

ИНТЕРНАУКА
internauka.org

СБОРНИК СТАТЕЙ ПО МАТЕРИАЛАМ
XXXVII МЕЖДУНАРОДНОЙ
НАУЧНО- ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА: НОВЫЕ ПОДХОДЫ И АКТУАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ



№6(33)

ISSN 2541-9854

Москва, 2020

**СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА:
НОВЫЕ ПОДХОДЫ И АКТУАЛЬНЫЕ
ИССЛЕДОВАНИЯ**

*Сборник статей по материалам XXXVII международной
научно-практической конференции*

№ 6 (33)
Июнь 2020 г.

Издается с июля 2017 года

Москва
2020

ИНТЕРНАУКА
internauka.org

**MODERN MEDICINE:
NEW APPROACHES AND RELEVANT
STUDIES**

Proceedings of XXXVII international scientific-practical conference

№ 6 (33)
June 2020

Published since July 2017

Moscow
2020

УДК 61
ББК 5
С56

С56 Современная медицина: новые подходы и актуальные исследования. сб. ст. по материалам XXXVII междунар. науч.-практ. конф. – № 6 (33). – М., Изд. «Интернаука», 2020. – 76 с.

Оглавление

Доклады конференции на русском языке	7
Медицина	7
Секция 1. Внутренние болезни	7
ВЛИЯНИЕ РЕЖИМОВ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ Жумаев Сарвар Юсуфович	7
Секция 2. Гастроэнтерология	14
РОЛЬ ФЕРМЕНТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА Кушбаев Сардор Косимбаевич Мадаминов Худайберди Атабекович	14
Секция 3. Гематология и переливание крови	19
ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С АНЕМИЕЙ ДАЙМОНДА- БЛЭДФАНА Бакутина Анна Дмитриевна	19
Секция 4. Кардиология	23
СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЙ - ЗАВИСИМОЙ ВАЗОРЕГУЛЯЦИИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕЖИМОВ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ Норматова Камола Шовкатовна Рахимова Дилором Алимовна	23
НЕКОРОНАРОГЕННЫЕ ИНФАРКТЫ МИОКАРДА – ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ Храмцов Виталий Сергеевич Власова Анна Владимировна	29
Секция 5. Медико-биологические науки	36
СИНДРОМ РИГИДНОГО ЧЕЛОВЕКА: НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ В ЛЕЧЕНИИ Ганина Анастасия Михайловна Аскарлов Манарбек Бапович	36

**Секция 6. Медико-социальная экспертиза
и медико-социальная реабилитация** **40**

ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ ВЗРОСЛОГО
НАСЕЛЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ УХА
И СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА В АСТРАХАНСКОЙ
ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2015-2019 ГГ. 40
Лозовая Елена Владимировна
Зинукова Елена Владимировна

**Секция 7. Общественное здоровье
и здравоохранение** **45**

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ
ТЕХНОЛОГИЙ БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА
В АМБУЛАТОРНОМ ЗВЕНЕ 45
Коваленко Дарья Владимировна
Шибалков Иван Петрович
Бойков Вадим Андреевич

Секция 8. Педиатрия **50**

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ГЕРМАНСКОГО-
ПУДЛАКА 50
Базарбаева Айгуль Абаевна
Кәрімова Қымбат Маратбекқызы

Фармакология **57**

**Секция 9. Фармакология, клиническая
фармакология** **57**

ЭФФЕКТИВНАЯ МУКОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ
В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ
У ДЕТЕЙ 57
Аманова Гавхар Султановна

ИССЛЕДОВАНИЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОГО
И МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА КАМЕДИ
АСАФЕТИДЫ ВЫПУЩЕННОГО В ВИДЕ БАДА
«АСФЕРВОН» 61
Самединов Рустем Селяметович
Набиев Абдували Набиевич

Фармацевтика	66
Секция 10. Технология получения лекарств	66
ПОДБОР УМЕРЕННОГО СОСТАВА ДЛЯ БАЛЬЗАМА “СТРЕСС – КОНТРОЛЬ”	66
Хайдаров Восилжон Расулович Абдуллаева Динара Фахриддиновна Усубжанов Мухаммаджон Муроджонович	
Conference papers in english	72
Medicine	72
Section 1. Gastroenterology	72
APPLICATIONS OF THE MEDICINAL PLANT ANISE FROM FOLK MEDICINE IN THE TREATMENT OF CHRONIC CHOLECYSTITIS	72
Dilshod Abdullaev Azizbek Abdurakhmanov	

ДОКЛАДЫ КОНФЕРЕНЦИИ НА РУССКОМ ЯЗЫКЕ

МЕДИЦИНА

СЕКЦИЯ 1.

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

ВЛИЯНИЕ РЕЖИМОВ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Жумаев Сарвар Юсуфович

ассистент,

*Ташкентский Государственный Стоматологический Институт,
Республика Узбекистан, г. Ташкент*

APPLICATION IN COMPLEX THERAPY OF CHRONIC GENERALIZED PARODONTITIS IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE

Sarvar Jumaev

*Assistant, Tashkent State Dental Institute,
Uzbekistan Tashkent*

АННОТАЦИЯ

Целью исследований явилось внедрение данного уникального природного средства при комплексной терапии хронического генерализованного пародонтита (ХГП) у больных хронической обструктивной

болезнью легких. Метод. В динамике проведенного комплекса лечения, включающего резонансную терапию на фоне БТ, Результат. Установлено значительное улучшение микроциркуляции и степени восстановления нарушений трофики пародонтальной части зубов. Выводы. У этих больных показатели качества жизни и функции внешнего дыхания достоверно увеличились.

ABSTRACT

The purpose of the research was the introduction of this unique natural remedy in the treatment of chronic generalized periodontitis (CGP) in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Method. In the dynamics of the complex treatment, including rezonans therapy against BT, Result. a significant improvement in microcirculation and the degree of restoration of trophic disturbances in the periodontal part of the teeth was established. Findings. In these patients, indicators of quality of life and respiratory function significantly increased.

Ключевые слова: хронический генерализованный пародонтит, хроническая обструктивная болезнь легких, резонансная терапия, качества жизни.

