрольной групп, были сопоставимы. Но параметры врожденного иммунитета в исследованных группах явно отличались от таковых в группе добровольцев, которые приняты за норму (табл. 3).

Таблица 3

Показатели иммунитета у здоровых добровольцев и в динамике у больных основной и контрольной групп

Показатели	Группа здоровых	Основная группа		Контрольная группа	
		на 3-и сутки	на 5-е сутки	на 3-и сутки	на 5-е сутки
Количество лейкоцитов крови ($\times 10^9$ /л)	5,19 ± 0,49	12,67 ± 3,10 *P < 0,001	7,32 ± 1,03 **P < 0,001	11,54 ± 4,74 *P < 0,001	8,95 ± 2,08 *P < 0,001 #P = 0,018
Фагоцитарное число (в %)	64,50 ± 4,84	53,08 ± 5,73 *P < 0,001	62,17 ± 3,38 *P = 0,059 #P < 0,001	53,0 ± 5,78 *P < 0,001	53,64 ± 5,97 *P < 0,001 #P = 0,708
Фагоцитарный индекс	3,56 ± 0,45	2,13 ± 0,67 *P < 0,001	2,96 ± 0,49 * #P < 0,001	2,37 ± 0,61 *P < 0,001	2,40 ± 0,43 *P < 0,001 * #P = 0,845
Катионные белки (в у.е.)	1,17 ± 0,07	0,83 ± 0,09 *P < 0,001	1,05 ± 0,13 * #P < 0,001	0,82 ± 0,09 *P < 0,001	0,88 ± 0,08 *P < 0,001 #P = 0,019
Миелопероксидаза (в у.е.)	2,04 ± 0,10	1,52 ± 0,19 *P < 0,001	1,93 ± 0,19 *P = 0,016 #P < 0,001	1,66 ± 0,17 *P < 0,001	1,75 ± 0,14 *P < 0,001 #P = 0,051
Бактерицидная активность сыворотки (в %)	93,6 ± 2,17	65,42 ± 14,54 *P < 0,001	85,33 ± 6,96 * #P < 0,001	69,08 ± 12,71 *P < 0,001	74,55 ± 9,0 *P < 0,001 #P = 0,092
Лизоцим (в мкг/мл)	7,70 ± 1,64	3,58 ± 1,48 *P < 0,001	6,31 ± 1,47 *P = 0,003 #P < 0,001	3,77 ± 1,65 *P < 0,001	4,78 ± 1,62 *P < 0,001 #P = 0,038

*P - по сравнению с уровнем на 3-и сутки; #P - по сравнению с нормой.

На 3-и сутки лечения в клинических группах по ряду показателей выявились значимые расхождения.

В основной группе количество лейкоцитов крови до лечения в среднем составляло $(12,67 \pm 3,10) \times 10^9/\text{л}$, что превышало норму в 1,5-3,5 раз ($P < 0,001$). При этом отмечалось снижение числа функционально активных нейтрофильных лейкоцитов до $53,08 \pm 5,73\%$ (в норме - $64,5 \pm 4,84\%$, $P < 0,001$) и индекса завершенности фагоцитоза. Цитохимические показатели указывали на угнетение их интрацеллюлярной микробицидности: катионных белков ($0,83 \pm 0,09$ у.е.) и миелопероксидазы ($1,52 \pm 0,19$ у.е.), что в норме составляли $1,17 \pm 0,07$ у.е. и $2,04 \pm 0,10$ у.е. соответственно. Низкими были уровни бактерицидной активности сыворотки и лизоцима.

На фоне введения озонированного перфторана отмечалась существенная их коррекция. Так, на 3-и сутки количество лейкоцитов крови снижалось в среднем до $(9,27 \pm 0,89) \times 10^9/\text{л}$. Фагоцитарное число составляло $61,0 \pm 3,98\%$, а фагоцитарный индекс был ниже нормы ($P < 0,001$), но имел положительную динамику. Такая тенденция наблюдалась в отношении миелопероксидазы, катионных белков и сывороточной бактерицидной активности ($82,17 \pm 9,28\%$). Уровень лизоцима увеличился на 32,5% и составил $3,58 \pm 1,48$ мкг/мл. На 5-е сутки наблюдения все эти параметры в основной группе были близки к норме (табл. 3), тогда как в контрольной группе они существенно не отличались от исходных данных.

Выводы

1. Внутривенное и внутривенное введение озонированного перфторана оказывает иммунокорректирующее влияние на параметры неспецифического иммунитета при перитоните.
2. У пациентов при включении в комплексное лечение озонированного перфторана отмечено раннее восстановление моторики желудочно-кишечного тракта, а также снижение летальности на 8,3% и показаний к повторным операциям на 20%.

Литература

1. Бояринов Г.А., Соколов В.В. Озонированное искусственное кровообращение. Н.-Новгород: Изд-во «Покровка», 1999. 316 с.
2. Брискин Б.С., Хачатрян Н.Н., Савченко З.И. Абдоминальный сепсис, возможности антибактериальной и иммунокорректирующей терапии // Хирургия. 2002. № 4. С. 69-75.
3. Булава Г.В., Абакумов М.М., Боровкова Н.В. [и др.]. Оценка тяжести иммунных расстройств и прогнозирование развития гнойно-септических осложнений у пациентов с неотложной хирургической патологией // Вестник хирургии. 2009. № 1, Т. 168. С. 10-15.
4. Крылов В.Г. Некоторые патофизиологические аспекты эффективности озонотерапии при перитоните: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2006. 20 с.

5. Перитонит: практическое руководство / под ред. В. С. Савельева, Б. Р. Гельфанда, М. И. Филимонова. М., 2006. 208 с.
6. Разумовский С. Д. Растворы озона в субстратах перфторорганических жидкостях и их свойства / С.Д. Разумовский, В.В. Подмастерьев // Тезисы докладов IV Всероссийской научно-практической конференции «Озон и методы эфферентной терапии в медицине». Н. Новгород, 2000. С. 168.
7. Сарап В.П. Метаболическая иммунокоррекция в лечении больных распространенным перитонитом: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2003. 19 с.
8. Cereto P., Molina I., Gonzalez A., Del Valle O., Esteban R., Guardia J., Genesca J. Role of immunosuppression in the development of quinolone-resistant *Escherichia coli* spontaneous bacterial peritonitis and in the mortality of *E. coli* spontaneous bacterial peritonitis // Aliment. Pharmacol. Ther. 2003. Vol. 17(5). P. 695-701.

References

1. Boyarinov G.A., Sokolov V.V. Ozonirovannoye iskusstvennoye krovoobrashcheniye. [Ozonised extracorporeal circulation]. N.-Novgorod: Izd-vo «Pokrovka», 1999. 316 s.
2. Briskin B.S., Khachatryan N.N., Savchenko Z.I. Abdominalnyy sepsis, vozmozhnosti antibakterialnoy i immunokorrigiruyushchey terapii [Abdominal sepsis, possibilities of antibacterial and immune-corrective therapy] // Khirurgiya. 2002. №4. S. 69-75.
3. Bulava G.V., Abakumov M.M., Borovkova N.V. [i dr.]. Otsenka tyazhesti immunnykh rasstroystv i prognozirovaniye razvitiya gnoyno-septicheskikh oslozhneniy u patsiyentov s neotlozhnoy khirurgicheskoy patologiyey [Assessment of the severity of immune disorders and the prediction of septic complications in patients with emergency surgical pathology] // Vestnik khirurgii. 2009. № 1, T. 168. S.10-15.
4. Krylov V.G. Nekotoryye patofiziologicheskiye aspekty effektivnosti ozonoterapii pri peritonite [Some pathophysiological aspects of the effectiveness of ozone therapy in peritonitis]: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. M., 2006. 20 s.
5. Peritonit: prakticheskoye rukovodstvo. [Peritonitis] / pod red. V. S. Savelyeva, B. R. Gelfanda, M. I. Filimonova. M., 2006. 208 s.
6. Razumovskiy S. D. Rastvory ozona v substrat-zameshchayushchikh perftororganicheskikh zhidkostyakh i ikh svoystva [Solutions of ozone in the substrate perfluoroorganic replacement fluids and their properties] / S.D. Razumovskiy, V.V. Podmasteriyev // Tezisy dokladov IV Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii «Ozon i metody efferentnoy terapii v meditsine». N. Novgorod, 2000. S.168.
7. Sarap V.P. Metabolicheskaya immunokorreksiya v lechenii bolnykh rasprostranennym peritonitom [Metabolic immunotherapy in the treatment patients with generalized peritonitis]: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. M., 2003.19 s.
8. Cereto R., Molina I., Gonzalez A., Del Valle O., Esteban R., Guardia J., Genesca J. Role of immunosuppression in the development of quinolone-resistant *Escherichia coli* spontaneous bacterial peritonitis and in the mortality of *E. coli* spontaneous bacterial peritonitis // Aliment. Pharmacol. Ther. 2003. Vol. 17(5). R. 695-701.

Сведения о соавторах:

Османов Абдурахман Османович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургии ФПК и ППС, ректор ГБОУ ВПО «Дагестанская госмедакадемия» МЗ РФ.
Тел. 8(8722) 67 07 94.

Голубев Аркадий Михайлович - доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по науке ГБУ НИИ общей реаниматологии им. В.А. Неговского РАМН.
Тел. 8(903) 779 43 63.

Рагимова Дурья Мирзекеримовна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры детских болезней ГБОУ ВПО «Дагестанская госмедакадемия» МЗ РФ.
Тел. 8(928) 950 96 55.

Таймазова Шахризат Курбановна – ассистент кафедры анатомии человека ГБОУ ВПО «Дагестанская госмедакадемия» МЗ РФ
Тел. 8(928) 950 02 40.

Гадисова Ирайганат Гамидовна – ассистент кафедры анатомии человека ГБОУ ВПО «Дагестанская госмедакадемия» МЗ РФ
Тел. 8(963) 424 35 08.

Магомедов Сапарчамагомед Магомедович – аспирант кафедры онкологии ГБОУ ВПО «Дагестанская госмедакадемия» МЗ РФ.
Тел. 8(928) 501 11 75.

УДК 616.137.9:617.584-005.5-089.8

Баллонная дилатация артерий голени у больных с диабетической ангиопатией**Ш.Г. Магомедов, М.А. Казакмурзаев**

ОАО «Медицинский центр им. Р.П. Аскерханова», Махачкала

Резюме

Работа основана на анализе результатов 141 баллонной дилатации артерий голени и стопы с помощью специальных периферических низкопрофильных баллонных катетеров у 75 больных с хронической ишемией нижних конечностей, выполненных в рентгенохирургическом отделении Городской клинической больницы № 57 г. Москвы за 10-летний период. Показанием к баллонной дилатации были окклюзионно-стенотические поражения артерий голени, исключающие возможность выполнения реконструктивных шунтирующих операций. Анализ результатов внутрисосудистого расширения артерий голени у больных с критической ишемией нижних конечностей и диабетической ангиопатией свидетельствует о высокой ее эффективности.

Ключевые слова: критическая ишемия, артерии голени, эндоваскулярные вмешательства, баллонная ангиопластика.

Ballon dilatation of leg arteries in patients with diabetic angiopathy**Sh.G. Magomedov, M.A. Kazakmurzaev**

Askerkhanov Medical Center, Makhachkala

Summary

Analysis of 141 cases of ballon dilatation leg arteries and foot with a help of special periferic low-profile catheter in 75 patients with chronic ischemia of lower extremities, in roentgenosurgical departments of Municipal Hospital № 57 in Moscow for 10 years period was done. Indications for ballon dilatation were occlusion-stenotic lesions of leg arteries, excluded possibility of performing reconstructive operations. The analysis of results endovascular dilatation leg arteries in patients with critical ischemia of lower extremities and diabetic angiopathy shows its high efficacy.

Key words: critical ischemia, leg arteries, endovascular interfearence, ballon angioplastics.

Введение

Впервые внутрисосудистое или эндоваскулярное восстановление проходимости артерий голени выполнили S. Sprauregen и соавт. в 1980 году [6] с помощью коаксиальных катетеров. Однако результаты операций оказались не вполне удовлетворительными, технический успех достигнут всего лишь в 67% случаях, а клиническое улучшение в отдаленном периоде (до 22 месяцев) только у 33% больных. Применение баллонных катетеров при эндоваскулярном лечении артерий голени значительно улучшило результаты операций. Так, в 1994 году U.M. Sivananthan и соавт. сообщили о техническом успехе в 86% случаях и клиническом успехе через два года у 58% больных [5]. Результаты баллонной ангиопластики непрерывно улучшаются в связи с прогрессом технологии изготовления эндоваскулярного инструментария. На начальных этапах применялись катетеры 5F с длиной баллона 80 мм и диаметром 3 мм. В последние годы созданы баллонные катетеры сверхнизкого профиля: Sleek, Savvy, Amphirion deer и т.д. Низкий профиль баллонного

катетера (до 2,1-4F) обеспечивает совместимость с наименьшими интродьюсерами 4F, что снижает травму артерии, а, самое главное, позволяет установить баллонный катетер в дистальное периферическое русло, включая плантарную дугу стопы, преодолевая при этом сопротивление поражений артерий на протяжении до 40 см. Большим достоинством баллонных катетеров для артерий голени является значительная протяженность баллонной части (до 15-18 см), малый диаметр (от 2,5 до 2 мм) и высокая прочность баллона – (16 атмосфер). Все перечисленное позволяет более надежно дилатировать протяженные (более 10 см) и сильно кальцинированные поражения артерий. Появление в цифровой ангиографии функции “Roadmapping” существенно облегчает селективную катетеризацию артерий малого диаметра. Ангиопластика берцовых артерий получила широкое применение за последние несколько лет, поскольку выше перечисленные технические возможности сделали баллонную ангиопластику более безопасной и успешной [1].

Материал и методы

В исследование вошло 75 пациентов с критической ишемией нижних конечностей на фоне сахарного диабета, которым выполнена 141 баллонная дилатация артерий голени в Городской клинической больнице № 57 г. Москвы за период с января 2000 по март 2011 года. Одним из условий включения больных в исследование было по-

Для корреспонденции:

Магомедов Шамиль Гаджиевич – кандидат медицинских наук, сердечно-сосудистый хирург Медицинского центра им. Р.П. Аскерханова. Адрес: 367000, Махачкала, ул. Казбекова, 142 а. Тел. 8 (8722) 51 58 99. E-mail: shamil_magomedov@mail.ru. Статья поступила 12.05.2012 г., принята к печати 02.06.2012 г.

лучение у них добровольного письменного информированного согласия. Среди них было 45 (60,0%) мужчин и 30 (40,0%) женщин в возрасте от 43 до 85 лет (средний возраст 68,7 года). Общее состояние у 52 (69,3%) больных было отягощено сопутствующими заболеваниями: ишемической болезнью сердца – у 55,3%, причем 11,5% больных ранее перенесли инфаркт миокарда; артериальной гипертензией - у 58,7% больных; гиперхолестеринемией – у 36,5%; курили в 38,0% случаев. По степени ишемии нижних конечностей больные распределялись следующим образом: III стадия – 33,3% и IV стадия – 66,7%. На основе клинических проявлений и данных инструментальных исследований все сосудистые патологии конечностей были расценены как атеросклеротическая и диабетическая макроангиопатия.

Для обследования пораженной конечности использовали: цветное дуплексное сканирование, УЗДГ с измерением лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ), транскутанное определение напряжения кислорода ($TcPO_2$) и ангиографическое исследование. Наиболее объективным критерием оценки нарушения периферического кровообращения у больных с сахарным диабетом считалось снижение $TcPO_2$ (среднее значение до операции сидя $37,4 \pm 9,2$ мм рт.ст. и лежа $19,6 \pm 5,3$ мм рт.ст.). Традиционное ангиографическое исследование выполнялось всем больным и являлось последним и заключительным этапом обследования пациентов. Метод позволял окончательно определить локализацию, степень распространения и характер поражения артерий.

Из 141 (100%) баллонной дилатации в 43 (30,5%) случаях была использована передняя большеберцовая, в 38 (27,0%) – малоберцовая артерия, в 36 (25,5%) тibiоперонеальный ствол и в 24 (17,0%) – задняя большеберцовая артерия. По поводу стеноза выполнено 86 (61,0%) вмешательств, а в остальных 55 (39,0%) случаях - реканализация окклюзии. Эндоваскулярные вмешательства выполнялись преимущественно при протяженных (> 2 см) окклюзионно-стенотических поражениях артерий голени, протяженность поражений в среднем составила 8,6 см.

Среди 75 оперированных конечностей в 26 случаях была выполнена изолированная дилатация только артерий голени, в 13 – дилатация артерий голени в сочетании с дилатацией подколенной артерии, в 20 – дилатация артерий голени с поверхностной бедренной артерией и в 16 – дилатация артерий голени, подколенной и поверхностной бедренной артерий. При выполнении эндоваскулярных вмешательств в 53 (70,7%) случаях использовался трансфemorальный антеградный доступ, в 19 (25,3%) - антеградный чресподколенный доступ и в 3 (4,0%) - интраоперационный ретроградный через заднюю большеберцовую артерию. В 55% случае использовался 6F интродьюсер, в остальных 5 – 35% и 4F – 10%. Баллонная ангиопластика выполнялась периферическими баллонными катетерами малого диаметра 2,5-3,5 мм и длиной до 16 см с проводни-

ками 0,035-0,014". Раздувание баллона выполнялось с экспозицией 45-120 с под давлением 10-14 атмосфер.

Перед каждым оперативным вмешательством все больные принимали аспирин (300 мг), после операции плавикс (150 мг/сут) – в 13 (18,6%) случаях и аспирин (200 мг) – в 57 (81,4%) случаях. Интраоперационно непосредственно перед манипуляциями внутриаrтериально вводился гепарин (10 000 ЕД). Если операция продолжалась более 1 часа, вводилась дополнительная доза гепарина (5000 ЕД). Для профилактики артериального спазма внутриаrтериально дробно в течение всей операции вводили 0,5% лидокаин по 2 мл. При выраженном диффузном поражении дистального русла или неудовлетворительном послеоперационном результате – в 7 (10,0%) случаях выполнялась внутривенная инфузия гепарина в течение 24 часов со скоростью 70 ЕД/час на 1 кг веса.

В конце оперативного вмешательства всем пациентам выполнялась контрольная ангиография. Для исключения эмболии дистального русла ангиография проводилась на всем протяжении нижней конечности. При успешном выполнении эндоваскулярного вмешательства у больных исчезали или резко уменьшались симптомы ишемии, появлялся пульс или улучшалось его качество дистальнее зоны дилатации.

Результаты

Проанализированы двухлетние результаты рентгенэндоваскулярной дилатации облитерирующих поражений артерий голени у больных с критической ишемией нижних конечностей, осложненной сопутствующим сахарным диабетом.

Непосредственный ангиографический успех был достигнут в 133 случаях из 141, что составило 94,3%. Оценка проводилась тотчас после выполнения ангиопластики с помощью контрольной ангиографии.

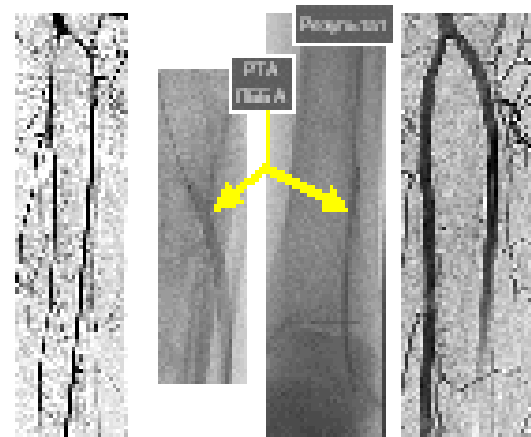


Рис. 1. Непосредственный ангиографический успех баллонной дилатации артерий голени.

Оценка клинического состояния пациентов в послеоперационном периоде проводилась в соот-

ветствии со шкалой, предложенной Российским консенсусом по хронической ишемии (2001). Клинический результат в госпитальном периоде проанализирован у 75 (100%) пациентов, у которых улучшение достигнуто в 64 (85,3%) случаях, в основном это умеренное и минимальное улучшение. В отдаленном периоде из 52 (100%) больных клинический успех сохранился через 1 год у 39 (75,0%) и через 2 года у 36 (69,2%) пациентов.

Таблица

Причины осложнений

Осложнения	n	%
Тромбоз артерии	6	4,6
Выраженная диссекция интимы	3	2,1
Разрыв артерии	1	0,7
Итого	10	7,1

При благоприятных ангиографических исходах баллонных дилатаций (остаточный стеноз менее 30%) наблюдались существенные изменения гемодинамики. Средний прирост ТсР_О₂ составил: лежа – 13,6 мм рт.ст., сидя – 12,9 мм рт.ст. Полученные данные свидетельствуют об увеличении показателей макро- и микрогемодинамики, по сравнению с исходными значениями, что несомненно свидетельствует о гемодинамическом успехе операции.

Осложнения отмечены в 10 (7,1%) случаях (таблица), которые не потребовали открытых хирургических вмешательств и были скорректированы с использованием внутрисосудистой техники. Из больших осложнений следует отметить развитие у одного больного острого тромбоза подколенной и малоберцовой артерий, который был успешно скорректирован с помощью реолитической тромбэктомии системой AngioJet (устройство «Jet 9000»).

При возникшей в двух наблюдениях выраженной гемодинамически значимой диссекции бляшки использовали повторное раздувание баллона с длительной экспозицией и восстановлением адекватного просвета. Но в идеале – это прямое показание к стентированию.

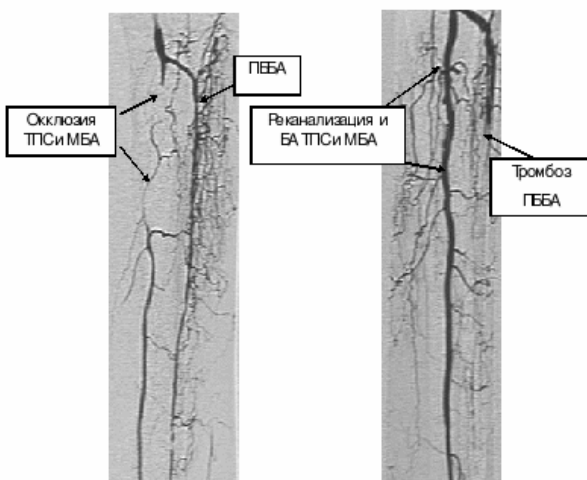


Рис. 2. Тромбоз передней большеберцовой артерии после реканализации и баллонной ангиопластики ТПС и МБА.

Всего из 52 (100%) пациентов, перенесших внутрисосудистые рентгенэндоваскулярные вмешательства на артериях голени, за двухлетний период наблюдения имело место 5 (9,6%) случаев летальных исходов, в 8 (15,4%) случаях выполнены ампутации оперированной конечности по поводу критической ишемии, сохранить конечность и жизнь удалось 39 (75,0%) пациентам. Из причин смерти были инфаркт миокарда (4 случая) и нарушение мозгового кровообращения (1 случай).

Обсуждение

В настоящее время хирургический метод лечения поражений артерий голени в большинстве лечебных учреждений продолжает оставаться основным, а эндоваскулярные вмешательства выполняются пациентам, которым отказано в реконструктивной операции. Поэтому и количество выполненных эндоваскулярных процедур на артериях подколенно-берцового сегмента в ведущих центрах России было незначительным [3]. В результате создалась странная ситуация, когда больным с тотальным поражением артерий дистального русла и выраженным риском оперативного вмешательства в виде вынужденной меры выполняется баллонная ангиопластика, в то время как пациентам без сопутствующей патологии и более мягкими поражениями выполняется реконструктивная операция.

В последние годы мы рекомендуем пациентам ангиопластику как альтернативу реконструктивной операции. Основанием для этого явились литературные данные о сравнении результатов хирургического лечения с результатами ангиопластики, а также собственный анализ. По данным литературы, осложнений при хирургическом лечении артерий голени значительно больше (20%), чем при баллонной ангиопластике (от 2 до 6%); периоперационная летальность - 1,8-6%, против 1,7% при ангиопластике; показатели сохранения конечностей приблизительно одинаковые [2, 8].

Первые результаты лечения поражений артерий голени выявили высокую частоту технического успеха - до 94,0% (133/141). Этот факт показательный, так как вначале преобладало мнение о невозможности их эффективного выполнения на артериях голени. Баллонная ангиопластика артерий голени у больных с исходной критической ишемией в исследовании позволила избежать ампутации пораженной конечности в 84,0% случаев в течение двух лет, что обеспечивает высокий уровень физической и социальной адаптации большинства пациентов.

Остается открытым вопрос о роли и значении хирургического ретроградного доступа к артериям голени через дистальную порцию задней большеберцовой артерии. Наш опыт пока не позволяет сделать окончательных выводов. Необходимо дальнейшее накопление материала.

Не до конца изученным остается вопрос механизма баллонной ангиопластики артерий голени и стопы, чтобы объяснить столь низкий процент диссекций бляшки - 2,1% (3 из 141). Для сравнения при баллонной ангиопластике подвздошных артерий диссекция интимы возникает в 8% случаев, а в бедренных артериях у 7,1%, требующих экстренной реконструктивной операции. По всей видимости, основным механизмом увеличения просвета артерий голени после баллонной ангиопластики является не разрыв атеросклеротической бляшки, а растяжение всех слоев артериальной стенки. Эта тема также остается открытой для дальнейшего изучения.

Вопрос стентирования артерий голени является самым дискуссионным. На сегодняшний день, на наш взгляд, существует четыре довода в пользу солевой баллонной ангиопластики: 1) достаточно хорошие технические и клинические результаты баллонной ангиопластики в ближайшем и отдаленном периодах наблюдения; 2) поражение артерий голени, преимущественно протяженные (10-30 см), и это делает стентирование крайне проблематичным, так как периферические стенты такой длины (более 6 см) в настоящее время отсутствуют; 3) рестеноз, возникающий после стентирования артерий малого диаметра, с большой протяженностью поражения; 4) дороговизна процедуры. Исключение следует сделать при коротких локальных стенозах, но они встречаются не часто. Изучение результатов стентирования артерий голени не показало его существенных преимуществ. Так, D. Siablis и соавт. в 2005 году опубликовали данные о стентировании артерий голени стентами с покрытием «sirolimus-eluting stents» у 29 пациентов с критической ишемией. В результате технический успех достигнут при всех операциях на 100%, однолетнее сохранение конечности – в 89,7% случаев, первичная и вторичная проходимость составила 89,5%, а рестеноз, по данным ангиографии (> 50%), развился в 28,9% случаев [4, 7].

Особенно актуальна баллонная ангиопластика артерий голени у больных с сахарным диабетом. Отличительные особенности диабетической ангиопатии - дистальная форма поражения, многочисленность поражений, диффузный характер поражения и кальциноз стенки артерий (склероз Менкеберга), которые делают эту категорию больных одной из самых сложных. Баллонная ангиопластика и здесь оказалась на высоте, показав неплохие результаты.

Выводы

1. Рентгенэндоваскулярная дилатация артерий голени является эффективным и малотравматичным способом восстановления проходимости артерий голени у больных с критической ишемией нижних конечностей.
2. Для больных с критической ишемией нижних конечностей и диабетической ангиопатией часто

единственным эффективным способом сохранения не только конечности, но и жизни.

Литература / References

1. Alfkel H. Long-term results after infrapopliteal // CIRSE. Italy, 2006. 24.2.8.
2. Dormandy J. European working group on critical limb ischemia: European consensus document of critical limb ischemia. London: Springer-Verlag, 1989.
3. Dormandy J.A. What is the natural history of a critically ischemic patient with and without his leg? // Greenhalgh R.M., Jamieson C.W., Nicolaides A.N. Limb salvage and amputation for vascular disease. Philadelphia, 1998. P. 11–26.
4. Siablis D., Kraniotis P., Karnabatidis D., Kagadis G.C., Katsanos K., Tsolakis J. Sirolimus-eluting versus bare stents for bailout after suboptimal infrapopliteal angioplasty for critical limb ischemia: 6-month angiographic results from a nonrandomized prospective single-center study // J. Endovasc Ther. 2005. 12(6). P. 685-695.
5. Sivananthan U.M., Browne T.F., Thorley P.J., Rees MR. Percutaneous transluminal angioplasty of the tibial arteries // Br. J. Surg. 1994. 81(9). P. 1282-1285.
6. Sprayregen S., Sniderman K.W., Sos T.A. et al. Popliteal artery branches: percutaneous transluminal angioplasty // Am. J. Roentgenol. 1980. 135. P. 945-950.
7. TASC II (2006). Transatlantic Intersociety Consensus (TASC) document on management of peripheral arterial disease // Eur. J. Vasc Endovasc Surg. 2007. 1. S1–S75.
8. Wolfe J.H. Defining the outcome of critical limb ischemia: a one year prospective study // Br. J. Surg. 1986. 73. P. 321.

Сведения о соавторе:

Казакмурзаев Меджид Арсенович – кандидат медицинских наук, сердечно-сосудистый хирург Медицинского центра им. Р.П. Аскерханова.

Адрес: 367000, г. Махачкала, ул. Казбекова, 142 а.

Тел: 8 (8722) 51 58 99, 8 (988) 292 07 11.

УДК 616.12-002.2-085

Дозированная гипоксия – адъювантный метод лечения больных хронической сердечной недостаточностью

М.Т. Кудяев, Н.К. Казанбиев, А.В. Османова, Э.Р. Махмудова,
А.З. Магомедов, Д.А. Ахмедова, З.Н. Атаева

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздрава России, кафедра терапии ФПК и ППС, Махачкала

Резюме

У 180 больных ишемической болезнью сердца оценено влияние прерывистой нормобарической гипокситерапии на работоспособность миокарда и толерантность к физической нагрузке пациентов с хронической сердечной недостаточностью. Результаты исследования показали увеличение индекса работоспособности миокарда на 24% ($P < 0,05$), мощности пороговой нагрузки – на 51% ($P < 0,05$), дистанции при тесте 6-минутной ходьбы – 46% ($P < 0,01$). Таким образом, гипокситерапия может рассматриваться как дополнение к стандартному лечению хронической сердечной недостаточности для улучшения работоспособности миокарда и больного.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, ишемическая болезнь сердца, гипоксия, гипокситерапия.

Dose hypoxia - adjuvant treatment of patients with chronic heart failure

M.T. Kudaev, N.K. Kazanbiev, A.V. Osmanova, E.R. Makhmudova,
A.Z. Magomedov, D.A. Akhmedova, Z.N. Ataeva

Dagestan state medical academy, Makhachkala

Summary.

In 180 patients with coronary artery disease evaluated the influence of intermittent normobaric hypo-ksiterapii on the performance of the myocardium and exercise tolerance in patients with chronic heart failure-mechanical. The results showed an increase in the index pa-botosposobnosti infarction by 24% ($P < 0.05$), the threshold load capacity - 51% ($P < 0.05$), remote-tion under test 6-minute walk - 46% ($P < 0.01$). Thus, hypoxic can be viewed as an adjunct to standard treatment of chronic heart failure to improve interaction efficiency infarction and the patient.

Keywords: chronic heart failure, coronary artery disease, hypoxia, hypoxic therapy.

Введение

Частота хронической сердечной недостаточности (ХСН), обусловленной ишемической болезнью сердца (ИБС), по сводным данным многоцентровых исследований, составила 68%, в одном эпидемиологическом исследовании признаки ИБС были обнаружены у 95% не отобранных больных ХСН [4, 6, 12]. По мнению исследователей, ХСН является полигенным заболеванием и обусловлена комплексом взаимосвязанных гемодинамических, метаболических и нейрогуморальных нарушений. В этой связи настойчивый поиск новых средств и их комбинаций, обладающих полипатогенетическим действием, в последние годы привел к росту интереса к изучению немедикаментозных методов лечения этой категории больных [1, 3, 7, 13, 14].

В плане изыскания эффективного и физиологического способа реабилитации больных ХСН, в дополнение к медикаментозным средствам лечения, особый интерес представляет метод прерывистой нормобарической гипокситерапии (ГТ), предложенный Р.Б. Стрелковым и А.Я. Чижовым [14]. Метод заключается в использовании для прерывистой гипоксической тренировки газовой смеси, содержащей от 9,5 до 14% кислорода.

В экспериментальных работах установлено, что адаптация к гипоксии обладает прямым кардиозащитным эффектом, который реализуется как за счет антиишемической защиты (развитие коллатералей), так и за счет прямого цитопротективного действия. Все это приводит к тому, что ожидаемая зона инфаркта миокарда и масса соединительнотканного рубца при постинфарктном кардиосклерозе становятся меньше, а сократительная функция сердца лучше, чем в контроле. Ф.З.Меерсоном достаточно большой серией работ доказано, что адаптация к гипоксии предотвращает развитие острой сердечной недостаточности при инфаркте миокарда, в значительной мере предотвращает и повреждение сердца при эмоционально-болевым стрессе, тормозит развитие гипертонической болезни. Исследователи установили, что при адаптации к периодическому действию гипоксии наблюдаются выраженное

Для корреспонденции:

Кудяев Магомед Тагирович – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой терапии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Дагестанская госмедакадемия» МЗ РФ.
Тел. 8(8722) 63 33 27.

Статья поступила 15.05.2012 г., принята к печати 13.06.2012 г.

увеличение силы и скорости сокращения сердечной мышцы, повышение мощности адренергической регуляции сердца. В последние годы оказалось, что такая адаптация в эксперименте и клинике способна тормозить развитие недостаточности миокарда за счет того, что в клетках сократительных элементов миокарда развиваются изменения, свидетельствующие об усилении в них обменных процессов – активация синтеза нуклеиновых кислот и белков. Усиленный метаболизм сопровождается активацией синтетического аппарата миокардиоцитов и развитием гиперпластических процессов в структурах, обеспечивающих сократительную функцию. Кроме того, в эксперименте были получены данные, свидетельствующие о благоприятном действии высотной гипоксии на центральную гемодинамику и коронарное кровообращение [2, 5, 8, 9, 10, 11].

Цель исследования: оценка влияния метода ГТ на работоспособность сердечной мышцы и мощность пороговой нагрузки у больных ХСН, обусловленной ИБС.

Материал и методы

Исследование было проведено у 180 пациентов, страдающих ХСН II-III функционального класса (ФК), обусловленной ИБС (классификация ХСН NYHA, 1963 г.). Возраст больных колебался от 40 до 70 лет, 38 женщин и 142 мужчины, время от появления первых симптомов ХСН составило $3,5 \pm 1,2$ года. Все пациенты страдали ИБС, из них 28 (15,5%) перенесли инфаркт миокарда. Контрольная группа - 100 больных, соответствующих по возрасту, полу и тяжести заболевания, получавших только традиционное медикаментозное лечение ХСН.

Для оценки влияния ГТ на состояние работоспособности сердечной мышцы и толерантности к физической нагрузке больным были проведены следующие исследования: велоэргометрия, проба с 6-минутной ходьбой и проба на устойчивость к гипоксии Штанге. Исследования проводились до курса ГТ и после окончания лечения.

Все пациенты после информированного письменного согласия на участие в исследовании получали курс ГТ. Курс состоял из 10 процедур, каждая из которых заключалась в дыхании гипоксической смесью по 5 минут, затем 5 минут - дыхание атмосферным воздухом, процедура включала 6 повторов.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты исследования продемонстрировали увеличение работоспособности сердечной мышцы и толерантности к физической нагрузке. Мощность пороговой нагрузки увеличилась на 51,3% с $328,5 \pm 15,6$ до $497,2 \pm 18,4$ кг·м/минуту ($p < 0,05$). Общий объем выполненной работы возрос на 25,6% с $778,5 \pm 21,4$ до $987,3 \pm 28,7$ кг·м ($p < 0,05$). Двойное произведение повысилось на 27,6% с $218,2 \pm 12,4$ до $278,4 \pm 13,7$ у.ед. ($p <$

$0,05$). Улучшение показателей работоспособности сердечной мышцы и толерантности к физической нагрузке было обусловлено снижением коэффициента расходования резервов миокарда на 24,6% с $5,7 \pm 0,8$ до $4,3 \pm 0,5$ у.ед., увеличением индекса работоспособности сердца на 23,7% с $43,8 \pm 2,5$ до $54,2 \pm 2,1$ у.ед., инотропного резерва миокарда на 23,0% с $43,5 \pm 2,5$ до $53,5 \pm 2,3$ %, хронотропного резерва на 15,5% с $65,3 \pm 2,3$ до $75,4 \pm 2,8$ %. При пробе с 6-минутной ходьбой также были получены данные, свидетельствующие о благоприятном действии ГТ на состояние кардиореспираторной системы. У больных ХСН II-III функционального класса, прошедших курс ГТ, наблюдалось увеличение пробы с 6-минутной ходьбой на 45,7% с $307,6 \pm 43,5$ до $448,3 \pm 51,2$ м ($p < 0,01$), показатель устойчивости к гипоксии Штанге повысился на 63,6% с $26,4 \pm 5,9$ до $43,2 \pm 5,8$ с. В контрольной группе, получавшей только медикаментозное лечение, также наблюдалось повышение работоспособности сердечной мышцы и толерантности к физической нагрузке, однако степень изменения изучаемых параметров была менее выраженной.

Представленные результаты лечения согласуются с данными, полученными в эксперименте и свидетельствующими о благоприятном действии высотной гипоксии на коронарное кровообращение. Установлено, что длительная гипоксия увеличивает коронарное кровообращение, тем самым повышает резистентность сердца к патологическим воздействиям, в основе которых лежит гипоксическое состояние. Анализируемые факты свидетельствуют о том, что у животных с дополнительной нагрузкой наблюдается увеличение миокардиального кровотока, которое объясняется увеличением пропускной способности коронарного русла при адаптации к высотной гипоксии за счет экономного осуществления функции кровообращения сердечной мышцы. Кроме того, вдыхание гипоксической смеси приводило к улучшению показателей функции внешнего дыхания за счет улучшения вентиляционно-перфузионных соотношений в легких и уменьшения шунтирования крови, что приводило к увеличению устойчивости организма к гипоксии.

Выводы

1. Метод гипокситерапии при использовании в качестве дополнения к стандартной медикаментозной терапии хронической сердечной недостаточности позволяет увеличить работоспособность сердечной мышцы.

2. Метод гипокситерапии при использовании в комбинации с медикаментозным лечением позволяет увеличить толерантность к физической нагрузке больных хронической сердечной недостаточности.

3. Метод гипокситерапии увеличивает устойчивость к гипоксии у больных хронической сердечной недостаточности.

Литература

1. Анзимилова Н.В., Жидко Н.И. и др. Влияние дозированных физических тренировок на клиническое состояние и качество жизни пациентов с ИБС, осложненной сердечной недостаточностью // III Российская научная конференция с международным участием. Реабилитация и вторичная профилактика в кардиологии. М. 1999. С.170-171.
2. Балкин М.В., Виноградов С.Н., Генинг Т.П. Эффект воздействия нормобарической гипоксии и физических нагрузок на функциональные показатели кардиореспираторной системы у лиц с повышенной массой тела // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. 2004. №1. С.18-20.
3. Боголюбов В.М., Сорокина Е.И. Воздействие физических методов лечения на факторы риска ишемической болезни сердца // Международная конференция по профилактической кардиологии. 1985. С. 39.
4. Болла С.Дж., Кемпбелл Р.В.Ф., Френсис Г.С. Международное руководство по сердечной недостаточности / Пер. с англ. М., 1977. С.15-19.
5. Варосян М.А. Адаптация к высотной гипоксии и ее использование с целью профилактики сердечно-сосудистых заболеваний: методические рекомендации. Ереван. 1981.
6. Виноградов С.В. Медико-социальные аспекты инвалидности вследствие ишемической болезни сердца // III Российская научная конференция с международным участием. Реабилитация и вторичная профилактика в кардиологии. М., 1999. С. 8.
7. Гребенчиков А.П., Разумов А.Н. Оптимизация лечебных воздействий в восстановительной медицине // IV Международная конференция. Современные технологии восстановительной медицины. Сочи, 2001. С. 141-142.
8. Матлина Э.Ш., Пшенникова М.Г., Меерсон Ф.З. Влияние длительности и интенсивности гипоксического воздействия на адаптацию к нему симпатико-адреналовой системы // Патифизиология. 1977. Т.21, №4. С. 16-20.
9. Меерсон Ф.З. Адаптация к высотной гипоксии // Физиология адаптационных процессов: руководство по физиологии. М., 1986. С. 521-635.
10. Меерсон Ф.З., Устинова Е.Е., Шабунина Е.В. Предупреждение и устранение сердечных аритмий с помощью адаптации к периодическому действию высотной гипоксии // Докл. АН СССР. 1987. Т.293, № 2. С. 489-492.
11. Миррахимов М.М. Лечение внутренних болезней горным климатом. Л.: Медицина, 1977. 208 с.
12. Преображенский Д.В., Сидоренко Б.А. Достижения в лечении сердечной недостаточности (по результатам многоцентровых исследований). М., 2000. С. 5-8.
13. Сорокина Е.И. Физические методы лечения в кардиологии. М.: Медицина, 1989. 370 с.
14. Стрелков Р.Б., Чижов А.Я. Прерывистая нормобарическая гипокситерапия в профилактике, лечении и реабилитации. Екатеринбург: Уральский рабочий, 2001.
- siyskaya nauchnaya konferenciya s mezhdunarodnym uchastiem. Reabilitaciya i vtorichnaya profilaktika v kardiologii. M. 1999. S.170-171.
2. Balkin M.V., Vinogradov S.N., Gening T.P. Jeffect vozdeystviya normobaricheskoy gipoksii i fizicheskikh nagruzok na funkcionalnye pokazateli kardiorespiratornoy sistemy u lits s povyshennoy massoy tela [The effect of normobaric hypoxia and physical stress on the functional indices of cardiorespiratory system in patients with high body mass] // Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoy fizkultury. 2004. №1. S.18-20.
3. Bogolubov V.M., Sorokina E.I. Vozdeystvie fizicheskikh metodov lecheniya na faktory riska ishemicheskoy bolezni serdca [Influence of physical methods of treatment on risk factors of ischemic heart disease] // Mezhdunarodnaya konferenciya po profilakticheskoy kardiologii. 1985. S. 39-93.
4. Bolla S.Dzh., Kempbell R.V.F., Frensis G.S. Mezhdunarodnoe rukovodstvo po serdechnoy nedostatochnosti [International Guidelines on heart failure] / per. s angl. M., 1977. S.15-19.
5. Varosjan M.A. Adaptaciya k vysotnoj gipoksii i ee ispolzovanie s celyu profilaktiki serdechno-sosudistykh zabolevaniy [Adaptation to altitude hypoxia for prevention of cardiovascular disease: guidelines]: Metodicheskie rekomendatsii. Erevan. 1981.
6. Vinogradov S.V. Mediko-socialnye aspekty invalidnosti vsledstviy ishemicheskoy bolezni serdtsa / Medical and social aspects of disability due to ischemic heart disease // III Rossiyskaya nauchnaya konferenciya s mezhdunarodnym uchastiyem. Reabilitatsiya i vtorichnaya profilaktika v kardiologii. M., 1999. S. 8.
7. Grebenwikov A.P. Razumov A.N. Optimizaciya lechebnyh vozdeystviy v vosstanovitelnoy medicine [Optimization of treatment effects in regenerative medicine] // IV Mezhdunarodnaya konferenciya. Sovremennyye tehnologii vosstanovitelnoy meditsiny. Sochi. 2001. S. 141-142.
8. Matlina Je.Sh., Pshennikova M.G., Meerson F.Z. Vliyanie dlitelnosti i intensivnosti gipoksicheskogo vozdestvia na adaptatsiyu k nemu simpatiko-adrenalovoy sistemy [Effect of duration and intensity of hypoxic effects on adaptation, sympathoadrenal system] / Patofiziologiya. 1977. T.21, № 4. S. 16-20.
9. Meerson F.Z. Adaptaciya k vysotnoj gipoksii [Adaptation to altitude hypoxia] // Fiziologiya adaptacionnykh processov: Rukovodstvo po fiziologii. M., 1986. S. 521-635.
10. Meerson F.Z., Ustinova E.E., Shabunina E.V. Preduprezhdenie i ustranenie serdechnykh aritmiy s pomoshchyu adaptacii k periodicheskomu deystviyu vysotnoy gipoksii [Prevention and elimination of heart arrhythmias by adaptation to intermittent high altitude hypoxia] // Dokl. AN SSSR. 1987. T. 293. № 2. S. 489-492.
11. Mirrahimov M.M. Lechenie vnutrennih boleznej gornym klimatom [Treatment of internal diseases by mountain climate]. L.: Medicina, 1977. 208 S.
12. Preobrazhenskij D.V., Sidorenko B.A. Dostizheniya v lechenii serdechnoy nedosatochnosti (po rezultatam mnogotsentrovyykh issledovaniy) [Advances in the treatment of heart failure (results of multicenter studies)]. M., 2000. S. 5-8.
13. Sorokina E.I. Fizicheskie metody lecheniya v kardiologii [Physical methods of treatment in cardiology]. M.: Medicina, 1989. 370 s.
14. Strelkov R.B., Chizhov A.Ja. Preryvistaya normobaricheskaya gipoksiterapiya v profilaktike, lechenii i reabilitacii [Intermittent normobaric hypoxic therapy in

References

1. Anzimirova N.V., Zhidko N.I., i dr. Vliyanie dozirovannykh fizicheskikh trenirovok na klinicheskoe sostoyanie i kachestvo zhizni patsientov s IBS, oslozhnennoj serdechnoi nedostatochnostyu [Effect of doze physical training on clinic state and life quantity] // III Ros-

the prevention, treatment and rehabilitation]. Ekaterinburg: Uralskiy rabochiy, 2001.