Keywords: chronic generalized periodontitis, chronic obstructive pulmonary disease, rezonans therapy, quality of life.

Для наиболее ранней диагностики, адекватной профилактики и лечения больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) необходимо уточнить патогенез этого заболевания, факторы, приводящие к нему и усугубляющие его течение [2, 3]. У больных ХОБЛ с хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП) последний является предопределяющим неблагоприятный исход заболевания и резкое снижение качества жизни (КЖ) больных [4]. Ведущие эксперты [5, 6] сходятся во мнении, что механизм ХГП, по-прежнему, остается невыясненным: когда ремоделирование носит адаптивный и дезадаптивный характер. Требуется дальнейшего изучения вопрос о роли вентиляционной способности легких (ВСЛ) и КЖ в прогрессировании ХГП. Среди прочих проблем стоматологии вопросы сочетанных поражений пародонта и внутренних органов занимают видное место, так как для такого рода патологии характерно взаимоотношающее течение заболеваний за счет наличия тесной функциональной связи между пораженными органами. Особый интерес в этом плане представляют сочетанные заболевания пародонта и бронхов. По данным некоторых авторов, сочетание хронических неспецифических заболеваний легких и хронического пародонтита отмечается в 17,7-28,0% случаев [4, 6], выявлена связь между очагами

хронической 35 одонтогенной инфекции и повышенным риском развития хронического обструктивного бронхита и бронхиальной астмы. Очаги инфекции в тканях пародонта служат также резервуаром для колонизации респираторных патогенов, вызывающих развитие инфекционной пневмонии, а поражение пародонта воспалительно-деструктивного характера может сенсibilизировать организм и, тем самым, усугубить течение хронического процесса в бронхах [2, 4]. В свою очередь, хронический процесс в бронхах, снижая общую иммунологическую реактивность организма, может способствовать прогрессированию воспалительных заболеваний тканей пародонта. Высказывается предположение, что количественный и качественный состав микробного пейзажа ротовой полости определяется реактивностью организма. Кроме того, ХОБЛ сопровождается развитием системной гипоксии, в т. ч. и тканей пародонта, которая, по данным ряда исследователей, также является усугубляющим течение ХГП фактором [3].

Цель: анализ взаимосвязи нарушений вентиляционной способности легких и КЖ больных при различных степенях тяжести ХОБЛ с ХГП и эффективности различных режимов комплексной терапии.

Материал и методы. В исследование включены 59 больных ХОБЛ, в возрасте 36-64 лет, страдающих ХГП. Пациенты

В настоящее исследование были включены 132 больных (114 мужчин и 110 женщин), наблюдаемые с диагнозом ХОБЛ **II по IV степени** в сочетании ХГП средней и тяжелой степени, также в амбулаторных условиях клиники Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра терапии и медицинской реабилитации. Средний возраст больных составил $59,7 \pm 3,7$ лет, стаж болезни у пациентов было свыше 10-15 лет. Здоровая группа (ЗГ) состояла из 30 здоровых лиц с соответствующими характеристиками антропометрии без признаков кардиореспираторной патологии.

Больные в зависимости от тяжести заболевания разделены на 2 подгруппы:

I - подгруппу - 31 больных IA только с ХГП тяжелой ст. и IB ХГП тяжелой степени в сочетании с ХОБЛ IV ст.

II - подгруппу составили 34 больных IB только с ХГП средней степени и IC ХГП средней степени в сочетании с ХОБЛ II-III степени;

в зависимости от методов лечения к группе РТ включены: резонансная терапия (резонансной терапии узкоспектральными ИК-излучателями местно, 2 раза в день по 6 минут) и т. глицерозина (т. глицерозина 15 мг ООО «LAFZ» Узбекистан по 1 таб 3 раза в день) на фоне базисной терапии (БТ).

в группу БТ включены 26 больных - IA, IB подгруппа, IB, III которым проводилось только традиционная базисная терапия. Его первым этапом было назначение индивидуального гигиенического режима полости рта, предусматривающего двукратную чистку зубов после еды (утром и вечером), с последующим контролем над степенью очищения зубов от зубного налета с помощью эритрозина красного и индивидуального подбора зубной щетки и пасты. Местная терапия включала устранение травмирующих факторов в полости рта: назубных отложений, дефектов пломб, неполноценных протезов.

Проводились функциональное избирательное шлифование, выравнивание окклюзионной поверхности для исключения травматических узлов, поддерживающих воспаление, а так-же кюретаж пародонтальных карманов (с последующим наложением защитной десневой повязки из цинкопласта при открытом кюретаже).

Назначалась антибактериальная, противовоспалительная терапия (полоскание полости рта 0,06% раствором хлоргексидина биглюконата, аппликации ромазуланом), применялись лечебные повязки с 36 гепариновой мазью. При наличии кариозных полостей производили лечение зубов. Для получения объективных результатов больные всех подгрупп сопоставлены по возрасту, полу, продолжительности болезни, характеру и глубине поражения тканей пародонта. Исследования проводились в период относительной ремиссии легочного заболевания. Помимо общеклинических исследований у всех пациентов исследованы функция внешнего дыхания, насыщение крови кислородом.

Сравнительная оценка показателей **качества жизни** между больными ХОБЛ IV + ХГП тяжел. ст. и ХОБЛ II – III ст. + ХГП сред. ст. выявила, что у больных II ой подгруппы показатели физического состояния (ФС), эмоционального состояния (ЭС), профессиональной пригодности (ПП) и удовлетворенности лечением (УЛ) были снижены, соответственно, на $3,16 \pm 0,07$; $2,97 \pm 0,04$; $3,48 \pm 0,06$ и $2,85 \pm 0,03$ баллов ($p < 0,05$ по сравнению с КГ). В то же время у больных ХОБЛ IV + ХГП тяжел. ст. I ой подгруппы анализированные показатели КЖ были снижены более значительно: ФС на $2,14 \pm 0,06$; ЭС на $2,11 \pm 0,05$; ПП на $2,56 \pm 0,03$ и УЛ на $2,02 \pm 0,05$ баллов. У больных I ой подгруппы более выражено отмечалось ухудшение КЖ: больные затруднялись выполнять привычные профессиональные обязанности, испытывали боязнь физической активности и неудовлетворенность лечением. Полученные данные отражают что, функциональный статус и качество жизни больных достоверно ухудшались при повышении степени ХОБЛ и ХГП. Результаты корреляционного анализа продемонстрировали выраженную связь между показателями КЖ и процессов ремоделирования

пародонтальной ткани (ПТ): с болями ($r=0,43$), с поражением в пародонтальных карманах ($r= -0,35$), с V_{max} ($r=0,32$) и с ICR ($r=0,34$) ($p<0,05$). У больных IB и III подгрупп, которые получали на фоне БТ резонансной терапии, в динамике лечения анализированы уменьшение одышки на 4,7 и 6,6%, соответственно; прирост ВСЛ-FEV₁ на 6,2% и 12,3%, сатурации крови кислородом - SaO₂ на 4,6 и 5,7%, возрастание толерантности к физическим нагрузкам на 9,2% и 12,6%, ($p<0,05$ - достоверность различия относительной динамики).

Включение резонансной терапии в схему лечения в течение 10 дней у больных IA и IIB подгрупп, приводило к более значительному повышению толерантности к физическим нагрузкам (достоверное увеличение дистанции при 6 минутном тесте) также к улучшению параметров качества жизни на фоне улучшения вентиляционных показателей. Выявленная тенденция была менее значима в IB и III подгруппах который указывает на более выраженные дезадаптационные изменения в вентиляционно-перфузионной системе у больных ХОБЛ по сравнению с ХГП.

При оценке психоэмоциональных нарушений исследовали исходное состояние ПЭ показателей. Психоэмоциональный анализ личностной тревожности (ЛТ) больных IA и IIB подгрупп показало, что по сравнению с контролем аффект реактивной тревожности (РТ) увеличился до $49,8\pm0,5$ и $43,1\pm0,71$ против $31,6\pm1,6$ баллов. Так, личностная тревожность составляла $53,8\pm0,5$ и $48,2\pm0,4$ против $33,5\pm0,6$ баллов и проявилась у 22 (10,4%) и 16 (6,5%) больных апатией, боязливостью и пессимизмом. В IB и III подгруппах РТ увеличилась на 38,5 и 31,6% ($p<0,05$ - по сравнению с КГ). Реактивное состояние наблюдалось у 32 (13,6%) и 19 (9,4%) больных. А при тестировании интенсивность личностной тревожности увеличилась на 34,3 и 23,1% ($p<0,05$). У этих больных также отмечалось тревожное состояние со склонностью воспринимать определенный круг ситуаций в виде угрозы. Реактивная тревожность при тестировании преобладала над аффектом личностной тревожности в IA и IIB подгруппах, а сравнительное повышение ЛТ отмечено в IB и III подгруппах.

Таким образом, можно предположить, что психоэмоциональная адаптация в виде висцеральных нарушений является отправной точкой механизм развития вазоконстрикции, а в дальнейшем, нарушений трофики в пародонтозной ткани. При сравнительной оценке определяется тот факт, что при ХОБЛ IV ст.+ХГП тяжел. ст. психоэмоциональный дисбаланс отмечается тяжелее, чем при ХОБЛ II-III ст. + ХГП сред. ст.

В то же время, процессы ремоделирования ПТ, снижение вентиляционно-перфузионного состояния прогрессируют параллельно повышению тяжести течения и стажа заболевания, что отражается

на качестве жизни больных. У больных IA подгруппы отмечается более выраженные изменения нарушения ПТ и функции внешнего дыхания. Эти показатели практически сопоставились с результатами IIB подгруппы, что совпадает с данными ATS/ERS, указывающими на то, что ремоделирование ПТ начинается раньше и протекает тяжелее при ХОБЛ IV ст, в отличие от ХОБЛ II-III ст.

Значит, при ХОБЛ в сочетании ХГП развивается своеобразный порочный круг: с одной стороны, существующий в организме стойкий иммунный дисбаланс способствует дальнейшей хронизации патологии той или иной системы, организма, отягощая ее клиническое течение, качества жизни, ПЭ статус больных и ухудшая прогноз, а с другой, – прогрессирование патологии. В связи с этим компенсаторные реакции истощают метаболический фон, адаптационные процессы, усиливая вторичную иммунную недостаточность.

На фоне имеющихся метаболических нарушений дефицит кислорода в тканях пародонта дополнительно угнетает регенераторные и репаративные процессы во всех его структурных компонентах и слизистой оболочке. Значимость сочетанной патологии пародонта и бронхов определяется не только распространенностью и тяжестью течения заболеваний, отрицательным влиянием на организм, в целом, но и малой эффективностью проводимого лечения. В отечественной и зарубежной литературе практически отсутствуют научно обоснованные данные о возможностях комплексного подхода к системным методам лечения ГП, сочетанного с ХОБЛ, что обусловлено функциональной и производственной разобщенностью стоматологов с врачами других специальностей. Значительные достижения в лечении ГП в последние годы связаны с применением фитопрепаратов и альтернативной терапии, которые значительно улучшают выживаемость и прогноз жизни больных легочным сердцем [1].

Выводы

В основе возникновения и развития легочной гипертензии у больных ХОБЛ лежат адаптивные, а у больных с гипертрофией/дилатацией ПЖ- дезадаптивные состояния в сфере психовегетативных факторов регуляции, что свидетельствует о снижении ВСЛ и длительной гипоксии головного мозга.

У больных ХОБЛ тяжелой степени с ГП отмечается более выраженное снижение КЖ по ФС и УЛ, а у больных ХОБЛ средне-тяжелой степени с ГП - по ЭС и ПП ($p < 0,05$), что необходимо учитывать при проведении реабилитационных мероприятий. Лечение РТ на фоне комплексной терапии способствует устранению нарушений психовегетативного состояния больных ХОБЛ с ГП, которое положительно коррелирует с состоянием ВСЛ и легочной артериальной гипертензии.