Сведения о соавторах:

Казанбиев Нариман Кадисламович – доктор медицинских наук, профессор кафедры терапии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Дагестанская госмедакадемия» МЗ РФ. Тел. 8(8722) 64 19 81.

Османова Аида Вахаевна - доктор медицинских наук, доцент кафедры терапии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Дагестанская госмедакадемия» МЗ РФ. Тел. 8(928) 560 59 80.

Махмудова Эльмира Рашитбековна – аспирант кафедры терапии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Дагестанская госмедакадемия» МЗ РФ.

Тел. 8(928) 804 68 87.

Магомедов Абдулхалим Зугаирович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапии ФПК и ППС ДГМА. Тел. ГБОУ ВПО «Дагестанская госмедакадемия» МЗ РФ 8(8722) 68 18 18.

Ахмедова Джамиля Абдуллаевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Дагестанская госмедакадемия» МЗ РФ. Тел. 8(8722) 63 00 43.

Атаева Зульмира Наримановна - кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Дагестанская госмедакадемия» МЗ РФ. Тел. 8(8722) 67 43 32.



УДК 616.12-009.7:616.132.2-007.63-089

Клинико-ангиографическая оценка отдаленных результатов стентирования коронарных артерий на фоне применения дезагрегантной терапии

З.А. Алигишиева, И.Э. Кузнецова, А.В. Кононов, А.Ж. Абельдинова, Д.Г. Громов, И.Ю. Костянов

Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии Департамента здравоохранения г. Москвы

Резюме

В работе представлены данные обследования и лечения 546 больных с разными формами ишемической болезни сердца (за исключением острого инфаркта миокарда), проходивших лечение в НПЦИК за последние пять лет. Диагностика ишемической болезни сердца проводилась на основании клинико-anamnestических данных, динамического изучения электрокардиограммы при велоэргометрической пробе, суточного мониторирования электрокардиограммы, результатов эхокардиографии, клинического и биохимического анализа крови. В проспективном рандомизированном исследовании 546 пациентов в зависимости от длительности приема клопидогреля распределили на три группы: первую группу составили 180 пациентов, которые принимали клопидогрель 75 мг/сут в течение 1 месяца; вторую группу составили 182 пациента с приемом клопидогреля 75 мг/сут 3 месяца; третью группу составили 184 пациента с приемом клопидогреля 75 мг/сут 6 месяцев.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, электрокардиография, эхокардиография, коронарная ангиография, стенты, клопидогрель.

Clinic and angiographic assesment of long term results of stenting coronary arteries during the treatment with antiplatelet therapy

Z.A. Aligishieva, I.E. Kuznetsova, A.V. Kononov, A.Zh. Abeldinova, D.G. Gromov, I.Yu. Kostyanov

Scientific-practical center of interventional cardio-angiology, Health department, Moscow

Summary

Data of 546 patients with different forms of coronary artery disease (besides acute myocardial infarction) were observed for last 5 years. Diagnosis of coronary disease was provided on the base of clinic-anamnestic data, dynamic studying of electrocardiography and veloergometry probe, daily monitoring of electrocardiogram, results of echo-cardiography, clinic and biochemical analysis of blood. Research was retrospective and consisted in randomization 546 patients in the dependence of duration of taking Clopidogrel in three groups: the first was composed of 180 patients, taking 75 mg/daily for a month, the second was composed of 182 patients taking 75mg/daily for 3 months, the third group was composed of 184 patients with taking Clopidogrel 75 mg/ daily for 6 months.

Key words: coronary disease, electrocardiography, echo-cardiography, cardio angiography, stents, clopidogrel.

Введение

Эндоваскулярная хирургия считается одним из наиболее эффективных методов лечения ишемической болезни сердца (ИБС) [1, 4, 5, 8]. В частности, при стентировании венечных артерий у большей части больных наблюдается хороший непосредственный клинико-ангиографический эффект, заключающийся в устранении сужения просвета сосуда, исчезновении или резком уменьшении приступов стенокардии и повышении толерантности к физическим нагрузкам и работоспособности пациентов [3, 5, 7]. У значительной части больных этот эффект сохраняется и в отдаленные сроки, однако у части больных наблюдается возврат стенокардии, снижение толерантности к физическим нагрузкам, что часто обусловлено рестенозированием или полной окклюзией стентированных участков [4, 10]. Проведенные многолетние исследования показали, что помимо качества самих стентов важное значение в

предупреждении рестенозирования и реокклюзии сосудов играет та медикаментозная терапия, которая сопровождает эндоваскулярные процедуры [6, 9]. Внедрение в клиническую практику стентов, выделяющих лекарства, т.е. стентов с лекарственным покрытием способствовало дальнейшему улучшению отдаленных результатов стентирования за счет снижения рестенозов стентов [4, 7]. Эти стенты позволяют сохранить просвет сосуда свободным, уменьшая частоту рестеноза внутри стеноза до 3-5%. Однако в настоящее время на первый план вышел вопрос отдаленной безопасности «покрытых стентов». В проведенном исследовании **BASKET – LATE (2006-2007 гг.)** швейцарские ученые выявили более высокую кумулятивную частоту смерти и инфаркта миокарда (ИМ) через 18 месяцев при использовании СВЛ - 4,9% против 1,3% случаев при использовании стандартных металлических стентов (СМС) и связали полученные результаты с поздним тромбозом стента. Предположение, что более длительный (до 6 месяцев и более) прием комбинированной антитромботической терапии может улучшить отдаленные ангиографические и клинические результаты у этих пациентов, явилось основанием для проведения данного исследования.

Для корреспонденции:

Алигишиева Зайнаб Абдурахмановна – доктор медицинских наук, старший научный сотрудник Научно-практического центра интервенционной кардиоангиологии Департамента здравоохранения г. Москвы.

Тел.: 8(495) 624 06 20.

Статья поступила 12.05.12 г., принята к печати 12.06.12 г.

Цель исследования: изучить отдаленные клиничко-ангиографические результаты стентирования коронарных артерий у больных с ИБС на фоне применения дезагрегантной терапии.

Материал и методы

В работе представлены данные обследования и лечения 546 больных с разными формами ИБС (за исключением острого инфаркта миокарда), проходивших лечение в Научно-практическом центре интервенционной кардиоангиологии (НПЦИК) Департамента здравоохранения г. Москвы за последние пять лет. Основными показаниями для проведения эндоваскулярных диагностических и лечебных процедур являлись наличие стенокардии и положительные результаты нагрузочных проб, свидетельствующие о нарушении кровоснабжения сердечной мышцы. Эндоваскулярные процедуры (ЭВП) проводили при стенозирующих поражениях коронарных артерий, превышающих 70% просвета сосуда.

В исследование вошли пациенты с нестабильной стенокардией и другими хроническими формами ИБС, независимо от количества пораженных коронарных артерий и функции миокарда левого желудочка. Критерием для включения в исследование была выполненная процедура имплантации стентов в коронарные артерии с целью коррекции стенозирующего поражения сосуда.

Исследование проспективное и заключалось в рандомизации 546 пациентов в зависимости от длительности приема клопидогреля на три группы: первую группу составили 180 пациентов, которые принимали клопидогрель 75 мг/сут в течение 1 месяца; вторую группу составили 182 пациента с приемом клопидогреля 75 мг/сут 3 месяца; третью группу составили 184 пациента с приемом клопидогреля 75 мг/сут 6 месяцев.

Статистическая обработка полученных результатов исследования проводилась при помощи компьютерной программы Statistica в созданной на основе программы Microsoft Excel базе данных,

куда были включены результаты клинических и объективных методов исследования.

Для статистического анализа материала использовали: оценку ранговой корреляции по Спирмену; критерий Манна-Уитни; критерий Вилкоксона. Связь рестеноза внутри стента с предикторами была оценена логистическими регрессионными методами. Значимые предикторы при однофакторном регрессионном анализе были включены в многофакторную модель. Пошаговое использование переменных было применено для исключения незначимых предикторов. Результаты одно- и многофакторных моделей представлены в виде отношения шансов и их 95%-го доверительного интервала (ДИ). Помимо этого, при анализе достоверности различий между показателями использовался t-тест Стьюдента [2].

Результаты исследования

546 пациентам было имплантировано 680 коронарных стентов: в I группе имплантировано 128 (57,3%) СМС BxSonic, 60 (26,9%) стентов, покрытых сиролимусом (СПС), и 35 (15,6%) стентов, покрытых паклитакселом (СПП); во II группе имплантировано 132 (57,8%) СМС BxSonic, 62 (27,1%) СПС и 34 (14,9%) СПП; в III группе имплантировано 136 (59,3%) СМС, 56 (24,4%) СПС и 37 (16,1%) СПП (табл. 1).

Таблица 1

Типы использованных стентов			
Наименование стентов и фирм производителей	I группа (n = 180)	II группа (n = 182)	III группа (n = 184)
BxSonic (Cordis, Johnson & Johnson)	128 (57,3%)	132 (57,8%)	136 (59,3%)
Cypher (Cordis, Johnson & Johnson)	60 (26,9%)	62 (27,1%)	56 (24,4%)
Taxus (Boston Scientific Corporation)	35 (15,6%)	34 (14,9%)	37 (16,1%)
ВСЕГО стентов:	223	228	229

По виду и количеству использованных стентов изученные группы достоверно не отличались.

Таблица 2

Клиническая характеристика больных

Показатели	I группа (n = 180)	II группа (n = 182)	III группа (n = 184)
Возраст, лет	54,5 ± 9,7	53,3 ± 8,1	56,7 ± 9,4
Мужской пол	137 (76,1%)	128 (70,3%)	140 (76%)
ИМ в анамнезе	58 (32,2%)	55 (30,2%)	71 (38,5%)
Стенокардия напряжения 1-4 ФК	125 (69,4%)	128 (68,6%)	134 (72,8%)
Нестабильная стенокардия 1-2 ФК	30 (16,6%)	26 (14,2%)	33 (17,9%)
Нестабильная стенокардия 3 ФК	15 (8,3%)	12 (6,5%)	10 (5,4%)
Q-образующий инфаркт миокарда	22 (12,2%)	18 (9,8%)	30 (16,3%)
Не-Q-инфаркт миокарда	32 (17,7%)	37 (20,3%)	41 (22,2%)
Гипертоническая болезнь	161 (89,4%)	157 (86,2%)	158 (85,8%)
Холестерин ≥ 5,5 ммоль/л	130 (72,2%)	110 (60,4%)	128 (69,5%)
Триглицериды ≥ 1,7 ммоль/л	56 (31,1%)	68 (37,3%)	61 (33,1%)
Сахарный диабет	52 (28,8%)	60 (32,9%)	57 (30,9%)
ФВ ≤ 40%	10 (5,5%)	14 (7,6%)	12 (6,5%)
Курение	58 (32,2%)	50 (27,4%)	44 (23,9%)

ФК – функциональный класс.

По основным исходным клинико-анамнестическим данным изученные группы достоверно не различались ($P > 0,05$).

В отдаленные сроки (в среднем спустя 6 месяцев) информация о состоянии здоровья получена от всех 546 выписанных из стационара пациентов. Все пациенты (за исключением одного (0,2%) умершего) были повторно обследованы, включая коронарографию и левую венгерулографию.

При первичном и повторном обследовании всем пациентам проводилось комплексное обследование, включающее: 1) изучение анамнеза заболевания и жизни; 2) электрокардиографию с регистрацией показателей в 12 общепринятых отведениях; 3) вэлэргометрию по методике ступенеобразно возрастающих нагрузок; 4) эхокардиографию с изучением объемов левого желудочка (ЛЖ), зон асинергии и фракции выброса (ФВ) ЛЖ; 5) биохимическое исследование крови; 6) селективную коронарографию и левую венгерулографию, транслюминальная баллонная коронарная ангиопластика и стентирование коронарных артерий.

Результаты эндоваскулярных процедур.

Непосредственный ангиографический успех (остаточный стеноз менее 20% с антеградным кровотоком TIMI 3 при отсутствии сопутствующих сосудистых осложнений – угрожающая или окклюзирующая диссекции C-F, перфорация артерии, окклюзия значимой боковой ветви и дистальная эмболизация) составил 218 (97,7%) для I группы, 223 (97,8%) – для II группы и 225 (98,2%) – для III группы ($P > 0,05$) (табл. 3).

У 3 (10,3%) из 29 пациентов с бифуркационным поражением целевой коронарной артерии наблюдали окклюзию боковой ветви диагональной ветви передней межжелудочковой артерии (по одному случаю в каждой группе). Во всех трех случаях окклюзия боковой ветви сопровождалась болевым синдромом и изменениями на ЭКГ. Всем

пациентам проведена реканализация окклюзии устья ДВ ПМЖВ через балки стента, последующая баллонная дилатация с использованием дополнительного стента в одном случае и стойким восстановлением антеградного кровотока TIMI 3 у всех троих пациентов.

Таблица 3

Осложнения, возникшие на госпитальном этапе			
Характер осложнений	I группа (223 стента)	II группа (228 стентов)	III группа (229 стентов)
Окклюзия боковой ветви	1 (0,4%)	1 (0,4%)	1 (0,4%)
Диссекция C-F	2 (0,8%)	2 (0,8%)	1 (0,4%)
Острый тромбоз (до 24 часов после процедуры)	2 (0,8%)	1 (0,4%)	1 (0,4%)

Еще у 4 (0,7%) больных отмечали острый тромбоз стента в первые 4 - 6 часов после вмешательства: 2 (0,8%) случая в первой группе и по одному случаю (0,4%) во второй и третьей группах соответственно. Всем четырем пациентам в экстренном порядке провели механическую реканализацию окклюзированной артерии с последующей серией дилатаций баллоном большего диаметра и восстановлением кровотока TIMI 2-3. В дальнейшем у этих пациентов отмечали гладкое течение заболевания. Тем не менее, несмотря на проводимые мероприятия и короткий срок между началом ангинозного приступа и проведением повторных ЭВП, у 3 из 4 пациентов с тромбозом стента, также как у одного из 3 пациентов с окклюзией боковой ветви при бифуркационном поражении, на госпитальном этапе развился нефатальный ОИМ (2-Q-образующих / 2-не-Q-образующих); летальных случаев, связанных как с течением основного заболевания, так и с осложнениями после ЭВП не было.

Таблица 4

Клиническая характеристика госпитального этапа больных после ЭВП в изученных группах

Показатели	Количество пациентов		
	I группа (n = 180)	II группа (n = 182)	III группа (n = 184)
Отсутствие стенокардии	175 (97,2%)	178 (97,8%)	181 (98,4%)
Острый инфаркт миокарда (нефатальный):	1 (0,5%)	2 (1,1%)	1 (0,5%)
- по причине острого тромбоза	1	1	1
- по причине окклюзии боковой ветви	-	1	-
Нестабильная стенокардия:	4 (2,2%)	2 (1,0%)	2 (1,1%)
- по причине острого тромбоза	1	-	-
- по причине окклюзии боковой ветви	1	-	1
- по причине диссекции	2	2	1
Повторные эндоваскулярные процедуры:	5 (2,8%)	4 (2,2%)	3 (1,6%)
- по поводу острого тромбоза стента	2	1	1
- по поводу окклюзии боковой ветви	1	1	1
- по поводу диссекции	2	2	1
Осложненное течение*	5 (2,8%)	4 (2,2%)	3 (1,6%)
Сосудистые осложнения	2 (1,1%)	2 (1,1%)	3 (1,6%)

* - включает летальность, нефатальный инфаркт миокарда, стенокардию с проведением эндоваскулярных процедур.

Таким образом, основными причинами осложненного течения заболевания после ЭВП явились диссекция на дистальном конце стента, окклюзия боковой ветви при бифуркационном поражении и острый тромбоз стента. Во всех случаях проведение повторных эндоваскулярных вмешательств позволило разрешить ангиографические осложнения и стабилизировать состояние пациентов. Отсутствие достоверных различий по основным ангиографическим показателям определило и сходные клинические госпитальные результаты в изученных группах (табл. 4).

Клиническое состояние пациентов на госпитальном этапе. На госпитальном этапе неосложненное клиническое течение после эндоваскулярного вмешательства (без «больших» событий: смерть, инфаркт миокарда, возобновление стенокардии с необходимостью повторных ЭВП, острое нарушение мозгового кровообращения, гематомы и внутренние кровотечения, потребовавшие гемотрансфузии или оперативного вмешательства) отмечали у 96,1%, 96,7% и 96,6% в изученных группах соответственно ($P > 0,05$).

У подавляющего большинства больных проведение эндоваскулярных процедур определило

стабилизацию состояния и отсутствие приступов стенокардии в 97,2%, 97,8% и 98,4% случаях, соответственно. Частота кардиологических осложнений (**острый ИМ**, стенокардия с необходимостью в повторных ЭВП) в изученных группах составила 5 (2,8%), 4 (2,2%) и 3 (1,6%) случаев соответственно ($P > 0,05$).

Таким образом, проведение эндоваскулярных процедур с использованием как «покрытых», так и «голометаллических» стентов явилось одинаково эффективным и безопасным методом лечения и обусловило неосложненное клиническое течение заболевания для подавляющего числа больных во всех изученных группах.

Отдаленные результаты стентирования коронарных артерий. По принятому в НПЦИК протоколу, всем пациентам, которым проведены эндоваскулярные вмешательства, спустя 6 месяцев после ЭВП рекомендована повторная госпитализация с проведением контрольного ангиографического исследования. Информация о состоянии здоровья была получена спустя 6 месяцев от всех 546 пациентов.

Таблица 5

Отдаленные клинические и ангиографические результаты

Показатели	I группа (n = 180)	II группа (n = 182)	III группа (n = 184)	P3-1
Отсутствие стенокардии	137 (76,1%)	148 (81,3%)	160 (86,9%)	< 0,05
Нефатальный инфаркт миокарда:				
- по причине подострого тромбоза	3 (1,7%)	1 (0,5%)	4 (2,2%)	> 0,05
- по причине позднего тромбоза	1 (0,5%)	-	2 (1,1%)	> 0,05
- по причине атеросклероза в других коронарных артериях	1 (0,5%)	1 (0,5%)	1 (0,5%)	> 0,05
Летальность	-	-	1 (0,5%)	> 0,05
Повторные эндоваскулярные процедуры:				
- подострый тромбоз стента	31 (17,2%)	21 (11,5%)	16 (8,1%)	< 0,05
- In-stent стеноз	2 (1,1%)	1 (0,5%)	2 (1,1%)	> 0,05
- поздний тромбоз стента	26 (14,4%)	19 (10,4%)	12 (6,2%)	< 0,05
- поздний тромбоз стента	3 (1,7%)	1 (0,55%)	1 (0,5%)	> 0,05
Эндоваскулярные процедуры в связи с атеросклерозом в других коронарных артериях	16 (8,9%)	17 (9,3%)	12 (6,5%)	> 0,05
Необходимость аортокоронарного шунтирования	2 (1,1%)	1 (0,5%)	-	> 0,05
Малые осложнения:				
- гематомы	3 (1,6%)	5 (2,7%)	14 (7,6%)	< 0,05
- гингивальные и носовые кровотечения	2 (1,1%)	3 (1,6%)	9 (4,8%)	> 0,05
- гингивальные и носовые кровотечения	1 (0,5%)	2 (1,0%)	5 (3,2%)	> 0,05
Аллергические реакции	1 (0,5%)	-	-	> 0,05
Неосложненное клиническое течение*	103(57,2%)	126(69,2%)	140(76,7%)	< 0,05

*Отсутствие летальных случаев, острого инфаркта миокарда, стенокардии с необходимостью проведения эндоваскулярных процедур и аортокоронарного шунтирования.

В первый месяц после стентирования один пациент из III группы, которому одномоментно имплантировано три стента Surfer в разные коронарные артерии, скончался от острой коронарной недостаточности (возможно, в результате подострого тромбоза стентов) на фоне самостоятельного отказа от приема клопидогреля 75 мг/сут (вскрытие пациента не проводилось по требованию родственников).

Контрольная диагностическая коронарная ангиография проведена 545 пациентам и изучено состояние 677 стентированных сегментов.

В отдаленные сроки неосложненное клиническое течение после вмешательства (без «больших» событий: смерть, нефатальный инфаркт, возобновление стенокардии с необходимостью повторных ЭВП и/или АКШ) отмечали соответственно у 103 (57,2%), 126 (69,2%) и 140 (76,7%) больных.

Важное значение имеет вопрос о безопасности длительного применения клопидогреля. В настоящем исследовании в целом переносимость препарата была хорошей и серьезных побочных эффектов, потребовавших отмены препарата, госпитализации или каких-либо специфических вмешательств, отмечено не было. Основным видом геморрагических осложнений в нашем исследовании были гематомы, которые составили 1,1% в I группе, 1,6% - во II группе и 4,8% - в III группе; носовые и гингивальные кровотечения (0,5%; 1,0% и 3,2% соответственно), которые проходили спонтанно. Желудочно-кишечных кровотечений и кожных реакций у пациентов в нашем исследовании не наблюдалось; клопидогрель не вызывал и каких-либо существенных гематологических нарушений.

Летальность и инфаркт миокарда. По частоте развития нефатального ИМ (1,7%, 0,5% и 2,2%) и показателю летальности от кардиологических причин исследуемые группы достоверно не отличались. Как отмечалось, только один (0,5%) пациент из III группы после имплантации трех стентов Cypher (Cordis, Johnson & Johnson) умер на амбулаторном этапе в первые 30 дней после процедуры на фоне самостоятельного прекращения приема комбинированной дезагрегантной терапии. Инфаркт миокарда, летальный исход преимущественно наблюдали у пациентов с прогрессирующим атеросклерозом в нативных коронарных артериях и неудовлетворительным результатом ЭВП (рестеноз или тромбоз/окклюзия стента).

Из серьезных осложнений в ближайшие 30 дней после стентирования у 6 (1,1%) пациентов отмечался подострый тромбоз стента. По количеству случаев подострого тромбоза стента группы достоверно не отличались – 2 (0,9%), 1 (0,4%) и 3 (1,3%); в трех (1,0%) случаях - при использовании стента BxSonic (Cordis, Jonson & Jonson), в 2 (1,3%) случаях - после стентирования покрытым стентом Cypher (Cordis, Johnson & Johnson) и ещё в 1 (1,1%) случае - после имплантации стента Taxus (Boston Scientific Corporation) ($P > 0,05$). В 1 случае (упомянутом выше) клинический подострый тромбоз стента явился причиной летального исхода (в III группе), у остальных 3 (0,5%) и 2 (0,4%) пациентов - нефатального ИМ и нестабильной стенокардии, соответственно. Всем пяти пациентам с подострым тромбозом стента, переживших это осложнение, была проведена успешная процедура механической реканализации и баллонная дилатация с восстановлением антеградного кровотока TIMI 3.

Состояние коронарного русла и стентированных участков в отдаленные сроки (по данным селективной коронароангиографии). В отдаленные сроки хороший ангиографический результат без рестеноза и окклюзий в стенте и стентированном участке наблюдали у 92,9% пациентов с приемом клопидогреля 75 мг/сут 6 месяцев, в то время как у пациентов, принимавших клопидогрель 3 и 1 месяц, этот показатель соответственно составил 90,3% и 85,2% случаев.

Таблица 6

Состояние стентированных участков коронарных артерий при разных типах стентов и в зависимости от сроков приема клопидогреля

Показатели	Количество стентов								
	I группа (n = 223)			II группа (n = 228)			III группа (n = 226)		
	BxSonic (n = 128)	Cypher (n = 60)	Taxus (n = 35)	BxSonic (n = 132)	Cypher (n = 62)	Taxus (n = 34)	BxSonic (n = 136)	Cypher (n = 53)	Taxus (n = 37)
Подострая окклюзия стента	1 (0,8%)	-	1 (2,8%)	-	1 (1,6%)	-	2 (1,5%)	1 (1,9%)	-
Всего:	2 (0,9%)			1 (0,4%)			3 (1,3%)		
In-stent стеноз	18 (14,2%)	5 (8,3%)	3 (8,6%)	15 (11,3%)	2 (3,2%)	2 (5,8%)	12 (8,8%)	0%	0%
Всего:	26 (11,7%)			19 (8,3%)			12 (5,3%)		
Поздний тромбоз	3 (2,3%)	1 (1,7%)	1 (2,8%)	2 (1,5%)	0%	0%	1 (0,7%)	0%	0%
Всего	5 (2,2%)			2 (0,9%)			1 (0,4%)		

Неудовлетворительный отдаленный ангиографический результат ЭВП (наличие in-stent стеноза, подострого тромбоза и окклюзий) составил 33 (14,8%), 22 (9,6%) и 16 (7,1%) случаев в I, II и III группах соответственно ($P < 0,05$ для групп III и I). Самая низкая частота in-stent стеноза отмечалась у пациентов III группы – 12 (5,3%), в то время как частота in-stent стеноза в I и II группах составила 26 (11,7%) и 19 (8,3%) случаев ($P < 0,05$ для групп

III и I). Самая низкая частота окклюзий стентов также отмечалась у пациентов III группы – 1 (0,4%), в то время как частота окклюзий в I и II группах составила 5 (2,2%) и 2 (0,9%) случаев; однако по этому показателю выявлена только тенденция к снижению частоты окклюзий ($P = 0,06$ для групп III и I). Различия между группами по частоте подострого тромбоза стента были не суще-

ственные: 2 (0,9%), 1 (1,6%) и 3 (1,3%) в I, II и III

группах соответственно ($P > 0,05$).

Таблица 7

Отдаленные результаты стентирования по группам [n (%)]

Показатели	I группа (n = 223)	II группа (n = 228)	III группа (n = 226)	P (III-I)
Хороший результат	190 (85,2)	206 (90,3)	210 (92,9)	< 0,05
Неудовлетворительный результат:	33 (14,8)	22 (9,6)	16 (7,1)	< 0,05
- подострый тромбоз	2 (0,9)	1 (1,6)	3 (1,3)	> 0,05
- in-stent стеноз	26 (11,7)	19 (8,3)	12 (5,3)	< 0,05
- поздний тромбоз	5 (2,2)	2 (0,9)	1 (0,4)	0,06
Эндоваскулярные процедуры на целевом сегменте:	31 (17,2)	21 (11,5)	15 (8,1)	< 0,05
- необходимость аортокоронарного шунтирования	2 (0,5)	1 (0,4)	-	> 0,05

Можно с уверенностью говорить, что наблюдалась четкая прямая зависимость между частотой неудовлетворительных ангиографических результатов и продолжительностью приема клопидогреля.

Соответственно, частота повторных ЭВП также была выше в группах больных с коротким сроком использования клопидогреля: 31 (17,2%) против

21 (11,5%) и 15 (8,1%) во II и III группах. При этом у 2 (1,1%) пациентов I группы и 1 (0,5%) пациента II группы с окклюзией стентов и сопутствующими поражениями других коронарных артерий была рекомендована операция коронарного шунтирования (табл. 11).

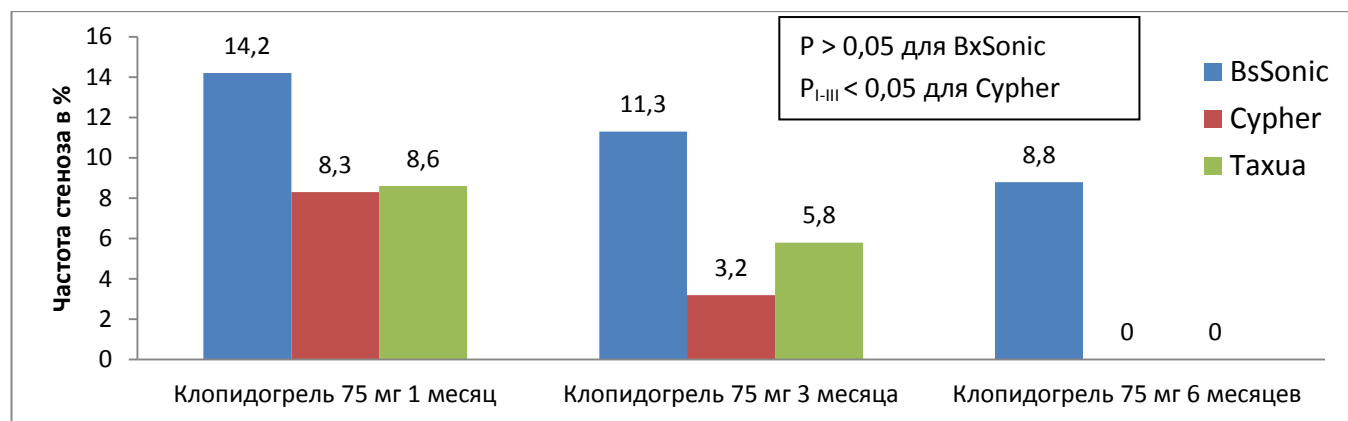
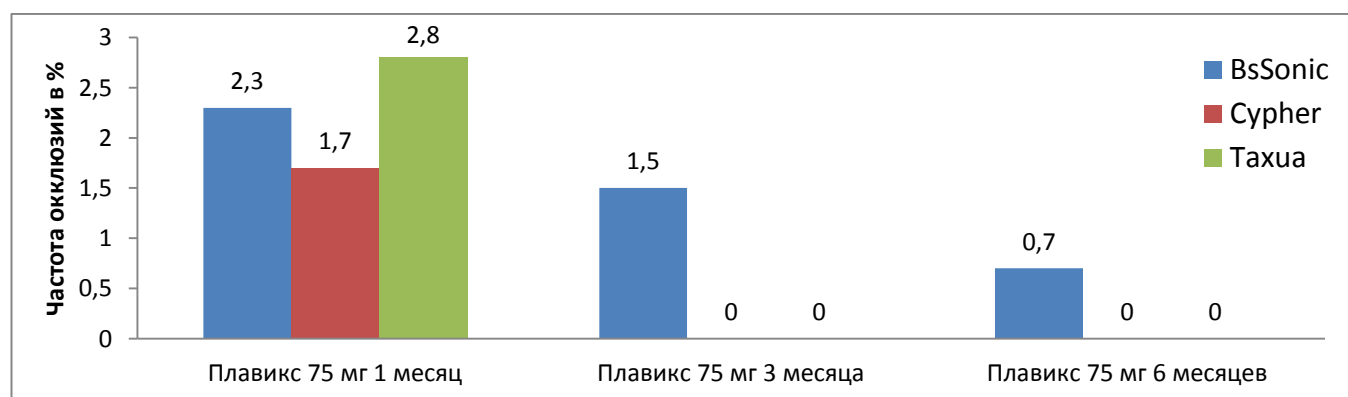


Рис. 1. Частота In-stent стеноза в зависимости от сроков приема клопидогреля.

При оценке в изученных группах состояния различных типов стентов выявлено, что при использовании стентов с лекарственным покрытием (Cypher и Taxus) достоверно более предпочтительные результаты только у пациентов с максимально длительным (6 месяцев) приемом клопидогреля 75 мг/сут. У этих пациентов PBC не

наблюдалось ни в одном случае, в то время как прием клопидогреля в течение одного месяца сопровождался частотой in-stent стеноза в 8,3% и 8,6% случаев и в 3,2% и 5,8% случаев в течение трех месяцев соответственно ($P < 0,05$) (рис. 1).

Рис. 2. Частота окклюзий стентов в зависимости от сроков приема клопидогреля ($P > 0,05$).

При этом длительность приема клопидогреля (1, 3 или 6 месяцев) достоверно не влияла на частоту in-stent стеноза при использовании голометаллических стентов (ГМС) BxSonic – 14,2%, 11,3% и 8,8% случаев соответственно.

Следует также отметить, что в отношении окклюзии стентов наблюдалась тенденция к увеличению их частоты только у пациентов с минимальной (1 месяц) продолжительностью приема клопидогреля - 2,2% против 0,9% и 0,4% случаев во II и III группах; однако достоверных различий по данному признаку не получено (рис. 2).

Таким образом, при других равных условиях, в отдаленные сроки после коронарного стентирования у пациентов с более длительным применением клопидогреля отмечались достоверно лучшее клиническое течение заболевания и более предпочтительный ангиографический прогноз стентирования, т.е. меньшая частота in-stent стеноза и окклюзии стентированного сосуда. Этот эффект тем более выражен, чем дольше проводилась терапия клопидогрелем.

Литература

- Атьков О.Ю., Балахонова Т.В., Горохова С.Г. Ультразвуковое исследование сердца и сосудов / под ред. О.Ю. Атькова. М.: Эксмо, 2009. 400 с.
- Гланц С.А. Медико-биологическая статистика / пер. с англ. М.: Практика, 1998. 459 с.
- Громов Д.Г., Алигишиева З.А., Исаева И.В., Иоселиани Д.Г. Сравнительный анализ результатов хирургического и эндоваскулярного лечения больных ИБС при множественном поражении коронарного русла // Медицина критических состояний. М. 2009. № 2. С. 15-28.
- Иоселиани Д.Г., Алигишиева З.А. Метод повышения эффективности стентирования коронарных артерий: методическое пособие для врачей. М.: НПЦИК, 2009. 58 с.
- Иоселиани Д.Г., Алигишиева З.А., Громов Д.Г., Семитко С.П., Сухоруков О.Е., Исаева И.В. и др. Хирургическая и эндоваскулярная реваскуляризация миокарда у больных ИБС с многососудистым поражением венечного русла: сравнительный анализ ближайших и средне-отдаленных результатов // Международный журнал интервенционной кардиоангиологии. 2008. № 15. С. 22-32.
- Иоселиани Д.Г., Алигишиева З.А., Колединский А.Г., Кучкина Н.В., Дягилева М.В., Семитко С.П. Ограничивает ли внутрикоронарная терапия метаболическими цитопротекторами реперфузионное повреждение миокарда после эндоваскулярных процедур у пациентов с острым инфарктом миокарда? // Международный журнал интервенционной кардиоангиологии. 2008. № 15. С. 32-42.
- Иоселиани Д.Г., Громов Д.Г., Алигишиева З.А., Араблинский А.В., Хоткевич Е.Ю. Анализ ближайших и средне-отдаленных результатов хирургического и эндоваскулярного лечения пациентов с ишемической болезнью сердца при множественном поражении коронарных сосудов // Клиническая медицина. 2009. № 9. С. 15-22.
- Кардиология: руководство для врачей / под ред. Р.Г. Оганова, И.Г. Фоминой. М.: Медицина, 2004. 847 с.
- Кузнецова И.Э., Семитко С.П., Алигишиева З.А., Гуранда Д.Т., Иоселиани Д.Г. Влияние фенотипа ацетилтрансферазной активности на частоту развития рестеноза внутри стента у больных ишемической болезнью сердца // Клиническая медицина. 2009. № 8. С. 25-29.
- Семитко С.П., Кузнецова И.Э., Гуранда Д.Т., Алигишиева З.А., Иоселиани Д.Г. Роль ацетилтрансферазной активности в развитии in-stent стеноза у пациентов хронической ишемической болезнью сердца, перенесших процедуру коронарного стентирования // Международный журнал интервенционной кардиоангиологии. 2008. № 15. С. 42-45.

References

- Atkov O.Yu., Balakhonova T.V., Gorokhova S.G. Ul'trazvukovoye issledovaniye serdtsa i sosudov [Ultrasound examination of the heart and blood vessels] / pod red. O.Yu. Atkova. M.: Eksmo, 2009. 400 s.
- Glants S.A. Mediko-biologicheskaya statistika [Medical-biological statistics] / per. s angl. M.: Praktika, 1998. 459 s.
- Gromov D.G., Aligishiyeva Z.A., Isayeva I.V., Ioseliani D.G. Sravnitelnyy analiz rezultatov khirurgicheskogo i endovaskulyarnogo lecheniya bolnykh IBS pri mnozhestvennom porazhenii koronarnogo rusla [Comparative analysis of the results of surgical and endovascular treatment of patients with coronary artery disease with multiple coronary lesions] // Meditsina kriticheskikh sostoyaniy. M. 2009. № 2. S. 15-28.
- Ioseliani D.G., Aligishiyeva Z.A. Metod po-vysheniya effektivnosti stentirovaniya ko-ronarnykh arteriy: metodicheskoye posobiye dlya vrachey [A method for increasing the effectiveness of coronary artery stenting]. M.: NPTsIK, 2009. 58 s.
- Ioseliani D.G., Aligishiyeva Z.A., Gromov D.G., Semitko S.P., Sukhorukov O.E., Isayeva I.V. i dr. Khirurgicheskaya i endovaskulyarnaya revaskulyarizatsiya miokarda u bolnykh IBS s mnogososudistym porazheniyem venechnogo rusla: sravnitelnyy analiz blizhayshikh i sredneotdalennykh rezultatov [Surgical and endovascular revascularization in patients with multivessel coronary lesion of the coronary bed] // Mezhdunarodnyy zhurnal interventsiionnoy kardioangiologii. 2008. № 15. S. 22-32.
- Ioseliani D.G., Aligishiyeva Z.A., Koledinskiy A.G., Kuchkina N.V., Dyagileva M.V., Semitko S.P. Ograni-chivayet li vnutrikoronarnaya terapiya metaboli-cheskimi tsitoprotektorami reperfuzionnoye povrezhdeniye miokarda posle endovaskulyarnykh protsedur u patsiyentov s ostrym infarktom miokarda? [Is intracoronary therapy limits the metabolic cytoprotector myocardial reperfusion injury after endovascular procedures in patients with acute myocardial infarction?] // Mezhdunarodnyy zhurnal interventsiionnoy kardioangiologii. M. 2008. № 15. S. 32-42.
- Ioseliani D.G., Gromov D.G., Aligishiyeva Z.A., Arablinskiy A.V., Khotkevich Ye.Yu. Analiz blizhayshikh i sredneotdalennykh rezultatov khirurgicheskogo i endovaskulyarnogo lecheniya patsiyentov s ishemicheskoy boleznью serdtsa pri mnozhestvennom porazhenii koronarnykh sosudov [Analysis of the immediate and middle-term results of surgical and endovascular treatment of patients with ischemic heart disease with multiple lesions of the coronary vessels] // Klinicheskaya meditsina. 2009. № 9. S. 15-22.
- Kardiologiya: rukovodstvo dlya vrachey [Cardiology: Guide for Physicians] / pod red. R.G. Oganova, I.G. Fominoy. M.: Meditsina, 2004. 847 s.

9. Kuznetsova I.E., Semitko S.P., Aligishiyeva Z.A., Guranda D.T., Ioseliani D.G. Vliyaniye fenotipa atsetiltransferaznoy aktivnosti na chastotu razvitiya restenoz za vnutri stenta u bolnykh ishemicheskoy boleznyu serdtsa [Effect of phenotype atsetiltransferaznoy activity on the incidence of restenosis within the stent in patients with coronary heart disease] // Klinicheskaya meditsina. 2009. № 8. S. 25-29.
10. Semitko S.P., Kuznetsova I.E., Guranda D.T., Aligishiyeva Z.A., Ioseliani D.G. Rol atsetiltransferaznoy aktivnosti v razvitii in-stent stenoza u patsiyentov khronicheskoy ishemicheskoy boleznyu serdtsa, perenesshikh protseduru koronarnogo stentirovaniya [Role of acetyltransferase activity in the development of in-stent stenosis in patients with chronic coronary disease who underwent coronary stenting procedure] // Mezhdunarodnyy zhurnal interventzionnoy kardiologii. 2008. № 15. S.42-45.

Сведения о соавторах:

Кузнецова Ирина Эрнестовна - кандидат медицинских наук, врач-кардиолог Научно-практического центра интервенционной кардиоангиологии Департамента здравоохранения г. Москвы.

Тел.:8(495)624-06-20.

Кононов Анатолий Владимирович - кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник Научно-практического центра интервенционной кардиоангиологии Департамента здравоохранения г. Москвы.
Тел.:8(495)624-06-20.

Абельдинова Айжан Жусуповна – кандидат медицинских наук, заведующая отделением функциональной диагностики Научно-практического центра интервенционной кардиоангиологии Департамента здравоохранения г. Москвы.
Тел.:8(495)624-06-20.

Громов Дмитрий Геннадьевич - доктор медицинских наук, старший научный сотрудник Научно-практического центра интервенционной кардиоангиологии Департамента здравоохранения г. Москвы.
Тел.:8(495)624-06-20.

Костянов Игорь Юрьевич - кандидат медицинских наук, заведующий отделением для лечения больных с острым инфарктом миокарда Научно-практического центра интервенционной кардиоангиологии Департамента здравоохранения г. Москвы.
Тел.:8(495)624-06-20.

УДК 616.316-008.8:616.441-07

Исследование содержания Т4 и ТТГ в смешанной слюне как альтернативный подход к диагностике заболеваний слюнных и щитовидной желез

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

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздрава России, кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Махачкала

Резюме

В работе изучены более информативные критерии оценки секреторной активности слюнных желез при заболеваниях щитовидной железы. Оценка состояния слюнных желез была проведена на основе комплексных исследований различных клинико-лабораторных показателей. Структура заболеваний щитовидной железы зависела от сиаладеноза. Пациенты с гипертиреозом составляли 61%. Вязкость слюны выполняла защитные функции, поддерживала сапрофитный баланс в полости рта. Увеличение вязкости слюны наблюдалось у 87% пациентов с гипотиреозом и у 83% пациентов с гипертиреозом.

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

Research of contents T4 and TTH contents in alternative approach for diagnosing salivary and thyroid glands diseases

A.Kh. Asiyatilov, Kh.A. Ordashev, G.A. Asiyatilov

Dagestan State Medical Academy, Makhachkala

Summary

In this paper we studied a variety of clinical and laboratory characteristics of patients and the allocation of more informative criteria of secretory activity of salivary glands in diseases of the thyroid gland. The structure of the thyroid gland depends on sialadenosis. Patients with hyperthyroidism were 61%. Evaluation of salivary glands was carried out on the basis of comprehensive studies. The viscosity of the saliva performs protective functions, supports the saprophytic balance in the mouth. The results show that the increase in viscosity was observed in 87% of patients with hypothyroidism, similar results were obtained in patients with hyperthyroidism - in 83% of cases.

Key words: salivary gland, hypothyroidism, hyperthyroidism, the viscosity of saliva.

Введение

Функциональные и патологические изменения слюнных желез при заболеваниях щитовидной железы изучены недостаточно. Известно, что как гипотиреоз [5, 8, 17], так и гипертиреоз [3, 10] способствуют нарушению секреторной функции слюнных желез, а также изменению биохимических показателей ротовой жидкости.

В эксперименте на животных показано, что после полного удаления щитовидной железы развиваются выраженные функциональные изменения в слюнных железах [2, 5, 7], а применение тиреоидных гормонов [15, 16] приводит к восстановлению и повышению активности амилазы слюны.

У людей гипертрофия слюнных желез может быть самостоятельной (первичной), либо появляется вторично в результате воздействия радиационного облучения, впоследствии эндокринных и обменных нарушений [11]. Известно, что тиреоидные гормоны оказывают регуляторное влияние на пластические процессы, рост, дифференцировку, характер метаболизма [18].

В настоящее время метаболические сиалозы являются наименее изученными заболеваниями. По предложению Рауха, вторичные гипертрофии слюнных желез объединены термином «сиалозы», т.е. гипертрофии, возникающие в результате реактивно-дистрофических процессов [4]. Слюнные железы, являясь органами как экзокринной, так и эндокринной секреции, тонко реагируют на нарушение деятельности других желез внутренней секреции, в частности, щитовидной железы [13]. Не вызывает сомнения участие слюнных желез в обеспечении гормонального режима организма в норме и при эндокринных нарушениях, что в свою очередь приводит к возникновению различных патологических состояний в самих слюнных железах.

Некоторые исследователи отмечают, что гормоно- и ферментовыделительная функция слюнных желез является патогенетическим признаком определенного заболевания, и рекомендуют использовать этот показатель в диагностике различных заболеваний слюнных желез [6].

Доказано, что в слюнных железах образуется или аккумулируется большое количество биологически активных веществ. Кроме того, снижение функции щитовидной железы вызывает падение инкреторной и экскреторной активности слюнных желез. Сиаладенэктомия существенным образом отражается на функции щитовидной железы. В

Для корреспонденции:

Ордашев Хасан Алиевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ГБОУ ВПО «Дагестанская госмедакадемия» МЗ РФ. Тел. 8(8722) 55 03 24, 8(928) 679 53 93. Статья поступила 02.02.2012, принята к печати 05.03.2012.

клинике известны рецидивы сиалоза при беременности, климаксе, функциональных нарушениях щитовидной и поджелудочной желез [9, 13, 17]. Следует отметить, что в экспериментальных и клинических исследованиях установлена тесная взаимосвязь слюнных желез с состоянием щитовидной железы. Так, в частности, в экспериментальных исследованиях на лабораторных животных показано, что удаление щитовидной железы вызывает атрофию околоушных слюнных желез, а удаление околоушных слюнных желез приводит к гипертрофии щитовидной железы [1].

Во многих клинических исследованиях [11, 14, 17] установлено, что при гипотиреоидных состояниях имеет место снижение функциональной способности слюнных желез. Это свидетельствует о важности и необходимости детального обследования больных с патологией щитовидной железы в целях выявления групп риска на развитие дистрофических заболеваний слюнных желез.