Список литературы:

1. Аляви А.Л., Рахимова Д.А., Садыкова Г.А. Клинико-функциональное состояние у больных хронической обструктивной болезнью легких при различных степенях тяжести легочного сердца. III Конгресс торакального общества Кыргызстана. Бишкек, 2011: 83.
2. Аляви А.Л., Рахимова Д.А., Садыкова Г.А. Клинико-экспериментальные аспекты озонотерапии. Узбекистон терапия ахборот-номаси. Ташкент, 2015; 4: 74-78.
3. Рахимова Д.А. Функциональное состояние кардиореспираторной системы у больных хронической обструктивной болезнью легких, осложненной легочной гипертензией при применении озонотерапии. Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. М., 2009; 6: 7-10.
4. Rakhimova D.A. Medical aspects of the life sick quality of chronic corpulmonale. Annual Congress ERS, Vienne, 2009: 4024.
5. Rakhimova D.A. Interrelations of psychovegetative factors at regulation in patients with cor pulmonale. Annual Congress ERS, Barcelona, 2010: 3-33.
6. Rakhimova D.A., Kasimova G.M. Estimation of psychovegetative factors of regulation in patients with chronic obstructive pulmonale diseases. «Journal of life-sciences». Argentina, 2012; 4: 457-461.

СЕКЦИЯ 2.

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

РОЛЬ ФЕРМЕНТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Кушбаев Сардор Косимбаевич

*магистрант по направлению внутренние болезни
кафедры факультетской и госпитальной терапии
Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии,
Республика Узбекистан, г. Ургенч*

Мадаминов Худайберди Атабекович

*магистрант по направлению внутренние болезни
кафедры факультетской и госпитальной терапии
Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии,
Республика Узбекистан, г. Ургенч*

АННОТАЦИЯ

Так как эта тема является одной из актуальных проблем внутренних болезней. Хронический панкреатит широко распространенное заболевание в Хорезмском регионе. В последнее десятилетие для купирования боли, связанной с хроническим панкреатитом, значительно чаще стали назначать ферментные препараты.

Ключевые слова: болевой синдром, желудочный сок, алкоголь, диета, прием пищи.

Актуальность. Выбор препарата для лечения больных с хроническим панкреатитом определяется, прежде всего, преобладанием того или иного клинического синдрома: внешнесекреторной недостаточности ПЖ, билиарной недостаточности, болевого синдрома [1, Стр. 78]. Препараты для заместительной терапии должны обладать следующими свойствами: высокой специфической активностью липазы; устойчивостью оболочки препарата к желудочному соку; коротким временем растворения оболочки препарата в тонкой кишке; быстрым высвобождением активных ферментов в тонкой кишке; активным участием

в полости пищеварения. Для лечения внешнесекреторной недостаточности применяют панкреатические ферменты, обладающие высокой липазной активностью (10000 - 25000 ЕД), в том числе микрокапсулированные и микрокапсулированные формы панкреатина [2. Стр 147]. При добавлении к стандартному лечению панкреатином антисекреторных средств (блокаторы, ингибиторы протонной помпы) эффективность ферментных препаратов повышается, поскольку их оптимальное действие обеспечивается при рН в просвете тонкой кишки не менее 5,0. Введение в состав ферментных препаратов желчных кислот существенно изменяет их действие на функцию пищеварительных желез и моторику пищевого канала. Препараты, содержащие желчные кислоты, используют для улучшения гидролиза жиров путем их эмульгирования, а также повышают сократительную функцию желчного пузыря, что позволяет успешно применять их для лечения гипомоторной дискинезии (гипокенизии) желчевыводящих путей [3. Стр. 4]. Усиление моторики кишечника способствует разрешению проблемы запоров у больных. Препараты, содержащие желчь, следует с осторожностью применять у пациентов, с хроническим гепатитом или циррозом печени, а также при холестатических заболеваниях, язвенной болезни, особенно сопровождающихся диареей. Кроме того, желчосодержащие препараты, стимулируют болевой синдром. Из всех симптомов хронического панкреатита наиболее сложно устранить боль, нередко к частой повторной госпитализации. Первый этап терапевтического воздействия на боль при хроническом панкреатите – строгое соблюдение диеты, исключение алкоголя, прием антисекреторных и спазмолитических препаратов, анальгетиков, психотропных средств. Важную роль в купировании боли при хроническом панкреатите отводят ферментным препаратам. Экзогенные ферменты, особенно в сочетании с антисекреторными средствами, по закону обратной связи подавляют собственную панкреатическую секрецию, что обеспечивает покой железу и приводит к уменьшению болевого синдрома. Обезболивающее действие их связано с тем, что попадание ферментов ПЖ, прежде всего трипсина, в двенадцатиперстную кишку приводит к разрушению регуляторных белков – рилизинг- пептидов секретина и холецистокинина, вследствие чего, прекращается высвобождение соответствующих гормонов, снижается панкреатическая секреция, что уменьшает давление в протоках и паренхиме ПЖ и купирует болевой синдром. [3.Стр 7]. Несомненный интерес представляет новый таблетированный препарат Креон 10 000, содержащий оптимально подобранный ферментативный комплекс. **Целью проведенного исследования** была оценка возможности применения Креон 10 000 в комплексной терапии хронического панкреатита с болевым синдромом.

Задачи исследования: определить анальгетической эффект Креон 10 000 при хроническом панкреатите с болевым синдромом; определить эффективность применения Креон 10 000 при хроническом панкреатите с болевым синдромом в зависимости от степени недостаточности экскреторной функции ПЖ; оценить переносимость и возможные побочные эффекты Креона у больных с хроническим панкреатитом.

Материалы и методы: Наблюдали 35 больных с хроническим панкреатитом (16 женщин и 19 мужчин) в возрасте от 20 до 70 лет. Средний возраст пациентов составил 53+5,4 года, длительность заболевания -5,2+3,4 года. У 10 больных была установлена алкогольная этиология хронического панкреатита, у 9-желчнокаменная болезнь. У 7 пациентов не удалось выявить причину [4. Стр 1] хронического панкреатита. Пациенты получали Креон 10 000 в стандартной дозе – по 2 таблетки 3 раза в день во время приема пищи. Эффективность оценивали по следующим показателям: Субъективным - жалобам самооценка испытываемых. Объективным клиническим и по общему состоянию, состоянию кожи и склеры, наличию отеков, данным пальпации периферических лимфатических узлов, температуре тела, частота дыхательных движений и сердечных сокращений, артериальному давлению, результатам пальпации живота, определение края печени, области желчного пузыря, селезенки. Кроме этого: 1) Лабораторные клинические анализы крови (лейкоциты, эритроциты, гемоглобин, СОЭ, анализу мочи, в том числе активности амилазы мочи. 2) Биохимическому анализу крови (уровни АсАт, АлАт, g-глутамилтранспептидазы, щелочной фосфотазы, содержание билирубина, общего белка крови, амилазы крови, остаточного азота и др.).3) Копрограмме, определению активности панкреатической эластазы-1 в кале иммуноферментным методом. 4) Данным УЗИ или КТ брюшной полости; 5) результатом эндогастродуоденоскопии; 6) по отсутствию на заключительном этапе исследования патологических симптомов [4. Стр. 8]. Проведенное нами исследование показало, что на фоне лечения Креоном болевой синдром купировался у 86,7 % пациентов с хроническим панкреатитом, уменьшилось содержание нейтрального жира и жирных кислот в кале. На фоне лечения больные субъективно стали чувствовать себя лучше, уменьшились жалобы на метеоризм, нормализовался стул.

Результаты исследования: До начала лечения различные жалобы предъявляли все пациенты. Все они (100%) жаловались на боль и надчревной области или в правом и левом подреберье, чаще после приема пищи или через несколько часов после еды. У 6 (27%) больных наблюдалась опоясывающая боль. У 17 (50%) пациентов имели место жалобы на метеоризм, у 12(36,6%) – на слабо оформленный стул,

у 4 (13,3%) - на стеаторею. Через 2 нед. у 13 (33,3%) участников исследования болевой синдром купировался, у 19(56,7%) - боль стала непостоянной и слабовыраженной. После проведенного лечения через 4 нед. боль в животе купировалась у 26 (86,7%) пациентов, у 4 (13,3%) болевой синдром сохранился. Метеоризм, отмечавшийся у 15 больных в начале лечения, в ходе проводимой терапии исчез у 11. Слабо оформленный стул нормализовался у 6 из 11 пациентов. Стеаторея сохранилась у трех больных, несмотря на лечение. Изменения лабораторных показателей на фоне терапии Креон 10 000: при копрологическом исследовании нейтральный жир выявлен в кале у 15 пациентов, жирные кислоты – у 11. У 5 больных с хроническим панкреатитом обнаружено снижение активности эластазы-1 в кале. После проведенного лечения Креон 10 000 через 5 нед. У 9 пациентов стеаторея в кале исчезла [5. Стр. 3]. Активность эластазы-1 в кале у 5 пациентов существенно не изменилась, но болевой синдром у них был купирован. В связи с сохраняющейся экзокринной недостаточностью ПЖ и хорошим эффектом от проведенного лечения этим пациентам рекомендовано продолжить прием Креон 10 000. Повышение активности амилазы в крови не отмечено ни у одного пациента. У 5 больных повышенная активность амилазы в моче пришла в норму в течение 2-й недели лечения [6. Стр. 2]. Побочный эффект был отмечен только у 2 пациента в 1-й день лечения после приема 2 таблеток Креон 10 000 у него появилась крапивница, которая прошла самостоятельно после отмены препарата. Больной был исключен из исследования [7. Стр. 3].

Выводы. В ходе исследования выявлена высокая терапевтическая эффективность Креона при хроническом панкреатите с болевым синдромом – боль купировалась у 87.6 % пациентов. Для эффективного лечения хронического панкреатита длительность курса применения Креона должна быть не менее 2 нед. Креон 10 000 может быть рекомендован для лечения больных хроническим панкреатитом, как эффективный препарат с хорошей переносимостью.

Список литературы:

1. Гадаев А. Внутренние болезни 2014 г.
2. Камалов Н.М. Внутренние болезни. 1992 г.
3. Жанашия Е.А., Калинин А.В. Применение препарата Мезим форте 10000 для лечения хронического панкреатита// Клин. персп. Гастроэнтерол., гепатол. – 2005. - №3. – С. 13-16.
4. Клинические лекции по гастроэнтерологии и гепатологии. – Т. 2. Болезни кишечника и поджелудочной железы / Под ред. А.В. Калинина, А.И. Хазанова. – М.: ГТУБ МО РФ, 2000.

5. Краткое руководство по гастроэнтерологии/ Под ред. В.Т. Ивашкина, Ф.И. Комарова, С.И. Рапапорта. – М.: ООО «Изд. Дом» М-Вести», 2001.
6. Охлобыстин А.В. Современная тактика лечения хронического панкреатита// Consilium medicum. – 2001. -№ 4 (6). – С. 292-295.
7. Шифрин О.С., Юрьева Е.Ю., Ивашкин В.Т. Клиническое применение пензитола при хроническом панкреатите// Клин. персп. Гастроэнтерол.

СЕКЦИЯ 3.

ГЕМАТОЛОГИЯ И ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С АНЕМИЕЙ ДАЙМОНДА-БЛЭКФАНА

Бакутина Анна Дмитриевна

студент,

Российский Университет Дружбы Народов

Медицинский институт,

РФ, г. Москва

TREATMENT OF CHILDREN WITH DIAMOND-BLACKFAN ANEMIA

Anna Bakutina

Student, Peoples' Friendship University of Russia,

Medical Institute,

Russia, Moscow

АННОТАЦИЯ

Анемия Даймонда-Блэкфана – это редкое, наследственное заболевание, характеризующееся недостаточностью костного мозга, апластической анемией, врожденными аномалиями и предрасположенностью к раку в результате дисфункции рибосом. В настоящее время единственным лекарством от данной анемии являются ГКС. Были проанализированы рекомендации Европейской Педиатрической Ассоциации, а также прочитаны множество англоязычных статей. Повышение осведомленности позволит улучшить раннее распознавание и соответствующее лечение пациентов с редкими заболеваниями, включая анемию Даймонда-Блэкфана. В последние годы все большее внимание уделяется редким генетическим заболеваниям. В результате это может ускорить внедрение инновационных подходов к лечению данного вида анемии.