Как известно, эпидемический паротит нередко осложняется тиреоидитом, а современные биохимические исследования показывают, что у детей при паротите обнаруживаются выраженные изменения содержания тиреотропного гормона в крови [12]. Слюнные и щитовидная железы играют также существенную роль в регуляции обмена кальция в организме.

Щитовидная железа вырабатывает кальцитонин и катакальцин, снижающие уровень кальция в крови, а в слюнных железах вырабатывается паротин, который также обладает гипокальциемическим действием [11].

Целью работы явилось исследование содержания гормонов в слюне, а также выявление патологических изменений в слюнных железах при сиалопатиях на фоне поражений щитовидной железы, определение перспективности изучения информативности саливодианности в выявлении функционального состояния слюнных желез.

Материал и методы

Под наблюдением находилось 100 больных (84 женщины и 16 мужчин) в возрасте от 15 до 70 лет с различными формами заболеваний слюнных желез на фоне поражения щитовидной железы. У всех больных было получено информированное добровольное письменное согласие на участие в исследовании.

Продолжительность заболевания (сиалоз при гипо- и гипертиреозе) колебалась от 15 месяцев до 16 лет. Из 100 больных у 56 сиалозы протекали на фоне гипертиреоза. При этом, помимо поражения щитовидной железы, у них в анамнезе выявлялись перенесенные и сопутствующие заболевания (хронические респираторные заболевания, хронический холецистит, пиелонефрит). У 44 больных сиалозы протекали на фоне гипотиреоза, у этой группы больных также довольно часто отмечались в анамнезе такие перенесенные заболевания, как хронические респираторные заболевания, хронический холецистит, болезнь

Боткина. Контрольную группу составили 20 практически здоровых людей в возрасте от 18 до 50 лет. Диагноз поражения слюнных и щитовидных желез устанавливали на основании характерной клинической картины заболевания, данных сиалометрии, определения вязкости слюны, ультразвукового и лабораторных исследований.

У обследованных лиц определяли содержание тироксина и тиреотропного гормона. Исследования гормонов проводили радиоиммунологическим методом при помощи аппарата финской фирмы «Коннеллаб» в Республиканском диагностическом центре (г. Махачкала). Статистическую обработку проводили с использованием программы Microsoft Excel.

Результаты исследования

В контрольной группе содержание тиреотропного гормона в смешанной слюне колебалось в среднем от 0,99 до 0,19 МЕ/мл, содержание тироксина составляло 1,02-0,13 пмоль/л. У больных с гипертиреозом уровень тиреотропного гормона был в пределах 0,76-1,86 МЕ/мл, что значительно превышает аналогичные показатели в контрольной группе ($p < 0,001$).

Таблица 1
Содержание тироксина и тиреотропного гормона в сыворотке крови у больных с гипо- и гиперфункцией щитовидной железы

Гормоны	Показатели	Сыворотка крови		
		Контроль	Гипотиреоз	Гипертиреоз
T4, пмоль/л	M ± m P	7 ± 18	24,6 ± 50,2 > 0,05	28,5 ± 29,2 > 0,05
ТТГ, МЕ/мл	M ± m P	0,25 ± 4,0	1,6 ± 3,9 < 0,05	1,2 ± 1,4 < 0,05
	n	20	44	56

Повышение концентрации тиреотропного гормона отмечено у 21 из 54 больных сиалозами на фоне гипертиреоза, а у 7 больных он несколько снижен (0,4-0,8 МЕ/мл). Содержание гормонов щитовидной железы при сиалозах на фоне гипертиреоза составляло 1,2-1 МЕ/мл, а при гипотиреозе - 1,6-3,9 МЕ/мл.

Уровень содержания тироксина у больных сиалопатиями на фоне поражения щитовидной железы в среднем составлял 28,5-29,2 пмоль/л, т.е. существенно отличался от показателей контрольной группы (11,5-23 пмоль/л, $p < 0,05$).

Приведенные данные свидетельствуют о том, что у больных сиалозами на фоне заболеваний щитовидной железы наблюдается снижение функции щитовидной железы и повышение тиреотропной функции гипофиза. По мере улучшения состояния больных после лечения содержания тиреотропного гормона в крови и соответственно в слюне снижалось до уровня более низкого, чем у здоровых лиц, а уровень концентрации тироксина несколько повышался. Закономерных

изменений содержания гормонов в зависимости от этиологического фактора не наблюдалось.

Таблица 2

Содержание тироксина и тиреотропного гормона в смешанной слюне у больных с гипо- и гиперфункцией щитовидной железы

Гормоны	Показатели	Смешанная слюна		
		Контроль	Гипотиреоз	Гипертиреоз
T4, пмоль/л	$M \pm m$ P	$0,2 \pm 1,1$	$3,0 \pm 6,3$	$1,7 \pm 1,6$ < 0,05
ТТГ, МЕ/мл	$M \pm m$ P	$0,25 \pm 4,0$	$0,53 \pm 0,57$	$0,76 \pm 1,36$
	n	20	44	56

Представляет интерес сопоставление содержания изучаемых гормонов с состоянием секреторной функции слюнных желез. Было установлено, что с улучшением функционального состояния слюнных желез концентрация тиреотропного гормона в слюне заметно снижалась до 0,8-1,4 МЕ/мл, а концентрация тироксина изменялась незначительно и составляла 3,0-6,3 МЕ/мл при гипотиреозе и 1,7-1,6 МЕ/мл при гипертиреозе. Отмечено, что с удлинением срока заболевания концентрация гормонов щитовидной железы в слюне и сыворотке снижалась. Концентрация гипотиреозного тиреотропного гормона в зависимости от давности заболевания существенно не изменялась.

Проведенные исследования свидетельствуют о том, что у больных сиалозами функция щитовидной железы несколько снижается (т.е. симптом взаимного отягощения), что наиболее выражено у больных с нарушениями секреторной функции слюнных желез. Предположительно, одной из причин снижения уровня содержания гормонов щитовидной железы у этих больных является нарушение процессов расщепления и усвоения белков при снижении секреторной функции слюнных желез (ксеростомия), что может привести к неполноценному синтезу гормонов щитовидной железы, а возможно, это объясняется существованием и обратной связи. Учитывая то, что гормоны щитовидной железы оказывают стимулирующее действие на слюнные железы, снижение функции щитовидной железы у больных с сиалопатиями может усилить недостаточность секреторной функции слюнных желез. В наших исследованиях некоторое повышение концентрации тиреотропного гормона отмечено у больных с выраженными изменениями в слюнных железах. При стабилизации дистрофического процесса в слюнных железах уровень тиреотропного гормона несколько снижался.

Заключение

Полученные данные позволяют предположить, что повышение концентрации тиреотропно-

го гормона у больных сиалопатиями связано с ухудшением общего состояния пациентов и носит компенсаторный характер, направленный на восстановление секреторной функции слюнных и щитовидной желез. У больных сиалопатиями наблюдается снижение функции щитовидной железы, которое косвенно влияет на секреторную деятельность слюнных желез. Сказанное выше имеет определенное значение для понимания патогенеза сиалозов и поиска лечебных мероприятий с целью коррекции гипо- и гиперфункции щитовидной железы при сиалопатиях и нормализации функционального состояния слюнных желез.

Таким образом, у больных сиалопатиями наблюдается снижение функции щитовидной железы, а тиреотропная функция гипофиза усиливается, но со стабилизацией дистрофического процесса снижается. Отмеченное обстоятельство имеет определенное значение для расшифровки патогенеза поражения слюнных желез и поиска лечебных мероприятий с целью коррекции функционального состояния щитовидной и слюнных желез при сиалопатиях.

Литература

1. Бубякина М.С., Мовшев Б.Е. Сравнительная характеристика функционального состояния тиреоидных гормонов в слюнной железе // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. 1965. № 3. С.101-102.
2. Гильмиярова Ф.Н., Перова Ю.В., Радомская В.М., Гергель Н.И., Тарасова С.В. Содержание унифицированных метаболитов и тиреоидных гормонов в крови и ротовой жидкости детей с минимальной дисфункцией мозга // Биомедицинская химия. 2004. Т. 50. № 2. С. 204-210.
3. Готовцева Л.П., Коротко Г.Ф. Тиреоидные гормоны слюны в оценке функционального состояния гипотирозно-тиреоидной системы // Клиническая лабораторная диагностика. 2002. №7. С.9-11.
4. Денисов А.Б. Гипертрофия слюнных желез. Механизм развития и методы моделирования // Стоματοлогия. 1994. Т. 73. № 3. С. 124-131.
5. Денисов В. Б. Слюнные железы. Слюна. М., 2003. С. 19-21.
6. Коваленко А.Ф. Соотношение активности б-амилазы и БАЭЭ-эстеразы в дифференциальной диагностике заболеваний слюнных желез // Стоματοлогия: Респуб. межвед. сборник. Киев. 1991. С. 69-70.
7. Коротко Г.Ф., Готовцева Л.П., Булгакова В.А. Постпрандиальные трансформации ферментных и гормональных свойств слюны и крови // Рос. физиол. журнал. 2002. Т. 88. № 3. С. 41-43.
8. Матина В.Н. Сочетание сиалопатии с узловатым зобом // Ученые записки. СПб. гос. мед. университета им. И.П. Павлова. СПб., 2000. Т. 7. № 2. С. 143-144.
9. Ордашев Х.А. Заболевания слюнных желез при сахарном диабете: автореф. дис.... канд. мед. наук. М., 1997. 23 с.
10. Парамонова Т.В., Артамонова Б.А. Взаимодействие щитовидной и слюнных желез крыс при радиационном поражении // Эндокринная система организма и вредные факторы окружающей среды. Л., 1991. С. 186-187.

11. Ромачева И.Ф. и др. Заболевания и повреждения слюнных желез. М., 1987. 239 с.
 12. Сидора В.Д. и др. Состояние функции системы гипофиз-щитовидная железа при поражении тканей полости рта // *Стоматология*. 1988. № 3. С. 65-67.
 13. Суходоло И.В. и др. Инкреция ферментов пищеварительными железами. М., 1978. С. 27.
 14. Щипский А.В., Афанасьев В.В. Диагностика хронических заболеваний слюнных желез с помощью дифференциально-диагностического алгоритма. М., 2001. С. 97-98.
 15. Bergdahl J., Bergdahl M. Department of psychology, Umea University, Sweden // *Acta Odontol Scand*. 2001. Vol. 59, N 2. P. 104-110.
 16. Ghezzi E.M. et al. Determination of variation of stimulated salivary flow rates // *Dent. Res*. 2000. Vol. 79, N 11. P. 1874-1878.
 17. King H., Rewers M. Диабет у взрослых как новая проблема в странах «Третьего мира» // *Бюллетень ВОЗ*. 1991. Vol. 69, N 6. С. 3-8.
 18. Vining R.E., Meginley R.A. Hormones in saliva // *Crit. Rev. Clin. Jav. Sci*. 1986. Vol. 23, N 2. P. 143-146.
 7. Korotko G.F., Gotovceva L.P., Bulgakova V.A. Postprandialnye transformacii fermentnykh i gormonalnykh svoystv slyuny i krovi [Postprandial hormonal and enzymatic transformation properties of the saliva and blood] // *Ros. fiziol. zhurnal*. 2002. T.88. №3. S.41-43.
 8. Matina V.N. Sochetaniye sialo patii s uzlovatym zobom [The combination of sialopatii with nodular goiter] // *Uchenye zapiski*. SPb. gos. med. universiteta im. I.P.Pavlova. SPb., 2000. T.7. №2. S.143-144.
 9. Ordashev H.A. Zabolevaniya slyunnykh zhelez pri sakharnom diabete [Diseases of the salivary glands in diabetes mellitus]: avtoref. ... k.m.n. M., 1997. 23 s.
 10. Paramonova T.V., Artamonova B.A. Vzaimodeystvie shitovidnoy i slyunnykh zhelez kryz pri radiatsionnom porazhenii [Interaction of thyroid and salivary glands of rats with radiation injury] // *Endokrinnaya sistema organizma i vrednye faktory okruzhayushey sredy*. L., 1991. S. 186-187.
 11. Romacheva I.F. i soavt. Zabolevaniya i povrezhdeniya slyunnykh zhelez [Diseases and injuries of the salivary glands]. M., 1987. 239 s.
 12. Sidora V.D. i soavt. Sostoyanie funktsii sistemy gipofiz-shitovidnaya zheleza pri porazhenii tkaney polosti rta [The state function of the pituitary-thyroid tissues with lesions of the oral cavity] // *Стоматология*. 1988. №3. S. 65-67.
 13. Sukhodolo I.V. i soavt. Inkretsia fermentov pishchevaritelnykh zhelezami [Incretion enzymes digestive glands]. M., 1978. 27 s.
 14. Shipskiy A.V., Afanasev V.V. Diagnostika khronicheskikh zabolevaniy slyunnykh zhelez s pomoshchyu differentsialno-diagnosticheskogo algoritma [Diagnosis of chronic diseases of salivary glands by means of a differential-diagnostic algorithm]. M., 2001. S. 97-98.
 15. Bergdahl J., Bergdahl M. Department of psychology, Umea University, Sweden // *Acta Odontol Scand*. 2001. Vol. 59. N 2. P. 104-10.
 16. Ghezzi E.M. et al. Determination of variation of stimulated salivary flow rates // *Dent. Res*. 2000, Vol. 79. N11. P. 1874-1878.
 17. King H., Rewers M. Diabetes mellitus in adults as a problem in countries of "Third world" // *WHO Bulletin*. 1991. V. 69, N 6. P. 3-8.
 18. Vining R.E., Meginley R.A. Hormones in saliva // *Crit. Rev. Clin. Jav. Sci*. 1986. Vol. 23, N 2. P. 143-146.
- References**
1. Bubyakina M.S., Movshev B.E. Sravnitel'naya kharakteristika funktsional'nogo sostoyaniya tireodnykh gormonov v slyunnoy zheleze [Comparative characteristics of the functional state of thyroid hormones in the salivary gland] // *Byulleten eksperimental'noy biologii*. 1965. №3. S.101-102.
 2. Gilmiyarova F.N., Perova U.V., Radomskaya V.M., Gergel N.I., Tarasova S.V. Soderzhaniye unifikirovannykh metabolitov i tireoidnykh gormonov v krovi i rotovoy zhidkosti detey s minimal'noy disfunkciey mozga [The content of unified metabolites and thyroid hormones in the blood and saliva of children with minimal brain dysfunction] // *Biomeditsinskaya himiya*. 2004. T.50. №2. S. 204-210.
 3. Gotovceva L.P., Korotko G.F. Tireoidnye gormony slyuny v otsenke funktsional'nogo sostoyaniya gipofizarnotireoidnoy sistemy [The content of unified metabolites of thyroid hormones in the blood and saliva of children with minimal brain dyskinesia] // *Klinicheskaya laboratornaya diagnostika*. 2002. №7. S.9-11.
 4. Denisov A.B. Gipertrofiya slyunnykh zhelez. Mehanizm razvitiya i metody modelirovaniya [Thyroid hormones in the saliva of assessing the functional state of the pituitary-thyroid system] // *Стоматология*. 1994. T.73. №3. S.124-131.
 5. Denisov V. B. Slyannye shelezy [Salivary glands]. Slyana. M. 2003. S.19-21.
 6. Kovalenko A.F. Sootnoshenie aktivnost b-amilazy i BAEE-esterazy v diffeentsialnoy diagnostike zabolevaniy slyunnykh zhelez [The ratio b-amylase activity and BAEE-esterases in the differential diagnosis of diseases of the salivary glands] // *Стоматология: Respub. mezhved. sbornik*. Kiev. 1991. S.69-70.
- Сведения о соавторах:**
Асиятилов Абудало Хавалович – кандидат медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ГБОУ ВПО «Дагестанская госмедакадемия» МЗ РФ.
 Тел. 8(8722) 67 90 19.
- Асиятилов Гасан Абудалович* – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ГБОУ ВПО «Дагестанская госмедакадемия» МЗ РФ.
 Тел. 8(8722) 67 75 92.

УДК [579.842:616.935-084]615.355

Состояние тиолдисульфидного звена антиоксидантной системы у больных шигеллезами и коррекция ее нарушений

Д.Р. Ахмедов, З.Г. Тагирова, С.А. Магомедова,
З.М. Даниялбекова, Р.К. Магомедов, Р.К. Алханов

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

Резюме

Изучено функциональное состояние тиолдисульфидного звена антиоксидантной системы у 400 больных различными клиническими формами острой бактериальной дизентерии. Применение на фоне базисной терапии нового отечественного препарата иммуностропного и антиоксидантного действия «суперлимф» способствует улучшению функционального состояния тиолдисульфидного звена антиоксидантной системы, при этом отмечается сокращение длительности клинических проявлений заболевания и сроков стационарного лечения больных.

Ключевые слова: дизентерия, тиолдисульфидное звено, антиоксидантная система, суперлимф.

Status of thiol-disulfide link of the antioxidant system in patients with shigellosis and correction of its violations

Z.G. Tagirova, D.R. Akhmedov, S.A. Magomedova, Z.M. Daniyalbekova,
R.K. Magomedov, R.K. Alkhanov

Dagestan state medical academy, Makhachkala

Summary

Status of thiol-disulfide link of the antioxidant system in 400 patients with different clinical forms of acute bacterial dysentery was studied. Application in the background of basic therapy of the new domestic preparation of immunotropic and antioxidant effect of Superlymph antioxidant action helps to improve the functional state of thiol-disulfide level of antioxidant system and there was reduction in the duration of the clinical manifestations of disease and timing of hospitalization of patients.

Key words: dysentery, thiol-disulfide link, antioxidant system, superlymph.

Введение

Острые кишечные инфекции (ОКИ) в современных условиях являются глобальной проблемой здравоохранения повсеместно. При этом в структуре ОКИ значительный удельный вес принадлежит шигеллезам [8]. По данным ВОЗ, в последние десятилетия ежегодно в мире болеют шигеллезами более 165 млн человек, при этом число смертельных исходов превалирует 1,1 млн в год, из них две трети – дети до 10 лет [8].

Известно, что течение и исход острых кишечных инфекций, в том числе и дизентерии, в большей степени зависят от факторов неспецифической резистентности организма [3-5, 9]. Непосредственное участие в молекулярных механизмах неспецифической резистентности организма к повреждающим факторам внешней среды принимает антиоксидантная система (АОС). Ее ферментное и неферментное (тиолдисульфидное звено - ТДЗ) звенья непосредственно участвуют в обезвреживании свободных радикалов и переки-

сей, образование которых резко усиливается под действием возбудителей [1, 2, 6-8, 11].

Цель работы: изучить функциональное состояние тиолдисульфидного звена антиоксидантной системы у больных шигеллезами.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находилось 400 больных острой дизентерией, среди которых легкая форма заболевания диагностирована у 112 (28%), средней степени тяжести - у 192 (48%) и тяжелая - у 96 (24%) больных. Диагноз был установлен на основании клинико-лабораторных и эпидемиологических данных, а также подтвержден бактериологически у 71,4% и серологически - у 35,4%.

Исходя из цели работы, у наблюдаемых больных изучалось состояние ТДЗ АОС. Для этого проводилось количественное определение сульфидрильных (SH) групп и дисульфидных связей (SS) методом прямого и обратного амперометрического титрования с использованием азотнокислого серебра и унитиола в гемолизате [10]. Группу сравнения составили 40 доноров Республиканской станции переливания крови. По соотношению уровней SH- и SS-групп вычисляли тиолдисульфидный коэффициент (ТДК), который отражает буферную емкость АОС.

Для корреспонденции:

Тагирова Зарема Гаджиевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры инфекционных болезней ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная академия» МЗ РФ. Адрес: 367000, г. Махачкала, ул. Гоголя, 41.
Тел. 8(8722) 550 11 54.

Статья поступила 22.05.2012 г., принята к печати 16.06.2012 г.

Статистическая обработка данных проведена с использованием программы «Биостатистика». Данные описаны в виде средней арифметической (M) и стандартного отклонения (SD). Различия показателей между группами оценивались по критерию Крускала-Уоллиса и считались достоверными при $P < 0,03$.

Результаты исследования и их обсуждение

Содержание SH-групп у всех наблюдаемых больных при поступлении до начала лечения достоверно ниже, чем у здоровых лиц. Так, содер-

жание SH-групп у больных острой дизентерией, имеющих легкое течение заболевания, составило $8,1 \pm 0,1$ ммоль/л ($P < 0,001$); среднетяжелое течение - $7,1 \pm 0,1$ ммоль/л ($P < 0,001$), тяжелое - $5,4 \pm 0,1$ ммоль/л ($P < 0,001$), тогда как у здоровых лиц - $12,2 \pm 0,2$ ммоль/л. Как видно из таблицы 1, у всех наблюдаемых больных острой дизентерией до лечения выявлено достоверное снижение содержания SH-групп в сравнении с донорами. Так, у больных с тяжелым течением острой дизентерии данный показатель ниже, чем у доноров, в 2,3 раза, а у больных со среднетяжелым и легким течением - в 1,7 и 1,5 раза соответственно.

Таблица 1

Содержание SH-групп в крови у больных острой дизентерией до лечения в зависимости от степени тяжести

Клинические формы острой дизентерии	n	SH-группы, ммоль/л (M ± SD)	P	P ₁	P ₂
Легкое течение	112	8,1±0,1	< 0,001	< 0,001	< 0,001
Среднетяжелое течение	192	7,1±0,1	< 0,001	< 0,001	
Тяжелое течение	96	5,4±0,1	< 0,001		
Доноры	40	12,2±0,2			

P – достоверность различий показателей по отношению к донорам; P₁ – достоверность различий показателей по отношению к больным с тяжелым течением острой дизентерии; P₂ - достоверность различий показателей по отношению к больным со среднетяжелым течением острой дизентерии.

Таблица 2

Содержание SS-групп в крови у больных острой дизентерией до лечения в зависимости от степени тяжести

Клинические формы острой дизентерии	n	SS-группы, ммоль/л (M ± SD)	P	P ₁	P ₂
Легкое течение	112	5,0±0,2	< 0,01	0,19	0,01
Среднетяжелое течение	192	5,2±0,1	< 0,01	0,19	
Тяжелое течение	96	5,5±0,1	< 0,01		
Доноры	40	4,4±0,1			

Таблица 3

Тиолдисульфидный коэффициент у больных острой дизентерией до лечения в зависимости от степени тяжести

Клинические формы острой дизентерии	n	Тиолдисульфидный коэффициент (M ± SD)	P	P ₁	P ₂
Легкое течение	112	1,7±0,04	< 0,001	< 0,001	< 0,01
Среднетяжелое течение	192	1,5±0,04	< 0,001	< 0,001	
Тяжелое течение	96	1,1±0,04	< 0,001		
Доноры	40	2,8±0,1			

При изучении содержания дисульфидных (SS-) групп выявлено их значительное повышение в сравнении с показателями у доноров. Наиболее высокие показатели отмечались у больных с тяжелым течением острой дизентерии - $5,5 \pm 0,1$ ммоль/л ($P < 0,001$), что в 1,3 раза выше, чем содержание SS-групп у доноров. У больных со среднетяжелым течением заболевания содержание SS-групп составило $5,2 \pm 0,1$ ммоль/л ($P < 0,001$), т.е. в 1,2 раза выше, чем у доноров, и при легком течении - $5,0 \pm 0,2$ ммоль/л ($P < 0,001$), что 1,1 раза превышает показатели доноров. У здоровых лиц содержание SS-групп - $4,4 \pm 0,1$ ммоль/л ($P < 0,001$) (табл. 2).

С целью определения буферной емкости АОС вычислялся ТДК (SH/SS). Из таблицы 3 и рисунка 1 видно, что ТДК у всех острой дизентерией с различной степенью тяжести был значительно ниже, чем у доноров. Соответственно у больных с легким течением острой дизентерией ТДК составил $1,7 \pm 0,04$ ($P < 0,001$), со среднетяжелым - $1,5 \pm 0,04$ ($P < 0,001$), тяжелым - $1,1 \pm 0,04$ ($P < 0,001$). У здоровых лиц ТДК был на уровне $2,8 \pm 0,1$ ммоль/л.

Наиболее низкий ТДК отмечался у больных с тяжелым течением заболевания, который был в 2,5 раза ниже, чем у доноров; при среднетяжелом течении - в 1,9 раза и при легком - в 1,6 раза.

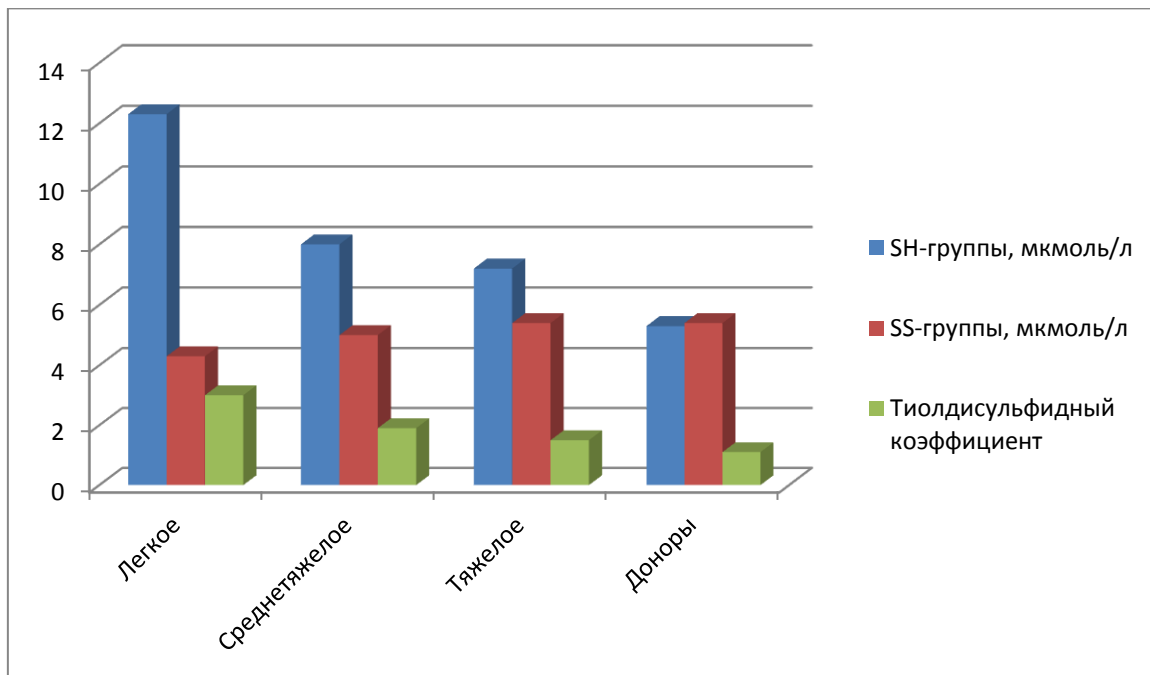


Рис. 1. Средние показатели тиолдисульфидного звена антиоксидантной системы у доноров и больных острой дизентерией.

В результате проведенных исследований ТДЗ АОС с вычислением ТДК нами установлено, что у больных дизентерией происходит увеличение содержания SS-групп и уменьшение SH-групп и соответственно снижение ТДК, т.е. имеет место снижение буферной емкости АОС. Выявленные изменения ТДЗ АОС зависят от степени тяжести течения острой дизентерии и могут быть рекомендованы для оценки тяжести течения заболевания. Установленные нарушения окислительно-восстановительного баланса свидетельствуют о необходимости включения в комплексную терапию больных шигеллезами антиоксидантных препаратов.

Многочисленные исследования доказывают роль свободнорадикальных процессов в патогенезе бактериальных кишечных инфекций. Эндотоксин интенсифицирует процессы СРО, в свою очередь продукты которого оказывают прямое цитотоксическое действие и повреждают клеточные мембраны. Это способствует развитию ацидоза, гипоксии, воспаления, а также лихорадки, диареи, гемодинамических расстройств и др. [5, 8, 9].

В связи с этим в последние годы активно разрабатывается цитопротективное направление различных заболеваний, в котором главное место отводится антиоксидантной терапии [7, 11].

В настоящем исследовании нами использовался новый, отечественный препарат «суперлимф», разработанный ООО «Центр иммунотерапии «Иммунохелп», г. Москва. Препарат представляет собой естественный комплекс иммунопептидов с молекулярной массой менее 40000 Da, с активностью ряда цитокинов, включая фактор, ингибирующий миграцию макрофагов (МИФ), интерлейкины 1 и 6 (ИЛ-1, ИЛ-6), фактор некроза опухоли (ФНО), трансформирующий фактор роста

(ТФР), секретируемых лейкоцитами периферической крови свиньи. Препарат является стимулятором функциональной активности фагоцитов (моноцитов и нейтрофилов): активирует фагоцитоз, выработку цитокинов (ИЛ-3, ФНО), индуцирует противоопухолевую цитотоксичность макрофагов, регулирует миграцию макрофагов и лейкоцитов. Суперлимф обладает антиоксидантной активностью, снижает развитие воспалительных реакций и стимулирует регенерацию.

Препарат выпускается в стерильном лиофилизированном виде в ампулах, содержащих 0,1 мг активного вещества и 5 мг стабилизатора полигликина. В исследовании суперлимф вводился больным острой дизентерией в виде капельниц ректально 1 раз в день в течение 5-10 дней в зависимости от степени тяжести. Содержимое ампулы предварительно растворялось в 100 мл 0,9% раствора NaCl (физиологический раствор). При применении суперлимфа по данной схеме никаких побочных эффектов препарата не выявлено.

В соответствии с целью и задачами настоящего исследования все наблюдаемые нами больные острой дизентерией методом случайной выборки были разделены на 3 группы.

Больные I группы получали базисную терапию, включающую этиотропное лечение (нитрофураны, фторхинолоны, цефалоспорины III поколения) и патогенетическое лечение (пероральная регидратация, введение коллоидных и кристаллоидных растворов, ферментные препараты, спазмолитики, пробиотики, пребиотики). Во II группе больным назначалась патогенетическая терапия и новый отечественный препарат суперлимф. В III группе наряду с этиотропным и патогенетическим лечением больные получали суперлимф.

Содержание SH-групп (мкмоль/л) у больных острой дизентерией на фоне различных методов лечения

Группа обследованных	Степень тяжести	n	SH-группы (M ± SD)	P	P ₁	P ₂	P ₃
Доноры		40	12,2 ± 0,2				
Больные острой дизентерией до лечения	Легкая	112	8,1 ± 0,1	< 0,001			
	Среднетяжелая	192	7,1 ± 0,1	< 0,001			
	Тяжелая	96	5,4 ± 0,1	< 0,001			
I группа, получающая базисную терапию	Легкая	32	9,9 ± 0,1	< 0,001	< 0,001	0,057	< 0,001
	Среднетяжелая	59	9,6 ± 0,1	< 0,001	< 0,001	0,335	< 0,001
	Тяжелая	31	7,9 ± 0,1	< 0,001	< 0,001	0,337	< 0,001
II группа, получающая суперлимф	Легкая	41	10,4 ± 0,2	< 0,001	< 0,001	0,057	
	Среднетяжелая	61	9,8 ± 0,2	< 0,001	< 0,001	0,335	
	Тяжелая	32	8,2 ± 0,2	< 0,001	< 0,001	0,337	
III группа, получающая базисную терапию + суперлимф	Легкая	39	11,4 ± 0,2	< 0,01	< 0,001		
	Среднетяжелая	72	10,6 ± 0,2	< 0,001	< 0,001		
	Тяжелая	33	9,3 ± 0,2	< 0,001	< 0,001		

P – достоверность различий показателей по отношению к донорам, критерий Крускала-Уоллиса; P₁ – достоверность различий показателей по отношению к таковым до лечения, критерий Вилкоксона; P₂ – достоверность различий показателей по отношению к III группе; P₃ – достоверность различий показателей по отношению к II группе.

Для оценки эффективности проводимой терапии всем наблюдаемым больным острой дизентерией в динамике заболевания проводилось ис-

следование ТДЗ АОС - определялось содержание SH- и SS-групп в гемолизате с вычислением ТДК, отражающего буферную емкость АОС.

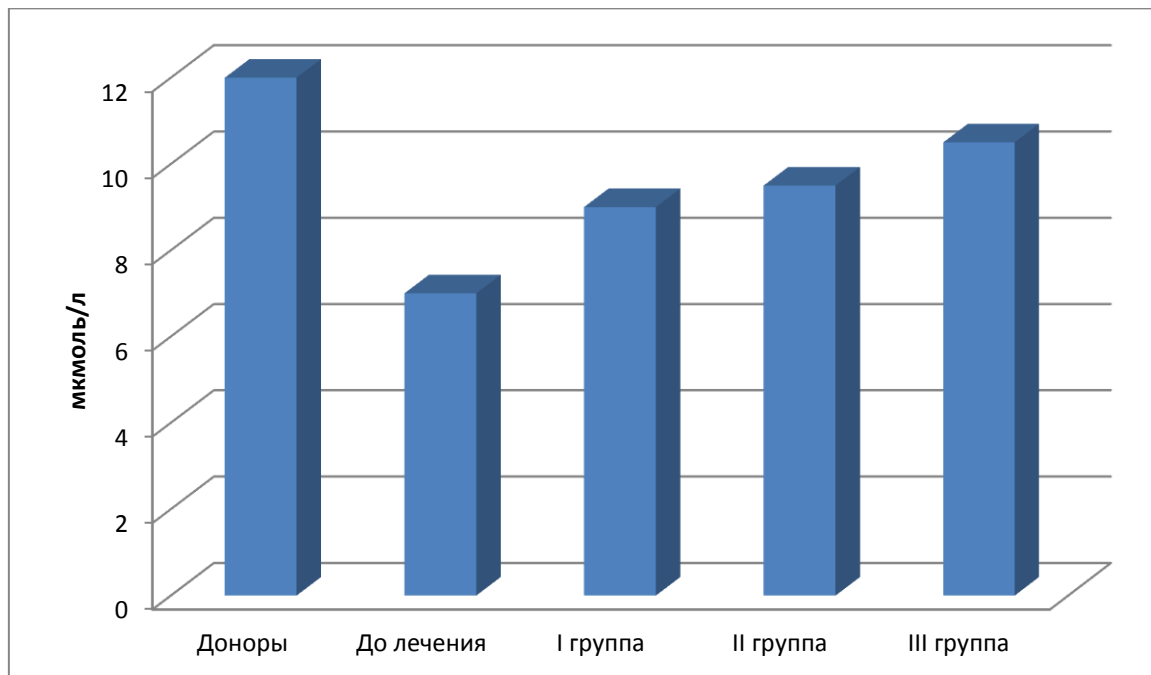


Рис. 2. Содержание SH-групп у доноров и больных острой дизентерией до лечения и на фоне различных методов лечения.

Как видно из таблицы 4 и рисунка 2, у наблюдаемых больных острой дизентерией после проведенной терапии имеет место достоверное повышение содержания в крови SH-групп.

Наиболее приближенными к результатам исследования в группе доноров были показатели содержания в крови SH-групп в III группе больных острой дизентерией, получавших базисную терапию и суперлимф (P < 0,001). Данный показатель возрос в сравнении с исходным уровнем при легком течении острой дизентерии в 1,4 раза и составил 11,4 ± 0,2 мкмоль/л, при среднетяжелом и тяжелом течении – в 1,5 (10,6 ± 0,2 мкмоль/л) и 1,7 (9,3 ± 0,2 мкмоль/л) раза соответственно (P <

0,001). Содержание в крови SH-групп среднем было ниже, чем в группе доноров в 1,1 раза.

В I группе больных, получавших базисную терапию, содержание SH-групп в крови было в 1,3 раза ниже, чем у доноров. Во II группе, получавших патогенетическую терапию в комплексе с суперлимфом - в 1,2 раза ниже, чем в группе доноров.

Таким образом, уровень тиоловых групп не достиг нормального уровня ни в одной группе наблюдаемых больных острой дизентерией, но в III группе данный показатель был наиболее приближенным к таковому у доноров. Самое низкое

содержание в крови SH-групп отмечалось в I группе больных острой дизентерией.

Динамика содержания в крови SS-групп отражена в таблице 5 и на рисунке 3.

Таблица 5

Содержание SS-групп (мкмоль/л) у больных острой дизентерией на фоне различных методов лечения

Группа обследованных	Степень тяжести	n	SS-группы (M ± SD)	P	P ₁	P ₂	P ₃
Доноры		40	4,4 ± 0,1				
Больные острой дизентерией до лечения	Легкая	112	5,0 ± 0,1	0,116			
	Среднетяжелая	192	5,2 ± 0,1	0,001			
	Тяжелая	96	5,5 ± 0,1	< 0,001			
I группа, получающая базисную терапию	Легкая	32	4,7 ± 0,2	0,116	0,14	0,387	0,147
	Среднетяжелая	59	5,0 ± 0,1	0,001	0,516	0,376	0,007
	Тяжелая	31	5,7 ± 0,3	< 0,001	0,437	0,122	0,004
II группа, получающая суперлимф	Легкая	41	4,5 ± 0,1	0,413	0,008	0,387	
	Среднетяжелая	61	4,8 ± 0,2	0,042	0,09	0,376	
	Тяжелая	32	5,1 ± 0,1	< 0,001	0,301	0,122	
III группа, получающая базисную терапию + суперлимф	Легкая	39	4,4 ± 0,1	0,868	0,001		
	Среднетяжелая	72	4,6 ± 0,1	0,325	< 0,001		
	Тяжелая	33	4,6 ± 0,1	0,235	0,008		

Анализ содержания в крови больных острой дизентерией SS-групп после лечения позволил выявить снижение их содержания по сравнению с таковыми до лечения.

Уровень SS-групп у больных острой дизентерией в I группе незначительно отличался от исходных данных. Так, при легком течении заболевания данный показатель составил $4,7 \pm 0,2$ мкмоль/л, при среднетяжелом – $5,0 \pm 0,1$ мкмоль/л, а при тяжелом течении уровень SS-групп несколько превышал аналогичный показатель до лечения ($5,5 \pm 0,1$ мкмоль/л; $P = 0,437$) и составил $5,7 \pm 0,3$ мкмоль/л.

Во второй группе больных острой дизентерией содержание SS-групп было ниже, чем до лечения и в I группе, но значительно превышало уровень SS-групп у доноров. Так, при легком течении заболевания содержание SS-групп составило $4,5 \pm 0,1$ мкмоль/л ($P = 0,116$), при среднетяжелом – $4,8 \pm 0,2$ мкмоль/л ($P = 0,001$), при тяжелом – $5,1 \pm 0,1$ мкмоль/л ($P < 0,001$), тогда как у доноров данный показатель составил $4,4 \pm 0,1$ мкмоль/л, что в среднем в 1,1 раза ниже, чем у больных острой дизентерией во II группе.

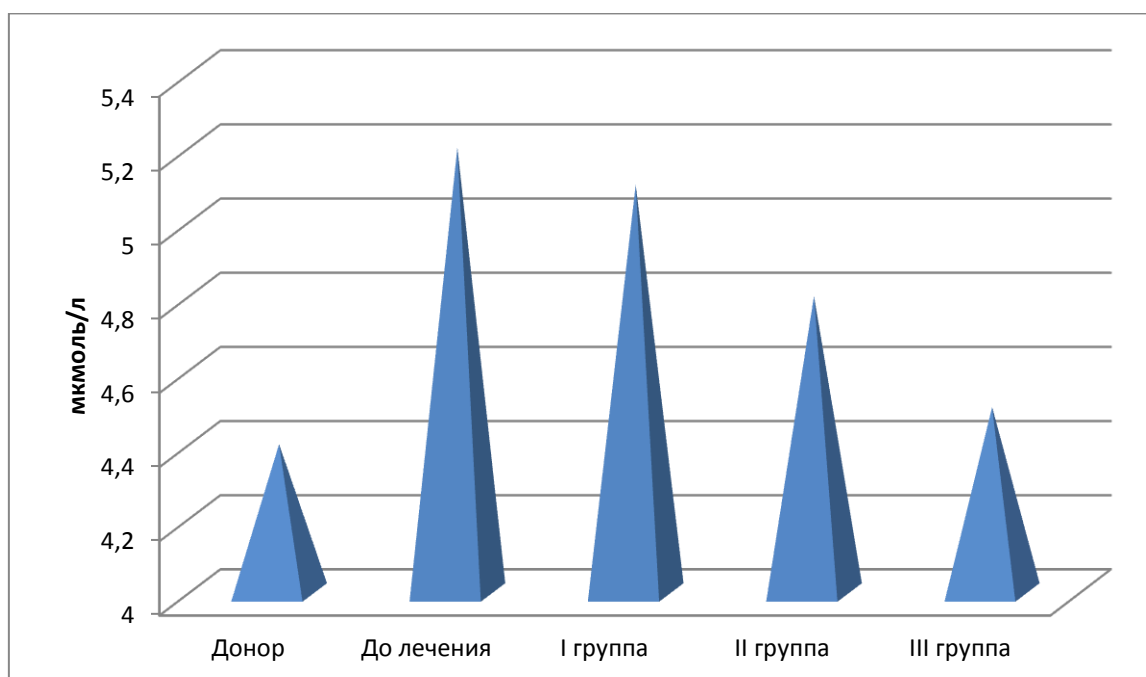


Рис. 3. Содержание SS-групп у доноров и больных острой дизентерией до лечения и на фоне различных методов лечения.

В III группе больных острой дизентерией, получавших базисную терапию и суперлимф, содержание SS-групп достигло нормального уровня.

Таким образом, наилучшие результаты содержания в крови больных острой дизентерией SS-групп были получены в III группе больных, где данный показатель максимально приближен к

нормальному уровню. В I группе больных, получавших базисную терапию, уровень SS-групп оставался значительно повышенным, а при тяжелом течении заболевания несколько превышал таковой до лечения.

После определения у больных острой дизентерией с различной степенью тяжести течения

заболевания содержания в крови SH- и SS-групп нами вычислялся тиолдисульфидный коэффициент, отражающий буферную емкость АОС. У всех наблюдаемых нами больных ТДК до лечения был значительно ниже, чем у доноров.

Таблица 6

Тиолдисульфидный коэффициент у больных острой дизентерией на фоне различных методов лечения

Группа обследованных	Степень тяжести	n	Тиолдисульфидный коэффициент (M ± SD)	P	P ₁	P ₂	P ₃
Доноры		40	2,8 ± 0,1				
Больные острой дизентерией до лечения	Легкая	112	1,7 ± 0,04	< 0,001			
	Среднетяжелая	192	1,5 ± 0,04	< 0,001			
	Тяжелая	96	1,1 ± 0,04	< 0,001			
I группа, получающая базисную терапию	Легкая	32	2,2 ± 0,07	< 0,001	< 0,001	= 0,049	< 0,001
	Среднетяжелая	59	1,9 ± 0,04	< 0,001	< 0,001	= 0,01	< 0,001
	Тяжелая	31	1,5 ± 0,1	< 0,001	< 0,001	= 0,12	< 0,001
II группа, получающая суперлимф	Легкая	41	2,3 ± 0,05	< 0,001	< 0,001	= 0,049	
	Среднетяжелая	61	2,1 ± 0,1	< 0,001	< 0,001	= 0,01	
	Тяжелая	32	1,6 ± 0,05	< 0,001	< 0,001	= 0,12	
III группа, получающая базисную терапию + суперлимф	Легкая	39	2,7 ± 0,05	= 0,071	< 0,001		
	Среднетяжелая	72	2,4 ± 0,04	< 0,001	< 0,001		
	Тяжелая	33	2,1 ± 0,1	< 0,001	< 0,001		

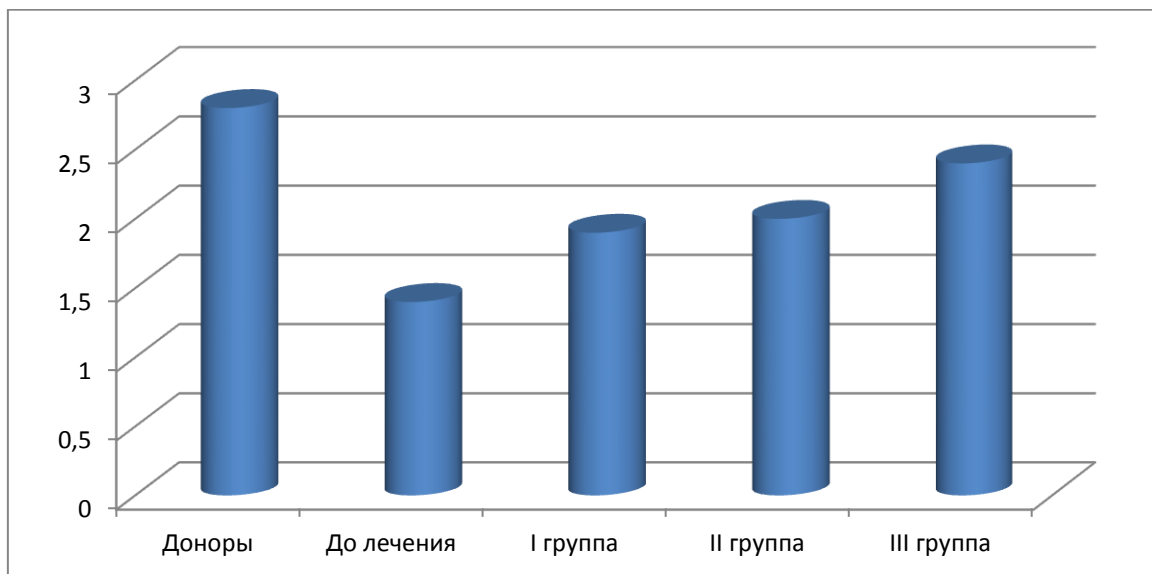


Рис. 4. Тиолдисульфидный коэффициент у доноров и больных острой дизентерией до лечения и на фоне различных методов лечения.