ABSTRACT

Diamond-Blackfan anemia is a rare, inherited disease characterized by bone marrow failure, aplastic anemia, congenital abnormalities, and a predisposition to cancer. Currently, the only cure for this anemia is GCS. The recommendations of the European Paediatric Association were analyzed, and many English-language articles were read. Raising awareness will improve the early recognition and appropriate treatment of patients with rare diseases, including diamond-Blackfan anemia. As a result, this can accelerate the introduction of innovative approaches to the treatment of this type of anemia.

Keywords: anemia, Pediatrics, Hematology, bone marrow transplantation.

Ключевые слова: анемия, педиатрия, гематология, трансплантация костного мозга.

Анемия Даймонда-Блэкфана – это редкое, наследственное заболевание, характеризующееся недостаточностью костного мозга, апластической анемией, врожденными аномалиями и предрасположенностью к раку в результате дисфункции рибосом. Стандартом терапии данного заболевания является терапия глюкокортикостероидами (ГКС) и переливание крови, что оказывает крайне нежелательное воздействие на детский организм.

В настоящее время в качестве радикальной терапии используется трансплантация костного мозга. В то время как эта процедура была довольно успешной в последнее десятилетие у отдельных пациентов, новые методы лечения и биологические идеи по-прежнему необходимы для улучшения клинического ухода за всеми пациентами с анемией Даймонда-Блэкфана.

Диагностика

У большинства пациентов диагноз ставится чуть ли не с рождения (средний возраст постановки диагноза – 2 месяца). Клиническая картина включает в себя признаки тяжелой анемии, как лабораторные, так и внешние (бледность, слабость). Анемия Даймонда-Блэкфана является либо нормоцитарной, либо макроцитарной, и согласно данным, представленным в обзоре (Diamond et al, 1976), классическая анемия ДБ дополнительно характеризуется отсутствием цитопений в других клеточных линиях и нормальной клеточностью костного мозга с недостаточным количеством эритроидных предшественников. В качестве диагностики может быть использована оценка аспирата костного мозга, обычно характеризующегося нормальной клеточностью, нормальным созреванием миелоидов и мегакариоцитов, а также селективным дефицитом предшественников эритроцитов.

Лечение

В течение многих лет краеугольным камнем лечения анемии ДБ были три терапевтических подхода: переливание эритроцитов, ГКС и трансплантация костного мозга, причем последний вариант в основном использовался как спасательный. Хотя в настоящее время трансплантация является единственным радикальным методом, она проводится нечасто из-за риска тяжелой краткосрочной и долгосрочной токсичности.

Переливание эритроцитов

Учитывая, что дисфункция костного мозга при дБА обычно касается только продукции эритроцитов, переливание эритроцитов (РБК) является эффективным вариантом лечения анемии. Однако токсичность, связанная с перегрузкой железом, сопутствующая схемам переливания, является ограничивающим фактором для пожизненных переливаний. Пациентам с анемией ДБ обычно требуется 10-15 мл/кг эритроцитов каждые 3-5 недель, чтобы поддерживать уровень гемоглобина выше 80 г/л. Схемы переливания дополнительно индивидуализируются в зависимости от роста, нейрокогнитивного развития и общей производительности. У очень маленьких детей (как правило, до 1 года) переливание эритроцитов является первым выбором лечения, чтобы избежать токсичности ГКС для развития и роста нервной системы (Stark et al, 2001; Crotty et al, 2012).

Глюкокортикостероиды

ГКС являются единственной группой лекарств, которая оказалась эффективна в отношении анемии Даймонда-Блэкфана. При этом точный механизм действия ГКС при данном типе анемии до конца не изучен (Vlachos и соавт., 2008.). Гипотезы о механизме их действия включают антиапоптотическое действие на ранних эритроидных предшественников. При активном участии p53 происходит улучшение клеточного цикла развития и пролиферации эритробластов (Sjogren et al, 2015). Лечение с ГКС не рекомендуется у пациентов младше 1 года, но может быть рассмотрено у детей, для которых венозный доступ для переливаний является проблемой. В целом, лечение с помощью ГКС начинается с дозы 2 мг/кг/сут преднизолона в течении 4 недель. Рекомендуется начинать лечение ГКС примерно через 2 недели после переливания, стремясь к уровню Hb равному 90.

Трансплантация костного мозга

Основываясь на рекомендациях Европейской Педиатрической Ассоциации, показаниями к трансплантации костного мозга при анемии Даймонда-Блэкфана является: резистентность к применяемым ГКС, а также повышенная токсичность при применении ГКС у детей.

Резистентность к ГКС проявляется, как отсутствие адекватного увеличения ретикулоцитов после двух попыток введения минимальной дозы преднизолона 1 мг/кг/сут (Peffault de Latour et al, 2015).

Недавнее исследование, проведенное в Италии, насчитывает 30 пациентов, которым была выполнена трансплантация в период с 1990 по 2012 год, включая 14 трансплантаций, выполненных от неродственных доноров. Наилучшие результаты были получены у пациентов, пересаженных в возрасте до 10 лет, и пациентов, пересаженных после 2000 года, что привело к 5-летней общей выживаемости равной 86,6%.

Однако трансплантация не является наилучшим методом лечения, так как может вызывать краткосрочные и долговременные нарушения в организме. Краткосрочная токсичность включает в себя риск развития инфекционных осложнений. Трансплантация костного мозга может стать причиной нарушения фертильности, а также может стать причиной возникновения вторичной злокачественных новообразований, так как люди с анемией Даймонда-Блэкфана являются предрасположенными к развитию рака.

Поэтому пациентам, до проведения трансплантации, показано консультирование по методам, направленным на сохранение фертильности, таких как: криоконсервация яйцеклеток и сперматозоидов, независимо от возраста и пола.