Заключение

Из таблицы 6 и рисунка 4 видно, что ТДК в I группе больных острой дизентерией превышает ТДК до лечения в 1,3 раза, но значительно ниже ТДК у доноров (2,8 ± 0,1; P < 0,001): при легком течении заболевания он составил 2,2 ± 0,07, при среднетяжелом 1,9 ± 0,04, при тяжелом 1,5 ± 0,1.

Во II группе наблюдаемых больных острой дизентерией ТДК превышал исходный уровень и ТДК в I группе, но был достоверно (P < 0,001) ниже, чем у доноров в 1,4 раза.

В III группе больных ТДК достоверно (P < 0,001) превышал данный показатель в I и II груп-

пах, а при легком течении острой дизентерии максимально приблизился к нормальному уровню – 2,7 ± 0,05 (P = 0,071).

Таким образом, сравнительная оценка различных методов лечения больных острой дизентерией различной степени тяжести показала, что применение на фоне базисной терапии нового отечественного иммуноотропного и антиоксидантного препарата суперлимфа способствует улучшению функционального состояния тиолдисульфидного звена антиоксидантной системы. При включении в комплексную терапию больных острой дизентерией суперлимфа отмечалось также сокращение длительности клинических симптомов заболева-

ния и пребывание больных на стационарном лечении.

Литература

1. Зозуля Ю.А., Барабей В.А., Сутковой Д.А. Свободнорадикальное окисление и антиоксидантная защита при патологии головного мозга. М.: Знание-М, 2000. 344 с.
2. Иванова М.Р. Свободнорадикальные и иммунологические аспекты патогенеза у больных вирусными гепатитами В, С, В+С.: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. Нальчик, 2002. 35 с.
3. Нагоев Б.С., Маржохова М.Ю. Некоторые вопросы оценки эндогенной интоксикации у больных острой дизентерией // Терапевтический архив. 2002. Т. 74, № 11. С.16-18.
4. Нагоев Б.С., Маржохова М.Ю. Показатели свободнорадикального окисления у больных острой дизентерией и пищевыми токсикоинфекциями // Инфекционные болезни. 2003. Т.1. № 1. С. 30-33.
5. Нагоев Б.С., Маржохова М.Ю. Состояние некоторых показателей прооксидантной и антиоксидантной систем крови у больных острой дизентерией // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2004. № 1. С.39-41.
6. Подопригорова В.Г., Молчанов В.В., Хибин Л.С. Эффективность антиоксиданта дибунула и его влияние на слизистую оболочку желудка у больных язвенной болезнью // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 1997. № 6. С. 45-50.
7. Подопригорова В.Г., Хибин Л.С., Барсель В.А. и др. Клиническое использование антиоксиданта дибунула и влияние его на отдельные показатели гомеостаза у больных язвенной болезнью с длительно нерубцующимися язвами // Клиническая медицина. 1996. № 1. С.43-45.
8. Покровский В.И., Малеев В.В. Пищевые токсикоинфекции. Инфекционные болезни / Под ред. В.И. Покровского. М.: Медицина, 1996. С.145-155.
9. Покровский В.И., Полоцкий Ю.Е., Ющук Н.Д. и др. Патогенез кишечных инфекций как проявление взаимодействия возбудителя с организмом хозяина // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. 1990. № 4. С.80-87.
10. Соколовский В.В. Тиолдисульфидное соотношение крови как показатель состояния неспецифической резистентности организма: учебное пособие. СПб., 1996. 30 с.
11. Grisham M.B. Reactive Oxygen and Nitrogen in Biology and Medicine. Austin: R.G. Landes Co., 1992. 104 p.
12. Nagoyev B.S., Marzhokhova M.Yu. Pokazateli svobodnoradikalnogo okisleniya u bolnykh ostroy dizenteriyey i pishchevymi toksikoinfektsiyami [Indicators of free radical oxidation in patients with acute dysentery and foodborne diseases] // Infektsionnyye bolezni. 2003. T.1. № 1. S. 30-33.
13. Nagoyev B.S., Marzhokhova M.Yu. Sostoyaniye nekotorykh pokazateley prooksidantnoy i antioksidantnoy sistem krovi u bolnykh ostroy dizenteriyey [The state of some indicators of prooxidant and antioxidant systems of blood in patients with acute dysentery] // Epidemiologiya i infektsionnyye bolezni. 2004. № 1. S.39-41.
14. Podoprigrorova V.G., Molchanov V.V., Khibin L.S. Effektivnost antioksidanta dibunola i yego vliyaniye na slizistuyu obolochku zheludka u bolnykh yazvennoy boleznyu [The effectiveness of the antioxidant BHT and its effect on the gastric mucosa in patients with peptic ulcer disease] // Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii. 1997. № 6. S. 45-50.
15. Podoprigrorova V.G., Khibin L.S., Barsel V.A. i dr. Klinicheskoye ispolzovaniye antioksidanta dibunola i vliyaniye yego na otdelnyye pokazateli gomeostaza u bolnykh yazvennoy boleznyu s dlitelno nerubtsuyushchimisya yavzami [Clinical use of the antioxidant and its influence on selected indicators of homeostasis in patients with peptic ulcer with long noncicatrizing ulcers] // Klinicheskaya meditsina. 1996. № 1. S.43-45.
16. Pokrovskiy V.I., Maleyev V.V. Pishchevye toksikoinfektsii. Infektsionnyye bolezni [Foodborne diseases. Infectious diseases] / Pod red. V.I. Pokrovskogo. M.: Meditsina, 1996. S.145-155.
17. Pokrovskiy V.I., Polotskiy Yu.E., Yushchuk N.D. i dr. Patogenez kishchnykh infektsiy kak proyavleniye vzaimodeystviya vobudatelya s organizmom khozyaina [Pathogenesis of intestinal infections as a manifestation of the interaction of the pathogen from the host organism] // Zhurnal mikrobiologii, epidemiologii i immunobiologii. 1990. № 4. S.80-87.
18. Sokolovskiy V.V. Tioldisulfidnoye sootnosheniye krovi kak pokazatel sostoyaniya nespetsificheskoy rezistentnosti organizma [Tioldisulfidnoe ratio of blood as an indicator of the state of nonspecific resistance]: uchebnoye posobiye. SPb. 1996. 30 s.
19. Grisham M.B. Reactive Oxygen and Nitrogen in Biology and Medicine. Austin: R.G. Landes Co., 1992. 104 p.

References

1. Zozulya Yu.A., Barabey V.A., Sutkovoy D.A. Svobodnoradikalnoye okisleniye i antioksidantnaya zashchita pri patologii golovnogo mozga [Free radical oxidation and antioxidant protection in brain pathology]. M.: Znaniye-M, 2000. 344 s.
2. Ivanova M.R. Svobodnoradikalnyye i immunologicheskiye aspekty patogeneza u bolnykh virusnymi gepatitami B, C, B+C [Free radical and immunological aspects of the pathogenesis of patients with viral hepatitis B, C, B + C]: avtoref. dis. ... d-ra. med. nauk. Nalchik, 2002. 35 s.
3. Nagoyev B.S., Marzhokhova M.Yu. Nekotoryye voprosy otsenki endogennoy intoksikatsii u bolnykh os-

Сведения о соавторах:

Ахмедов Джалалутдин Расулович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой инфекционных болезней ГБОУ ВПО «Дагестанская госмедакадемия» МЗ РФ. Тел. 8(8722) 55 01 54.

Магомедова Саняат Ахмедаджиевна - кандидат медицинских наук, ассистент кафедры инфекционных болезней ГБОУ ВПО «Дагестанская госмедакадемия» МЗ РФ. Тел. 8(963) 417 45 54.

Даниялбекова Заира Мутагировна - кандидат медицинских наук, ассистент кафедры инфекционных болезней ГБОУ ВПО «Дагестанская госмедакадемия» МЗ РФ. Тел. 8(988) 797 96 67.

Магомедов Рашид Курахмаевич - кандидат медицинских наук, ассистент кафедры инфекционных болезней ГБОУ ВПО «Дагестанская госмедакадемия» МЗ РФ.

Тел. 8(928) 535 23 23.

Тел. 8(8722) 55 01 54.

Алханов Рустам Калсынович - ассистент кафедры инфекционных болезней ГБОУ ВПО «Дагестанская госмедакадемия» МЗ РФ.

УДК 616.314-07:611.018.46

Клинико-лабораторное исследование влияния электретного покрытия формирователей десны на эффективность колониеобразования клеток-предшественников костного мозга

А. А. Бычкова, В. А. Маркин

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» Минздрава России, кафедра ортопедической стоматологии ФПДО, Москва

Резюме

В настоящее время большинство практикующих врачей-стоматологов предлагают использовать дентальные имплантаты с целью подготовки к оптимальному ортопедическому лечению. После стабильной остеоинтеграции установленных имплантатов начинается второй этап лечения - формирование устойчивого импланто-десневого прикрепления, от оптимальности формирования которого зависит долгосрочный прогноз успешного нахождения и функционирования ортопедической конструкции в полости рта. С точки зрения прогноза, использование изготовленного ортопедического протеза, качественное импланто-десневое прикрепление не менее важно, чем сама остеоинтеграция. Внешняя красота в эстетически значимых зонах целиком и полностью зависит от этого фактора. Для проведения эксперимента была выбрана наиболее распространённая модель обработки поверхности формирователя десны - алмазная полировка, после которой на её поверхность наносился слой электретной плёнки. Электретное покрытие формирователей десны позволяет получить сохраняющийся во времени отрицательный электрический потенциал на поверхности, тем самым создавая вокруг неё однородное электрическое поле.

Ключевые слова: дентальная имплантация, импланто-десневое прикрепление, ортопедический протез, остеоинтеграция.

Clinical and laboratory study of the effect of electret coating on the efficiency of gingival formers colony formation of progenitor cells of bone marrow

A. A. Bychkova, V.A. Markin

Moscow state medical-biological university

Summary

Nowadays practicing dentists propose to use dental implants of optimal orthopedic treatment. Obtaining stable osteointegration established implants begins second stage – stage of formation of steady implant gingival attachment. From optimal formation depended long-term prognosis of successful findings and functioning of orthopedic construction in oral cavity. From the point of view of prognosis, using made orthopedic denture, quantitative implant-gingival attachments is as important as osteointegration itself. Surface beauty in esthetically meant zones completely depends on this factor. For this experiment spreading model of treatment in surface gingival formers – diamond polishing after it, the coating of electret surface. Electret surface of gingival coating allows to get kept in time negative electric potential on the surface by creating around it homogenous electric field.

Key words: dental implants, gingival attachment, orthopedic denture, osteointegration.

Введение

В настоящее время большинство практикующих врачей-стоматологов предлагают использовать дентальные имплантаты с целью подготовки к оптимальному ортопедическому лечению. Добившись стабильной остеоинтеграции установленных имплантатов, начинается второй этап - формирование устойчивого импланто-десневого прикрепления. От оптимальности формирования, которого, зависит долгосрочный прогноз успешного нахождения и функционирования ортопедической конструкции в полости рта. С точки зрения прогноза, использование изготовленного ортопедического протеза и качественное импланто-десневое прикрепление наряду с остеоинтеграцией имеют большое значение, от которых зави-

сит внешняя красота в эстетически значимых зонах.

Цель: оптимизация процесса формирования качественного и устойчивого импланто-десневого прикрепления при проведении II этапа дентальной имплантации в эксперименте.

Материал и методы

Для исследования была выбрана наиболее распространённая модель обработки поверхности формирователя десны в виде алмазной полировки с последующим нанесением на её поверхность слоя электретной плёнки (рис. 1).



Рис. 1. Внешний вид формирователя десны, покрытого электретом.

Для корреспонденции:

Бычкова Анна Алексеевна – кандидат медицинских наук, кафедра ортопедической стоматологии ФПДО МГМСУ, Москва. Тел. +7(916) 134 08 55.

Статья поступила 25.05.2012 г., принята к печати 13.06.2012 г.

Предполагалось, что электретное покрытие формирователей десны позволит получить сохраняющийся во времени отрицательный электрический потенциал на поверхности и создать вокруг неё однородное электрическое поле.

Для проведения исследования в лаборатории стромальной регуляции иммунитета ГУ НИИЭМ им. Н.Ф. Гамалеи (руководитель лаборатории д.м.н. профессор Р.К. Чайлахян) была создана экспериментальная модель воздействия электретного покрытия титановых образцов на развитие и пролиферативную активность стромальных клеток-предшественников костного мозга. Вследствие эксперимента появилась возможность использовать полученные результаты в производстве новой разновидности временных супраструктур имплантатов, в том числе и формирователей десны с биоактивной поверхностью (рис. 2).

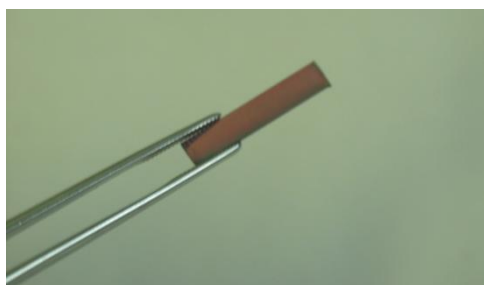


Рис. 2. Внешний вид титановой пластины, покрытой электретом.

Запланированное исследование позволит получить данные, которые смогут косвенно продемонстрировать влияние электретного покрытия на стимуляцию пролиферативной активности стромальных клеток в области формирования импланто-десневого прикреплению.

Для сравнения поверхности были выбраны образцы титана марки ВТ-1-О. Образцы представляли собой титановые пластины прямоугольной формы размером 0,5х2,5 см, толщиной около 1 мм. Все образцы были обработаны с помощью алмазной полировки, с чистотой обработки 14. Часть подготовленных пластин были покрыты электретной плёнкой в соответствии с необходимым режимом.

Таким образом, для проведения экспериментов на культурах стромальных клеток-предшественников были подготовлены полированные титановые пластины, покрытые электретом, и такие же пластины без электретного покрытия.

Изучение действия пластин, покрытых электретом, на эффективность колониеобразования стромальных клеток-предшественников костного мозга и пролиферативную активность стромальных клеток при развитии штаммов проводили, помещая их в пластиковые культуральные флаконы площадью 25 см² с питательной средой, вслед за эксплантацией костномозговых клеток. Титановые пластины, покрытые питательной средой, находились во флаконах в течение всего времени проведения эксперимента.

Таблица 1

Действие титановых пластин с электретом и без покрытия на эффективность колониеобразования в первичных культурах костного мозга *in vitro* (количество колоний)

Опыты	Вид титановых пластин		Контроль
	Полированные пластины без покрытия электрета	Полированные пластины с покрытием электрета	Культуральные флаконы без пластин
1	17	23	22
	12	30	15
	19	32	20
2	9	18	12
	16	27	18
	16	21	19
3	12	28	23
	16	26	22
	21	37	26
Сумма	138	239	177
M ± m	15,3 ± 1,28	26,8 ± 1,92*	19,6 ± 1,44

* P < 0,005 статистически достоверные различия по сравнению с другими группами.

Результаты исследований

Данные, представленные в таблице 1, по влиянию титановых пластин покрытых электретом на колониеобразование стромальных клеток-предшественников в монослойных культурах, свидетельствуют, что в одной группе культур число выросших колоний было меньше, чем в контрольной группе (15,3±1,28).

В группе же, где во флаконе были помещены полированные пластины, покрытые электретом,

число выросших колоний (26,8±1,92) (P < 0,005) было достоверно выше (рис. 3) контрольных значений (рис. 4).

В экспериментах с культурами клеток стромальных фибробластов II пассажа были использованы такие же пластины обоих типов, покрытые электретом и без такового.

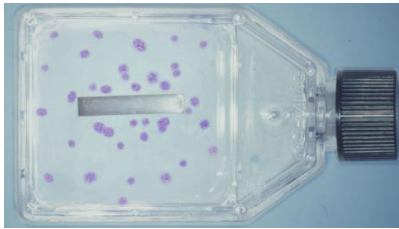


Рис. 3. Колонии стромальных клеток-предшественников костного мозга с пластиной, обработанной полировкой и покрытой электретом.

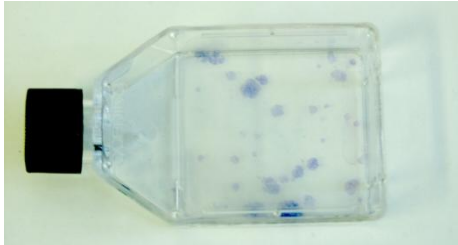


Рис. 4. Колонии стромальных клеток-предшественников костного мозга в контрольной группе.

Как и в предыдущих экспериментах, большее число выросших клеток отмечалось в культурах, которые содержали пластины с полированной поверхностью, покрытые электретной плёнкой ($1,99 \pm 0,06$). Достоверно меньшее по сравнению с контролем ($1,22 \pm 0,04$) ($P < 0,05$) число выросших клеток было в группе культур с пластинами без электретного покрытия. Не столь значительное увеличение числа клеток в культурах с полированными пластинами, обработанными электретом, можно объяснить электростимулирующим эффектом электретной плёнки и быстрым (3-4 дня) формированием в них плотного монослоя стромальных клеток-предшественников.

Необходимо отметить, что стимулирующий эффект электрического поля титановых пластин с электретным покрытием, выявленный в этой группе, был почти в два раза выше среднего числа колоний в первой группе.

Таблица 2

Действие титановых пластин с электретом и без покрытия на пролиферативную активность стромальных фибробластов в пассированных культурах *in vitro* (количество клеток)

Опыты	Вид титановых пластин		Контроль
	Полированные пластины без покрытия электрета	Полированные пластины с покрытием электрета	Культуральные флаконы без пластин
1	$1,13 \times 10^6$	$1,97 \times 10^6$	$1,37 \times 10^6$
	$1,34 \times 10^6$	$1,83 \times 10^6$	$1,27 \times 10^6$
	$1,12 \times 10^6$	$2,06 \times 10^6$	$1,48 \times 10^6$
2	$1,18 \times 10^6$	$1,87 \times 10^6$	$2,1 \times 10^6$
	$1,29 \times 10^6$	$2,40 \times 10^6$	$2,6 \times 10^6$
	$1,45 \times 10^6$	$2,15 \times 10^6$	$2,7 \times 10^6$
3	$1,10 \times 10^6$	$1,77 \times 10^6$	$1,18 \times 10^6$
	$1,17 \times 10^6$	$2,0 \times 10^6$	$1,39 \times 10^6$
	$1,22 \times 10^6$	$1,85 \times 10^6$	$1,23 \times 10^6$
Сумма	11×10^6	$17,9 \times 10^6$	$15,32 \times 10^6$
M ± m	1,22±0,04	1,99±0,06*	1,70±0,22

* $P < 0,005$ статистически достоверные различия по сравнению с другими группами.

Дальнейшую пролиферацию фибробластов ограничивает развивающееся контактное торможение клеток. В то же время более равномерное развитие культур контрольной группы в первые дни, к 7 дню, возможно, достигло пика пролиферативной активности.

Заключение

Таким образом, проведённые экспериментальные исследования на культуре стромальных клеток-предшественниц костного мозга подтвердили целесообразность покрытия электретной плёнкой, содержащей в себе постоянный отрицательный электрический потенциал, поверхности временных супраструктур и формирователей десны дентальных имплантатов. Это позволит в стандартных и тяжёлых клинических случаях, используя продолжительный стимуляционный эффект, стремиться к оптимизации процесса формирова-

ния качественного и устойчивого импланто-десневого прикрепления при проведении II этапа дентальной имплантации.

Литература

1. Быстров Ю.А. Разработка установки, технологии нанесения биоактивных электретных нанопокровов на изделия медицинского назначения и принципиально нового медицинского материала, стимулирующего репаративные процессы в тканях: Отчет о НИР (заключит.) / ООО "Медицина и технология". 2009. 35 с. ГР 01200851379.
2. Быстров Ю.А. Разработка технологии изготовления имплантата с развитым микрорельефом поверхности и электретным покрытием / ГОУ ВПО "Санкт-Петербургский государственный электротехнический университет "ЛЭТИ". 2009. ГР 01200803647.
3. Каем А. И. Клинико-экспериментальное обоснование применения модифицированного электретного покрытия для дентальных имплантатов: автореф. дис. ... канд. мед. наук / ГОУ ВПО "Московский гос-

- ударственный медико-стоматологический университет". 2007. 19 с.
4. Ивашкевич С.Г. Клинико-лабораторное обоснование применения дентальных имплантатов с покрытием электретного типа: автореф. дис. ... канд. мед. наук / ГОУ ВПО "Московский государственный медико-стоматологический университет". М., 2007. 20 с.
 5. Матвеева А.И. Клинико-морфофункциональная оценка состояния тканей десны при протезировании с использованием имплантатов // *Стоматология*. 2007. Т.86, №2. С. 63-65.
 6. Чайлохан Р.К. Биотехнологические методы и подходы восстановления целостности костной и хрящевой ткани // Тез. докл. научн. конфер. «Клеточные и молекулярные аспекты регенерации и реконструкции тканей». М., 1998. 479 с.

References

1. Bystrov Ju.A. Razrabotka ustanovki, tehnologii nanoseniya bioaktivnykh yelectretnykh nanopokrytiy na izdeliya meditsinskogo naznacheniya i principialno novogo meditsinskogo materiala, stimulirujushchego reparativnye protsessy v tkanyakh [Development of the installation, application technology of bioactive nanoelectret for medical products, and fundamentally new medical material, stimulated-regulating repair processes in tissues]: Otchet o NIR (zaklyuchit.) / ООО "Meditsina i tekhnologija". 2009. 35 s. GR 01200851379.
2. Bystrov Ju.A. Razrabotka tekhnologii izgotovleniya implantata s razvitym mikroreliefom the NCI (zaklyuchit.) poverkhnosti i yelectretnym pokrytiyem [Development of manufacturing technology of an implant with a developed surface microrelief and the electret surface] / ГОУ ВПО "Sankt-Peterburgskiy gosudarstvennyi elektrotekhnicheskij universitet "LJeTI". 2009. GR 01200803647.
3. Kaem A. I. Kliniko-eksperimentalnoe obosnovanie primeneniya modifitsirovannogo elektretnogo pokrytiya dlya dentalnykh implantatov [Clinical and experimental study of a modified electret coatings for dental implants]: avtoref.dis. ... kand. med. nauk / ГОУ ВПО "Moskovskiy gosudarstvennyi mediko-stomatologicheskij universitet". М., 2007. 129 s.
4. Ivashkevich S.G. Kliniko-laboratornoe obosnovanie primeneniya dentalnykh implantatov s pokrytiem elektretnogo tipa [Clinical and laboratory study of dental implants coated with electret type]: avtoref.dis. ... kand. med. nauk / ГОУ ВПО "Moskovskiy gosudarstvennyi mediko-stomatologicheskij universitet". 2007. 143 s.
5. Matveeva A.I. Kliniko-morfofunktsionalnaya ocenka sostojaniya tkaney desny pri protezirovanii s ispolzovaniem implantatov [Clinical and morpho-functional assessment of the gingival tissues in prosthesis using implants] // *Stomatologiya*. 2007. Т.86. №2. С.63-65.
6. Chajlohan R.K. Biotehnologicheskie metody i podhody vosstanovleniya celostnosti kostnoy i khryashchevoy tkani [Biotechnological methods approaches restore the integrity of bone and cartilage] // Тез. докл. научн. конфер. «Клеточные и молекулярные аспекты регенерации и реконструкции тканей». М., 1998. С. 479.

Сведения о соавторе:

Маркин Владимир Александрович - доктор медицинских наук, профессор кафедры ортопедической стоматологии ФПДО ГБОУ ВПО «Московский госмедстоматуниверситет» МЗ РФ. Тел. +7(916) 134 08 55.

УДК 616.831-005.1-059(470.67)

Болезненность инсультом городского и сельского населения**В.И. Скворцова¹, М.Ф. Магомаев², Г.Н. Авакян¹, Л.В. Стаховская¹**

ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, ¹кафедра фундаментальной и клинической неврологии и нейрохирургии, Москва;

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздрава России, ²кафедра нервных болезней, медицинской генетики и нейрохирургии ФПК и ППС, Махачкала

Резюме

Для изучения болезненности инсультом и оценки эффективности проводимых мероприятий по первичной и вторичной профилактике инсульта проведен анализ 7533 случаев инсульта, зарегистрированных в течение 2009 - 2010 годов в Республике Дагестан. Представлены результаты впервые проводимого эпидемиологического исследования. Болезненность на 1000 населения в 2009 году составила 2,76, в 2010 году - 2,29. Ишемическим инсультом в 2009 году заболело 3029 (73,6%), в 2010 году - 2457 (72%), геморрагическим в 2009 году - 760 (18,5%), в 2010 - 692 (20,3%). Рекомендовано внедрить территориальный регистр инсульта, что позволит улучшить регистрацию случаев заболевания для выявления факторов риска и составления программ по первичной и вторичной профилактике инсульта. Выявлены проблемные по болезненности инсультом города - Дербент, Избербаш и Дагестанские Огни, а также горные районы сельской местности.

Ключевые слова: регистр, инсульт, болезненность, факторы риска.

Morbidity of stroke in urban and rural population**V.I. Scvortsova, M.F. Magomayev, G.N. Avakyan, L.V. Stakhovskaya**

Russian State Medical University, Moscow;
Dagestan State Medical Academy, Makhachkala

Summary

To study of the morbidity of stroke and evaluation of the effectiveness of interventions for primary and secondary prevention of stroke, an analysis of 7533 cases of stroke recorded during 2009 - 2010 in the Dagestan Republic. The results for the first time conducted an epidemiological study. Morbidity per 1,000 population in 2009 was 2.76 in 2010 - 2.29. With ischemic stroke in 2009 were ill 3029 (73.6%), in 2010 - 2457 (72%), with hemorrhagic form in 2009 - were 760 (18.5%), in 2010 - 692 (20.3%). It is recommended to implement a territorial stroke register, which will improve the registration of cases to identify risk factors and program for primary and secondary prevention of stroke. Identified problems in stroke morbidity of Dербent, Dagestan and Izberbash lights, as well as rural mountainous areas.

Key words: register, stroke, morbidity, risk factors.

Введение

Сосудистые заболевания мозга – актуальная медицинская и социальная проблема. На сегодняшний день в мире около 9 млн человек страдают цереброваскулярными болезнями. Основное место среди них занимают инсульты, каждый год поражающие от 5,6 до 6,6 млн человек и уносящие 4,6 млн жизней; смертность от цереброваскулярных заболеваний уступает лишь смертности от заболеваний сердца и опухолей всех локализаций и достигает в экономически развитых странах 11–12% [1, 2, 3, 4]. В России ежегодно регистрируется 400–450 тысяч новых случаев инсульта, 150–200 тысяч из них с летальным исходом. Многие миллионы людей становятся инвалидами. В связи с этим изучение церебрально-

го инсульта в настоящее время становится все более актуальным и является проблемой чрезвычайной медицинской и социальной значимости [4, 5, 6, 7]. Изменить существующую ситуацию можно только путем создания адекватной системы лечебно-профилактической помощи населению. В то же время научно обоснованное планирование и организация действенной системы лечения и реабилитации больных с церебральным инсультом невозможны без точных эпидемиологических данных, анализа факторов риска, оказывающих воздействие на возникновение и течение заболевания в популяции отдельных стран и регионов с учетом их географических и этнических особенностей. Для получения достоверных эпидемиологических данных об инсульте, определения эффективности проводимых мероприятий по профилактике и лечению церебрального инсульта наиболее адекватным является метод регистра – регистрации всех вновь выявленных случаев инсульта в определенной популяции людей, проживающих на конкретной территории. Этот метод, согласно рекомендациям ВОЗ, является оптимальным для оценки органи-

Для корреспонденции:

Магомаев Магомед Феликсович – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры неврологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Дагестанская госмедакадемия» МЗ РФ.

Тел. 88722 62 84 69

Статья поступила 27.03.2012 г., принята к печати 13.06.2012 г.

зации лечения, реабилитации больных с инсультом и профилактики данного заболевания [3, 8].

Целью настоящего исследования явилось уточнение динамики болезненности инсультом в Республике Дагестан и оценка эффективности проводимых мероприятий по первичной и вторичной профилактике инсульта.

Материал и методы

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

Численность населения РД от 25 лет и старше на 1 января 2009 г. составила 1 492 684 человека. При расчетах нами использовались данные о возрастно-половой структуре изучаемых популяций, полученные в территориальном органе Фе-

деральной службы Государственной статистики по РД по форме № 2.

В состав РД входят 42 административных района и 10 городов. Учитывая разнообразие климатогеографические особенности РД и обусловленные этим различия в условиях проживания населения, при анализе закономерностей распространения инсульта сельскую местность разделили на экологические зоны. По оси восток-запад территория сельской местности (протяженность 216 км) разделена на равнинную, предгорную и горную экологические зоны. Высота относительно уровня мирового океана колеблется от - 26 метров до 3000 м и более [9].

Таблица

Распределение сельских районов Дагестана по климатогеографическим зонам

Экологические зоны	Районы
Равнинная, от - 26 до 200 м	Бабаюртовский, Дербентский, Карабудахкентский, Каякентский, Кизлярский, Кизилюртовский, Кумторкалинский, Магарамкентский, Ногайский, Тарумовский, Хасавюртовский
Предгорная, от 200 до 1200 м	Буйнакский, Казбековский, Кайтагский, Новолакский, Сергокалинский, Сулейман-Стальский, Табасаранский, Хивский
Горная, от 1200 до 3000 м и более	Агульский, Акушинский, Ахвахский, Ахтынский, Бежтинский участок, Ботлихский, Гергебильский, Гумбетовский, Гунибский, Дахадаевский, Докузпаринский, Кулинский, Курахский, Лакский, Левашинский, Рутульский, Шамильский, Тляртинский, Унцукульский, Хунзахский, Цумадинский, Цунтинский, Чародинский



Рис 1. Показатели болезненности инсультом в РД по городам и сельской местности среди мужчин и женщин.

Результаты исследования

В течение 2009-2010 годов в РД, по рекомендуемым ВОЗ критериям, зарегистрировано 7533 случая инсульта, в 2009 году - 4116, а в 2010 году - 3413. Болезненность на 1000 населения в 2009 году составила 2,76, в 2010 году - 2,29. В городах

в 2009 году заболело 1875 человек, в 2010 году - 1526, в сельской местности в 2009 году - 2241, в 2010 году - 1887. Число повторных инсультов в 2009 году составило 850 (20,6%), а в 2010 году - 581 (17%).

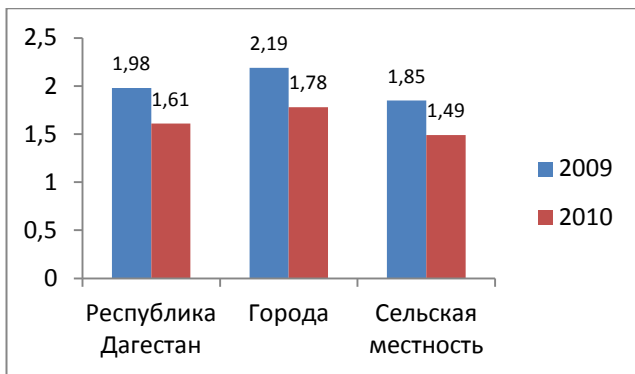


Рис. 2. Показатели болезненности инсультом по Дагестану, городам и сельской местности в 2009-2010 годы (на 1000 населения).

Ишемическим инсультом в 2009 году заболело 3029 (73,6%), в 2010 году - 2457 (72%), геморрагическим в 2009 году - 760 (18,5%), в 2010 году - 692 (20,3%), недифференцированным в 2009 году - 327 (7,9%), в 2010 году - 264 (7,7%) человека. Средний возраст начала инсульта в 2009 году составил 65,41, а в 2010 году – 66,43 года. Средний возраст трудоспособного населения в 2009

году составил 50,24, а в 2010 году – 50,39 года. По РД в 2009 году было охвачено компьютерной или магнитно-резонансной томографией 14,1%, в 2010 году – 19,0% больных.

На рисунке 1 представлены не стандартизированные показатели болезненности на 1000 населения среди мужчин и женщин за 2009-2010 годы. В 2009-2010 годы болезненность среди мужчин была выше, чем у женщин, как в целом по республике, так и в городах и сельской местности.

На рисунках 2-6 представлены стандартизированные показатели болезненности (мировой стандарт), а также факторы риска инсульта за 2009-2010 годы.

Как следует из приведенных на рисунке 2 данных, стандартизированный показатель болезненности инсультом по РД составил в 2009 году - 1,98, а в 2010 году - 1,61, что ниже, чем в среднем по Российской Федерации, – 3,74 на 1000 населения в год. Болезненность среди городского населения выше, чем среди сельского - 2,19 против 1,85 в 2009 году и 1,78 против 1,49 в 2010 году ($p < 0,05$).

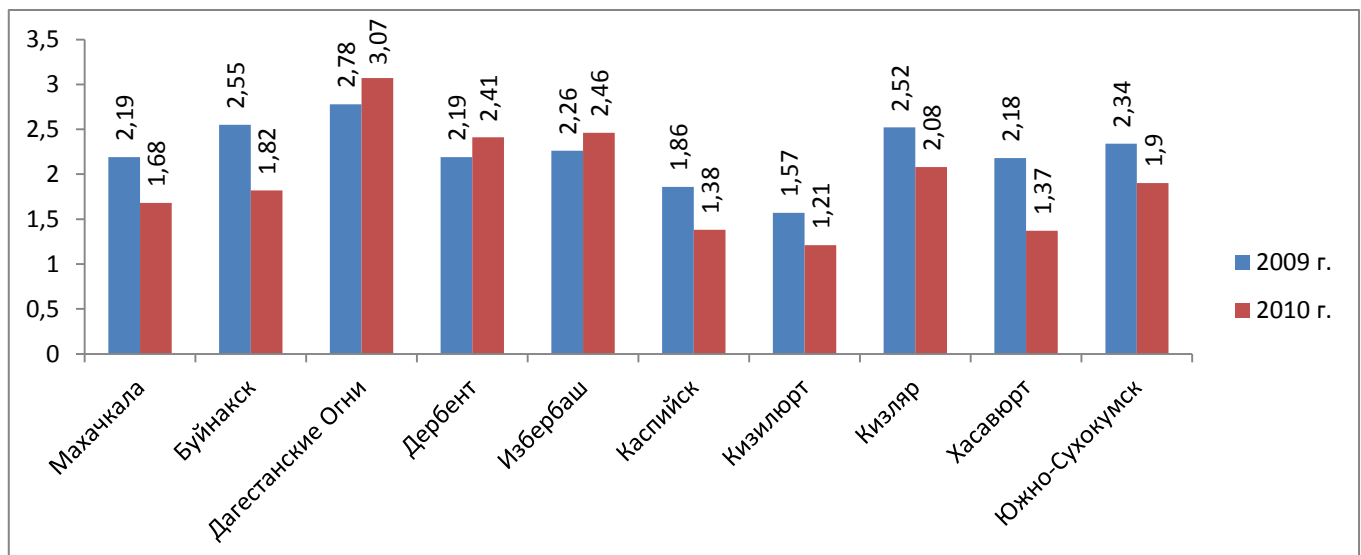


Рис. 3. Показатели болезненности инсультом по городам Дагестана за 2009-2010 годы (на 1000 населения).

На рисунке 3 представлены данные болезненности инсультом во всех городах РД. Наивысшая болезненность отмечается в городе Дагестанские Огни. В городах Махачкала, Буйнакс, Каспийск, Кизилюрт, Кизляр, Хасавюрт и Южно-Сухокумск отмечается уменьшение болезненности в 2010 году, относительно 2009, а в городах Дагестанские Огни, Дербент и Избербаш, находящихся в южной зоне РД, отмечается увеличение болезненности инсультом в 2010 году. Разницу в показателях можно объяснить как экологической ситуацией, так и объемом мер по первичной и вторичной профилактике инсульта проводимой в этих городах.

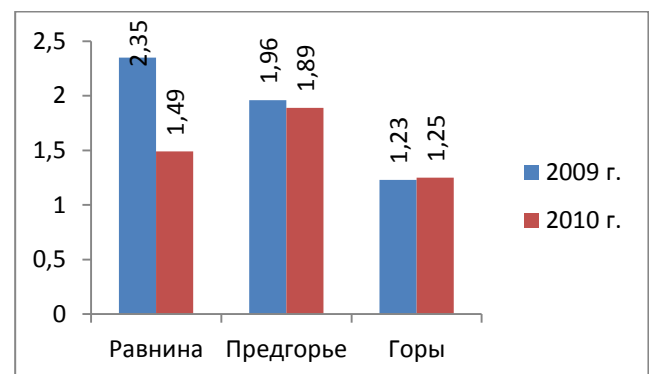


Рис. 4. Показатели болезненности инсультом по экологическим зонам сельской местности Дагестана в 2009-2010 годы (на 1000 населения).

Как видно из рисунка 4, болезненность на равнине и в предгорье в 2010 году уменьшилась по

сравнению с 2009 годом, а в горах увеличилась, что говорит о неэффективности проводимых мероприятий по первичной и вторичной профилактике инсультов в горной зоне.

На рисунке 5 представлена динамика болезненности инсультом в разных возрастных группах. Начиная с 45 лет отмечается уменьшение болезненности инсультом в 2010 году ($p < 0,05$).

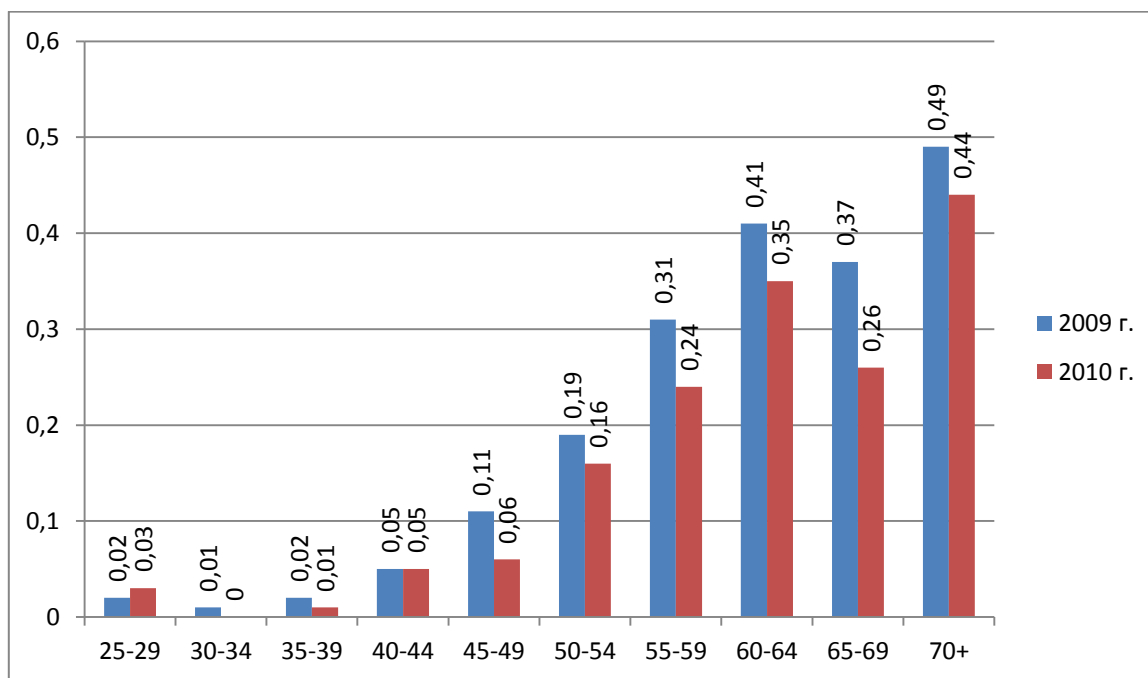


Рис. 5. Возрастная структура болезненности инсультом разных возрастных групп населения Дагестана в 2009-2010 годы (удельный вес показателя на 1000 населения).

Среди факторов риска (ФР) мозгового инсульта преобладала артериальная гипертензия (АГ), которая отмечалась у 98,4% в 2009 году и у 97,64% больных в 2010 году, что несколько выше, чем в

среднем по России - 92,3%. Второй по значимости ФР - патология сердца - 29,59% в 2009 году и 38,15% в 2010 году, в среднем по России - 62,4%.



Рис. 6. Факторы риска инсульта в Дагестане в 2009 и 2010 годы (%).

Мерцательная аритмия зарегистрирована у 15,78% в 2009 году и 15,11% в 2010 году, в среднем по России - 17,1%; дислиппротеидемии в 2009 году - 12,85%, а в 2010 году - 12,7%, в сред-

нем по России - 52,6%. Доля сахарного диабета составила в 2009 году 9,33%, в 2010 году - 12,47%, в среднем по России - 12,4%. Из других факторов риска курение - 9,56% в 2009 году и

10,34% в 2010 году, в среднем по России 36,7%; стресс – в 2009 году 9,05% и в 2010 году - 14,32%, в среднем по России - 21,7%; инфаркт миокарда в анамнезе - 4,47% в 2009 году и 4,92% в 2010 году, в среднем по России - 13,4%.

В 2010 году отмечалось учащение таких факторов риска, как заболевания сердца, сахарный диабет, которых можно объяснить увеличением среднего возраста заболевших инсультом. Увеличение такого фактора риска, как стресс, особенно у лиц трудоспособного возраста, можно объяснить беспокойной общественно-политической ситуацией и постоянной угрозой террористических актов в РД.

Обращает на себя внимание разница со среднероссийскими показателями. Если такие факторы риска, как артериальная гипертония, мерцательная аритмия и сахарный диабет, незначительно отличаются от среднероссийских показателей, то заболевания сердца, дислиппротеидемии, курение, стресс и инфаркт миокарда в анамнезе значительно ниже среднероссийских показателей. Эту разницу можно объяснить как неплохой экологической ситуацией в республике, так и этнокультурными особенностями проживающего в ней населения.

Выводы

1. Внедрение территориального регистра инсульта в РД позволило получить достоверные данные о болезненности церебральным инсультом и основных факторах риска, как в целом по республике, так и в городах и сельской местности, а также дало возможность выявить особенности распространения этих показателей в регионе.
2. Создание регистра инсульта в Дагестане позволило провести анализ болезненности и факторов риска при всех типах инсульта на всей территории республики.
3. Проводимая в РД программа по первичной и вторичной профилактике инсульта привела к уменьшению случаев инсульта в 2010 году на 703 (17%) по сравнению с 2009 годом.
4. Для снижения болезненности инсультом в РД необходимо продолжить проводимую первичную и вторичную профилактику, особенно в городах Дербент, Избербаш и Дагестанские Огни, а также в горных районах сельской местности.
5. Для уменьшения болезненности инсультом у лиц трудоспособного возраста в условиях беспокойной общественно-политической ситуации и постоянной угрозы террористических актов в РД необходимо осуществлять медикаментозную коррекцию хронического стресса и пропаганду здорового образа жизни.

Литература

1. Верещагин Н.В. Гетерогенность инсульта: взгляд с позиций клинициста // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Инсульт. (Приложение). 2003. Вып. 9. С. 8–9.

2. Верещагин Н.В., Варакин Ю.Я. Регистры инсульта в России: результаты и методологические аспекты проблемы // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Инсульт. (Приложение), 2001. Вып. 1. С. 34–40.
3. Виленский Б.С. Развитие ангионеврологии в России // Неврологический журнал. 2004. № 4. С. 53–56.
4. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. М.: Медицина, 2001. 328 с.
5. Скворцова В.И., Евзельман М.А. Ишемический инсульт. Орел, 2006. 404 с.
6. Скворцова В.И., Стаховская Л.В. Современные подходы к профилактике инсульта // Качество жизни. Медицина. 2004. № 4. С. 20–24.
7. Снижение заболеваемости, смертности и инвалидности от инсультов в Российской Федерации / под ред. В.И. Скворцовой. М.: Литтерра, 2008. 192 с.
8. Хачиров Дж.Г. Проблемы экологии человека в Республике Дагестан // Дагестанская региональная ассамблея «Здоровье человека». Махачкала, 1992. С. 32-34.
9. Patel M., Potter J., Peres I., Karla L. The process of rehabilitation and discharge planning in stroke: a controlled comparison between stroke units // Stroke 1998. Vol.29, P.2484–2487.