Список литературы:

1. Abkowitz J.L., Schaison G., Boulad F., Brown D.L., Buchanan G.R., Johnson C.A., Murray J.C. & Sabo K.M. (2002) Response of Diamond-Blackfan anemia to metoclopramide: evidence for a role for prolactin in erythropoiesis. *Blood*, 100, 2687–2691.
2. Alter B.P. (2004) Growth hormone and the risk of malignancy. *Pediatric Blood & Cancer*, 43, 534–535.
3. Aspesi A., Pavesi E., Robotti E., Crescitelli R., Boria I., Avondo F., Avondo F., Moniz H., Da Costa L., Mohandas N., Roncaglia P., Ramenghi U., Ronchi A., Gustinich S., Merlin S., Marengo E., Ellis S.R., Follenzi A., Santoro C. & Dianzani I. (2014) Dissecting the transcriptional phenotype of ribosomal protein deficiency: implications for Diamond-Blackfan Anemia. *Gene*, 545, 282–289.
4. Bartels M., & Bierings M. (2018). How I manage children with Diamond-Blackfan anaemia. *British Journal of Haematology*.
5. Bastings L., Westphal J.R., Beerendonk C.C., Braat D.D. & Peek R. (2012) Fertility preservation in young patients before allogeneic haematopoietic SCT. *Bone Marrow Transplantation*, 47, 313–314.

СЕКЦИЯ 4.

КАРДИОЛОГИЯ

СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЙ - ЗАВИСИМОЙ ВАЗОРЕГУЛЯЦИИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕЖИМОВ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Норматова Камола Шовкатовна

*магистр,
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Республика Узбекистан, г. Ташкент*

Рахимова Дилором Алимовна

*д-р мед. наук,
Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр терапии и медицинской реабилитации,
Республика Узбекистан, г. Ташкент*

STATE OF ENDOTHELIUM-DEPENDENT VASOREGULATION AND EFFECTIVENESS OF THERAPY REGIMES IN CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE

Kamola Normatova

*Master's student, Tashkent Pediatric Medical Institute,
Uzbekistan, Tashkent*

Dilorom Rakhimova

*Doctor of medical sciences,
The Republican Specialized Scientific-Practical Medical Center
for Therapy and Medical Rehabilitation,
Uzbekistan, Tashkent*

АННОТАЦИЯ

Хроническая обструктивная болезнь легких является одним из самых распространенных заболеваний на всех континентах. На исследовании изучено состояние легочной гемодинамики и вазорегулирующей функции эндотелия периферических сосудов у больных ХОБЛ в динамике комплексного лечения. Обследовано 81 больных ХОБЛ II-IV степенью с легочной гипертензией. При ХОБЛ с ЛГ уменьшение способности периферических сосудов к активной вазодилатации положительно коррелирует с состоянием диастолической функции правого желудочка сердца и тонусом легочных сосудов, необходимых для нормального газообмена легочной ткани. При применении амлодипина на фоне стандартной терапии у больных ХОБЛ II-III степенью, с ЛГ, отмечалось не только снижение легочной артериальной давления, а также улучшение эндотелий-зависимой вазодилатации.

ABSTRACT

Chronic obstructive pulmonary disease is one of the most common diseases on all continents. To study the state of pulmonary hemodynamics and vasoregulatory function of the peripheral vascular endothelium in patients with COPD in the dynamics of complex treatment. 81 patients with grade II-IV COPD with pulmonary hypertension were examined. In COPD with LH, a decrease in the ability of peripheral vessels to actively vasodilate positively correlates with the state of diastolic function of the right ventricle of the heart and pulmonary vascular tone necessary for normal gas exchange of the lung tissue. When amlodipine was used against the background of standard therapy in patients with COPD II-III degree, with LH, not only an average decrease in pulmonary arterial pressure was noted, but also an improvement in endothelium-dependent vasodilation.

Ключевые слова: Хроническая обструктивная болезнь легких, легочная гипертензия, эндотелий-зависимая вазорегуляция, респираторная функция, амлодипин.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease, pulmonary hypertension, endothelium-dependent vasoregulation, respiratory function, amlodipine.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) сегодня является одной из важных проблем здравоохранения и одним из самых распространенных заболеваний на всех континентах. По оценке экспертов, уже около 235 миллионов человек страдают от этого заболевания и к 2025 году, учитывая стремительно нарастающую урбанизацию среди населения, распространенность в мире может увеличиться еще на 100 миллионов человек.

До сих пор остается много нерешенных вопросов в понимании патогенеза процессов, приводящих к ЛГ, структурным изменениям правых камер сердца, право-желудочковой недостаточности. Активно обсуждается роль дисфункции эндотелия (ДЭ) легочных сосудов в инициации и прогрессировании ЛГ различного генеза.

Эндотелий принимает участие в высвобождении вазоактивных веществ и дезагрегантов, участвует в фибринолизе, регуляции иммунных реакций. Клетки эндотелия имеют собственную ферментативную активность, под действием эндотелиальных метаболитов развивается гипертрофия гладкомышечных клеток и пролиферативная реакция интимы и адвентиции сосудов, приводящая к ремоделированию сосудистого русла и сопровождающаяся вторичной хронической вазоконстрикцией [2, 3, 4].

Хроническое воспаление при хронической обструктивной болезни легких вызывает значительное снижение эндотелиальной синтетазы оксида азота (NO) и, следовательно, его продукции. Увеличение экспрессии адгезивных молекул при ХОБЛ обуславливает миграцию воспалительных клеток в эндотелий с последующей активацией выброса провоспалительных цитокинов, что провоцирует ангиоспазм и ЛГ (легочная гипертензия). Снижение реактивности периферических сосудов и повышение уровня ДЭ у больных ХОБЛ подтверждает мнение, что даже периодически возникающая гипоксия, одновременно с воздействием воспалительных агентов и бактериальных эндотоксинов при обострении заболевания могут приводить к повреждению сосудистого эндотелия [5].

Роль повреждения эндотелия легочных сосудов в изменении легочного кровообращения при ХОБЛ уже достоверно доказана. Под действием хронического воспаления и гипоксемии, наблюдаемых при ХОБЛ, повреждается эндотелий, нарушается баланс выработки регуляторных субстанций, что провоцирует воспалительно-пролиферативную реакцию в интимае и адвентиции легочных сосудов и приводит к изменению сосудистого русла и развитию вторичной хронической вазоконстрикции [6, 10].