References

1. Vereshchagin N.V. Geterogenost insul'ta: vzglyad s pozitsii klinitsista [Heterogeneity of stroke: a view from the standpoint of the clinician] // Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii im. S.S. Korsakova. Insult: (Prilozhenie k zhurnal). 2003. Vyp. 9. S. 8–9.
2. Vereshchagin N.V., Varakin Ju.Ja. Registry insul'ta v Rossii: rezultaty i metodologicheskie aspekty problemy [Stroke registers in Russia: results and methodological aspects of the problem] // Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii im. S.S. Korsakova. Insult: (Prilozhenie k zhurnal), 2001. Vyp. 1. S. 34–40.
3. Vilenskiy B.S. Razvitie angionevrologii v Rossii [Angioneurology Development in Russia] // Nevrologicheskiy zhurnal. 2004. № 4. S. 53–56.
4. Gusev E.I., Skvortsova V.I. Ishemiya golovnogo mozga [Cerebral ischemia]. M.: «Medicina», 2001. 328 s.
5. Skvortsova V.I., Evzelman M. A. Ishemicheskiy insult [Ischemic stroke]. Orel, 2006. 404 s.
6. Skvortsova V.I., Stahovskaja L.V. Sovremennyye podhody k profilaktike insul'ta [Modern approaches in stroke profilaxis] // Kachestvo zhizni. Meditsina. 2004. № 4. S. 20–24
7. Snizhenie zabolevayemosti, smertnosti i invalidnosti ot insul'tov v Rossiyskoy Federatsii [Increasing of morbidity, mortality and invalidity due stroke] / pod red. V.I. Skvortsovoy. M.: Litterra, 2008. 192 s.
8. Hachirov Dzh.G. Problemy jekologii cheloveka v Respublike Dagestan [Dagestan regional assembly "Human Health"] // Dagestanskaja regionalnaya assambleya «Zdorovye cheloveka». Makhachkala, 1992. S. 32-34.
9. Patel M., Rotter J., Peres I., Karla L. The process of rehabilitation and discharge planning in stroke: a controlled comparison between stroke units // Stroke 1998. Vol. 29, P.2484–2487.

Сведения о соавторах:

Скворцова Вероника Игоревна – доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАМН, министр здравоохранения России, заведующая кафедрой фундаментальной и клинической неврологии и нейрохирургии Российского нацио-

нального исследовательского медицинского университета им.
Н. И. Пирогова.
Тел. 8(495) 432 68 24.

Авакян Гагик Норайрович - доктор медицинских наук, профессор кафедры неврологии и нейрохирургии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова.
Тел. 8 (495) 490 22 01.

Стаховская Людмила Витальевна - доктор медицинских наук, профессор кафедры фундаментальной и клинической неврологии и нейрохирургии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова.
Тел. 8(495) 471 25 71.

УДК 614.2:616.12-008.1-036.2(470.67)

Социально-экономические и психосоциальные факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний в Республике Дагестан

С.А. Магомедова¹, Н.Р. Моллаева²ФГБОУ ВПО «Дагестанский государственный университет» Минобрнауки России, ¹кафедра социальной медицины, Махачкала;ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздрава России, ²кафедра психиатрии, наркологии и клинической психологии, Махачкала

Резюме

Проведено медико-социальное исследование влияния социальной среды обитания человека на популяционное здоровье населения Республики Дагестан. Анализ основных социально-экономических показателей республики, а также управляемых факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, лидирующих в структуре заболеваемости, выявил ряд проблем, решение которых связано с системой охраны здоровья. Среда обитания населения Республики Дагестан можно характеризовать как неблагоприятную в отношении этой группы болезней. Данное обстоятельство должно учитываться при составлении тактических и стратегических планов развития системы профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний, нивелирования их факторов риска.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, здоровье населения, социально-экономические показатели, безработица, уровень жизни, психосоматика.

The social-economic and psychosocial risk factors of development of cardiovascular disease in Dagestan Republic

S.A. Magomedova, N.R. Mollaeva

Dagestan state university, Mahachkala

Dagestan state medical academy, Mahachkala

Summary

A medical and social research of the influence of the human environment on the population-based health was done in Dagestan Republic. Analysis of the main Republic socio-economic indicators and managed a risk factors for cardiovascular disease, leaders in the structure of morbidity, showed several issues that indirectly affect the development of the health care system. The habitat of the population of Dagestan Republic can be characterized as unfavorable to the development and course of disease in this group. This circumstance should be taken into account in strategic and tactical plans for the development of prevention and treatment of cardiovascular diseases, the leveling of their risk factors.

Key words: cardiovascular diseases, populations' health, social-economic indicators, unemployment, living standarts, psychosomatics.

Введение

Отечественными организаторами здравоохранения неоднократно подчёркивалась важность воздействия социальной среды и ее отдельных факторов на общественное здоровье.

В различных социально-экономических и психосоциальных условиях параметры общественного здоровья могут существенно отличаться друг от друга. Специфика региональных условий жизни обуславливает различную степень вероятности достижения наилучшего уровня здоровья и творческой работоспособности на протяжении максимально продленной индивидуальной жизни человека.

Для корреспонденции:

Магомедова Саида Алирзаевна – кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой социальной медицины Дагестанского государственного университета.

Тел. 8 928 870 11 12. E-mail: msaika@yandex.ru.

Статья поступила 15.01.2012 г., принята к печати 22.03.2012 г.

К сожалению, при разработке программ научно-технического и экономического развития учет качества общественного здоровья проводится в недостаточном объеме. Весьма важно рассматривать здоровье как явление с выраженными временными связями и последствиями.

Социальные последствия снижения уровня здоровья современного населения неизбежно обернутся потерями будущих поколений, обусловленными недооценкой фактора здоровья в настоящее время. Необходимо учитывать и необратимость негативных процессов, связанных с распространением отдельных видов заболеваний.

Проблемы определения качества общественного здоровья неразрывно связаны с проблемами уровня жизни населения. Ведь состояние здоровья зависит не только и не столько от собственно системы здравоохранения, но в значительной степени от условий жизни, существующих в стране. Современный стандарт уровня жизни включает показатели, характеризующие занятость, качество социальной защиты населения,

индивидуальный статус личности, социально-медицинские и этико-правовые нормы, уровень образования, обеспеченность граждан материальными и духовными благами. Огромное значение имеет самосохранительное поведение населения, т.е. отношение людей к здоровью – своему и своих близких.

Таким образом, общественное здоровье представляет собой не только совокупность характеристик индивидуального здоровья, но и интеграцию социально-экономических черт, делающих его жизненно необходимой частью социального организма, каковым является общество.

Элементы общественного здоровья всегда имеют определенную региональную специфику. В условиях реформирования российского здравоохранения следует уделять повышенное внимание межсекторальному подходу, требующему изучения влияния социальной среды обитания человека на популяционное здоровье, а также определение управляемых факторов риска по основным заболеваниям, характерным для конкретного региона, и их нивелирования. Центральное место среди этих патологий, без сомнения, занимают сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ).

В связи с вышеизложенным, **целью** настоящей работы было выявление и анализ социально-экономических и психосоциальных факторов, которые на сегодня являются основными причинами роста показателей распространенности ССЗ в Республике Дагестан (РД), для последующего формирования научно-обоснованной программы повышения эффективности профилактических мероприятий в условиях региона.

Материал и методы

Для реализации поставленной цели были изучены официальные отчетные документы Госкомстата по Российской Федерации (РФ), Южному федеральному округу (ЮФО) и РД, Министерства здравоохранения РД за 2006-2010 годы, а также проанализированы выступления официальных лиц республики – президента, председателя правительства, министра здравоохранения - на проводившихся публичных обсуждениях республиканских программ социально-экономического развития.

Результаты исследования

Дагестан, по официальным данным, является типичным аграрным субъектом РФ: в 2009 году на долю сельских администраций приходилось 90,5% от всех образований (по России в целом – 83,3%), на долю городов – 1,3% (РФ – 3,9%), а доля городских районов в административно-территориальном устройстве составляла всего 0,4% (РФ – 1,2%). За период с 1990 по 2009 год доля городского населения сократилась с 44,0% до 42,5%, доля сельского населения практически не менялась и значительно превышала средне-

окружную. В целом, как известно, Россия относится к числу высоко урбанизированных стран (73,8% удельного веса городского населения в 1990 году и 73,1% – в 2009 году соответственно).

Плотность населения в Дагестане является довольно высокой – 53,4 человека на 1 тысячу км² (ЮФО – 38,6; Россия – 8,3). При этом, согласно данным официальных источников, в экономике занято 33,7% жителей республики (по ЮФО этот показатель составляет 40,8%, а по РФ – 47,9%). По сравнению с 1990 годом численность населения республики увеличилась на 44,4% – с 1 875 000 человек до 2 737 300 человек. Прирост по ЮФО не был столь значительным – 8,6%. Численность населения России за это же время из-за естественной убыли уменьшилась на 4,2%.

Высокий природно-ресурсный и туристско-рекреационный потенциал, наличие квалифицированной рабочей силы и экономически активного населения, развитая сеть высших и средних специальных образовательных учреждений – все эти природные и социальные «конкурентные преимущества» не обеспечивают благополучия республики. Сейчас в это трудно поверить, но в советский период Дагестан являлся регионом-донором. Теперь республика относится к регионам с высоким уровнем дотационности: самообеспеченность бюджета составляет лишь 23,16% (дефицит в 2010 году составил 449 млн руб.). Дагестан занимает по этому показателю 80-е место среди регионов России. Уровень жизни в республике (соотношение денежных доходов и стоимости минимального набора продуктов питания) в августе 2009 года был на 15,5% ниже среднероссийского. Данное обстоятельство необходимо учитывать при осуществлении стратегического планирования развития территориальной системы медицинского обеспечения населения.

У дагестанской экономики немало серьезных проблем. За последние десятилетия изменилась структура экономики, снизилась доля реального сектора, а унаследованные от советского периода технологии и оборудование устарели. Анализ основных социально-экономических показателей Дагестана выявил ряд проблем, решение которых опосредованно отразится на развитии системы охраны здоровья (уровень занятости, уровень безработицы, число персональных компьютеров на 100 работников и т.д.). Республика, занимающая 17-е место в стране по численности населения, находится на 85-м месте по размеру среднемесячной номинальной заработной платы работников организаций, 81-м рангом месте по уровню безработицы.

Учитывая, что среднее место РД по основным социально-экономическим показателям – 61-е, становится очевидным негативное влияние факторов макроэкономики на состояние здоровья населения вообще и сердечно-сосудистой системы в частности.

Доля учреждений здравоохранения в структуре муниципальных образований в РД (1,5%) значи-

тельно меньше, чем общероссийский показатель (5,2%) и показатель по ЮФО (5,0%).

Отмечено увеличение численности экономически активного населения в Дагестане в полтора раза (на 53,2%) – с 805 000 до 1 223 000 человек. Это значительно выше темпа прироста по ЮФО (22,1%). Общероссийский показатель увеличился только на 6,25%.

В республике удалось поднять уровень экономической активности населения до среднестатистического – с 57,3% в 1995 году до 65,2% в 2010 году (по ЮФО – 64,2%), причём наиболее активный рост отмечен в период 2004-2005 годы (с 57,9% в 2003 до 64,3% в 2005 году).

Современная Россия характеризуется уменьшением числа безработных (темп убыли за 2006-2010 гг. – 31,5%), что отражает макроэкономические преобразования, характеризующиеся становлением новой парадигмы рыночных отношений в стране. Уровень безработицы в федеральных округах РФ сильно дифференцирован и различия по округам могут достигать 3,5 раза, а по регионам – 19 раз, говорится в докладе Росстата о занятости и безработице в марте и I квартале 2010 г. В ЮФО, например, наблюдается картина роста безработицы – на 13,2%. В Дагестане экономическая ситуация ещё более напряжённая – здесь уровень безработицы один из самых высоких в РФ. По данным Министерства труда и социального развития Республики Дагестан, зарегистрированных безработных в регионе в октябре 2009 г. насчитывалось 46806 человек. Уровень безработицы в 2009 г., рассчитанный в соответствии с методологией Международной организации труда (МОТ), достигает 13,6% экономически активного населения. Согласно данным Росстата, уровень безработицы в Дагестане по состоянию на январь 2010 г. несколько ниже – 12,6% (в ЮФО – 11,6%, в России – 9,5%). Более высокие показатели безработицы только в Республике Ингушетия и Чеченской Республике. Безработица в Дагестане приобрела застойный характер: средний возраст безработного дагестанца составляет 29 лет, а 63% безработных вообще не имеют опыта трудовой деятельности. Численность безработных, которые ищут работу год и более, в общей структуре составляет 41%. Это явление характерно для застойной безработицы. Среди городских жителей доля застойных безработных выше, чем среди сельских. В январе 2011 года она составила 45% и 39% соответственно.

Принимаемые государством меры позволяют на время снижать напряженность на дагестанском рынке труда. Например, в прошлом году в республике было создано более 18 тысяч новых рабочих мест. Однако в условиях позитивной демографической динамики этого недостаточно для обеспечения занятости населения. Для трудоустройства ищущих работу граждан и, в первую очередь, молодежи, в Дагестане ежегодно необходимо создавать не менее 25 тысяч новых постоянных рабочих мест. Для этого нужны масштабные инвестиции и благоприятный инвести-

ционный климат. По оценкам учёных, для того, чтобы довести объем основных фондов на душу населения до среднероссийского уровня, только в экономику республики нужно вложить более 1,2 трлн. рублей. А если речь идет о современных высокотехнологичных отраслях, то эта сумма возрастает в разы. Так что пока значительный дефицит рабочих мест, в первую очередь в горных районах, вынуждает активную часть населения мигрировать на равнинные территории Дагестана или за пределы республики.

Общероссийская тенденция преобладания среди безработных мужчин (53,5% от всех зарегистрированных на бирже труда) находит своё отражение в РД: доля мужчин, официально не имеющих работы, составляет 56,6% от всех безработных республики. Для ЮФО характерны менее выраженные гендерные различия (52,7% и 47,3% соответственно).

В структуре безработицы вызывает беспокойство высокая доля лиц в возрасте 20-29 лет (42%) – надо помнить, что в эту возрастную категорию попадают выпускники высших и средних профессиональных учебных заведений. Этот факт свидетельствует о наличии социально-психологической напряжённости в регионе. Низкая, как и по ЮФО, доля лиц пожилого возраста в структуре безработных (0,8%) скорее отражает нежелание обращаться на биржу труда (по России в целом доля больше в 1,75 раза и составляет 1,4%).

Отличительной особенностью республики является низкий удельный вес пенсионеров в возрастной структуре населения (12,5% в 1990 году и 11,1% – в 2009 г.). Прирост абсолютного числа лиц старше пенсионного возраста нивелируется высокой рождаемостью в Дагестане, из-за чего численность пенсионеров на 1000 человек населения значительно меньше общероссийского уровня и окружного показателя.

РД является одним из регионов с наименьшим по стране уровнем прожиточного минимума (84-е ранговое место): в среднем на душу населения приходится 3153 рубля, что на 25% ниже общероссийского уровня. Вместе с тем республике удалось совершить значительное социально-экономическое достижение, сократив более чем в 5 раз долю населения, живущего за чертой бедности, и приблизиться к общероссийскому уровню (с 72,6% в 2000 году до 13,7% в 2010 г.).

Темпы роста жилищного фонда в республике (на 37,5%) не изменили принципиально его структуру: на долю городского жилищного фонда приходится менее одной трети от общей площади жилых помещений. По России в целом прирост составил 15,7%, на долю городского жилья приходится 72,2%.

Несмотря на рост общей площади жилых помещений, приходящихся на одного жителя (на 0,9 м²), данная тенденция не может удовлетворять своими темпами: общероссийские и общероссийские показатели не только значительно превышают республиканский, но и увеличиваются

более интенсивными темпами. Так, если на одного жителя Дагестана в 1990 году приходилось 15,3 м² общей площади жилых помещений и 16,2 м² в 2007 году, то для среднестатистического россиянина указанная площадь составляла 16,4 и 21,5 м² соответственно.

Неблагополучная ситуация в Республике отмечается с обеспечением детского населения местами в дошкольных образовательных учреждениях. Ранжирование данного показателя по субъектам РФ показало, что регион занимает 83 место (детскими дошкольными учреждениями обеспечены всего 28,6% детей; данные по России в целом – 59,2%), а имеющаяся в XXI веке тенденция роста показателя на 7,1% по сравнению с 1990 г. не позволяет приблизиться к средним по ЮФО (44,9%) показателям.

Для Республики Дагестан, как и для современной России в целом, характерна значительная распространенность психосоциального стресса, причинами которого, не в последнюю очередь, являются вышеперечисленные социально-экономические факторы. Стресс же приводит к дезадаптации, депрессии, опосредованно вызывая повышение уровня сердечно-сосудистой заболеваемости (особенно это актуально для ишемической болезни сердца и артериальной гипертонии), росту смертности от инфаркта миокарда, мозгового инсульта.

Здоровьем в психолого-гигиеническом аспекте считается способность субъекта к целостному и интегрированному поведению при отсутствии неразрешимых внутренних конфликтов, направленному на удовлетворение собственных потребностей.

Заключение

Таким образом, сложившаяся в РД социально-экономическая ситуация, характеризуется большим удельным весом сельского населения, традиционно имеющего ограниченный доступ к получению квалифицированной медицинской помощи и низкий уровень материальных доходов, а также высокой безработицей, особенно среди молодежи, слабой обеспеченностью жильем и детскими дошкольными учреждениями и т.п. Принимая во внимание психосоматическую этиологию наиболее распространенных ССЗ (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, цереброваскулярная патология), можно считать среду обитания населения Республики как неблагоприятную для заболеваний системы кровообращения.

Данное обстоятельство должно учитываться при составлении тактических и стратегических планов развития системы профилактики и лечения ССЗ.

Литература

1. Егорова А.Г., Романова А.Н., Горборукова Т.В. Оценка влияния социально-гигиенических факторов

на формирование болезней системы кровообращения у лиц трудоспособного возраста Республики Саха (Якутия) // Здоровье. Медицинская экология. Наука. 2009. Т. 39-40. № 4-5. С. 48-52.

2. Камаев И.А., Варенова Л.Е., Буланов Д.Г., Хлапов А.Л. Особенности медико-демографических процессов в Нижегородской области // Общественное здоровье и здравоохранение. 2007. № 3. С. 3-7.
3. «Новые бедные» или Безработица в цифрах // Новое дело. 2011. Выпуск 12 (1000), 01 апреля.
4. Оганов Р.Г., Калинина А.М., Поздняков Ю.М. Профилактическая кардиология: руководство для врачей. М.: Media -77, 2007. 212 с.
5. Петрова О.Н. Формирование профессионального здоровья и процесса социально-психологической адаптации педагогов как представителей образовательного пространства на Крайнем Севере России // Успехи современного естествознания. 2007. № 5. С. 50-52.
6. Попугаев А.И. Разработка клинко-организационных технологий медицинской профилактики болезней системы кровообращения и их внедрение на региональном уровне: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2009. 46 с.
7. Стратегия развития Дагестана до 2025 года [Электронный ресурс] // РИА-Дагестан: Режим доступа <http://www.riadagestan.ru/news/2011/6/30/116215/>; дата обращения 8.02.2012.
8. Чеченин Г.И., Жилина Н.М., Боловнева О.В. К областной программе информатизации в здравоохранении // Успехи современного естествознания. 2008. № 1. С.44-46.

References

1. Egorova A.G., Romanova A.N., Gorborkova T.V. Otsenka vliyaniya sotsialno-gigiyenicheskikh faktorov na formirovaniye bolezney sistemy krovoobrashcheniya u lits trudosposobnogo vozrasta Respubliki Sakha (Yakutiya) [Assessing the impact of socio-hygienic factors on cardiovascular disease in people of working age of the Sakha Republic (Yakutia)] // Zdorovye. Meditsinskaya ekologiya. Nauka. 2009. T. 39-40. № 4-5. S. 48-52.
2. Kamayev I.A., Varenova L.E., Bulanov D.G., Khlapov A.L. Osobennosti mediko-demograficheskikh protsessov v Nizhegorodskoy oblasti [Features of medical-demographic processes in the Nizhny Novgorod region] // Obschestvennoye zdorovye i zdavoookhraneniye. 2007. № 3. S.3-7.
3. «Novyye bednyye» ili Bezrabotitsa v tsifrakh ["New poor" or the unemployment figures] a.
4. Oganov R.G., Kalinina A.M., Pozdnyakov Yu.M. Profilakticheskaya kardiologiya: rukovodstvo dlya vrachey. M.: Media - 77, 2007. 212 s.
5. Petrova O.N. Formirovaniye pofessionalnogo zdorovya i protsessa sotsialno-psikhologicheskoy adaptatsii pedagogov, kak predstaviteley obrazovatel'nogo prostanstva na Kraynem Severe Rossii [Formation of business professional health and the socio-psychological adaptation of teachers, as representatives of the educational space in the far north of Russia] / Uspekhi sovremennogo yestestvoznaniya. 2007. №5. S. 50-52.
6. Popugayev A.I. Razrabotka kliniko-organizatsionnykh tekhnologiy meditsinskoй profilaktiki bolezney sistemy krovoobrashcheniya i ikh vnedreniye na regionalnom urovne: avtoref [Development of clinical and organizational technologies of medical prevention of diseases of the circulatory system and their implementation at

- the regional level]. dis. ... dokt. med. nauk. Moskva, 2009. 46 s.
7. Strategiya razvitiya Dagestana do 2025 goda (Elektronnyy resurs) [The development strategy of Dagestan until 2025 (electronic resource)] // RIA-Dagestan: Rezhim dostupa <http://www.riadagestan.ru/news/2011/6/30/116215/>; data obrashcheniya 8.02.2012.
 8. Chechenin G.I., Zhilina N.M., Bolovneva O.V. K oblastnoy programme informatizatsii v zdravookhraneni

[For the regional program in Health Information] // Uspekhi sovremennogo yestestvoznaniya. 2008. № 1. S.44-46.

Сведения о соавторе:

Моллаева Наида Раджабовна – доктор медицинских наук, заведующая кафедрой психиатрии, наркологии и клинической психологии ГБОУ ВПО «Дагестанская госмедакадемия» МЗ РФ.
Тел. 8(8722) 64 16 32.

УДК 615.28:616.65-002.8-053.9-059

Полиоксидоний в комплексной терапии больных пожилого и старческого возраста с хроническим бактериальным простатитом

Х.-М.Н. Джалилов¹, Т.В. Царуева², М.С. Саидов², Г.М. Газиев²

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздрава России, ¹кафедра онкологии с усовершенствованием врачей, ²кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии, Махачкала

Резюме

Приведены результаты клинико-иммунологических исследований 82 пациентов пожилого и старческого возраста с хроническим бактериальным простатитом (ХБП). У пациентов с ХБП наблюдался дисбаланс Т-клеток и гуморального иммунитета. Включение иммуномодулятора полиоксидония в комплексную терапию вызвало повышение соотношения CD₄⁺/CD₈⁺ на 46,7%. Полученные данные показывают, что полиоксидоний должен быть включен в комплексную терапию ХБП с целью коррекции нарушенных показателей Т-клеток и гуморального иммунитета.

Ключевые слова: хронический бактериальный простатит, иммунотропная терапия, полиоксидоний.

Polyoxidonium in complex therapy for gerontic patients with chronic bacterial prostatitis

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

Dagestan State Medical Academy, Makhachkala

Summary

The results of clinical-immunological observation between 82 patients of senile and elderly age with chronic bacterial prostatitis (CBP) in this study. There were shown that in patients with CBP the misbalance of T-cell and humoral immunity. Including immunomodulator polyoxidonium in complex therapy promoted the increasing the correlation of CD₄⁺/CD₈⁺ on 46.7 % cases. Obtained data show that polyoxidonium must be included in complex therapy CBP with the aim to correct disturbed index of T-cell and humoral immunity.

Key words: chronic bacterial prostatitis, immune system, polyoxidonium.

Введение

Актуальность исследования клинической, иммунологической и микробиологической комплексной терапии с использованием иммуномодулятора полиоксидония при хроническом бактериальном простатите у лиц пожилого и старческого возраста определяется широкой распространенностью патогенных и условно патогенных микроорганизмов – возбудителей урогенитальных инфекций.

Лечение хронического бактериального простатита (ХБП) у лиц пожилого и старческого возраста в настоящее время остается серьезной проблемой для практического здравоохранения. Зарегистрированы многочисленные побочные эффекты использования антибиотиков и химиотерапевтических средств: аллергические реакции, дисбактериоз, гепатотоксичность, иммуносупрессивное действие. Развивающийся после курса антибиотикотерапии синдром иммунологической недостаточности может привести к персистенции возбудителя, рецидивам заболевания, реинфекции.

В этой связи изучение показателей иммунометаболического статуса при ХБП у лиц пожилого и старческого возраста и разработка способов иммунорекоррекции вполне закономерны.

Важнейшим звеном патогенеза урологических заболеваний у лиц пожилого возраста является дестабилизация мембранных структур, характеризующихся количественными и качественными изменениями липидного бислоя плазматических мембран клеток. Различные факторы, такие как уропатогены, воспалительный процесс, могут приводить к нарушению липидной структуры клеточных мембран и активации процессов пероксидации, которые в свою очередь формируют симптомокомплекс недостаточности иммунной системы и нарушения функций урогенитальной системы [1]. Нарушение нормального функционирования иммунной системы способствует генерализации воспалительного процесса, развитию различного рода осложнений, снижению или отсутствию клинического эффекта от базисной терапии, увеличению летальности [2]. По данным российских и зарубежных исследований, в настоящее время до 35% больных с различными урологическими заболеваниями нуждаются в иммуномодулирующей терапии [3]. Поэтому применение только антибактериальной терапии при хронических простатитах не может решить проблему эффективного лечения инфекций мочеполовой системы (ИМПС). Иммунодефицитное состояние у пациентов с

Для корреспонденции:

Царуева Тамара Велиевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры микробиологии и вирусологии ГБОУ ВПО «Дагестанская госмедакадемия» МЗ РФ.

Тел. 8(928) 567 24 23.

Статья поступила 01.03.2012 г., принята к печати 29.03.2012 г.

ИМПС характеризуется снижением уровня различных классов иммуноглобулинов, абсолютного числа Т-лимфоцитов, их функциональной активности, что послужило основанием для включения в схему лечения больных с простатитами препаратов иммуномодулирующего действия, которые оказывают дезинтоксикационное действие, снижают интенсивность процессов перекисидации, стимулируют клеточное и гуморальное звенья иммунитета [4]. При выборе иммунокорректора необходимо принимать во внимание мишень их действия, побочные реакции [5].

В качестве иммуномодулятора нами выбран полиоксидоний (НПО Петровакс ФАРМ) - отечественный препарат с широким спектром фармакологического действия, не имеющий аналогов в мире [2, 4, 7].

Препарат применяется как иммуномодулятор, детоксикант и пролонгирующий носитель фармакологически активных соединений [7]. Полиоксидоний разрешён к применению с 1996 г. (регистрационный номер 96-302/9, ФС 423906-00). Он является физиологически активным высокомолекулярным соединением, обладающим выраженной иммуностропной активностью (6). Установлено, что этот препарат оказывает активирующее влияние на неспецифическую резистентность организма, фагоцитоз, гуморальный и клеточный иммунитет [9].

Синтез полиоксидония проходит через стадию N-окисления третичных аминов в растениях и живых организмах в процессе метаболизма, что резко снижает токсичность исходных третичных аминов, превращает их в водорастворимые высокополярные соединения. Последние нейтрализуют и выводят из организма многие токсичные вещества, в том числе различные микроорганизмы и их токсины. У полиоксидония отмечается пролонгированный эффект [6].

Целью исследования явилось изучение характера и степени выраженности нарушений показателей иммунометаболического статуса у пациентов ХБП на фоне использования иммуномодулятора полиоксидония.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находилось 82 пациента пожилого и старческого возраста с простатитами, которые были разделены на 2 группы: основная и группа сравнения. Больные основной группы получали в составе комплексной терапии полиоксидоний по 6 мг в виде внутримышечных инъекций через день (всего на курс 10 инъекций). Пациенты группы сравнения получали базисную антибактериальную терапию без иммуномодулятора.

Об эффективности лечения судили на основании исследований клиниколабораторных данных и показателей иммунного статуса организма, которые выполняли до и после окончания лечения. При клинической оценке эффективности проводимой терапии за хороший эффект принимали

достижение клинико-лабораторной ремиссии, удовлетворительный – переход активной формы заболевания в латентную.

Содержание основных фракций фосфолипидов и холестерина в цитомембранах эритроцитов определяли методом тонкослойной хроматографии [3], диеновых конъюгатов, малонового диальдегида и α -токоферола - спектрофотометрическим методом [1, 5].

Для оценки иммунного статуса пациентов применяли стандартизированные методы обследования иммунной системы человека, согласно методическим рекомендациям Минздрава РФ.

Состояние гуморального иммунитета оценивали по уровням классов JgA, JgM, JgG, которые определяли методом радиальной иммунодиффузии по Манчини. Функциональное состояние фагоцитарного звена иммунной системы оценивали по фагоцитарной активности нейтрофилов, фагоцитарному числу и результатам спонтанного и стимулированного НСТ-теста.

Субпопуляции иммунокомпетентных клеток определяли методом иммунофлюоресценции с моноклональными антителами, с помощью поверхностных антигенных маркеров: CD3+ - зрелые Т-лимфоциты, CD4+ - хелперы-индукторы, CD8+ - супрессорно-цитотоксические Т-лимфоциты, а также иммунорегуляторный индекс (ИРИ) - CD4+/CD8+.

Анализ данных проводили с использованием статистических пакетов SPSS (Windows, версия 7.5.2) и Statistica (версия 5.7.7). При создании базы данных использовали редактор электронных таблиц «Microsoft-Excel 2000». Тестирование параметров распределения проводили с помощью критериев Колмогорова-Смирнова, асимметрии и эксцесса. Для определения статистической значимости различий непрерывных величин в зависимости от параметров распределения использовали непарный t-критерий Стьюдента или U-критерий Манна-Уитни. Непрерывные переменные представлены в виде средней \pm стандартной ошибки средней ($M \pm m$) независимо от использованного критерия.

Различия считали достоверными при двустороннем уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты

Анализируя результаты лечения в двух сравниваемых группах, необходимо отметить, что у больных основной группы (получавших в комплексном лечении полиоксидоний) отмечался более выраженный клинический эффект, чем у пациентов группы сравнения (91,3% против 75,6%).

Для оценки эффективности лечения иммуномодулятором полиоксидонием нами были проведены иммунологические исследования в опытной группе и группе сравнения (табл. 1).

Показатели оценки иммунного статуса организма свидетельствуют, что у больных основной группы отмечалось статистически достоверное ($p < 0,05$) снижение количества Т-супрессоров, уве-

личение ИРИ, повышение фагоцитарной активности и отношения НСТ-стимулированного к НСТ-спонтанному тесту. Содержание иммуноглобулинов после проведенного лечения существенно не изменилось.

Таблица 1

Показатели иммунного статуса организма у больных с простатитами после проведенного лечения

Показатель	Основная группа (n = 42)	Группа сравнения (n = 40)
СД3+, %	35,50 ± 1,06*	40,10 ± 1,15
СД4+, %	34,10 ± 0,17*	32,10 ± 0,14
СД8+, %	14,60 ± 0,16*	16,10 ± 0,16
СД19+, %	14,10 ± 0,18	14,10 ± 0,14
СД4+ / СД8+	2,33	1,90
JgM, г/л	1,51 ± 0,05	1,52 ± 0,05
JgA, г/л	1,62 ± 0,05	1,62 ± 0,07
JgG, г/л	11,20 ± 0,16	11,10 ± 0,14
Фагоцитарная активность, %	78,20 ± 1,06*	72,10 ± 1,05
Фагоцитарное число	4,50 ± 0,15	4,80 ± 0,15
НСТ-тест, %		
а) спонтанный	15,20 ± 0,15	16,40 ± 0,14
б) стимулированный	21,20 ± 0,15	20,20 ± 0
НСТстим. / РСКспонт.	1,32	1,29

* - достоверные различия между показателями больных основной группы и группы сравнения (p < 0,05).

Учитывая мембраностабилизирующие и антиоксидантные свойства полиоксидония, нами проведены биохимические исследования у пациентов обеих групп (табл. 2).

Как видно из таблицы 2, у больных с простатитами, получавших на фоне базисной терапии полиоксидоний, в мембранах эритроцитов значительно уменьшается содержание общего количества фосфолипидов. Необходимо отметить, что у пациентов основной группы незначительно уменьшалось содержание свободного холестерина по сравнению с показателями контрольной группы, хотя различия были статистически достоверны. При этом коэффициент холестерин / фосфолипиды у пациентов основной группы повышается по сравнению с больными контрольной группы.

При исследовании содержания продуктов перекисидации и антиоксидантов в мембранах эритроцитов выявлено, что у пациентов, получавших полиоксидоний, наблюдалось незначительное снижение содержания первичных продуктов перекисидации (диеновые конъюгаты) и снижение содержания вторичных продуктов перекисидации (малоновый диальдегид, p < 0,05). Содержание α-токоферола существенно не изменялось.

Обобщая полученные результаты, можно отметить, что у пациентов основной группы (получавших полиоксидоний) наблюдалось заметное повышение эффективности проводимого лечения, о чем свидетельствуют улучшение клинических

симптомов заболевания и показатели лабораторных исследований.

Таблица 2

Содержание фосфолипидов, холестерина в мембранах эритроцитов и продуктов перекисидации липидов у больных с простатитами (M ± m)

Показатели	Основная группа (n = 42)	Группа сравнения (n = 40)
Общие фосфолипиды, м/моль/л	1,45 ± 0,10	2,37 ± 0,11
Свободный холестерин, м/моль/л	0,55 ± 0,05	0,51 ± 0,04
Общий холестерин, м/моль/л	0,83 ± 0,06	0,82 ± 0,08
Коэффициент холестерин / фосфолипиды	0,57	0,34
Диеновые конъюгаты, м/моль/л	1,70 ± 0,30	2,62 ± 0,31
Малоновый диальдегид, м/моль/л	1,40 ± 0,22	3,18 ± 0,31
α-токоферол, м/моль/л	2,50 ± 0,28	2,72 ± 0,55

* - достоверные различия между показателями больных основной группы и группы сравнения (p < 0,05).

На основании проведенных специальных биохимических исследований установлен положительный эффект полиоксидония на структурно-функциональное состояние клеточных мембран, что связано со стабилизацией липидной фазы клеточных мембран. Одновременно полиоксидоний уменьшает активность процессов перекисидации, при этом содержание α-токоферола остается несколько сниженным.

Заключение

Одним из главных биологических свойств полиоксидония является его способность стимулировать защитные свойства организма. Установлено, что полиоксидоний действует на все звенья фагоцитарного процесса, активизирует миграцию фагоцитов, усиливает клиренс чужеродных частиц из кровотока, повышает поглотительную и бактерицидную активность фагоцитов [8], что подтверждают результаты наших исследований.

Иммуномодулятор полиоксидоний подавляет образование внеклеточных активных форм кислорода, но стимулирует их внутриклеточное образование, от чего зависит гибель микробов в клетке. Ингибицию образования внеклеточных активных форм кислорода лейкоцитами можно рассматривать как положительный эффект полиоксидония, поскольку их избыточное образование лежит в основе повреждающего действия активированных нейтрофилов на различные ткани и органы [8].

В настоящее время установлено, что главными регуляторами иммунитета являются растворимые медиаторы-цитокины, продуцируемые как клетками моноцитарно-макрофагальной системы, так и лимфоцитами [6]. Полиоксидоний в определенных дозах обладает способностью стимулировать как спонтанный, так и индуцированный синтез цито-

кинов, продуцируемых в основном клетками моноцитарно-макрофагальной системы и нейтрофилами: интерлейкинов (ИЛ-1 β), ФНО α , α -интерферона [9]. По-видимому, усиление полиоксидонием продукции противовоспалительных цитокинов ИЛ-1 и ФНО лежит в основе его способности усиливать антиинфекционную резистентность макроорганизма, так как эти цитокины являются одними из главных активаторов функциональной активности фагоцитарных клеток [10].

Полиоксидоний обладает выраженной способностью стимулировать гуморальное звено иммунного ответа. В эксперименте доказано, что совместное введение низких доз антигена с полиоксидонием усиливает синтез антител в 5-10 раз по сравнению с показателями контрольных животных, получавших антиген без полиоксидония [9].

Таким образом, иммуномодулятор полиоксидоний способствует усилению неспецифических и специфических факторов резистентности организма, что особенно необходимо пациентам пожилого и старческого возраста, длительно болеющих уроинфекциями.

Кроме того, полиоксидоний обладает выраженным антиоксидантным, детоксицирующим и мембраностабилизирующим действием. Побочные эффекты препарата не установлены, и поэтому он может быть рекомендован в составе комплексной терапии при лечении пациентов пожилого и старческого возраста с простатитами в дозе 6 мг внутримышечно, через день (курс лечения - 10 инъекций).

Литература

1. Архипенко Ю.В., Коган В.Е., Козлов Ю.П. Модификация ферментной системы транспорта Ca^{2+} в саркоплазматической ретикуляции при перекисном окислении липидов. Молекулярные механизмы изменения активности Ca^{2+} - АТФазы // Биохимия. 1983. № 3 (43). С. 433-441.
2. Земсков А.М., Петров Р.В. К механизму стимуляции иммуногенеза нуклеинатом натрия // Иммунология. 1981. № 1. С. 52-55.
3. Крылов В.И., Петрушина А.Д., Жмуров В.А. и др. Характеристика прооксидантных процессов при хроническом пиелонефрите у детей // Урология и нефрология. 1986. № 1. С. 22-24.
4. Лусс Л.В. Полиоксидоний в общеклинической практике // Аллергия, астма и клиническая иммунология. 2000. № 1. С. 33-41.
5. Мацлер Д. Биохимия. М.: Мир, 1980. Т.2. С.92-101.
6. Некрасов А.В. Механизм катионной полимеризации азотосодержащих циклов: автореф. дис. ... канд. хим. наук. М., 1971.
7. Некрасов А.В., Некрасов А.В., Пучкова Н.Г., Иванова А.С. и др. Производные поли-1,4-этиленпиперазина, обладающие иммуномодулирующей, противовирусной, антибактериальной активностью: пат. РФ. № 2073031, 1997.
8. Петров Р.В. Вклад иммунологии в развитие медико-биологических дисциплин // Иммунология. 1999. № 1. С. 4-9.
9. Петров Р.В., Хаитов Р.М., Некрасов А.В. и др. Полиоксидоний - препарат нового поколения иммуномодуляторов с известной структурой и механизмом

действия // Иммунология. 2000. № 5. С. 24-27.

10. Потапиев М.П., Печковский Д.В. Иммунорегуляция антимикробной активности нейтрофилов человека // Иммунология. 1994. № 5. С. 4-6.

References

1. Arkhipenko Yu.V., Kogan V.E., Kozlov. Yu.P. Modifikatsiya fermentnoy sistemy transporta Ca^{2+} v sarkoplazmaticheskoy retikulyacii pri perekisnom okislenii lipidov. Molekulyarnye mehanizmy izmeneniya aktivnosti Ca^{2+} - АТФазы [Modification of the enzyme system of transport of Ca^{2+} in the sarcoplasmic reticulation in lipid peroxidation. Molecular mechanisms of changes in activity of Ca^{2+} - АТФазы] // Biokhimiya. 1983. № 3 (43). С. 433-441.
2. Zemskov A.M., Petrov R.V. K mehanizmu stimulyatsii immunogeneza nukleinatom natriya [The mechanism for the stimulation of sodium immunogenesis nukleinat] // Immunologiya. 1981. № 1. С. 52-55.
3. Krylov V.I., Petrushina A.D., Zhmurov V.A. i dr. Harakteristika prooksidantnyh protsessov pri hronicheskom pielonefrite u detey [Characteristics of prooxidant processes in chronic pyelonephritis in children] // Urologiya i nefrologiya. 1986. № 1. С. 22-24.
4. Luss L.V. Polioksidoniy v obshheklinicheskoy praktike [Polioksidoniy in general clinical practice] Allergiya, astma i klinicheskaya immunologiya. 2000. №1. С. 33-41.
5. Macler D. Biohimiya [Biochemistry]. М.: Mir, 1980. Т.2. С. 92-101.
6. Nekrasov A.V. Mehanizm kationnoy polimerizatsii azotosoderzhashhih tsiklov [The mechanism of cationic polymerization of nitrogen-containing cycles]: avtoref. dis. ... kand. him. nauk. М., 1971.
7. Nekrasov A.V., Nekrasov A.V., Puchkova N.G., Ivanova A.S. i dr. Proizvodnye poli-1,4-etilenpiperazina, obladayushhiye immunomoduliruyushhey, protivovirusnoy, antibakterialnoy aktivnostyu [The derivatives of poly-1,4-etilenpiperazina having immunomoduliruyushchey, antiviral, antibakterialnoy activity: patent]: pat. RF. № 2073031, 1997.
8. Petrov R.V. Vklad immunologiy v razvitie medikobiologicheskikh distsiplin [The contribution of immunology to the development of biomedical disciplines] // Immunologiya. 1999. № 1. С. 4-9.
9. Petrov R.V., Haitov P.M., Nekrasov A.V. i dr. Polioksidoniy-preparat novogo pokoleniya immunomodulyatorov s izvestnoy strukturoy i mehanizmom dejstviya [Polioksidoniy - preparation of a new generation of immunomodulators with known structure and mechanism of action] // Immunologiya. 2000. № 5. С. 24-27.
10. Potapiev M.P. Pechkovskiy D.V. Immunoregulyatsiya antimikrobnoy aktivnosti neytrofilov cheloveka [Immunoregulation of antimicrobial activity of human neutrophils] // Immunologiya. 1994. № 5. С. 4-6.

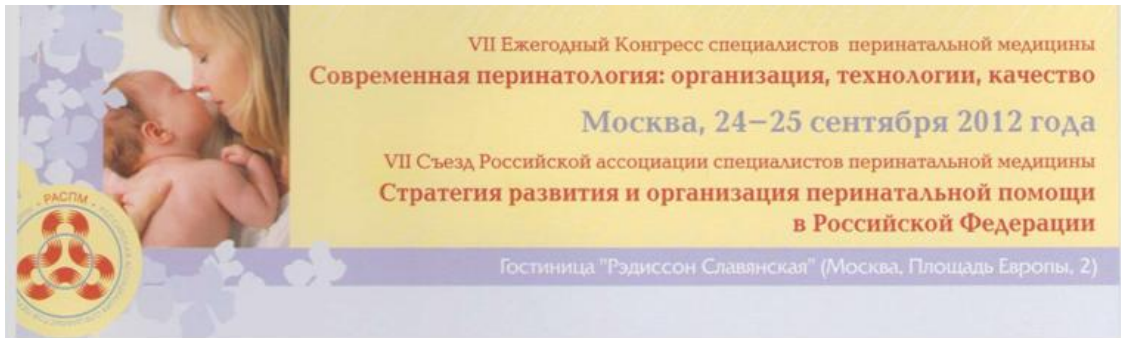
Сведения о соавторах:

Джалилов Хаджимурад Нурмагомедович – аспирант кафедры онкологии ГБОУ ВПО «Дагестанская госмедакадемия» МЗ РФ. Тел. 8(928) 046 12 51.

Саидов Магомед Саидович – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой микробиологии, вирусологии и иммунологии ГБОУ ВПО «Дагестанская госмедакадемия» МЗ РФ. Тел. 8(928) 941 40 91.

Газиев Гази Магомедович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии ГБОУ ВПО «Дагестанская госмедакадемия» МЗ РФ.

Тел. 8(909) 485 88 10.



организаторы Конгресса

- Российская ассоциация специалистов перинатальной медицины
- Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
- Российская академия медицинских наук
- Департамент здравоохранения города Москвы
- Российский Национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова
- Федерация педиатров стран СНГ
- Национальная ассоциация диетологов и нутрициологов
- Российская ассоциация специалистов ультразвуковой диагностики в медицине
- Московское общество акушеров-гинекологов
- Российская ассоциация медицинских сестер

и поддержке

- Всемирной ассоциации перинатальной медицины (Президент – X. Carbonell-Estrany)
- Европейской ассоциации перинатальной медицины (Президент – С. P. Speer)

резидент Конгресса

Н. Володин, академик РАМН, профессор

научный комитет

председатели

Н. Володин, Президент Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины (Россия)
C. Di Renzo, Председатель Международного научного комитета Европейской ассоциации перинатальной медицины (Италия)

члены организационного комитета

Итонов А.Г.	Ильянко Л.И.	Савельева Г.М.
Имадеева Э.Н.	Каганов Б.С.	Саркисова В.А.
Айбарина Е.Н.	Костун О.П.	Сиротина З.М.
Ашмакова Н.В.	Козлова Л.В.	Сичинава Л.Г.
Алоцерковцева Л.Д.	Курцер М.А.	Стрижаков А.Н.
Аребиных В.А.	Макаров О.В.	Суших Г.Т.
Авгирева М.В.	Макарица А.Д.	Чубурова А.И.
Абросимова Ю.Э.	Медведев М.И.	Чугунова О.Л.
Ауленков А.Б.	Нургалеев Р.И.	Шабалов Н.П.
Фимов М.С.	Рогаткин С.О.	Яцык Г.В.
Теванов Д.О.	Романенко В.А.	

в работе Конгресса примут участие

C. Di Renzo (Италия)
S. P. Speer (Германия)
J. Simeoni (Франция)
A. Brann (США)

Гематика Конгресса

- Беременность высокого риска
- Принципы ведения осложненных родов
- Невынашивание беременности, преждевременные роды
- Многоплодная беременность
- Экстрагенитальные заболевания и беременность
- Оценка состояния плода при осложненной беременности
- Ультразвуковая диагностика в перинатологии
- Хирургия плода и новорожденного
- Реанимация и интенсивная терапия новорожденных детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела
- Экстернальное и парентеральное питание новорожденных детей различного срока гестации

Выхаживание и реабилитация новорожденных детей с экстремально низкой массой тела

- Гемодинамические нарушения в неонатальном периоде: предупреждение, диагностика и коррекция
- Перинатальные инфекции: профилактика, диагностика и лечение
- Задержка роста плода, ближайшие и отдаленные исходы
- Бронхолегочная дисплазия – причины, диагностика, лечение, профилактика
- Перинатальные поражения нервной системы: этиопатогенез, классификация, диагностика, профилактика, лечение
- Оценка нервно-психического развития новорожденных и детей раннего возраста
- Боль у новорожденных: диагностика, профилактика, коррекция
- Молекулярно-генетические, лабораторные и инструментальные методы диагностики в оценке и прогнозировании состояния плода и новорожденного

Официальные языки Конгресса: русский, английский (осуществляется перевод)

ВХОД НА ВСЕ ЗАСЕДАНИЯ КОНГРЕССА – СВОБОДНЫЙ!

Регистрационный взнос

Информацию о размере регистрационного взноса и реквизиты для оплаты см. на сайте www.congress-raspm.ru

Тезисы

Тезисы будут опубликованы в «Сборнике материалов VII Ежегодного Конгресса по перинатальной медицине». Требования к оформлению и условия публикации тезисов см. на сайте www.congress-raspm.ru.

Постеры

В рамках Конгресса пройдет постерная сессия. Правила оформления постеров см. на сайте www.congress-raspm.ru. Участие в постерной сессии бесплатное. Присланные резюме постерных докладов будут включены в сборник материалов Конгресса.

Выставка

В рамках работы Конгресса пройдет выставка производителей медицинской техники и оборудования, лекарственных препаратов и витаминов рецептурного и безрецептурного отпуска, средств для ухода за новорожденными и средств личной гигиены для беременных, продуктов детского и лечебного питания для беременных и кормящих матерей и др.

Участие в научной программе

E-mail: mvdgtyareva@gmail.com
 Профессор *Дегтярева Марина Васильевна*

Участие коммерческих компаний в выставке и научной программе

Телефон: +7(495) 517-7055
Телефон/Факс: +7(495) 660-6004
E-mail: mtv@mm-agency.ru
Макарова Татьяна Владимировна

Гостиница

По желанию участников для них могут быть забронированы места в гостинице. Вопросами визовой поддержки и бронирования гостиниц для участников Конгресса занимается компания ООО «Московский Деловой Центр».

Адрес: Россия, 121099, Москва, 1й Смоленский пер, 24
Тел./Факс: (495) 600 3100 (доб. 118)
E-mail: e.liss@moscowbc.ru
Лисс Елена

Дополнительная информация на сайте www.congress-raspm.ru

УДК 618.1-006.6-036.8(470.67)

Этнические особенности заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований половых органов у женщин сельской местности Республики Дагестан

Н.Д. Шихнабиева

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов, Махачкала

Резюме

Изучены особенности заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований половых органов женского населения этнических групп сельской местности Республики Дагестан. Установлено, что среднемноголетний показатель заболеваемости раком женских гениталий у женщин русской национальности (27,6 на 100 тыс. женского населения) значительно выше, чем у женщин коренных этносов республики (16,2). У женщин кумыкского (13,9) и ногайского (12,9) этносов, относящихся к тюркской группе народностей, регистрируются наиболее высокие показатели смертности. Выявленные национальные особенности следует учитывать при формировании групп повышенного риска онкогинекологической заболеваемости.

Ключевые слова: злокачественные новообразования, смертность, Республика Дагестан.

Ethnic characteristics of incidence and mortality from genital cancer in rural women of Dagestan

N.D. Shikhnaбиеva

Dagestan State Medical Academy, Makhachkala

Summary

The features of morbidity and mortality from cancer of genital organs in female population of ethnic groups, rural areas of the Republic of Dagestan studied. Found that the average annual incidence rate of female genital cancer in women of Russian nationality (27.6 per 100 thousand of the female population) is significantly higher than that of women of indigenous ethnic groups of the republic (16.2). Women Kumyk (13.9) and the Nogai (12.9) ethnic groups belonging to the Turkic group of nations recorded the highest mortality rates. Identified national characteristics should be considered in the formation of high-risk gynecological morbidity.

Key words: cancer, incidence, mortality, Dagestan Republic.

Введение

Злокачественные новообразования (ЗН) женской половой сферы являются сложной и чрезвычайно актуальной проблемой онкологии, обусловленной стабильно высокой заболеваемостью и смертностью больных. Среди всех злокачественных опухолей, выявленных у женского населения России в 2008 году, ЗН половых органов (рак тела матки, шейки матки и яичников) составили 17,3%, а в структуре общей онкологической смертности летальность от них составила 32,4% [3]. В динамике показатели как заболеваемости, так и смертности от ЗН женских половых органов имеют тенденцию к росту [1-6].

Следует отметить, что в мире нет такой народности или этнической группы, у которой не встречались бы злокачественные опухоли. Частота их варьирует в различных пределах и выявление причин этих вариаций среди различных этнических групп, отличающихся обычаями, привычками и традициями и проживающими на одинаковых или разных территориях, имеет важное эпидемиологическое значение.

Целью настоящего исследования была оценка особенностей заболеваемости и смертности от ЗН половых органов женского населения этнических групп в сельской местности Республики Дагестан (РД).

Материал и методы исследования

Материал и методы исследования

Дагестан представляет собой уникальный регион на Северном Кавказе, где на относительно небольшой территории (50,3 тысячи км²), отличающейся исключительным многообразием климатических условий, исторически длительное время проживают около 30 коренных народностей и небольших этнических групп. Каждая народность резко отличается не только языком, но и обычаями, привычками, производственными условиями. В сельской местности проживает больше половины населения республики. 10 наиболее многочисленных этносов сельской местности (русские в РД,

Для корреспонденции:

Шихнабиева Наида Даировна – кандидат медицинских наук, заведующая отделением гинекологии Республиканского центра планирования семьи и репродукции, ассистент кафедры акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов ГБОУ ВПО «Дагестанская госмедакадемия» МЗ РФ.
Тел. +7(903) 499 33 34.

аварцы, даргинцы, кумыки, лезгины, лакцы, табасаранцы, ногайцы, рутульцы, агульцы) проживают в моноэтнических административных районах с населением более 80,0% одного этноса.

Основным источником информации служили данные Республиканского онкологического диспансера Министерства здравоохранения РД о зарегистрированных случаях ЗН женских гениталий за 1987-2006 гг. и смертности от них за 1997-2006 гг. Пофамильно были выкопированы все учтенные случаи рака тела матки, шейки матки и яичников у женщин за 20 лет и смертности от них – за 10 лет.

Рассчитывали интенсивные показатели (ИП)

заболеваемости и смертности от ЗН женских гениталий на 100 000 женского населения каждого этноса с учетом клинических форм за каждый год, по пятилетиям (за 1987-1991, 1992-1996, 1997-2001, 2002-2006 гг.), десятилетиям (за 1987-1996, 1997-2006 гг.). ИП по пятилетиям и десятилетиям условно обозначили как среднегодовые, а за 1987-2006 гг. – как среднемноголетний.

Результаты и их обсуждение

За изучаемый нами период всего у исследуемых этносов было зарегистрировано 2255 случаев ЗН женских половых органов.

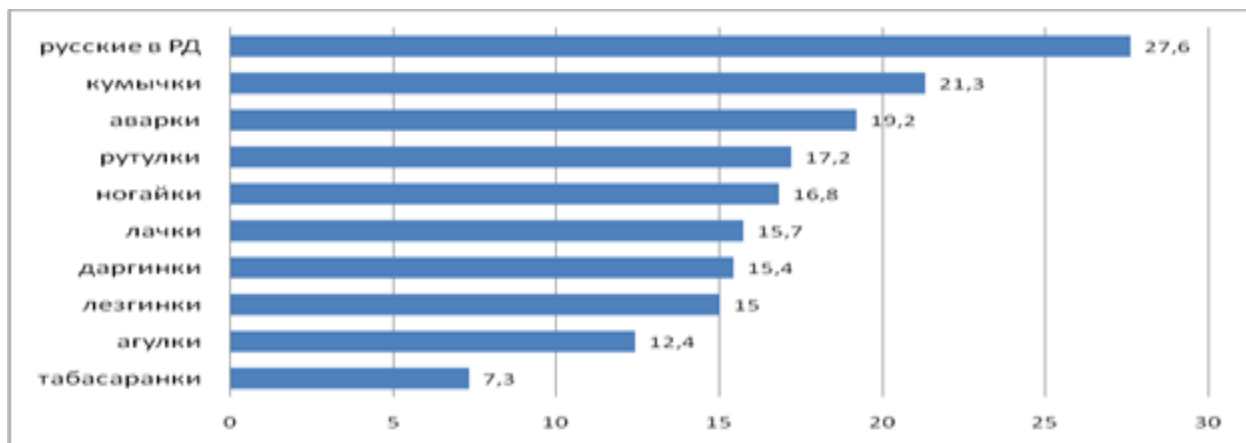


Рис. Ранжированные среднемноголетние показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями женских гениталий у этнических групп сельской местности РД в 1987-2006 гг.

Максимальный среднемноголетний ИП заболеваемости ЗН половых органов отмечался у женщин русской национальности (27,6 случая на 100 000 женского населения) (1-е ранговое место), наименьший – у табасаранок (7,3) (10-е ранговое место) (рис.). Среднемноголетний показатель у женщин кумыкской этнической группы составил 21,3 (2-е ранговое место), аварской – 19,2 (3-е ранговое место), рутульской – 17,2 (4-е ранговое место), ногайской – 16,8 (5-е ранговое место), лакской – 15,6 (6-е ранговое место), лезгинской – 15,0 (8-е ранговое место), даргинской – 15,4 (7-е ранговое место), агульской – 12,5 (9-е ранговое место).

Такого же рода специфика среднемноголетних показателей заболеваемости по этническим группам отмечалась и по отдельным локализациям злокачественных опухолей женских гениталий. Так, наиболее высокий среднемноголетний ИП заболеваемости раком шейки матки отмечался у русских в РД (12,4 случая на 100 000 женщин), затем – у женщин кумыкского этноса (9,6), а наиболее низкий показатель – у женщин даргинского этноса (3,3). Наиболее высокие показатели заболеваемости раком тела матки выявлялись у женщин рутульского этноса (6,0) и русских в РД (4,9), самый низкий – у женщин агульского (не зарегистрирован ни один случай заболеваемости) и табасаранского (0,2) этносов. Женщины ногайско-

го этноса (7,5) и русские в РД (7,3) имели высокие ИП заболеваемости раком яичников. Самые низкие показатели регистрировались так же у женщин агульского (1,1) и табасаранского (2,2) этносов.

Среднемноголетний ИП онкогинекологической заболеваемости для коренных дагестанских этнических групп (без учета русских в РД) составил 15,6 на 100 000 женского населения. Среднемноголетний ИП заболеваемости у русских женщин в РД (27,6 на 100 000 женского населения) в 1,8 раза превышал среднемноголетний показатель у женщин дагестанских этнических групп.

Сравнительный анализ динамики заболеваемости ЗН половой сферы женского населения этнических групп сельской местности РД по пятилетиям (1987-1991, 1992-1996, 1997-2001, 2002-2006 гг.) свидетельствует о значительном ее росте. Среднегодовой ИП заболеваемости ЗН женских половых органов у русских в РД в 1987-1991 гг. составил 23,9 на 100 000 женского населения, в 1992-1996 гг. – 30,1, в 1997-2001 гг. – 27,5 и в 2002-2006 гг. – 28,5, у табасаранок – соответственно 8,9, 5,9, 7,3 и 10,2. Широко варьировали среднегодовые показатели и в пределах отдельной этнической группы, в частности, у ногаек – от 7,0 в 1987-1991 до 23,1 в 1997-2006 гг.

Однако анализ среднегодовых ИП заболеваемости ЗН половых органов по десятилетиям (1987-1996 и 1997-2006 гг.) в динамике выявил

рост их во втором десятилетии у женщин всех этнических групп. Наибольший рост среднегодовых ИП заболеваемости по десятилетиям отмечался у ногаек – на 50,7% (с 13,4 в 1987-1996 гг. до 20,2% в 1997-2006 гг.) и лезгинок – на 41,1% (с 12,4% в 1987-1996 гг. до 17,5% в 1997-2006 гг.).

Анализ показателей смертности от ЗН половых органов у этнических групп женского населения РД за 1997-2006 гг. показал следующее: наибольшие среднемноголетние ИП смертности зарегистрированы у женщин кумыкского (13,9 на 100 000 женского населения) и ногайского этносов (12,9), относящихся к тюркской группе народностей. Показатели смертности у женщин даргинского (6,5 на 100 000 женского населения), рутульского (6,7), табасаранского (6,8) и агульского этносов (8,3) были самыми низкими. У женщин лакского этноса среднемноголетний ИП смертности (10,7) был почти таким же, как у женщин, проживающих в сельской местности РД (10,8). У женщин лезгинского этноса и русских в РД среднемноголетние ИП смертности (соответственно 9,4 и 9,4) были несколько ниже, а у женщин аварского этноса (11,5) – несколько выше показателя смертности женщин сельской местности.

Наибольший прирост среднегодовых ИП смертности по пятилетиям отмечен у женщин агульского (на 131,9%, с 4,7 в 1997-2001 гг. до 10,9 в 2002-2006 гг. на 100 000 женского населения) и лезгинского (на 124%, с 5,8 до 13,0) этносов. Прирост среднегодовых ИП смертности был зарегистрирован также у женщин ногайского (на 21,6%, с 11,6 до 14,1) этноса. Среднегодовые ИП по пятилетиям значительно снизились у женщин русского этноса в РД (на 48,4%, с 12,4 до 6,4), рутульского (на 38,1%, с 8,4 до 5,2) и табасаранского (на 26,6%, с 7,9 до 5,8) этносов.

Наиболее высокий среднемноголетний ИП смертности от рака шейки матки отмечался у женщин кумыкского этноса (7,6 на 100 000 женщин), самые низкие – у рутульского (не зарегистрирован ни один случай), табасаранского (3,0) и даргинского (3,0) этносов. Наиболее высокие показатели смертности от рака тела матки выявлялись у женщин рутульского (1,9), кумыкского (4,8) и ногайского (4,6) этносов, самые низкие – у женщин табасаранского и агульского (не зарегистрирован ни один случай заболеваемости) этносов. Наиболее высокие показатели смертности от рака яичников отмечались у русских в РД (4,9), ногайского (1,8) и лакского (1,8) этносов, а наиболее низкие показатели – у женщин агульского (2,1) и даргинского (2,8) этносов.

Заключение

Итак, на основании результатов исследования можно предположить наличие определенной зависимости повышенного риска ЗН половой сферы от этнического фактора у сельских жительниц Дагестана. В частности, женское население русских в РД онкогенитальной патологией заболевает чаще, чем женщины коренных этносов сельской местности республики, а у женщин кумыкского и

ногайского этносов, относящихся к тюркской группе народностей, регистрируются наиболее высокие показатели смертности. Выявленные различия в заболеваемости и смертности у женщин из различных этнических групп требуют научного объяснения.

Одной из причин разных показателей заболеваемости ЗН половых органов у русских женщин и коренных дагестанок могут быть различия в репродуктивном анамнезе и половом поведении женщин, которые традиционно отличают русскую и дагестанскую этнические группы населения. По сравнению с русскими в РД для женщин коренных этнических групп характерно достоверно большее число родов и аборт, большая доля состоящих в браке. В то же время попытка связать различия в заболеваемости у русских в РД и коренных этнических групп женщин с их отношением к профилактическим осмотрам, так же как в случае с различными возрастными, оказалась не состоятельной. Окончательно вопрос может быть решен с помощью генетического исследования. Тем не менее, выявленные национальные особенности следует учитывать при формировании групп повышенного риска онкогинекологической заболеваемости.

Литература

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2000 г. М.: РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, 2002. 281 с.
2. Сидоренко Ю.С. Нейроэндокринный статус больных раком шейки матки. Ростов-на-Дону: ЗАО «Ростиздат», 2010. 240 с.
3. Чиссов В.И., Старинский В.В., Гнатюк А.П. и др. Национальная онкологическая программа оказания специализированной медицинской помощи онкологическим больным и этапы ее развития // Российский онкологический журнал. 2009. № 6. С. 43-45.
4. Doll R. Epidemiology and Prevention of cancer. Some recent developments // J. Cancer Res. Clin. Oncol. 1998. N 114. P. 447.
5. Liao C.K., Rosenblatt K.A., Schwartz S.M., Weiss N.S. Endometrial cancer in Asian migrants to the United States and their descendants // Cancer Causes Control. 2003. Vol. 14. P. 357-360.
6. McCann S.E., Yeh M., Rodabaugh K., Moysich K.B. Higher regular coffee and the consumption is associated with reduced endometrial cancer risk // Int. J. Cancer. 2009. N 124 (7). P. 1650-1653.

References

1. Davydov M.I., Aksel Ye.M. Zlokachestvennyye novoobrazovaniya v Rossii i stranakh SNG v 2000 g [Malignant neoplasms in Russia and CIS countries in 2000]. M.: RONTs im. N.N.Blokhina RAMN, 2002. 281 s.
2. Sidorenko Yu.S. Neyroendokrinnyy status bolnykh rakom sheyki matki [Neuroendocrine status of patients with cervical cancer]. Rostov-on-Don: ZAO «Rostizdat», 2010. 240 s.
3. Chissov V.I., Starinskiy V.V., Gnatyuk A.P. i dr. Natsionalnaya onkologicheskaya programma okazaniya spetsializirovannoy meditsinskoy pomoshchi onkologicheskim bolnym i etapy yeye razvitiya [The National Cancer Program provide specialized medical care to cancer pa-

- tients and stages of development] // Rossiyskiy onkologicheskiy zhurnal. 2009. № 6. S. 43-45.
4. Doll R. Epidemiology and Prevention of cancer. Some recent developments // J. Cancer Res. Clin. Oncol. 1998. № 114. P. 447.
 5. Liao C.K., Rosenblatt K.A., Schwartz S.M., Weiss N.S. Endometrial cancer in Asian migrants to the United States and their descendants // Cancer Causes Control. 2003. Vol. 14. P. 357-360.
 6. McCann S.E., Yeh M., Rodabaugh K., Moysich K.B. Higher regular coffee and the consumption is associated with reduced endometrial cancer risk // Int. J. Cancer. 2009. Vol.24 (7). P. 1650-1653.

Возможности диагностики «Гастропанель»

- Дифференциальная диагностика этиологии диспептических состояний (пациенты с низким риском изменений в слизистой требуют выявления других заболеваний с симптомами диспепсии и другого лечения)
- Диагноз *Helicobacter pylori* (наличие, тяжесть, рекомендации по эрадикации, контроль лечения)
- Дифференциальная диагностика различных состояний слизистой тела и антрального отдела желудка (норма, гастриты разной степени тяжести, этиологии и локализации, атрофический гастрит)
- Риск развития атрофического гастрита, рака желудка, язвенной болезни, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и пищевода Баррета, ассоциированных заболеваний
- Рекомендации по проведению гастроскопии с гистологическим исследованием биоптатов и лабораторных исследований (гомоцистен, В12, электролиты)
- Скрининг пациентов в группах риска независимо от наличия симптомов (возраст свыше 45 лет, курение, анамнез, наследственная предрасположенность)

	PGI	PGII	PGIII	G-17B	G17S	HP-AB (IgG)
Атрофический гастрит тела	низкий		низкий	высокий		высокий
Атрофический гастрит антрального отдела				низкий	низкий	высокий
Мультифокальный атрофический гастрит	низкий	низкий	низкий	низкий	низкий	
Неатрофический гастрит, <i>H.pylori</i> инфекция	высокий	высокий				высокий
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ)	высокий			низкий		

УДК 618.3-008.6-071:617.753.2

Значение доплерометрического исследования при фетоплацентарной недостаточности у беременных с сочетанием гестоза и миопии

А.М. Абжуриева, Н.С.-М. Омаров, Д.К. Кантаева

Дагестанский научный центр РАМН, Махачкала

Резюме

В работе изучена гемодинамика в фетоплацентарном комплексе у беременных с гестозом и миопией. Для прогнозирования и выявления групп беременных высокого риска по перинатальной патологии рекомендуется использовать доплерографическое исследование. Совместная оценка кардиотокографии и доплерометрии сосудов фетоплацентарного комплекса позволяет лучше оценить состояние плода и его компенсаторные возможности, что значительно повышает прогностическую значимость данных методов обследования.

Ключевые слова: гестоз, миопия, доплерометрия.

The value of Doppler studies in fetoplacental deficiency in pregnant women with preeclampsia, and a combination of myopia

A.M. Abzhurueva, N.S.-M. Omarov, D.K. Kantaeva

Dagestan Scientific Center RAMS, Makhachkala

Summary

The hemodynamics of fetoplacental complex in pregnant women with gestosis and myopia was studied. In order to predict and identify high-risk groups, pregnant women on perinatal pathology recommended using Doppler sonographic study. Complex evaluation of cardiotokography and Doppler blood vessels of the fetoplacental complex makes it easier to assess the condition of the fetus and its compensatory abilities, which greatly improves the prognostic significance of these methods of examination.

Key words: preeclampsia, myopia, Doppler study.

Введение

Современные представления о гестозе позволяют характеризовать это осложнение гестационного периода как модель полиорганной недостаточности. В настоящее время у 70% женщин гестоз носит сочетанный характер с фоновой соматической патологией и лишь у трети имеет место типичное его течение.

По данным литературы, фоновая экстрагениальная патология имеет свои региональные особенности, и именно фоновая патология ограничивает возможности адаптации к многообразным изменениям, которые происходят во время беременности. [1, 2, 4]. В патогенезе гестоза ведущее значение имеют изменения центральной и периферической гемодинамики, которые приводят к нарушению микроциркуляции и маточно-плацентарного кровотока. Одним из неблагоприятных осложнений гестоза является плацентарная недостаточность. Плацентарная недостаточность является клиническим синдромом, отражающим патологическое состояние матери, трофической функции плаценты и внутриутробной гипоксии

плода, обусловленной изменением газообмена в плаценте. [3, 5, 6].

Цель исследования: изучить гемодинамику в фетоплацентарном комплексе у беременных с гестозом и миопией.

Материал и методы

Для решения поставленных задач нами проведено рандомизированное исследование у 69 беременных женщин с сочетанием гестоза и миопии. Группа сравнения - 30 здоровых беременных, идентичных по возрасту. Исследование проводилось в 2012 году на базе Республиканского перинатального центра. Результаты анализа истории родов регистрировали в специально разработанной карте наблюдений. Исследование кровотока в артерии пуповины представляет наибольший клинический и научный интерес, поскольку единственным периферическим руслом для артерии пуповины является микроваскулярная сеть плодовой части плаценты. С целью изучения гемодинамики в системе мать – плацента – плод при сочетании гестоза и миопии проведено доплерометрическое исследование кровотока в маточных артериях, артерии пуповины и средней мозговой артерии. Допплерометрическое исследование проводили с помощью ультразвукового аппарата «Алока 1700» (Япония) конвексным доплерометрическим датчиком с частотой 3,5 МГц, позволяющим проводить селективную регистрацию спектров кривых скоростей кровотока в сосудах, располагающихся на различной глубине, с

Для корреспонденции:

Омаров Наби Султан-Мурадович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Дагестанская госмедакадемия» МЗ РФ.

Тел. 8(8722) 67 95 14.

Статья поступила 20.04.2012 г., принята к печати 25.05.2012 г.

одновременной их визуализацией. Исследование проводилось в период отсутствия двигательной активности плода, чтобы устранить влияние его дыхательных движений. Наибольшее диагностическое значение для оценки гемодинамики в системе мать – плацента – плод имеет определение качественных показателей кровотока: систоло-диастолическое отношение (СДО), индекс резистентности (ИР), пульсационный индекс (ПИ).

Кардиомониторный контроль состояния сердечной деятельности плода проводился с помощью фетального материнского монитора HP Virida (США). Исследование проводили в положении женщины на спине. Продолжительность исследования составляла 20-30 мин. Скорость ленты, на которой регистрировалось сердцебиение плода, составляла 10 мм/мин. Калибровочный сигнал составлял 7 кПа. Расшифровка кардиотокограммы проводилась по шкале *W. Fisher (1973)* в модификации *Г.М. Савельевой и др. (1987)*. По этим параметрам оценивалось состояние плода: при 8-10 баллах - нормальный тип кардиотокограммы (удовлетворительное состояние плода), при 6-7 баллах – препатологический (начальные проявления внутриутробной гипоксии плода) и при 5 и менее – патологический тип кардиотокограммы плода (критическое состояние плода). Обработка полученных данных проводилась на IBM PC/AT с помощью программного продукта Microsoft Excel. Соблюдались общие рекомендации для медицинских и биологических исследований. Определялись средние арифметические величины различных показателей (M) и их ошибки (m).

Результаты исследования и их обсуждение

При проведении доплерометрического исследования в сосудах маточного плодo-плацентарного кровотока было обнаружено, что с прогрессированием беременности у женщин с сочетанием гестоза и миопии происходит постепенное увеличение диастолической скорости кровотока в маточной артерии, в связи с этим отмечается повышение ИР и СДО в этом сосуде. Так, при сроке беременности 32-34 недели в маточной артерии СДО – $1,92 \pm 0,3$, ИР – $0,47 \pm 1,2$; в артерии пуповины СДО – $2,65 \pm 0,4$, ИР – $0,62 \pm 2,3$; в средней мозговой артерии СДО – $4,5 \pm 1,2$, ИР $0,71 \pm 2,1$, а при сроке 35-38 недель СДО – $2,75 \pm 0,2$, ИР – $0,60 \pm 0,4$; в артерии пуповины СДО – $2,99 \pm 0,1$, ИР – $0,69 \pm 0,02$, в средней мозговой артерии СДО – $3,64 \pm 0,02$, ИР – $0,66 \pm 0,04$. Нарушение кровотока в средней мозговой артерии плода происходит позднее, чем в артерии пуповины плода, и характеризуется повышением диастолического кровотока, что выражается в снижении значений индекса резистентности и систоло-диастолического соотношения. Снижение этого показателя отмечено у плодов обследованных женщин с гестозом и миопией (СДО составило $3,67 \pm 0,1$, ИР – $0,66 \pm 0,04$; в группе сравнения СДО – $3,63 \pm 0,03$, ИР – $0,64 \pm 0,02$). В целом нарушения кровотока в маточных артериях и в

артерии пуповины в обследованных группах составили: 56,7% в основной группе, 54,2% в группе сравнения. На доплерограммах нарушение кровотока выражалось в снижении диастолического компонента в артерии пуповины вплоть до появления нулевых и ретроградных значений при критическом состоянии плодo-плацентарного кровотока у 9,6% в основной группе и 10,1% в группе сравнения. Нами отмечено, что оценка кривых скоростей кровотока в средней мозговой артерии плода дает лучшие результаты в диагностике внутриутробной гипоксии, чем при аналогичной оценке артерии пуповины. Так, при изменении показателей сосудистого сопротивления в средней мозговой артерии, свидетельствующих о развитии гипоксии плода, оценка кардиотокографии (КТГ) не превышала 6 баллов. Тогда как при обнаружении повышения индексов сосудистого сопротивления в артерии пуповины, КТГ в 60% случаев оценивали как нормальный или удовлетворительный. С другой стороны, это доказывает, что доплеровское исследование плодo-кровоотока позволяет несколько раньше диагностировать внутриутробное страдание плода, чем проведение кардиотокографии. Гемодинамические нарушения, выявленные при доплерометрическом исследовании, отмечены в большинстве случаев фетоплацентарной недостаточности, но не все ее формы сопровождаются существенными изменениями маточно-плацентарного и плодo-плацентарного кровотока. Поэтому следует отметить необходимость комплексной оценки данных трех основных взаимодополняющих методов исследования в акушерской клинике: ультразвуковое исследование, КТГ, доплерометрия. Данные кардиомониторного наблюдения оценивались в баллах по Фишеру. Уменьшение числа баллов при оценке КТГ зависело от тяжести гестоза и фонового заболевания, что указывает на отрицательное влияние экстрагенитального заболевания на состояние плода и новорожденного. В 52,8% случаев в основной группе оценка кардиотокограммы составила 8-9 баллов, что расценивалось как нормальный тип кардиотокограммы. У 21,2% беременных оценка КТГ составила 6-7 баллов, что было расценено как препатологический тип. У 16,3% беременных оценка кардиотокограммы составила 5 и менее баллов - патологический тип.

Таким образом, доплерографическое исследование фетоплацентарного комплекса следует использовать для прогнозирования и выявления групп беременных высокого риска по перинатальной патологии. Совместная оценка КТГ и доплерометрии сосудов фетоплацентарного комплекса позволяет лучше оценить состояние плода и его компенсаторные возможности, что значительно повышает прогностическую значимость данных методов обследования.

Выводы

1. Беременные с сочетанием гестоза и миопией подлежат динамическому комплексному

наблюдению и лечению в стационарах высокого риска.

2. Нарушение гемодинамики в системе мать – плацента – плод происходит в большей степени за счет повышения периферической сосудистой резистентности маточной артерии и артерии пуповины.

3. Антенатальная кардиотокография позволяет объективно оценить состояние плода, степень тяжести его внутриутробного страдания в условиях хронической гипоксии и дает возможность своевременно корректировать акушерскую тактику.

Литература

1. Афанасьев Н.В., Стрижаков А.Н. Исходы беременности и родов при фетоплацентарной недостаточности различной степени тяжести // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2004. Т.3. №2. С.7–13.
2. Агеева М.И. К вопросу о повышении надежности доплерометрии в диагностике нарушений плод-плацентарного кровообращения при исследовании обеих артерий пуповины // Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2002. №4. С.13-18.
3. Белокриницкая Т.Е., Витковский Ю.А., Казанцева Е. В. Роль вазоактивных веществ в формировании нарушений в фетоплацентарной системе у пациенток с гестозом // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2006. Т. 5. № 1. С. 56-60.
4. Мурашко Л.Е., Бадоева Ф.С., Асымбекова Г.У., Павлович С.В. Перинатальные исходы при хронической плацентарной недостаточности // Акушерство и гинекология. 1996. №4. С. 43-45.
5. Медведев М.В., Юдина Ю.Р., Курьяк А.К. Допплерометрическое исследование в акушерстве. М.: ВИДАР, 1998. 325 с.

References

1. Afanasyev N.V., Strizhakov A.N. Iskhody beremennosti i rodov pri fetoplatsentarnoy nedostatochnosti razlichnoy stepeni tyazhesti [Outcomes of pregnancy and childbirth in the fetoplacental insufficiency of varying severity] // Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii. 2004. T. 3. № 2. S. 7–13.
2. Ageyeva M.I. K voprosu o povyshenii nadezhnosti dopplerometrii v diagnostike narusheniy plodoplatsentarnogo krovoobrashcheniya pri issledovanii obeikh arteriy pupoviny [On the question of increasing the reliability of Doppler in the diagnosis of disorders of fetoplacental circulation in the study of both umbilical arteries] // Ultrazvukovaya i funktsionalnaya diagnostika. 2002. № 4. S.13-18.
3. Belokrinitskaya T.E., Vitkovskiy Yu.A., Kazantseva Ye. V. Rol vazoaktivnykh veshchestv v formirovanii narusheniy v sisteme u patsiyentok s gestozom [The role of vasoactive substances in the formation of disturbances in the fetoplacental system in patients with preeclampsia] // Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii. 2006. T. 5. № 1. S. 56-60.
4. Murashko L.E., Badoyeva F.S., Asymbekova G.U., Pavlovich S.V. Perinatalnyye iskhody pri khronicheskoy platsentarnoy nedostatochnosti [Perinatal outcomes in chronic placental insufficiency] // Akusherstvo i ginekologiya 1996. № 4. S. 43-45.
5. Medvedev M.V., Yudina Yu.R., Kuryak A.K. Dopplerometricheskoye issledovaniye v akusherstve [Doppler study in obstetrics]. M.: VIDAR, 1998. 325 s.

Сведения о соавторах:

Абжуриева Аминат Магомедовна - аспирант ДНЦ РАМН, врач-ординатор роддома № 3 Минздрава Республики Дагестан. Тел. 8928 505 00 80.

Кантаева Джамия Камиповна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Дагестанская госмедакадемия» МЗ РФ. Тел. 8928 969 25 95.

УДК 616.126.42-053.2-07

Критерии диагностики пролапса митрального клапана у детей**Ш.М. Магомедова¹, Ю.М. Белозеров², И.М. Османов²**ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздрава России, ¹кафедра педиатрии ФПК и ППС, Махачкала;²Московский НИИ педиатрии и детской хирургии**Резюме**

Согласно результатам исследования, начальными проявлениями миксоматозного процесса следует считать локальное или диффузное утолщение створок митрального клапана более 3 мм или значение суммарного показателя толщины створок для девочек более 27 мм, а для мальчиков – более 33 мм. Только в 32,17% (558 пациентов) случаев диагноз синдрома пролапса митрального клапана был подтвержден на основании аускультативного и эхокардиографического критериев. Таким образом, пролапс митрального клапана выявляется в 3 раза реже, чем было установлено ранее. В процентном отношении миксоматозные изменения створок отмечены чаще у мальчиков, чем у девочек. Частота выявления миксоматозной дегенерации увеличивалась с возрастом.

Ключевые слова: пролапс митрального клапана, эхокардиография, митральная регургитация, миксоматозная дегенерация.

Diagnostic criteria of mitral valve prolapse in children**Sh.M. Magomedova, U.M. Belozеров, I.M. Osmanov**

Dagestan State Medical Academy, Makhachkala

Moscow Research Institute of Pediatrics and Pediatric Surgery

Summary

According to results of our research, initial manifestations of mixomatouse process according echocardiography must be considered as local and diffuse thickness of mitral valve leaflets more than on 3 mm or definition of summary index for girls more than 27 mm, for boys – more than 33 mm. So, mitral valve prolapses occurs three times less than we supposed. Only in 32.17% patients (558 patients) cases the diagnosis of mitral valve prolapse syndrome was proved on the base of auscultative and echocardiography criterions. In percentile correlation mixomatous changes of leaflets more frequent in boys than in girls. Frequency of mixomatous degeneration exposure increased with age.exposure.

Key words: mitral valve prolapse, echocardiography, mitral regurgitation, mixomatous degeneration.

Введение

Согласно Американской Ассоциации Кардиологов (АНА) в 2006 году разработаны показания к проведению эхокардиографии при клапанных заболеваниях сердца.

Класс I

1. Эхокардиографию рекомендуется проводить пациентам, не имеющим симптомов заболевания, у которых при аускультации сердца выслушиваются диастолический шум, постоянный шум, голосистолический шум, позднесистолический шум, шум в сочетании с щелчками изгнания или шум, иррадиирующий в область шеи или спины.

2. Эхокардиографию рекомендуется проводить пациентам с шумами в сердце и симптомами сердечной недостаточности, ишемией миокарда, обмороками, инфекционным эндокардитом, тромбозом коронарных артерий или с другими клиническими проявлениями структурных болезней сердца.

3. Эхокардиографию рекомендуется проводить пациентам, не имеющим симптомов заболевания, но у которых при аускультации выслушивается среднесистолический шум 3-й или большей градации.

Класс IIa

1. Эхокардиография может быть проведена пациентам, не имеющим симптомов заболевания, но у которых шум в сердце сочетается с другими физикальными проявлениями или аномалиями на ЭКГ или рентгенограмме.

2. Эхокардиография может быть проведена пациентам, не имеющим признаков сердечного заболевания, однако эти признаки не могут быть полностью исключены при стандартном обследовании.

Проведение эхокардиографии показано как при наличии характерной аускультативной симптоматики, так и при отсутствии таковой у лиц, имеющих: астеническую конституцию, отношение к активным занятиям спортом, признаки соединительнотканной дисплазии, психовегетативные нарушения.

Если диагностика пролапса митрального клапана (ПМК) при проведении стандартной эхокардиографии затруднена, больного необходимо по-

Для корреспонденции:

Магомедова Шамай Магомедовна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры педиатрии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Дагестанская госмедакадемия» МЗ РФ, заведующая отделением кардиоревматологии Детской РКБ.

Тел. 8928 276 54 88. E-mail: shamai_doctor@mail.ru.

Статья поступила 23.05.2012 г., принята к печати 13.06.2012 г.

вторно обследовать в положении стоя, при этом визуализация пролабирующего клапана становится более отчетливой [1].

Следует отметить, что эхокардиография позволяет выявить синдром ПМК примерно у 10-15% здоровых детей и подростков [2, 3]. Вместе с тем ПМК с помощью стандартной эхокардиографии не обнаруживается у 15-17% обследуемых пациентов [4].

Материал и методы

В период с 2005 по 2009 год проведено обследование 1734 детей и подростков (764 мальчика и 970 девочек) от 7 до 18 лет с диагнозом ПМК. Диагноз ПМК (в том числе на основании эхокардиографического исследования у 865 детей) устанавливался в различных учреждениях Москвы и Махачкалы.

Помимо физикального обследования, всем детям проведена эхокардиографическая визуализация митрального клапана на ультразвуковых аппаратах. Диагноз ПМК устанавливали при наличии двух главных признаков (аускультативного + эхокардиографического). Величину митральной регургитации определяли по отношению максимальной площади регургитантного потока к площади левого предсердия (RJA/LAA). К легкой митральной недостаточности относили значения RJA/LAA менее 20%, к умеренной – от 20% до 40% и тяжелой – $\geq 40\%$ [5].

Результаты исследования

Результаты обследования 1734 детей представлены в таблице 1.

Таблица 1

Диагностика обследованных детей за 2005-2009 гг.

Критерии диагностики	Количество пациентов (n = 1734): м – 764, д – 970	% от 1734
Сочетание аускультативного и эхокардиографического критериев	н - 558	32,17
	м -152	8,76
	д -406	23,41
Аускультативный критерий, не подтвержденный эхокардиографически	н - 110	6,34
	м -76	4,38
Эхокардиографический критерий, не подтвержденный аускультативно	д -34	1,96
	н - 694	40,02
Без аускультативного и эхокардиографического критериев	м - 307	17,70
	д -387	22,32
	н - 372	21,45
	м - 229	13,21
	д - 143	8,24

н – оба пола; м – мальчики; д – девочки.

Только в 32,17% (558 пациентов) случаев диагноз синдрома пролапса митрального клапана был подтвержден на основании аускультативного и эхокардиографического критериев. Таким образом, ПМК по утвержденным критериям выявляется, по крайней мере, в 3 раза реже, чем было установлено ранее.

Нами дополнительно проведено обследование 65 здоровых детей и подростков, которые составили (контрольную группу). Она состояла из 32 мальчиков в возрасте от 7 до 17 лет (средний возраст $12,15 \pm 3,83$ года) и 33 девочек в возрасте от 7 до 21 года (средний возраст $12,62 \pm 3,26$ года). Группу с верифицированным ПМК на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани составили 63 пациента. Группа состояла из 26 девочек от 7 до 18 лет (средний возраст $10,7 \pm 2,86$ года) и 37 мальчиков от 7 до 16 лет (средний возраст $12,1 \pm 3,34$ года). Группу с ПМК и митральной регургитацией на фоне недифференцированной или дифференцированной дисплазии соединительной ткани (синдром Элерса Данлоса, болезнь Марфана) составили 42 пациента (27 мальчиков в возрасте 7-19 лет, средний возраст $12,6 \pm 2,76$ года и 15 девочек в возрасте 11–17 лет, средний возраст $13,6 \pm 1,8$ года). Исследование включало измерение толщины створок митрального клапана методом эхокардиографии в проекции длинной оси левого желудочка и в проекции четырех камер двумя независимыми специалистами на аппаратах Vivid 4 и Vivid 7.

Толщина створок измерялась в трёх сегментах: у основания створки, в центре и на конце створки (рис.1). Замер проводился калипером прибора в фазу неполной диастолы, когда отчетливо дифференцируются тело створки и подклапанные структуры.

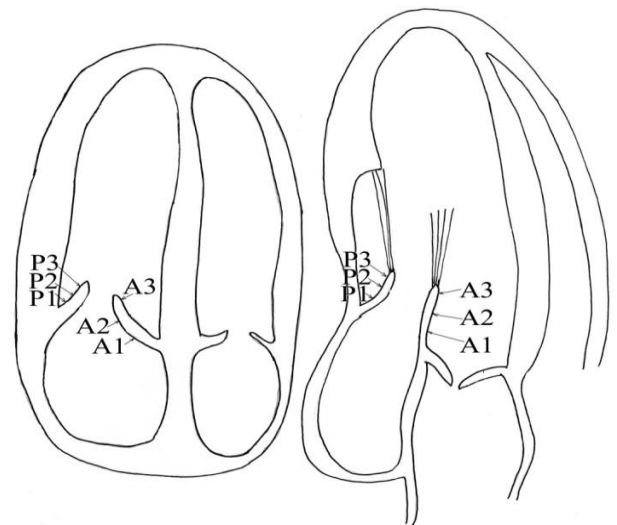


Рис.1. Схема измерения толщины створок митрального клапана в проекции 4-х камер с верхушки и в проекции длинной оси левого желудочка.

В таблице 2 приведены данные измерения в группе здоровых детей и подростков.

Показатели толщины митральных створок в группе с пролапсом митрального клапана без регургитации представлены в таблице 3.

В таблице 4 приведены показатели толщины митральных створок в группе с пролапсом митрального клапана с регургитацией.

Таблица 2

Показатели толщины створок в контрольной группе (здоровые дети)

Показатели		A1	A2	A3	P1	P2	P3	A1	A2	A3	P1	P2	P3
M	девочки	2,01	1,68	1,65	2,32	1,90	1,72	2,02	1,80	1,63	2,38	2,16	2,48
	мальчики	1,68	1,75	1,73	2,36	2,0	1,90	1,90	1,88	1,64	2,19	2,01	1,78
SD	девочки	0,32	0,33	0,35	0,22	0,20	0,19	0,38	0,35	0,37	0,34	0,39	0,37
	мальчики	0,28	0,32	0,32	0,39	0,34	0,25	0,33	0,30	0,27	0,36	0,35	0,21
m	девочки	0,057	0,058	0,062	0,035	0,030	0,030	0,067	0,062	0,066	0,060	0,069	0,066
	мальчики	0,049	0,056	0,056	0,068	0,059	0,043	0,057	0,052	0,047	0,063	0,061	0,036
min	девочки	1,2	1,2	1,1	2,0	1,5	1,2	1,2	1,3	1,0	1,8	1,6	1,30
	мальчики	1,6	1,0	1,2	1,5	1,2	1,4	1,3	1,5	1,3	1,6	1,5	1,5
max	девочки	2,5	2,4	2,4	2,8	2,2	2,0	2,8	2,6	2,4	2,9	2,8	2,10
	мальчики	2,5	2,1	2,3	3,1	2,8	2,4	2,5	2,8	2,1	2,8	2,7	2,3
25%	девочки	1,8	1,4	1,3	2,15	1,7	1,65	1,8	1,55	1,35	2,1	1,8	1,40
	мальчики	1,6	1,5	1,5	2,1	1,75	1,75	1,65	1,7	1,4	1,85	1,75	1,6
75%	девочки	2,25	1,95	1,9	2,5	2,0	1,9	2,25	2,1	1,9	2,8	2,45	2,05
	мальчики	2,25	1,9	2,1	2,5	2,2	2,05	2,15	2,0	1,85	2,55	2,35	1,9

Таблица 3

Показатели толщины митральных створок в группе с пролапсом митрального клапана без регургитации

Показатели		A1	A2	A3	P1	P2	P3	A1	A2	A3	P1	P2	P3
M	девочки	2,15	2,37	2,53	2,83	2,52	2,25	2,00	1,93	1,96	2,53	2,55	2,22
	мальчики	2,4	2,18	2,03	2,76	2,65	2,33	2,18	2,37	2,41	2,73	2,33	2,4
SD	девочки	0,43	0,52	0,27	0,41	0,32	0,45	0,48	0,54	0,48	0,32	0,39	0,36
	мальчики	0,49	0,62	0,34	0,61	0,56	0,32	0,49	0,39	0,53	0,55	0,46	0,38
m	девочки	0,084	0,10	0,053	0,080	0,062	0,088	0,094	0,10	0,094	0,062	0,076	0,070
	мальчики	0,08	0,10	0,056	0,10	0,09	0,053	0,08	0,065	0,088	0,09	0,076	0,063
min	девочки	1,6	1,3	1,7	2,2	2,0	1,7	1,2	1,0	1,3	1,6	2,0	1,70
	мальчики	1,5	1,4	1,6	2,0	1,9	1,8	1,3	1,7	1,5	1,8	1,7	1,7
max	девочки	3,0	2,9	3,1	3,3	3,1	2,7	2,7	2,6	2,9	3,0	2,8	2,6
	мальчики	2,9	3,0	2,4	3,1	2,8	3,2	2,5	2,8	2,7	3,0	3,0	3,0
25%	девочки	1,9	2,4	2,6	3,0	2,7	2,45	2,25	2,25	2,1	2,6	2,65	2,35
	мальчики	2,0	1,5	1,7	2,1	2,25	2,0	2,25	2,0	2,0	2,0	2,4	2,4
75%	девочки	2,7	2,7	2,8	2,9	2,9	2,65	2,5	2,45	2,5	2,8	2,7	2,5
	мальчики	2,7	2,75	2,2	2,85	2,75	2,7	2,3	2,60	2,05	2,5	2,70	2,6

Таблица 4

Показатели толщины митральных створок у больных с пролапсом митрального клапана с регургитацией

Показатели		A1	A2	A3	P1	P2	P3	A1	A2	A3	P1	P2	P3
M	девочки	4,05	4,27	4,26	4,07	4,2	4,27	4,1	4,07	4,22	4,29	4,21	4,46
	мальчики	3,73	3,75	4,13	4,06	4,48	5,71	5,28	3,91	5,25	5,41	5,86	6,78
s	девочки	0,52	0,59	0,50	0,52	0,69	0,76	0,73	0,53	0,61	0,74	0,60	0,63
	мальчики	0,62	0,57	0,77	0,58	0,75	1,58	0,93	0,16	1,19	0,91	1,01	1,32
m	девочки	0,13	0,15	0,12	0,13	0,17	0,19	0,19	0,13	0,15	0,19	0,15	0,16
	мальчики	0,16	0,14	0,19	0,14	0,19	0,40	0,24	0,04	0,30	0,23	0,26	0,34
min	девочки	3,2	3,3	3,4	3,3	3,2	3,2	3,2	3,3	3,4	3,4	3,0	3,0
	мальчики	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,8	4,0	3,6	3,9	4,0	4,3	5,0
max	девочки	4,9	5,0	5,2	4,8	5,5	5,5	5,3	5,1	5,1	5,7	4,9	5,4
	мальчики	4,7	4,7	5,0	4,5	5,0	8,0	6,7	4,0	7,0	6,5	6,9	9,0
25%	девочки	3,8	3,8	3,9	3,7	3,7	3,5	3,4	3,7	3,8	3,8	3,9	4,3
	мальчики	3,1	3,4	3,5	3,9	4,5	4,5	5,0	3,9	4,0	5,0	5,0	5,0
75%	девочки	4,4	4,8	4,5	4,6	4,7	4,9	4,8	4,4	4,8	4,9	4,6	4,8
	мальчики	4,0	4,0	4,7	4,5	5,0	7,0	6,0	4,0	6,0	6,0	6,7	7,0

Суммарное значение всех 12-ти измерений в контроле и в двух группах детей с ПМК (с или без митральной регургитации) представлено в таблице 5.

Таблица 5

Суммарное значение показателя толщины створок в контроле и в двух группах пациентов с пролапсом митрального клапана

Показатели	Группа	Девочки	Мальчики
M	Контроль	24,2	23,1
	ПМК без регургитации	27,8	33,6
	ПМК с регургитацией	50,4	62,9
s	Контроль	1,27	1,55
	ПМК без регургитации	3,27	4,77
	ПМК с регургитацией	4,3	8,23
m	Контроль	0,22	0,27
	ПМК без регургитации	0,64	0,78
	ПМК с регургитацией	1,1	1,61

При ПМК без регургитации выявлена достоверно большая толщина створок у мальчиков ($t = 5,11$, $p < 0,05$), чем у девочек, а также по сравнению с контрольной группой ($t = 6,21$, $p < 0,01$).

Резкие отличия показателя суммарной толщины створок обнаружены в подгруппе пациентов с митральной регургитацией. Данный показатель практически в 2 раза превышал контрольные значения как у мальчиков, так и у девочек. Значения показателя увеличивались с возрастом ($r = 0,54$, $p < 0,01$, рис. 2) и тесно коррелировали в зависимо-

сти от фракции регургитантного объема ($r = 0,72$, $p < 0,001$, рис. 3). Таким образом, миксоматоз створок при пролапсе митрального клапана у детей и подростков следует рассматривать не как проявление синдрома, а как его осложнение.

Согласно нашим исследованиям, начальными проявлениями миксоматозного процесса, по данным эхокардиографии, следует считать локальное или диффузное утолщение створок митрального клапана более 3 мм или значения суммарного показателя толщины створок для девочек более 27 мм, а для мальчиков – более 33 мм.

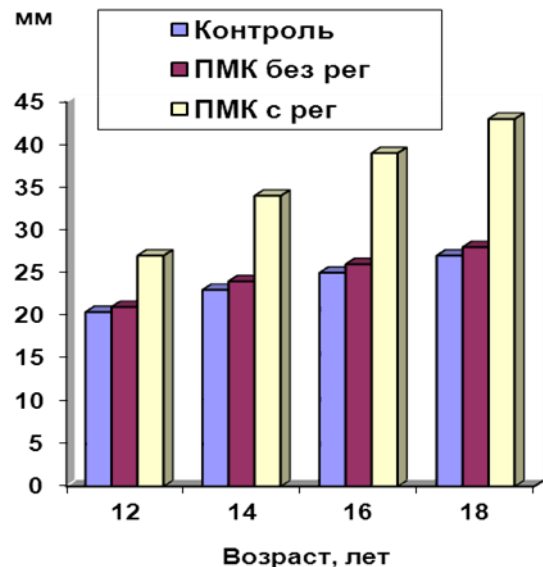


Рис. 2. Динамика суммарного показателя толщины створок митрального клапана в зависимости от возраста.

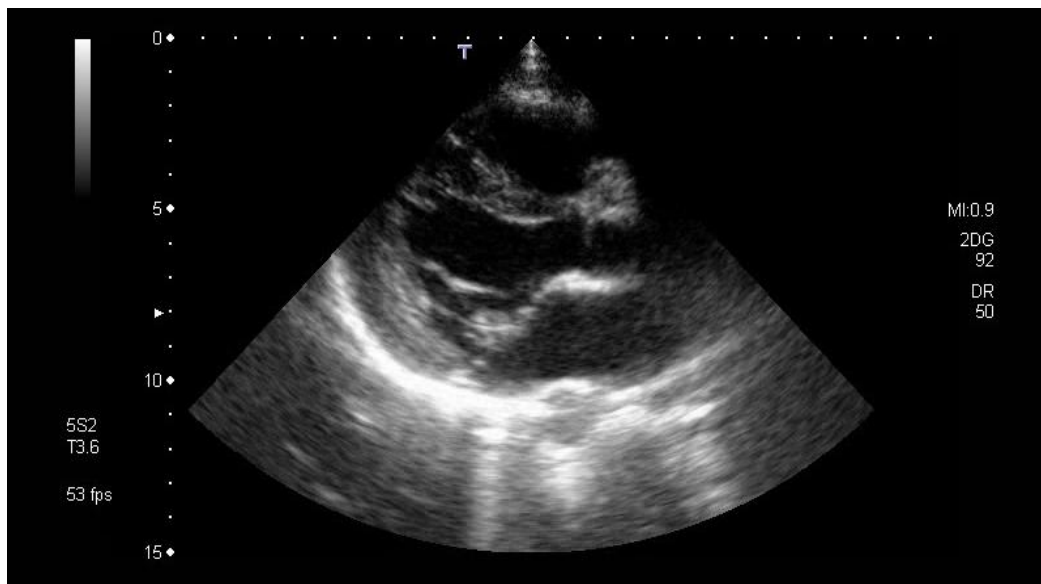


Рис. 4. Миксоматозная дегенерация митрального клапана. Утолщение створок и пониженная их эхогенность. Дилатация левого атриовентрикулярного кольца, митральная регургитация ++ градации.

Характерный пример миксоматозной дегенерации створок клапана при ПМК представлен на рисунке 4.

Верифицированный ПМК наблюдался в 2,7 раз чаще у девочек. У 308 детей подтвержденный кардиографии.

Критерий миксоматозной пролиферации створок обнаруживался у 250 детей (158 девочек и 92 мальчиков).

синдром ПМК не сопровождался миксоматозной дегенерацией створок, о чем свидетельствовала нормальная толщина створок клапана при эхо

Распределение пациентов с верифицированным диагнозом синдрома ПМК в зависимости от возраста, пола и миксоматозной пролиферации створок представлено на диаграмме (рис. 5).

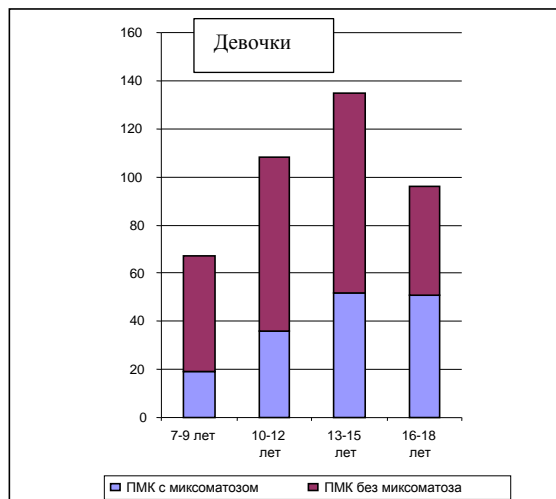
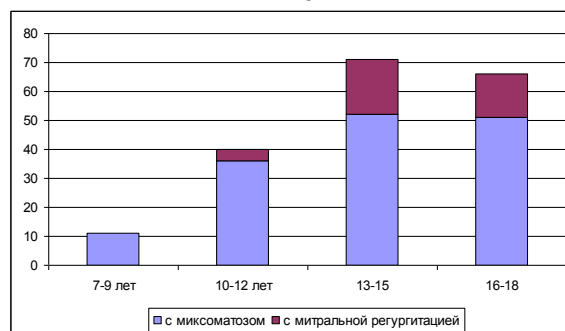
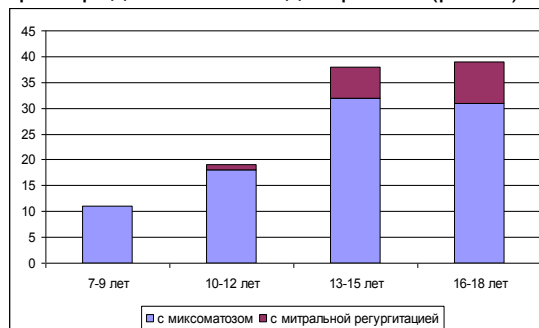
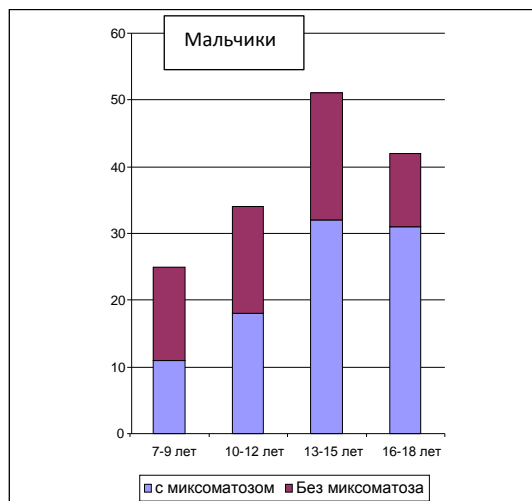


Рис. 5. Распределение пациентов с верифицированным диагнозом синдрома ПМК в зависимости от возраста, пола и миксоматозной пролиферации створок.

В процентном отношении миксоматозные изменения створок отмечены чаще у мальчиков, чем у девочек. Частота выявления миксоматозной дегенерации увеличивалась с возрастом (рис. 6).

Митральная регургитация при миксоматозе створок выявлялась у 53 детей, причем она начала обнаруживаться после 10 лет. Величина ее не превышала 20-25%. Митральная регургитация выявлялась с одинаковой частотой у мальчиков и девочек (рис. 7). Степень митральной регургитации как у мальчиков, так и у девочек увеличивалась с возрастом (рис. 8).

Рис. 6. Частота миксоматозной трансформации створок при верифицированном ПМК в зависимости от возраста.

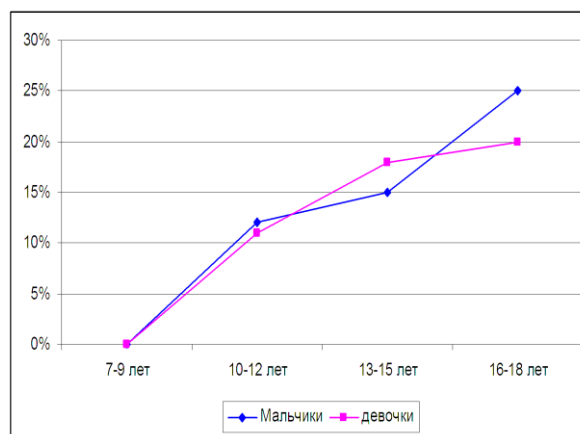


Рис. 7. Частота случаев митральной регургитации при миксоматозном пролапсе митрального клапана у детей и подростков с верифицированным диагнозом ПМК.

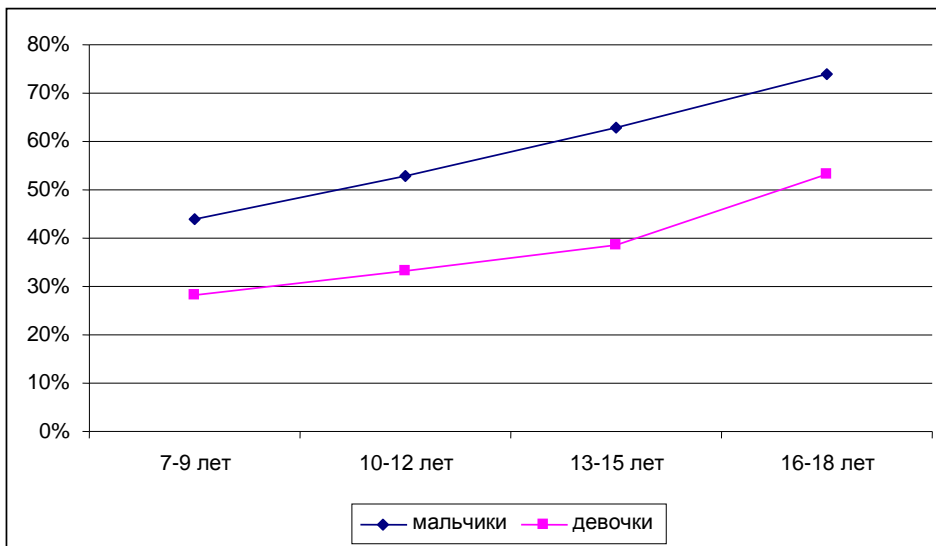


Рис. 8. Степень митральной регургитации (в процентах) у детей с миксоматозной дегенерацией створок в зависимости от возраста.

Заключение

Таким образом, нами доказано, что пролапс митрального клапана встречается в три раза реже, чем предполагалось. Только в 32,17% (558 пациентов) случаев диагноз синдрома пролапса митрального клапана был подтвержден на основании аускультативного и эхокардиографического критериев.

Исследования показали, что начальными проявлениями миксоматозного процесса, по данным эхокардиографии, следует считать локальное или диффузное утолщение створок митрального клапана более 3 мм или значения суммарного показателя толщины створок для девочек более 27 мм, а для мальчиков – более 33 мм.

В процентном отношении миксоматозные изменения створок отмечены чаще у мальчиков, чем у девочек. Частота выявления миксоматозной дегенерации увеличивалась с возрастом.

Литература

1. Абдуллаев Р.Я., Соболев Ю.С., Шиллер Н.Б. Современная эхокардиография. Харьков: Фортуна Пресс, 1998. 248 с.
2. Белозеров Ю.М., Болбиков В.В. Ультразвуковая семиотика и диагностика в кардиологии детского возраста. М.: МЕДпресс, 2001. 176 с.
3. Ванина А.В., Затикиан Е.П., Смирнова А.М., Смирнова А.А. Эхокардиография в исследовании патологии митрального клапана у беременных // Вопросы охраны материнства и детства. 1983. N 11. С. 54-59.
4. Gupta-Malhotra M., Dave A., Sturhan B.C., McNiece K., Syamasundar Rao P., Portman R. Prevalence of undiagnosed congenital cardiac defects in older children // Cardiol. Young. 2008. Vol.18. N. 4. P.392-396.

5. Hepner A.D., Ahmadi-Kashani M., Movahed M.R. The prevalence of mitral valve prolapse in patients undergoing echocardiography for clinical reason // Int. J. Cardiol. 2007. Vol. 123. N.1. P.55-7.

References

1. Abdullaev R.Ya., Sobol Yu.S., Shiller N.B. Sovremennaya ehokardiografiya [Modern echocardiography]. Harkov: Fortuna Press, 1998. 248 s.
2. Belozarov Yu.M., Bolbikov V.V. Ultrazvukovaya semiotika i diagnostika v kardiologii detskogo vozrasta [Ultrasound semiotics and diagnosis in pediatric cardiology]. M.: MEDpress, 2001. 176 s.
3. Vanina A.V., Zatikyan E.P., Smirnova A.M., Smirnova A.A. Ekhokardiografiya v issledovanii patologii mitralnogo klapana u beremennykh [Echocardiography in research the pathology of mitral valve in pregnancy] // Voprosy okhrany materinstva i detstva. 1983. N 11. S. 54-59.
4. Gupta-Malhotra M., Dave A., Sturhan B.C., McNiece K., Syamasundar Rao P., Portman R. Prevalence of undiagnosed congenital cardiac defects in older children // Cardiol. Young. 2008. Vol.18. N. 4. P.392-396.
5. Hepner A.D., Ahmadi-Kashani M., Movahed M.R. The prevalence of mitral valve prolapse in patients undergoing echocardiography for clinical reason // Int. J. Cardiol. 2007. Vol. 123. N.1. P.55-7.

Сведения о соавторах:

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

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

УДК 616.12-008.1-036.8

Обоснование региональной образовательной программы по профилактике сердечно-сосудистой патологии у населения

А.Р. Кусова¹, Ф.К. Худалова¹, М.Б. Булацева²

ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России,

¹кафедра общей гигиены, Владикавказ;

ГБОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет» Минздрава России,

²кафедра гигиены и основ экологии человека, Москва

Резюме

В работе изучены смертность и особенности заболеваемости болезнями системы кровообращения в Республике Северная Осетия – Алания за последние 10 лет. Разработана региональная образовательная программа по профилактике сердечно-сосудистой патологии у населения. Установлена высокая обращаемость за скорой медицинской помощью населения Владикавказа по поводу артериальной гипертензии и других сердечно-сосудистых болезней.

Ключевые слова: смертность, заболеваемость, обращаемость, болезни системы кровообращения, профилактика.

Rationale for a regional educational program on prevention of cardiovascular disease in population

A.R. Kusova, F.K. Hudalova, M.B. Bulatseva

North Ossetian State Medical Academy, Vladikavkaz;

Russian state medical academy, Moscow

Summary

We studied mortality and morbidity features of circulatory system diseases in the Republic of North Ossetia - Alania over the past 10 years. A regional educational program for the prevention of cardiovascular disease in the population was developed. A high uptake for emergency medical care of the population of Vladikavkaz on hypertension and other cardiovascular diseases was determined.

Key words: mortality, morbidity, uptake, circulatory system diseases, profilaxis.

Введение

Смертность и заболеваемость болезнями системы кровообращения продолжают оставаться одной из приоритетных проблем современного здравоохранения, являясь основной причиной высоких показателей заболеваемости, смертности и временной утраты трудоспособности среди населения [1, 3].

Артериальная гипертензия (АГ) является основным фактором риска, определяющим прогноз заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистой патологии среди населения. Для обоснования дифференцированных профилактических программ оценены приоритеты управляемых факторов риска в формировании АГ и необходимость обучения населения в рамках первичной и вторичной профилактики [1, 2, 4].

Цель исследования - изучение смертности и особенностей заболеваемости болезнями системы кровообращения в Республике Северная

Осетия - Алания для разработки образовательной программы по профилактике сердечно-сосудистой патологии у населения.

Материал и методы

Нами для изучения смертности и особенностей заболеваемости болезнями системы кровообращения в Республике Северная Осетия - Алания (РСО - Алания) проведен анализ статистических данных за период 2001-2010 годы, а также данных выкопировки медицинской документации скорой медицинской помощи (СМП) в г. Владикавказе за 2008-2010 годы. По специально разработанной комплексной социально-гигиенической программе проведен анализ качества жизни двух групп населения г. Владикавказа в возрасте от 20 до 70 лет (всего 408 человек): 1 группа - больные с установленным диагнозом АГ I и II степени; 2 группа - лица с нормальным артериальным давлением. Оценены приоритеты управляемых факторов риска в формировании АГ для обоснования региональных дифференцированных образовательно-просветительных программ в рамках первичной и вторичной профилактики.

Для корреспонденции:

Кусова Алина Рашидовна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой общей гигиены ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» МЗ РФ.

Телефон: 8(918) 826 96 00. E-mail: kusalrash@yandex.ru.

Статья получена 13.05.2012 г., принята к печати 25.05.2012 г.

Результаты исследования и их обсуждение

За последние десять лет (2001-2010 гг.) показатели смертности в РСО находятся примерно на одном и том же уровне и составляют в среднем 11,7 на 1000 населения, что несколько ниже по сравнению с общероссийскими (14,9). Вместе с тем, смертность от болезней системы кровообращения превышает показатели по РФ (56,5%) и остается неизменно высокой (64,7%). Первичная заболеваемость болезнями этого класса в республике также выше по сравнению с общероссийской. Так, в 2010 г. по РСО-Алания ее уровень составлял 3158,5, а по РФ - 3005,3 на 100 тыс. населения. За последнее десятилетие прослеживается тенденция роста сердечно-сосудистой патологии у населения.

В результате проведенного анализа данных выкопировки медицинской документации СМП в г. Владикавказе выявлено, что самое большое число обращений приходится на сердечно-сосудистую патологию (42,5%), среди которой превалирует артериальная гипертензия (27,7%). АГ является основным фактором риска, определяющим прогноз заболеваемости и смертности у населения от болезней системы кровообращения. Так, по данным проспективных наблюдений А.Н. Бритова, Н.А. Елисеевой, А.Д. Деева [1] АГ увеличивает риск смерти от ишемической болезни сердца (ИБС) в 3 раза, от инсульта - в 6 раз.

Истоки выявления АГ находятся в причинно-следственных факторах риска, которые неблагоприятно сказываются на развитии этой патологии. В результате исследования были выявлены значительные различия по распространенности факторов риска в двух обследуемых группах населения, особенно в возрастной группе от 41 до 60 лет. Именно эта возрастная группа лиц трудоспособного возраста определяет высокий уровень осложнений АГ, смертности от болезней системы кровообращения. Так, больные с АГ (I группа) в 2 раза чаще имели плохие жилищные условия и почти в 5 раз чаще низкий материальный уровень, по сравнению со II группой. По данным самооценки, лица с АГ в 6 раз чаще работали в плохих условиях труда. А в анализе по диагностической шкале Reeder четко был определен высокий уровень стресса у лиц с АГ - 29,7%, особенно в возрасте 41 - 60 лет - почти у каждого второго, что еще раз подчеркивает большой вклад стрессовых факторов в развитии АГ. Исследуя двигательную активность, выявили, что почти четверть больных ведет малоактивный образ жизни, что говорит о низком уровне мотивации пациентов в повышении двигательной активности и малой информированности о её влиянии на сердечно-сосудистую систему и организм в целом. Особенности в характере питания больных с АГ - большая приверженность к поздним ужинам (84,2%), жирной (64%) и солёной пище (12%), В контрольной группе эти нарушения в питании встречаются достоверно реже. Низкая двигательная активность, неправильный

режим и нездоровые приоритеты в питании для большей части больных АГ, особенно трудоспособного возраста, способствовали тому, что более половины среди них имеют избыточную массу тела.

Безусловно, больные с установленным диагнозом АГ должны выполнять все необходимые рекомендации не только по медикаментозным назначениям, но обязательно быть приверженцами здорового образа жизни, иметь достаточный уровень гигиенической грамотности. Однако, оценивая уровень медицинской активности пациентов с АГ, в частности, по данным контроля АД, выявлено, что 16% из них редко измеряют, а 7% вообще не измеряют его - все они формируют группу наибольшего риска осложнений. Более половины обследованных лиц трудоспособного возраста признались, что употребляют алкоголь, и почти 10% мужчин злоупотребляют им. 38,7% мужчин, больных АГ, курят. Все это еще раз подчеркивает проблему неправильного поведения и сформированной доминанты здорового образа жизни, которая не может быть достигнута без соответствующих образовательных программ. Участие в программах формирует правильное представление о болезни, факторах риска ее возникновения и условий прогрессивного течения, что позволяет больному более четко выполнять комплекс рекомендаций. Наша задача - сформировать доминанты личной ответственности за течение болезни, модифицировать образ жизни больного с целью исключения факторов риска, обучить практическим навыкам измерения АД, частоты пульса, ведения дневника самоконтроля, научить оказывать самопомощь при повышении АД.

До настоящего времени не создан культ здоровья, отмечается пренебрежительное, безразличное отношение населения к своему здоровью. Укоренилась позиция, что за здоровье ответственность несет государство, система здравоохранения, не осознавая, что здоровье - это не столько результат медицинской деятельности, сколько производная нашего образа жизни. Воспитание культуры здоровья предполагает комплексное воздействие таких общественных институтов, как семья, образовательные, лечебно-профилактические учреждения, общество в целом.

Выводы

1. Смертность и заболеваемость населения болезнями системы кровообращения в РСО-А превышают показатели по РФ и остаются неизменно высокими, несмотря на более низкие уровни общей смертности и заболеваемости населения. Самое большое число обращений за СМП в г. Владикавказе приходится на сердечно-сосудистую патологию (42,5%), среди которой превалирует артериальная гипертензия.

2. Истоки формирования АГ находятся в причинно-следственных факторах риска, таких как высокий уровень стресса, низкий уровень медицинской активности, вредные привычки, «нездоровое» питание, вредные условия труда, гиподинамия. Всё это неблагоприятно сказывается на развитии сердечно-сосудистой патологии.

3. Одним из прогрессивных методов в решении проблем, связанных с лечением больных АГ, сердечно-сосудистой патологии в целом, является организация системы обучения, которая может быть достигнута соответствующими образовательными программами среди населения как в рамках первичной, так и вторичной профилактики.

Литература

1. Бритов А.Н., Елисеева Н.А., Деев АД. Социально-экономический статус и сердечно-сосудистая система. Популяционное 5-летнее проспективное исследование // Российский национальный конгресс кардиологии. Томск, 2004. С.73-74.
2. Бливерс Х.Т., Лип Г., О'Брайен Э. Артериальная гипертензия / под ред. В.И. Метелицы. М., 2005. С.73-74.
3. Гайдашев А.Э., Сахно Ю.Ф., Решетников И.С. Возможности, значение и роль скрининговых исследований в Центрах Здоровья дня снижения уровня преждевременной заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний // Функциональная диагностика. 2010. № 3. С. 133-136.
4. Оганов Р.Г. Школа здоровья. Артериальная гипертензия: руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2004. 192 с.

References

1. Britov A.N., Yeliseyeva N.A., Deyev AD. Sotsialno-ekonomicheskii status i serdechno-sosudistaya sistema. Populyatsionnoye 5-letneye prospektivnoye issledovaniye [Socio-economic status and cardiovascular system. Population 5-year prospective study] // Rossiyskiy natsionalnyy kongress kardiologii. Tomsk, 2004. S.73-74.
2. Blivers Kh.T., Lip G., O'Brayen E. Arterialnaya gipertoniya / pod red. V.I. Metelitsy. M., 2005.
3. Gaydashev A.E., Sakhno Yu.F., Reshetnikov I.S. Vozmozhnosti, znacheniyе i rol skrnningovykh issledovaniy v Tsentrah Zdorovya dnya snizheniya urovnya prezhdevremennoy zabolevayemosti i smertnosti ot kardiovaskulyarnykh zabolevaniy [Chances, the importance and role scrining studies in Research Centers Health Day reduction of premature morbidity and mortality from cardiovascular diseases] // Funktsionalnaya diagnostika. 2010. № 3. S. 133-136.
4. Oganov R.G. Shkola zdorovya. Arterialnaya gipertoniya: rukovodstvo dlya vrachey [School of Health. Hypertension]: A Guide for Physicians. M.: GEOTAR-Media, 2004. 192 s.

Сведения о соавторах:

Худалова Фатима Константиновна – кандидат медицинских наук, кафедра общей гигиены Северо-Осетинской госмедакадемии, г. Владикавказ, ул. Пушкинская, 40.
Тел. 8(8672) 56 32 89, E-mail: fatima1510@yandex.ru.

М.Б. Булацева

УДК 613.98:614.1:616-053.9-084

Опыт организации гериатрической помощи пожилому пациенту на догоспитальном этапе по материалам Республиканского гериатрического центра

И.М. Ибрагимов¹, Л.М. Асхабова², А.У. Исаев¹

¹ГБУ РД «Республиканский медицинский центр» Минздрава Республики Дагестан, Махачкала; ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздрава России, ²кафедра общественного здоровья и здравоохранения ФПК и ППС, Махачкала

Резюме

В работе представлен опыт организации гериатрической помощи пожилому пациенту. Основной акцент в организации лечебно-профилактической помощи больным пожилого возраста сделан на внебольничные формы ведения пациента в специализированных гериатрических центрах.

Ключевые слова: пожилой возраст, гериатрия, медицинская помощь.

Experience in the organization of geriatric care for older patients pre-hospital based on the national geriatric center

I.M. Ibragimov, L.M. Askhabov, A.U. Isaev

National Medical Center, Ministry of Health DR, Makhachkala
Dagestan State Medical Academy, Makhachkala

Summary

The paper presents experience of geriatric care between elderly patients. The main accent in the organization of treatment and prevention of the power of elderly patients placed on out-of-hospital patient in the form of specialized geriatric centers.

Keywords: elderly, geriatrics, health care.

Введение

В начале прошлого столетия был предложен термин «гериатрия», определяющий особенности физиологических и патологических процессов у пожилых и стариков, а также необходимость соответствующих специфических подходов к ведению больных старших возрастных групп [1]. В Российской Федерации, как в большинстве экономически развитых стран, сложилась ситуация, характеризующаяся увеличением в составе населения доли лиц пожилого и старческого возраста. По данным последней переписи населения, в стране 18,5% составляют лица в возрасте 60 лет и старше, а к 2016 году прогнозируется её увеличение до 24,8% [2, 3, 4].

С учетом современных тенденций основной акцент в организации лечебно-профилактической помощи больным пожилого возраста должен быть сделан на внебольничных формах ведения пациента, главным образом в специализированных гериатрических центрах.

Цель работы: улучшить оказание специализированной лечебно-диагностической и реабилитационной помощи населению старших возраст-

ных групп и лицам с признаками преждевременного старения организма.

Материал и методы

Проведен анализ 3057 обращений пациентов старших возрастных групп, а также лиц с признаками преждевременного старения организма (60 лет и старше) в РГЦ за последние три года по следующим нозологическим формам: болезни органов дыхания, туберкулез органов дыхания, болезни сердечно-сосудистой системы, болезни кроветворных органов, болезни мочеполовой системы, болезни органов пищеварения, болезни костно-мышечной системы.

Результаты исследования и их обсуждение

Многопрофильность услуг, оказываемых в РГЦ, с учетом ведущих нозологических форм отдаёт предпочтение: терапевтическому, кардиологическому, неврологическому, туберкулезному (с учетом эндемичности региона), эндокринологическому, ортопедотравматологическому и урологическому профилям (рис. 1).

Для корреспонденции:

Ибрагимов Ибрагим Магомедович – кандидат медицинских наук, руководитель Республиканского медицинского центра МЗ РД, г. Махачкала.

Тел. (8722) 68-33-28, 8(928) 225 26 00.

Статья поступила 03.05.2012 г., принята к печати 13.06.2012 г.

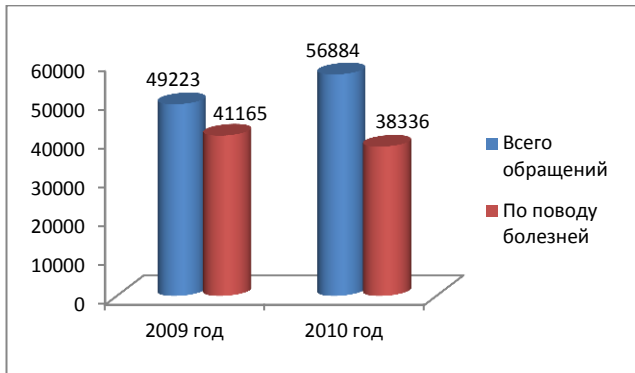


Рис. 1. Динамика обращаемости пациентов в РГЦ (абсолютное число).

Из общего числа обратившихся в РГЦ по поводу заболеваний в отчетном 2011 году, наибольший удельный вес приходится на жителей села - 54,5%; 26,3% - на иногородних жителей и минимальную долю составили махачкалинцы - 19,2% (рис. 2).

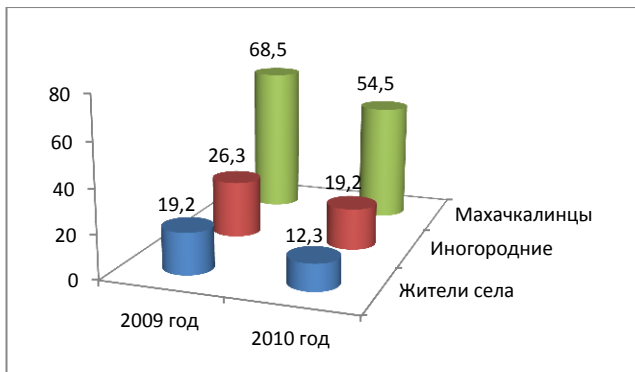


Рис. 2. Структура обратившихся в РГЦ по месту жительства (%).

За годы деятельности РГЦ заметно возросло число обращающихся иногородних жителей и жителей села, а число махачкалинцев из года в год сокращается, что свидетельствует о налаженной курации лиц пожилого возраста с городскими муниципальными лечебно-профилактическими учреждениями, их улучшающемся наблюдении на участках и росте значимости РГЦ как республиканского консультативно-диагностического учреждения, оказывающего медпомощь лицам пожилого возраста.

Анализ данных по числу обращений курируемого контингента населения в РГЦ за последние три года выявил заметное снижение числа обращений инвалидов и участников Великой отечественной войны (ввиду их естественной убыли) при одновременном росте обращаемости более молодого контингента, в частности воинов-интернационалистов, число их обращений из года в год возрастает (629 обращений в 2011 году против 280 в 2009 году) (табл. 1).

Нарастающая динамика по числу обращений свидетельствует об улучшающейся из года в год организационной и методической работе врачей-гериатров РГЦ и, как следствие, росте медицин-

ской активности курируемого контингента в масштабах республики.

Таблица 1
Динамика обращений курируемого контингента в РГЦ за 2009-2011 гг.

Категории	2009 г.		2010 г.		2011 г.	
	Абс. число	Уд. вес, %	Абс. число	Уд. вес, %	Абс. число	Уд. вес, %
Инвалиды и участники Великой отечественной войны	766	13,6	363	6,4	348	4,2
Участники афганских событий	280	4,9	205	3,9	629	7,6
Участники трудового фронта	668	11,8	829	14,7	1899	22,9
Ветераны труда	1649	29,2	2623	46,8	3670	44,5
Прочие	2285	40,5	1624	27,8	1697	20,9
Итого	5648	100,0	5644	100,0	8243	100,0

При структурном анализе обращений по наиболее частым нозологиям лидируют болезни органов дыхания, костно-мышечной системы, пищеварения и мочеполовой сферы. Что же касается болезней органов кровообращения, то минимальные цифры объясняются не наличием или отсутствием данного класса заболеваний, а наличием данной патологии, как первопричины при обращениях. Как сопутствующая патология, сердечно-сосудистые заболевания присутствуют в самой заметной доле процентов.

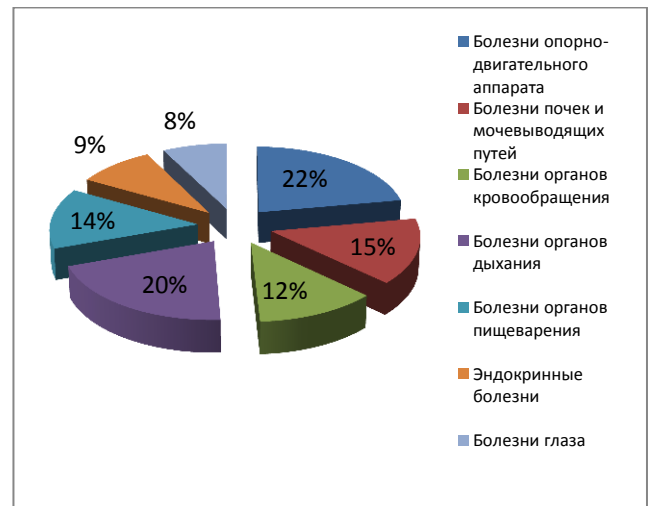


Рис. 3. Структура сопутствующих нозологии при обращении в РГЦ.

Среди обращающихся пациентов сопутствующие заболевания имели 68,2% больных, которые несомненно служат причиной полипрагмазии, т.е. одновременному и не всегда оправданному назначению больному многих лекарственных средств (табл. 2).

Таблица 2

Структура обращений в РГЦ по нозологиям

Нозологические формы	2009 г.		2011 г.	
	Абс. число	Уд. вес, %	Абс. число	Уд. вес, %
Болезни органов дыхания	1855	60,7	2141	52,7
Туберкулез органов дыхания	1	0,03	1	0,03
Болезни сердечно-сосудистой системы	-	-	50	1,2
Болезни кроветворных органов	6	0,2	9	0,3
Болезни мочеполовой системы	143	4,7	160	3,9
Болезни органов пищеварения	513	16,8	749	18,5
Болезни костно-мышечной системы	535	17,5	943	23,2
Новообразования	4	0,1	6	0,2
Итого	3057	100,0	4059	100,0

Изучение анамнеза больных при обращении в РГЦ показал, что амбулаторно регулярно лечились 4,7% больных. 26,5% сельских жителей и 17,4% горожан - вообще не лечились. 73,4% ограничивались только периодическими курсами лечения стационарно в Госпитале Ветеранов, а после выписки рекомендации врачей о продолжении лечения не выполнялись.

С момента создания в 2001 году Республиканского гериатрического центра (РГЦ) при Госпитале ветеранов войны в республике стала отмечаться тенденция к улучшению оказания специализированной гериатрической помощи населению старших возрастных групп, а также лицам с признаками преждевременного старения организма, о чем можно судить по данным увеличения числа посещений только за один 2011 год (с 2550 до 5797).

Заключение

Анализируя результаты деятельности РГЦ за период с 2009 по 2011 год, можно прийти к заключению о том, что потребность в амбулаторно-поликлинической помощи у пожилых людей в 2-4 раза выше, чем у лиц трудоспособного возраста. В то же время реальные показатели обращаемости их за медицинской помощью на догоспитальном этапе только в 1,5 раза превышают аналогичные показатели для трудоспособного населения. Это свидетельствует о том, что из-за явного недостатка средств для лечения большинство обращаются в поликлиники и амбулатории только для лечения острых заболеваний. При этом следует отметить, что отсутствие должного диспансерного наблюдения и элементарной реабилитации в регионах республики данного контингента больных приводит к усугублению тяжести имеющих у них хронических патологий, что, как следствие, резко повышает показатели не только

повторной госпитализации, инвалидности, но и смертности пожилого населения.

Литература

1. Агранович Н.В., Агранович В.О. Современный подход к оказанию медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста в амбулаторных условиях // «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 К.М. Стратегия развития гериатрической службы в Республике Дагестан // «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 // «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. Gavrilov L.A., Gavrilova N.S., Reliability Theory of Aging and Longevity // Academic Press - Sixth Edition. 2006. P. 3-2.
5. Furber J.D. et al. 2007 network model of biological interactions causing human aging // Rejuvenation Research, 2007, Vol. 10, September (supplement 1): s15-s18.

References

1. Agranovich N.V., Agranovich V.O. Sovremennyy podkhod k okazaniyu meditsinskoj pomoshchi patsiyentam pozhilogo i starcheskogo vozrasta v ambulatornykh usloviyakh [The modern approach to patient care of elderly in the outpatient setting] // «Aktualnyye voprosy geriatrii»: materialy pervoy konferentsii geriatrov Severo-Kavkazskogo federalnogo okruga «Kachestvo zhizni lits pozhilogo i starcheskogo vozrasta - zerkalo zdorovya naseleniya». Pyatigorsk, 2010. S. 11-14.
2. Askhabova L.M., Kharkharova K.M. Strategiya razvitiya geriatricheskoy sluzhby v Respublike Dagestan [The development strategy of geriatric services in Dagestan Republic] // «Aktualnyye voprosy geriatrii»: materialy pervoy konferentsii geriatrov Severo-Kavkazskogo federalnogo okruga «Kachestvo zhizni lits pozhilogo i starcheskogo vozrasta - zerkalo zdorovya naseleniya». Pyatigorsk, 2010. S.16-19.
3. Muravyev K.A. Organizatsiya geriatricheskoy pomoshchi na munitsipalnom urovne [The organization of geriatric care at the municipal level] // «Aktualnyye voprosy geriatrii»: materialy pervoy konferentsii geriatrov Severo-Kavkazskogo federalnogo okruga «Kachestvo zhizni lits pozhilogo i starcheskogo vozrasta - zerkalo zdorovya naseleniya» The organization of geriatric care at the municipal level. Pyatigorsk, 2010. S.9-11.
4. Gavrilov L.A., Gavrilova N.S., Reliability Theory of Aging and Longevity // Academic Press - Sixth Edition. 2006. P. 3-2.
5. Furber J.D. et al. 2007 network model of biological interactions causing human aging // Rejuvenation Research. 2007. Vol.10, September (supplement 1): P.15-18.

Сведения о соавторах:

Асхабова Луиза Магомедовна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Дагестанская гос-медакадемия» МЗ РФ.

Тел. 8(8722) 63 21 44.

Исаев Абдурахман Умарович – заместитель руководителя Республиканского медицинского центра Минздрава РД.
Тел. 8(928) 538 15 10.

УДК 616-003.822-06:616.911-056.7

Периодическая болезнь

Р. А. Тартаковская

Израильский Дом науки и технологии, Ашдод

Резюме

Периодическая болезнь – заболевание редкое, однако в Израиле встречается довольно часто и очень интенсивно изучается. Научный центр диагностики и лечения находится в больнице Тель-Ашомер. В данной статье описаны клинические проявления редкого заболевания и приведены два случая с результатами генетического исследования, лечения данной патологии, а также течения и исходов заболевания.

Ключевые слова: периодическая болезнь, амилоидоз, колхицин, пирин.

Familial Mediterranean fever

R.A. Tartakovskaya

Israel House of Science and Technology, Ashdod

Summary

Periodic disease is a rare disease, but in Israel occur very frequent and is studied very intensive, research center of diagnosis is in Tel-Ashomer. Clinically manifestations of rare disease are given in this article and two cases with results genetic research, treating this pathology and curing, outcomes of this disease.

Key words: periodic disease, amyloidosis, colchicine, pirin.

Введение

Периодическая болезнь в мировой литературе встречается под разными названиями: семейная средиземноморская лихорадка (Familial Mediterranean Fever – FMF), синдром Райманна, армянская болезнь, болезнь Сигана-Маму. Многочисленные названия отражают основные клинические особенности данной патологии: периодичность возникновения приступов, семейный (т.е. генетический) характер, распространённость преимущественно среди народов, предки которых жили в бассейне Средиземного моря, особенно часто среди евреев-сефардов, армян, арабов, редко у евреев-ашкеназов, греков, итальянцев и других, независимо от места их проживания в настоящее время [1, 4, 10].

В Израиле FMF встречается довольно часто. Впервые как отдельную нозологическую форму это заболевание описал Райманн в 1948 г., однако известно, что описание случаев периодически возникающей лихорадки, болей в животе, суставах относится к концу XVII века. Примерно у 35–40% больных впоследствии формируется почечный амилоидоз [3, 6, 8, 9, 10]. Как сказано выше, заболевание генетическое, передаётся по наследству по аутосомно-рецессивному варианту. В 1977 году было установлено, что дефект находится в 16-й хромосоме, это приводит к мутации белка пирина, т.е. изменяется его структура, он

становится неполноценным и чужеродным для организма [2, 10, 13, 14]. Белок пирин в норме находится в гранулах нейтрофилов, которые, как известно, играют важную роль в регуляции воспалительных процессов и активно участвуют в фагоцитозе (хемотаксис). Таким образом, у больных FMF имеет место врождённый дефект белковой фракции внутри нейтрофилов, что приводит к нарушению иммунного ответа на воспалительный агент. Кроме того, чужеродный белок циркулирует в крови, к нему вырабатываются антитела, образуется патологический комплекс: антиген + антитело (амилоид), который откладывается в стенках сосудов различных органов: печени, селезёнке, мозгу, лёгких, а чаще всего в почках. Откадывается в паренхиме почек, амилоид вытесняет нормальную почечную ткань, разрушает её, развивается амилоидоз почек – почечная недостаточность, приводящая к гибели больного. Почка увеличивается в размерах, её структура меняется, что можно выявить только при пункционной биопсии почек с последующим микроскопическим исследованием биоптата.

У евреев-сефардов частота носительства мутантного гена составляет 1:16, а частота заболевания 1:250 [4, 7]. У большинства больных, несмотря на хроническое течение, анатомические изменения отсутствуют. Во время приступов имеются все признаки асептического воспаления серозных оболочек, главным образом брюшины, плевры, синовиальных оболочек. Приступы, хотя и протекают тяжело, могут повторяться в течение многих лет, но не приводят к развитию выраженной органической патологии, за исключением развития амилоидоза, который становится причиной неблагоприятного исхода [1, 12].

Для корреспонденции:

Тартаковская Раиса Абрамовна – кандидат медицинских наук, руководитель медицинской секции Израильского Дома науки и технологии, г. Ашдод.
Тел. 89094847589.

Статья поступила 08.05.2012 г., принята к печати 20.05.2012 г.

Ниже приводятся клинические наблюдения случаев FMF.

Пример 1. Семья П., родители – выходцы из Марокко, здоровы, однако дальние родственники (троюродные брат и сестра) больны FMF, матери 45 лет, отцу – 48. В семье 5 детей (дочь и 4 сына) в возрасте 21 год, 20 лет, 15,5 лет, 13,5 лет, 11 лет, дети родились в Израиле. Старшая дочь Эстер заболела в 2,5 года, когда появились приступы лихорадки повторяющиеся через каждые 2 недели, боли в животе, а с 5 лет присоединились боли в коленных суставах. Неоднократно была госпитализирована в больницу Каплан, но анализы были хорошие, диагноз оставался неясным. Только в десятилетнем возрасте заподозрена FMF, ребёнок был направлен в диагностический центр больницы Телль-аШомер, где был проведён генетический анализ и подтверждён диагноз. С этого времени девочка регулярно получает колхицин по 2 мг в сутки. Приступы стали реже, не более 1-2 раз в год и продолжались всего 1-2 дня, а в последние 5 лет почти не отмечались. В настоящее время девочке 21 год, она закончила школу, прошла армию и готовится к поступлению в университет. Находится на учёте в больнице Каплан, где ежегодно проходит обследование. Четвёртый ребёнок в семье Таль, сейчас ему 13,5 лет. Он заболел в возрасте 1,5 лет: появились приступы лихорадки до 39-40°C, повторяющиеся через каждые 3 недели, а в возрасте двух лет присоединились боли в животе. Учитывая, что в семье уже был ребёнок, больной FMF, генетическое обследование проведено раньше, и в 2,5 года диагноз был подтверждён. С этого времени получает колхицин по 1 таблетке 2 раза в день (т.е. 1 мг в сутки). Приступы отмечаются редко и длятся не более 2-3 дней. Ребёнок учится в 9-м классе, не отстаёт в физическом и умственном развитии. Так же, как и старшая сестра, ежегодно обследуется в больнице Каплан.

Таким образом, в семье (родители еврей-сефарды) из 5 детей двое страдают FMF, болезнь выявлена на ранних стадиях, лечение и обследование, а также диспансерное наблюдение проводятся регулярно, поэтому заболевание не влияет на физическое и умственное развитие детей и на качество их жизни.

Пример 2. Г.Д., 36 лет, родилась в Израиле, родители – выходцы из Йемена, матери 62 года, отцу – 68. Брат матери умер 32 года назад в возрасте 22 лет от амилоидоза почек, мама больна FMF с 35 лет, в течение 27 лет получает колхицин, чувствует себя удовлетворительно. Младшая сестра в возрасте 28 лет, больна FMF с прошлого года, в возрасте 27 лет у неё впервые появился приступ высокой лихорадки до 40°C, сопровождающийся болями в животе и суставах. Она была госпитализирована в больницу Тель-аШомер, проведён генетический анализ, и диагноз FMF был установлен. Больная получает колхицин, чувствует себя хорошо, приступы болезни больше не повторялись.

Г.Д. до 30 лет чувствовала себя хорошо, родила четырех детей, дети здоровы. 5 лет назад, т.е. в возрасте 30 лет впервые появились боли в коленных суставах с отёком и гиперемией, обследовалась на ревматизм и другие заболевания, всё было отрицательно. Учитывая семейный анамнез, проведено генетическое исследование на FMF и получен положительный результат. С этого времени принимает колхицин, но в последние 2 года по собственной инициативе прекратила приём таблеток, решив, что она уже здорова. 2 месяца назад в августе 2011 г. был тяжёлый приступ болей в суставах с высокой температурой, который продолжался 7 дней. После этого возобновила приём колхицина по 0,5 мг 3 раза в день (1,5 мг в сутки), в настоящее время чувствует себя удовлетворительно.

Таким образом, в семье Г.Д. был случай смерти близкого родственника (родного дяди) от амилоидоза почек. Это было 32 года назад, до начала лечения колхицином. В последующем у Г.Д., её мамы и младшей сестры заболевание проявилось в возрасте после 30 лет, что встречается редко, и у всех заболевших заболевание сопровождалось болями в суставах, а у Г.Д. болезнь стартовала с болей в суставах, и только благодаря семейному анамнезу удалось быстро распознать заболевание и подтвердить генетическим исследованием. В настоящее время все больные получают колхицин и чувствуют себя удовлетворительно. В то же время самовольная отмена препарата привела к резкому ухудшению и возобновлению тяжёлых приступов.

По данным литературы и нашим наблюдениям, FMF начинается в детском возрасте, примерно от 3 до 10 лет, иногда раньше, реже у детей старше 15 лет.

Первым симптомом является высокая температура (лихорадочный период), которая возникает через определённые интервалы, сопровождается ознобом и напоминает малярийные приступы. Температура не снижается под воздействием антипиретических препаратов и антибиотиков. Приступы длятся от 6 часов до 7 дней, в среднем 1 – 3 дня и проходят самостоятельно.

Вторым по частоте симптомом является абдоминальный болевой синдром, который встречается у 91% больных периодической болезнью в сочетании с лихорадкой и в 55% – изолированно [7]. Характерно появление болей в области правого подреберья и в правой подвздошной области, при этом все симптомы, указывающие на раздражение брюшины, положительные: напряжённость мышц брюшной стенки, симптом Щёткина–Блюмберга. Почти половина больных подвергаются оперативному лечению в связи с подозрением на острый живот, однако обнаруживается только поверхностное доброкачественное (асептическое) воспаление брюшины. В Израиле оперируют редко. Длительность абдоминального периода обычно составляет 5-6 дней, реже удлиняется до двух недель.

Суставной синдром характеризуется артралгиями в одном или нескольких крупных суставах (коленные, локтевые, тазобедренные). В 15-20% случаев суставные боли являются первыми признаками заболевания. Характерны отёк, гиперемия и гипертермия суставов, выраженный болевой синдром. Продолжительность суставного варианта составляет 4-7 дней, иногда удлиняется до одного месяца. У таких больных подозревают ревматоидный артрит, ревматизм, системную красную волчанку.

Торакальный вариант встречается реже, около 28% в сочетании с абдоминальным, 8% – изолированно. Продолжительность этого варианта 3-7 дней. Естественно, таким больным ошибочно устанавливают диагноз плеврита или плевропневмонии.

У всех больных во время приступов отмечают головная боль, слабость, миалгии, гепатомегалия.

Кроме того, у 20-30% больных появляются кожные высыпания в виде рожеподобной сыпи, крапивницы или пурпурные высыпания. Тяжесть заболевания может быть различной: от лёгких и редких приступов болезни до тяжёлых и частых, приводящих к органическим поражениям различных органов, в первую очередь почек, так как именно почки являются органом-мишенью для циркулирующего в крови белкового комплекса [1, 4, 5].

По данным литературы, до лечения колхицином у 35-40% больных развивается амилоидоз почек, т. е. внеклеточное отложение белков (амилоидоз в виде амилоидных фибрилл в паренхиме почек) [7, 9, 10].

Существует несколько клинических вариантов развития заболевания:

1. Амилоидоз протекает с периодическими приступами лихорадки, болей в животе и другими симптомами в течение многих лет без развития амилоидоза.

2. Болезнь протекает длительно с атаками септоциемии, лихорадки с последующим развитием амилоидоза.

3. Амилоидоз диагностируется в начале заболевания, а периодические приступы лихорадки, болей в животе, суставах появляются позже.

4. Амилоидоз является единственным проявлением периодической болезни.

В течении амилоидоза почек при периодической болезни выделяют 4 стадии:

1. Латентная (диспротеинемическая) стадия, при которой не выявляются изменения в моче или они носят транзиторный характер, но со временем протеинурия становится более выраженной и постоянной, т. е. переход во 2-ю стадию.

2. Протеинурическая стадия характеризуется постоянным наличием белка в моче с тенденцией к нарастанию его количества. В этой стадии уже значительно поражены почечные клубочки, отмечается их склерозирование и атрофия почечной паренхимы.

3. Отёчная (нефротическая) стадия, когда поражено 75% гломерул. Постоянно выявляется высокое содержание белка в моче, отёки лица и нижних конечностей, повышается артериальное давление, нарастает азотемия, т. е. прогрессирует почечная недостаточность.

4. Уремическая (азотемическая) стадия развивается в финале заболевания, наблюдается картина хронической почечной недостаточности. В этой стадии склероз занимает всю почечную паренхиму, отмечается гибель почти всех гломерул. Почки увеличиваются в размерах, гистологические изменения выявляются при биопсии.

Диагностика. При возникновении типичных симптомов болезни у лиц с отягощённым семейным анамнезом диагностика не представляет труда, хотя первые атаки болезни всегда трудно распознать. Приступы лихорадки с болевым синдромом, отсутствие эффекта от лечения жаропонижающими и антибактериальными препаратами, хорошее самочувствие в межприступный период – характерные клинические проявления. А также лейкоцитоз с нейтрофиллёзом, ускоренная реакция оседания эритроцитов во время приступа и нормализация показателей вне приступа. На фоне приступа болезни часто развивается железодефицитная анемия, отмечаются высокое содержание фибриногена, CRP, гиперкоагуляция. Но все эти показатели неспецифичны, они изменяются и при других заболеваниях. Изменения в моче вначале отсутствуют, затем появляется белок, и если он нарастает и держится постоянно, то это характерно для амилоидоза.

Самым достоверным анализом, позволяющим диагностировать заболевание в 98% случаев, является генетическое исследование, основанное на выявлении молекулярно-генетического профиля, т.е. прямая DNK-диагностика.

В случаях, когда нет возможности провести генетическое исследование или его результаты не дают полного подтверждения, назначают пробную терапию колхицином в качестве диагностического теста. Наличие положительного эффекта от терапии колхицином подтверждает диагноз средиземноморской лихорадки.

Лечение. До 70-х годов прошлого века лечение было только симптоматическим, больным назначали жаропонижающие и обезболивающие препараты. В 70-х годах появились сведения о возможности предупредить приступы периодической болезни приёмом колхицина. Этот препарат известен давно, его широко применяют при лечении подагры. Колхицин оказывает противовоспалительное действие, улучшает структуру белка пирина, укрепляет клеточную оболочку нейтрофилов, уменьшает сосудистую проницаемость и, таким образом, тормозит развитие амилоидоза, разрушая белковые комплексы (амилоидозные фибриллы). Выпускается в таблетках по 0,5 мг. Препарат хорошо переносится при длительном (фактически всю жизнь) приёме как взрослыми, так и детьми. Назначается внутрь в суточной дозе от 1 до 2 мг, т. е. по одной таблетке до четырех

раз в день. Колхицин почти полностью предотвращает появление приступов, уменьшает их частоту и выраженность, препятствует развитию амилоидоза и снижает тяжесть его проявлений.

Прогноз. При своевременной диагностике и раннем назначении колхицина прогноз хороший, так как препарат предотвращает развитие амилоидоза. Все больные периодической болезнью должны находиться на диспансерном наблюдении, проводится их ежегодная проверка, чтобы исключить развитие амилоидоза или выявить его на ранних стадиях. Израиль – мировой лидер в лечении и обследовании таких пациентов, больные живут долго, и заболевание не влияет на качество и продолжительность жизни.

Литература

1. Айвозян А. Периодическая болезнь. М., 1973.
2. Виноградова О.М. Периодическая болезнь. М., 1973. 200 с.
3. Малкоч А. Периодическая болезнь и почечный амилоидоз у детей // Медицинский научно-практический журнал. 2008. № 1. С. 28-35.
4. Щербак М.Ю., Ярошевская О.Е., Гуревич Т.Н. Случай периодической болезни с исходом в амилоидоз у мальчика 15 лет // Педиатрия. 2006. № 4. С. 111-115.
5. Gingolo-Belfer R., Bergman M., Ori Y, Salman H., Nephrotic syndrome as a first manifestation of Familial Mediterranean Fever // HAREFUAH. 2006. P. 706-709.
6. Heller H. Sohar E., Pras M. Ethnis distribution and amyloidosis in Familial Mediterranean Fever // Microbiologia. 1961. P. 718-728.
7. Lehman T. Long-Term colchicines therapy of Familial Mediterranean Fever // Peditria. 1978. P. 876-900.
8. Livneh A. Amyloidosis of Familial Mediterranean Fever (F.M.F.) – insights to FMF phenotype II // HAREFUAH. 2006. P. 743-746.
9. Livneh A. et al. The changing Face of FMF semin. Arthritis Rheum. 1996. P. 612-627.
10. Melike M., Huri O., Cengiz K. A survey of Phenotipe II in FMF. Ann. Pheum.Dis. 2000. P. 910-913.
11. Nelson Familial Mediterranean fever // Textbook of Pediatrics. 2010. N17. P. 821-823.
12. Rabinovich E. et al. Severe disease in patients with rheumatoid arthritis carrying a mutation in the Mediterranean Fever gene // Ann. Rheum. Dis. 2005. P. 1009-1014.
13. Schwabe A., Peters R. FMF in Armenians Analyses of 100 cases. Medicine. 1974. P. 454-462.
14. Siegal S. Beging paroxysmal peritonitis // Gastroenterology. 1949. P. 234-237.

References

1. Ayvozyan A. Periodicheskaya bolezn [Periodic disease]. M., 1973.
2. Vinogradova O.M. Periodicheskaya bolezn [Periodic disease and renal amyloidosis in children]. M., 1973. 200 s.
3. Malkoch A. Periodicheskaya bolezn i pochechnyy amiloidoz u detey [Periodic disease and renal amyloidosis in children] // Meditsinskiy nauchno-prakticheskiy zhurnal. 2008. №1. S. 28-35.
4. Shcherbakova M.Yu., Yaroshevskaya O.E., Gurevich T.N. Sluchay periodicheskoy boleznii s iskhodom v amiloidoz u malchika 15 let [The case of periodic disease with amyloidosis in the outcome of a boy 15 years] // Peditriya. 2006. № 4. S. 111-115.
5. Gingolo-Belfer R., Bergman M., Ori Y, Salman H., Nephrotic syndrome as a first manifestation of Familial Mediterranean Fever // HAREFUAH. 2006. P. 706-709.
6. Heller H. Sohar E., Pras M. Ethnis distribution and amyloidosis in Familial Mediterranean Fever // Microbiologia. 1961. P. 718-728.
7. Lehman T. Long-Term colchicines therapy of Familial Mediterranean fever // Peditria. 1978. P. 876-900.
8. Livneh A. Amyloidosis of Familial Mediterranean Fever (F.M.F.) – insights to FMF phenotype II // HARE-FUAH. 2006. P. 743-746.
9. Livneh A. et al. The changing Face of FMF semin. Arthritis Rheum. 1996. P. 612-627.
10. Melike M., Huri O., Cengiz K. A survey of Phenotipe II in FMF. Ann. Pheum.Dis. 2000. P. 910-913.
11. Nelson Familial Mediterranean fever // Textbook of Pediatrics. 2010. N 17. P. 821-823.
12. Rabinovich E. et al. Severe disease in patients with rheumatoid arthritis carrying a mutation in the Mediterranean fever gene // Ann. Rheum. Dis. 2005. P.1009-1014.
13. Schwabe A., Peters R. FMF in Armenians Analyses of 100 cases. M.: Medicine. 1974. P. 454-462.
14. Siegal S. Beging paroxysmal peritonitis // Gastroenterology. 1949. P. 234-237.

УДК 61(091) 356.33 (470.67)

Н.И. Пирогов и первая в его жизни война (к 165-летию пребывания Пирогова в Дагестане)

М.-К.И. Багандов¹, Ф.М. Османова²

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ СР РФ, ¹кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф; ²кафедра общественного здоровья и здравоохранения, Махачкала

Резюме

Военно-полевая хирургия Н.И. Пирогова началась в Дагестане. Великий хирург 165 лет назад сделал Дагестан причастным к истории мировой анестезиологии, впервые в мире применив эфирный наркоз в условиях Кавказской войны. Только в одном, осажденном ауле Салта, в полевом лазарете им было сделано более 100 операций под эфирным наркозом. Кроме того, в течение четырех месяцев пребывания на Кавказе он заложил основы сберегательного метода лечения, применив крахмальную повязку для иммобилизации конечностей; асептики и антисептики в хирургии; в лечении огнестрельных ран; сортировки раненых.

Ключевые слова: Н.И. Пирогов, эфирный наркоз, военно-полевая хирургия.

N.I. Pirogov and his first in his life war (the 165-th anniversary of the Pirogov's visit in Dagestan)

М.-К.И. Bagandov, F.M. Osmanova

Dagestan State Medical Academy, Makhachkala

Resume

In 1847 summer N.I. Pirogov came to Dagestan to approve ethereal anesthesia in military-field condition. The Caucasian war was at the height here. Only in one besiege village Salta, he performed more than 100 operations using ethereal anesthesia in the field hospital. Besides within for month of his stay in Caucasus he founded the following methods: saving method of treatment using starched bandage for immobilization of extremities, aseptics and antiseptics in surgery, new method of approach to treat fire wounds, sorting of the wounded. The military-field surgery of Pirogov began in Dagestan. The great surgeon 165 years ago connected Dagestan to history of world anesthesiology having applied ethereal anesthesia for the first time in the world in condition of Caucasian war.

Key words: N.I. Pirogov, ether anesthesia, the military-field surgery.

Летом 1847 года Николай Иванович Пирогов приехал в Дагестан. Здесь в полном разгаре шла Кавказская война.

За год до его поездки был открыт эфирный наркоз. Французский хирург Вельпо говорил: «Устранение боли при операциях - химера, о которой непозволительно даже думать» [5]. Но в середине XIX века эта «химера» стала реальностью. Уже в 1847 г. в 13 городах России было сделано около 700 операций под наркозом, триста из них были проведены Н.И. Пироговым.

С целью испытать возможность применения эфирных паров в операциях на полях сражений 37-летний Пирогов летом 1847 г. прибыл в громадный госпиталь под кавказским небом. Это была первая в его жизни война.

Военные действия русских войск на Кавказе имели наибольший размах в период с 1834 по 1847 годы, когда борьбу горцев в Дагестане воз-

главлял Шамиль. Весной 1847 года командующий отдельным Кавказским корпусом генерал М.С. Воронцов поставил задачу для частей корпуса – выйти и закрепиться на западном берегу реки Казикумухское Койсу, овладев при этом укрепленными аулами Гергебилем и Салты, которые являлись в это время важными опорными пунктами для Шамиля. 4 июля войска М.С. Воронцова окружают Гергебиль, однако попытка взять село штурмом не удалась. Отряд, понеся значительные потери, отступил и после перегруппировки и пополнения направился к аулу Салта, которого он достиг 26 июля 1847 года. Общие силы отряда составляли 10 пехотных батальонов, 21 орудие и части усиления численностью до 15000 солдат. В Салта оборонялся отряд горцев 1800-2000 человек при трех орудиях. Аул был заранее хорошо укреплен? и естественные условия местности умело дополнялись стенами с бойницами, рвами и завалами.

Получив разрешение выехать на Кавказ, в Отдельный Кавказский корпус, в конце июля 1847 г. Пирогов прибыл в город Темир-Хан-Шуру – административный и военный центр Дагестанской области. Вместе с ним были: его помощник – ассистент госпитальной хирургической клиники доктор П.Ю. Неммерт и старший фельдшер Санкт-

Для корреспонденции:

Багандов Магомед-Камиль Ибрагимович – кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф ГБОУ ВПО «Дагестанская госмедакадемия» МЗ РФ.

Адрес: 367000, г. Махачкала, пр. Шамиля, 44.

Тел. 8(928) 950 57 77.

Статья поступила 11.05.2012 г., принята к печати 02.06.2012 г.

Петербургского госпиталя И. Калашников. Они привезли 30 различных приборов и масок и 2 пуда (32 кг) эфира.

В Темир-Хан-Шуре к приезду хирурга скопилось много раненых после кровопролитной осады Гергебиля. В госпиталях Темир-Хан-Шуры великий хирург произвел несколько сложных операций под наркозом. Операции дали блестящие результаты. Но ученый хотел скорее испытать благотворное действие наркоза прямо на поле боя. Задержавшись здесь лишь на несколько дней, Николай Иванович отправился в горы. Путь к Турчи-дагу лежал через Оглы, Хаджал-Махи, Акуша, Цудахар. В Оглах, как и в Темир-Хан-Шуре, находились раненые под Гергебилем. Среди них были и дагестанцы. Н. И. Пирогов проделал несколько публичных операций в Оглах в присутствии врачей, раненых и местных жителей.

К осажденному аулу Салта предстоял ещё долгий путь на верховых лошадях, через десятки сел. В главную штаб-квартиру отряда Николай Иванович добрался лишь в начале августа. Небольшое аварское селение было превращено мюридами Шамиля в укрепление. Осада была длительной, она принесла много жертв с обеих сторон. Н. И. Пирогов постоянно находился вблизи крепости, и все его дни были заполнены напряженным трудом. Особенно много пришлось работать хирургу после заключительного штурма Салты. Штурм был кровопролитным, противники в упор стреляли друг в друга, переходили в рукопашную.

В общих чертах в русских отрядах в Дагестане в это время медицинская помощь сводилась к следующему: для боевых действий с горцами Шамиля из русских войсковых частей формировались сводные отряды из пехотных батальонов различных полков, усиливавшихся артиллерией и саперами. В штате каждого батальона имелся батальонный лазарет (лекарь, батальонный фельдшер и служители) и в каждой роте цирюльник. Кроме того? в отряде формировался отрядный лазарет, его возглавлял отрядный штаб-лекарь. Помощь раненым на поле боя заключалась в перевязке раны подручными средствами. На каждого пятого солдата выдавались бинт в 4 аршина длиной, корпия и марлевый компресс; кроме того? запас бинтов, корпии, турникетов и лубков был у батальонного лекаря, фельдшера и цирюльников.

Вынос раненых с поля боя в отрядный лазарет производился силами солдат, так как специальных санитаров-носильщиков в то время ещё не было. Здесь делались перевязки и только в исключительных случаях, при наличии врача, имевшего хирургические навыки, производились ампутации или вырезание пуль из мягких тканей. Из лазарета, для дальнейшего лечения, раненые выносятся транспортом, на арбах, или на лазаретных фурах направлялись в ближайшие военные госпитали. Под Салтой их отправляли в основном в Казикумухский или Темирхан-Шураинский военные госпитали. Пути эвакуации проходили по чрезвычайно пересеченной местности, по крутым спускам и

подъемам и по берегам рек Райкал и Казикумухское Койсу.

Н. И. Пирогов в Салте изменил организацию лечебной помощи раненым. Он решил всех наиболее нуждавшихся в хирургических операциях раненых оперировать прямо в отрядном лазарете и отправлять только после операции, когда они будут приведены в транспортабельное состояние. Полевой лазарет, в котором пришлось ему работать, состоял из нескольких шалашей, сплетенных из ветвей и крытых соломой, вместо коек служили 2 длинные скамьи, сложенные из камней и тоже крытые соломой. Между ними прорыта канава для стока воды. Солому старались менять как можно чаще. На этих же каменных скамьях делались и операции, и перевязки.

Осада Салты продолжалась около 2-х месяцев. За это время раненые поступали неравномерно, причем общее количество потерь, из-за отсутствия точных данных, трудно определить. Имеются данные, например, что 9 сентября, в день первого штурма, было ранено 19 офицеров и 304 нижних чина; 14 сентября во время второго, главного штурма было ранено 1 генерал, 2 штаб-офицера, 30 обер-офицеров и 720 нижних чинов. Впоследствии Пирогов писал: «В июле 1847 года я участвовал при осаде крепостного аула Салта; осада продолжалась целых 6 недель, были постоянно ночные вылазки, подкопы, всё это доставило несколько сотен раненых, и тогда у всех, требовавших операционного пособия, я употреблял эфирование моим прибором... в первый раз на поле сражения. И в первый же раз употреблена была мною неподвижная крахмальная повязка на поле сражения в сложных переломах конечностей» [6].

Работая по 12 часов в сутки врачи едва успевали осмотреть всех раненых. Из-за недостатка соломы раненые и больные по несколько дней оставались на старых подстилках, пропитанных гноем и нечистотами. Мухи, вши и черви гнездились в соломе и белье. Вынос раненых из аула задерживался иногда до полутора суток. Николай Иванович подчеркивает, что «хотя и не отрадно было действовать при стечении этих неизбежных следствий войны, но мы могли по крайней мере утешить себя тем, что совестливо исполняли свои обязанности и не пропустили ни одного случая устранить страдания раненых, подвергая их всякий раз перед операциею влиянию эфирных паров» [8].

Оказывая помощь раненым, хирург одновременно изучает ранящее оружие и характер ран. Горцы применяли медные ядра, ручные гранаты, медные пули из длинноствольных ружей, кинжалы и шашки. «Огнестрельные раны в Дагестане чаще, нежели в других частях Кавказа, бывают соединены с сильным раздроблением костей, с разрывом и омертвлением мягких частей и с опасными явлениями общего сопряжения. Раны от ударов шашками, наносимые с большой силой и ловкостью, ужасны, они изумляют своей силой и глубиной. Мы видели совершенное отрубивание членов, ранения, простирающиеся от плеча до таза, вдоль спи-

ны, с разрубленной вдоль лопаткою. Кроме того, в рукопашной схватке применялись крючья вроде багров. Эти крючья отдирают кожу от подлежащих слоев на огромное пространство. Сверх всего осажденные горцы бросают сверху огромные камни с удивительной силой и меткостью» [4].

Под Салтой Пирогов лично произвел более 100 хирургических операций под эфирным наркозом, при этом только в 2 случаях эфир применялся через прямую кишку, все остальные - путем вдыхания. Этот способ признан более быстрым и удобным на поле сражения.

После операций раненые эвакуировались в разные сроки. На всех прооперированных хирург вел специальные списки, где указывал диагноз ранения, состояние раненого, оперативное вмешательство, срок отправки, место назначения и предполагаемый исход. В определении исходов он применял следующие термины: «отправлен с надеждой», «отправлен с полной надеждой» и «сомнительный». Смерть от наркоза отмечена всего в двух случаях. Цифра смертности у прооперированных с применением наркоза у Пирогова получилась не только не выше, как его предостерегали, а даже ниже обычных уровней, получавшихся у лучших военных хирургов.

Давая характеристику огнестрельных пулевых ран, он отмечал, что «раны от лезгинских пуль имели весьма небольшие отверстия; вход и выход отличались не резко; напряжение, кровоизлияние и опухоль в окололежащих частях были иногда едва заметны, отверстие раны, особливо у пулевого входа, иногда уже через несколько дней после повреждения покрывалось небольшим струпом и заживало почти без нагноения... но мы поступили бы весьма несправедливо, если бы не предпринимали никакого хирургического пособия при лечении этих ран» [3]. Об осложнениях ран писал: «Нередко раны осложнялись нагноением, омертвлением, острым отеком клетчатки...». К очень важным выводам привело его следующее наблюдение: «... Напротив, я не помню ни одного случая, в котором бы обнаруживались эти опасные явления, когда отверстия входа и выхода пулевой раны были расширены заблаговременно и смело крестообразными разрезами...» [7]. Далее Пирогов отмечает «Посетив после осады Салты госпитали Дагестана, в которые были развезены раненые при этой осаде, находившиеся под моим наблюдением в течение первых дней после ранения, я нашел тех, у которых я делал расширение ножом раны, или уже зажившими, или близкими к заживлению и совершенно без опасных явлений, замечаемых нередко, когда разрезы не были сделаны» [1, 2].

Но кавказская хирургия Пирогова - это не только наркоз. Это и торжество сберегательного лечения. Здесь он применил при переломах неподвижную крахмальную повязку Сетена. В дальнейшем, убедившись на практике в ее несовершенстве, он заменил ее гипсовой. Хотя в зарубежной литературе идея гипсовой повязки связывается с именем бельгийского врача Матисена, но документально

установлено, что впервые ее предложил и применил Н.И. Пирогов в Дагестане.

Наряду с чисто лечебными вопросами хирург успевает обратить внимание и на транспортировку раненых в горных условиях. «Транспорт раненых в Дагестане чрезвычайно затруднителен. Кроме значительного конвоя, необходимого для обеспечения от нападений, раненые много терпят от беспрерывного неравномерного движения при поднятии на горы и спуске с гор, от худых, неровных и усеянных камнями дорог, от пронзительных ветров, дующих в ущельях, наконец, ко всему этому присоединяется нередко, даже в раннюю осень, как например в 1847 году с начала октября, снег, выпадающий в горах» [7].

Для эвакуации раненых в Дагестане применялись: ручные носилки, вьючные, перевозившиеся на вьюках черводарских лошадей; азиатские носилки, которые привешивались к 2 лошадям; алжирские носилки и лежанки, прикреплявшиеся к обеим сторонам лошади; местные горские арбы и лазаретные фуры. Николай Иванович отмечал, что для транспортировки раненых по горам нужно на одни носилки не менее трех перемен людей, из которых каждая состоит из 4-х солдат. Следовательно, на каждого тяжелораненого приходилось 12 носильщиков-солдат, выбывающих таким образом из строя.

После взятия Салты Николай Иванович через Дербент, Кусары и Нуху выехал в Тифлис, а оттуда через Владикавказ и Екатеринодар в Фанагорию и через Крым возвратился в Петербург. Вернувшись в Петербург в декабре 1847 года, Пирогов, не теряя времени, поспешил к военному министру А.И. Чернышову с докладом об итогах Кавказской экспедиции. Ведь сделано открытие, которое порадует отечество, «Россия опередила Европу» в деле применения эфирного наркоза! Когда ученый закончил доклад, граф Чернышов холодно ему указал: «Следующий раз, прежде чем придти на прием к министру, извольте одеваться по форме!» [8]. Пирогов явился к нему не в парадном мундире, а в обыкновенном сюртуке. Николай Иванович был потрясен: вместо благодарности за открытие в науке, за нечеловеческий труд под пулями горцев - выговор! И подобных потрясений у него в жизни было немало.

После Кавказской войны в 44 года он отправляется на Крымскую войну, в 60 лет - франко-прусскую, в 67 лет - русско-турецкую. Участник 4-х войн считал войну «травматической эпидемией». Да и кому, как не ему судить об истинных масштабах человеческих трагедий, связанных с войной.

Замечательный советский хирург С.С. Юдин писал: «Пирогов был самым выдающимся хирургом Европы, а как военно-полевой хирург не имел себе равных в любой стране, у всех народов» [9]. А нашу маленькую Родину - Дагестан 165 лет назад он сделал причастной к истории мировой анестезиологии.

Литература

1. Аскерханов Р.П. Н.И. Пирогов и его пребывание в Дагестане. Махачкала. 1979. 212 с.
2. Аскерханов Р.П. Роль и вклад Н.И. Пирогова в развитие анестезиологии // Пироговские чтения: материалы конференции 1979 года. Махачкала. 1980. 57 с.
3. Кыштымов В.В. Пребывание Н.И. Пирогова в Дагестане и первый опыт применения эфирного наркоза в боевой обстановке // Труды Дагмединститута. Махачкала, 1948. Т. IV. С. 379-384.
4. Кыштымов В.В. Медицинское обеспечение русских войск в Дагестане в войне 1834-1859 гг.: автореф. дис. ... канд. мед. наук. 1952. 23 с.
5. Мигилевский Б.Л. Н.И. Пирогов. М., 196. С. 36.
6. Пирогов Н.И. // Собр. соч. Т. 5. М., 1961. 176 с.
7. Пирогов Н.И. Отчет о путешествии по Кавказу. М., 1952.
8. Порудоминский В. Н.И. Пирогов. М.: Молодая гвардия, 1965. 304 с.
9. Юдин С.С. Вопросы военно-полевой хирургии и переливания посмертной крови. М., 1960. 268 с.
- in the development of anesthesiology] // Pirogovskiyе chteniya 1979 goda. Makhachkala. 1980. 57 s.
3. Kyshtymov V.V. Prebyvaniye N.I. Pirogova v Da-gestane i pervyy opyt primeneniya efirnogo narkoza v boyevoy obstanovke [Stay N.I. Pirogov in Dagestan, and the first experience of ether anesthesia in a combat situation] // TR. Dagmedinstituta. Makhachkala, 1948. IV. S. 379-384.
4. Kyshtymov V.V. Meditsinskoye obespecheniye russkikh voysk v Dagestane v voyne 1834-1859 g. [Medical support of the Russian forces in Dagestan in the war of 1834-1859 years]: avtoref. dis. ... kand.med.nauk. 1952. 23 s.
5. Migilevskiy B.L. N.I. Pirogov [N. I.Pirogov]. M., 1961. 36 s.
6. Pirogov N.I. // Sobr. Soch [Collected works, volume N.5]. T. 5. M., 1961. 176 s.
7. Pirogov N.I. Otchet o puteshestvii po Kavkazu. M. 1952.
8. Porudominskiy / V. I. Pirogov // M.: Molodaya gvardiya, 1965. 304 s.
9. Yudin S.S. Voprosy voyenno-polevoy khirurgii i pere-livaniya posmertnoy krovi [Questions of military surgery, and post-mortem blood transfusion]. M. 1960. 268 s.

Referencens

1. Askerkhanov R.P. N.I. Pirogov i yego prebyvaniye v Dagestane [Pirogov and his stay in Dagestan]. Makhachkala. 1979. 212 s.
2. Askerkhanov R.P. Rol i vklad N.I. Pirogova v razvitiye anesteziologii [The role and contribution of N.I. Pirogov

Сведения о соавторе:

Османова Фиала Магомедовна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО «Дагестанская госмедакадемия» МЗ РФ.
Адрес: 367000, г. Махачкала, пр. Шамиля, 44.
Тел. 8928 060 84 41

К 75-летию профессора Рашида Сейфиевича Гаджиева



75 лет исполняется видному ученому и организатору здравоохранения, профессору Рашиду Сейфиевичу Гаджиеву.

Рашид Сейфиевич Гаджиев родился 15 мая 1937 г. в с. Куруш Докузпаринского района Дагестанской АССР. В 1966 г. с отличием окончил Астраханский медицинский институт. С 1966 по 1969 г. работал главным врачом Липецкой медсанчасти Чернского района Тульской области. С 1969 по 1992 г. работал главным врачом Заокской центральной районной больницы Тульской области.

С 1969 по 1990 г. был депутатом Тульского облисполкома. Имя Р.С. Гаджиева занесено в «Альманах выдающихся людей Тульской области». С 1981 по 1990 г. работал заведующим редакцией и являлся членом редколлегии журнала Минздрава СССР «Фельдшер и акушерка».

С 1993 г. по настоящее время заведует кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ДГМА. С 1997 по 2008 г. работал проректором по последипломному образованию этого же вуза.

Р.С. Гаджиев - доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РД, Заслуженный врач РФ, академик Международной академии наук и академик МАИ. Он известный специалист в области управления, организации здравоохранения, менеджмента и маркетинга.

Имя Р.С. Гаджиева занесено в энциклопедию «Выдающиеся ученые мира», изданную в 2012 г. в Швейцарии.

Р.С. Гаджиев одновременно занимается врачебной деятельностью. Он врач-невролог, психи-

атр-нарколог, мануальный терапевт, рефлексотерапевт.

В 1979 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему «Совершенствование организации труда заведующих отделениями ЦРБ в целях повышения качества медицинской помощи сельскому населению», в 1992 г. - докторскую диссертацию на тему «Современные проблемы управления и организации медицинской помощи сельскому населению». В 1995 г. ему присвоено звание профессора.

Под его руководством защищены 19 кандидатских диссертаций.

Р.С. Гаджиевым опубликовано более 400 научных работ, среди них 12 монографий, 6 учебников, 135 статей в центральных журналах по вопросам совершенствования управления, организации и повышения качества лечебно-профилактической помощи населению, имеющих большое научно-практическое значение и вносящих существенный вклад в теорию и практику здравоохранения.

Основные научные труды:

1. Основы управления и организация труда в центральной районной больнице. М., 1983. 176 с.
2. Фельдшерско-акушерский пункт. М., 1986. 255 с.
3. Сельский врачебный участок. М., 1988. 270 с.
4. Заведующий отделением ЦРБ. Тула, 1987. 198 с.
5. Основы здорового образа жизни. Тула, 1989. 128 с.
6. Справочник фельдшера (в 2 томах). М., 1999. Т.1. 559 с., Т.2. 557 с. (с соавт.).
7. Качество медицинской помощи. Махачкала, 1999. 117 с.
8. Организация и методика анализа деятельности участкового врача-терапевта. Махачкала, 2001. 137 с.
9. Руководство к практическим занятиям по экономике здравоохранения. М., 2003. 112 с.
10. Экономика здравоохранения (учебник). М.: Медицина, 2003. 464 с.
11. Врач общей практики. М: Медицина, 2005. 544 с.
12. Медицинское страхование. Махачкала, 2006. 176 с.
13. Дагестанской государственной медицинской академии - 70 лет (юбилейная книга). Махачкала, 2002. 286 с.
14. Дагестанской государственной медицинской академии - 75 лет (юбилейная книга). Махачкала. 2007. 560 с.
15. Основы сестринского дела (учебник). М.: Медицина, 2008. 432 с.
16. Пути повышения эффективности труда и качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения. М.: Медицина, 2011. 456 с.

Р.С. Гаджиев является крупным организатором здравоохранения. В период его работы в Туле он постоянно привлекался к работе в аппарате Министерства здравоохранения СССР, ряд его работ, выполненных в этот период, получил признание на союзном уровне. В Даггосмедакадемии он также продолжает активную работу. Выпущенные им в

2003 г. книга «Экономика здравоохранения», в 2005 г. - «Врач общей практики», в 2008 г. - «Основы сестринского дела» рекомендованы УМО МЗ РФ РФ СР как учебники и учебные пособия для медицинских вузов РФ.

Общественная деятельность: главный специалист Министерства здравоохранения Республики Дагестан по проблемам общественного здоровья и организации здравоохранения, председатель Дагестанского общества врачей-организаторов здравоохранения, руководитель Центра содействия трудоустройству выпускников ДГМА, член редакционных Советов журналов - «Медицинская помощь», «Фельдшер и акушерка», председатель экспертной группы по аттестации врачей-организаторов здравоохранения Минздрава РД.

Государственные награды и звания: «Орден Дружбы народов», 1986; медали «За доблестный труд», 1970; «Ветеран труда», 1989; «Отличник здравоохранения СССР», 1977; «Заслуженный врач РСФСР», 1981; «Заслуженный деятель науки РД», 1998; медаль «Петра Великого «За трудовую доблесть», 2006; медаль «За заслуги в области образования», 2007.

Коллективы кафедр общественного здоровья и здравоохранения, редакция журнала «Вестник ДГМА» поздравляют Рашида Сейфиевича Гаджиева с юбилеем, желают ему долгих лет жизни, здоровья и творческого долголетия.

Перечень требований и условий, предъявляемых к материалам, представляемым для публикации в журнале «Вестник ДГМА»

1. ПРАВИЛА ПУБЛИКАЦИИ МАТЕРИАЛОВ В ЖУРНАЛЕ

1.1. В журнале публикуются статьи научно-практического содержания, обзоры, лекции, клинические наблюдения, информационные материалы, рецензии, дискуссии, письма в редакцию, краткие сообщения, информация о научной, учебной и общественной жизни вуза, поздравления юбиляров. Материал, предлагаемый для публикации, должен являться оригинальным, не опубликованным ранее в других печатных изданиях. Журнал принимает к публикации статьи по всем медицинским специальностям.

1.2. Рекомендованный объем статьи — 17000-34000 печатных знаков с пробелами (6-12 страниц). Авторы присылают материалы, оформленные в соответствии с правилами журнала, по электронной либо обычной почте или передают лично ответственному секретарю журнала. Решение о публикации (или отклонении) статьи принимается редакционной коллегией журнала после ее рецензирования и обсуждения. Решение редколлегии фиксируется в протоколе заседания.

1.3. Статья рецензируется в порядке, определенном в Положении о рецензировании.

1.4. Плата с аспирантов за публикацию рукописей не взимается.

2. ФОРМА ПРЕДСТАВЛЕНИЯ АВТОРСКИХ МАТЕРИАЛОВ

2.1. Обязательными элементами публикации являются:

- индекс Универсальной десятичной классификации (УДК) (печатать над названием статьи слева) должен достаточно подробно отражать тематику статьи (основные правила индексирования по УДК описаны в сайте <http://www.naukapro.ru/metod.htm>);
- название статьи (заглавными буквами);
- инициалы и фамилия автора (соавторов);
- наименование учреждения, кафедры или отдела, где выполнена работа, город;
- основная часть (структура оригинальной статьи: введение, цель, материал и методы, результаты, заключение или обсуждение с выводами, литература);
- затекстовые библиографические ссылки;
- резюме на русском и английском языках (с переводом фамилии автора, соавторов, названия статьи и ключевых слов) объемом 8-10 строк с включением цели, методов, результатов и выводов исследования;
- сведения об авторе (фамилия, имя, отчество, должность, ученая степень, ученое звание, адрес учреждения с почтовым индексом) и контактная информация (телефоны, e-mail).

2.2. Общие правила оформления текста

Авторские материалы должны быть подготовлены с установками размера бумаги А4 (210x297 мм), с полуторным междустрочным интервалом. Цвет шрифта — черный, стандартный размер шрифта — 12 кегль. Размеры полей со всех сторон 25 мм. Для акцентирования элементов текста разрешается использовать курсив, полужирный курсив, полужирный прямой. Подчеркивание текста нежелательно.

Все текстовые авторские материалы принимаются в формате RTF (Reach Text Format) или doc. Файл статьи должен быть полностью идентичен напечатанному оригиналу, 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 (подрисуночный текст); на все иллюстрации должны быть даны ссылки в тексте статьи. Слово "Рис.", его порядковый номер, наименование и пояснительные данные располагают непосредственно под рисунком. Иллюстрации следует нумеровать арабскими цифрами сквозной нумерацией. Если рисунок один, он не нумеруется.

Чертежи, графики, диаграммы, схемы, иллюстрации, помещаемые в публикации, должны соответствовать требованиям государственных стандартов Единой системы конструкторской документации (ЕСКД) (www.propro.ru/graphbook/eskd/eskd/gost/2_105.htm).

Электронные полутоновые иллюстрации (фото-снимки, репродукции) должны быть представлены в формате JPG или TIF, минимальный размер 100x100 мм, разрешение 300 dpi.

Штриховые иллюстрации (чертежи, графики, схемы, диаграммы) должны быть представлены в формате AI, EPS или CDR, в черно-белом исполнении. Текстовое оформление иллюстраций в электронных документах: шрифт Times New Roman или Symbol, 9 кегль, греческие символы — прямое начертание, латинские — курсивное.

2.4. Таблицы

Все таблицы должны иметь наименование и ссылки в тексте. Наименование должно отражать их содержание, быть точным, кратким, размещенным над таблицей.

Таблицу следует располагать непосредственно после абзаца, в котором она упоминается впервые. Таблицу с большим количеством строк допускается переносить на другую страницу.

Заголовки граф, как правило, записывают параллельно строкам таблицы; при необходимости допускается перпендикулярное расположение заголовков граф.

Текстовое оформление таблиц в электронных документах: шрифт Times New Roman или Symbol, 9 кегль, греческие символы – прямое начертание, латинские – курсивное.

2.5. Библиографическое описание

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>) и помещается 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

Все научные статьи, поступившие в редакцию журнала «Вестник ДГМА», подлежат обязательному рецензированию.

Главный редактор, заместитель главного редактора и ответственный секретарь журнала определяют соответствие статьи профилю журнала, требованиям к

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

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 разглаше-

нию. Рецензентам не разрешается делать копии статей, рецензирование проводится конфиденциально.

Сроки рецензирования определяются ответственным секретарем журнала.

В рецензии должно быть указано: а) соответствует ли содержание статьи ее названию; б) в какой мере статья соответствует современным достижениям в рассматриваемой области науки; в) какова форма подачи материала, соответствует ли она содержанию; г) целесообразно ли опубликование рецензируемой работы; д) каковы главные достоинства и недостатки статьи.

Рецензирование проводится анонимно. Автору статьи предоставляется возможность ознакомиться с текстом рецензии. Нарушение анонимности возможно лишь в случае заявления рецензента о плагиате или фальсификации материала, изложенного в статье.

Если рецензия содержит рекомендации по исправлению и доработке статьи, ответственный секретарь журнала направляет автору текст рецензии с предло-

жением учесть рекомендации при подготовке нового варианта статьи или аргументированно их опровергнуть. Переработанная автором статья повторно направляется на рецензирование.

В случае, когда рецензент не рекомендовал статью к публикации, редколлегия может направить статью на переработку с учетом сделанных замечаний, а также направить ее другому рецензенту. Текст отрицательной рецензии направляется автору. Окончательное решение о публикации статьи принимается редколлекцией журнала и фиксируется в протоколе заседания редколлегии.

После принятия редколлекцией 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 редколлекции журнала в течение 5 лет.

Формат 30x42 ¹/₄. Бумага офсетная.
Гарнитура "Times New Roman".
Печать ризографная. У.п.л. 17,25. Тираж 2000 экз.
Тиражировано в типографии ИП Гаджиева С.С.
г. Махачкала, ул. Юсупова, 47
RIZO-PRESS