Цель исследования. Изучить состояние легочной гемодинамики и вазорегулирующей функции эндотелия периферических сосудов у больных ХОБЛ в динамике комплексного лечения.

Материалы и методы исследования. Всего обследовано 81 больных ХОБЛ II- IV ст. 1 группа 43 больных (возраст $51,2 \pm 3,5$ лет, стаж заболевания $11,3 \pm 3,2$ лет), ХОБЛ II-III степенью с ЛГ (с уровнем среднего легочного артериального давления (ЛАД ср) более 25 мм. рт. ст.). Также 2 группа 38 больных ХОБЛ IV степенью (возраст $57,8 \pm 3,2$ лет, стаж заболевания $15,7 \pm 3,8$ лет,) и 20 здоровых лиц (ЗЛ).

Больные по методу лечения были рандомизированы и разделены на 3 подгруппы соответственно:

- подгруппа А - 11 больных (1а) и 14 больных (2а) получали стандартную терапию (СТ) согласно международным рекомендациям GOLD (2016);

- подгруппа Б - 14 больных (1б) и 16 больных (2б) на фоне СТ получали комбинацию антагониста кальция дигидропиридинового ряда амлодипин (А) 5 мг/сут. и электрофорез бишофита (ЭБ);

- подгруппа В - 12 больных (1в) и 14 больных (2в), у которых стандартная терапия сочеталась с ЭБ.

Эндотелий-зависимую вазодилатацию (ЭЗВД) оценивали с помощью доплерографии плечевой артерии (ПА) с использованием ультразвуковой системы Toshiba SSH 60 А (Япония) в постоянно-волновом режиме. Измеряли максимальную систолическую скорость кровотока (МСС, м/с) и индекс циркуляторного сопротивления сосудов (ИЦС, ед.) в ответ на компрессионную пробу (КП). Допплерэхокардиографическое исследование проводили с помощью ультразвуковой системы Shimadzu 500А, (Япония) по методике Hatle L., Angelsen V. (1985), с оценкой показателей диастолической функции: отношение раннего и позднего диастолического наполнения (Е/А), время изоволюмического расслабления (ВИР, м/с), время замедления максимальной скорости раннего диастолического наполнения (ВЗ, м/с), фракция предсердного наполнения (ФПН, %), уровень среднего легочного артериального давления (ЛАДср., мм. рт. ст.) Вентиляционную способность легких (ВСЛ) определяли с помощью оценки объема форсированного выдоха за 1 секунду (FEV₁, %), жизненной емкости легких (FVC, %) и индекса Тиффно (FEV₁/FVC, %).

Результаты обработаны с помощью пакета программ Excel, с использованием t - критерия Стьюдента. Различия между изучаемыми параметрами признавали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования и обсуждение. Результаты исследования установлено, что у больных ХОБЛ с ЛГ анализ результатов проб с реактивной гиперемией показал, что у больных ХОБЛ с ЛГ максимальная систолическая скорость кровотока достоверно снижена и коррелирует с тяжестью заболевания. У больных ХОБЛ с ЛГ, показатели МСС в ответ на КП снижены, по сравнению с показателями здоровых лиц на 32,9 и 19,2% соответственно, ИЦС повышен на 38,6 и 28,0%. Параллельно с ухудшением ВСЛ и эндотелий-зависимой вазодилатации наблюдается нарушение диастолической функции ПЖ сердца.

Следует заметить, что у больных ХОБЛ II-III степени, с ЛГ были значительно выражены изменения структуры наполнения ПЖ в

диастолу Примечание: в числителе показатели – до лечения, в знаменателе – после лечения (** $p < 0,005$ и * $p < 0,05$ достоверность различия с показателями до лечения).

Обнаруженное нами снижение показателей наполнения в раннюю диастолу связано с нарушением расслабления гипертрофированного миокарда ПЖ сердца, вследствие чего замедляется снижение внутрижелудочкового наполнения и увеличивается ФПН.

При применении амлодипина на фоне СТ у больных ХОБЛ II-III степенью, с ЛГ, отмечалось не только снижение ЛАД мм.рт.ст, и улучшение эндотелий-зависимой вазодилатации. Максимальная систолическая скорость после компрессионной пробы увеличилась на 6,7 и 7,6% ($p < 0,05$). Определено уменьшение индекса циркуляторного сопротивления сосудов - на 6,9 и 7,2% ($p < 0,05$). Наблюдались положительные сдвиги в параметрах диастолической функции правого желудочка. При терапии с применением амлодипина у больных ХОБЛ с ЛГ, отмечено достоверное снижение показателей: времени изоволюмического расслабления, соответственно, на 9,7 и 10,5%, времени замедления максимальной скорости раннего диастолического наполнения - на 6,6 и 7,3%, фракции предсердного наполнения - на 11,8 и 13,9%, ЛАДср - на 13,1 и 15,7%. На фоне проводимой терапии возросло отношение Е/А, соответственно на 11,5 и 12,4% ($p < 0,05$). Снизилась аффективная симптоматика: РТ на 5,1%, ЛТ на 7,1%.

Электрофорез бишофита на фоне СТ у больных ХОБЛ приводила к увеличению максимальной систолической скорости после компрессионной пробы на 5,9 и 5,2% и уменьшению индекса циркуляторного сопротивления сосудов - на 6,2 и 6,7% соответственно ($p < 0,05$). Установлено снижение показателей: времени изоволюмического расслабления, соответственно, на 4,6 и 5,1%, времени замедления максимальной скорости раннего диастолического наполнения - на 3,8 и 4,1%, фракции предсердного наполнения - на 8,3 и 9,9%, ЛАДср - на 8,7 и 9,5% ($p < 0,05$). Возросло отношение раннего и позднего диастолического наполнения, соответственно, на 7,7 и 8,3% ($p < 0,05$). Снизилась аффективная симптоматика: РТ на 4,8, ЛТ - на 5,4%.

Полученные данные позволили констатировать более выраженное улучшение показателей ЭЗВД, ВСЛ, диастолической функции ПЖ сердца и аффективной симптоматики в динамике режимов комплексной терапии с применением амлодипин и электрофорез у больных ХОБЛ II-III степенью с ЛГ, по сравнению с больными ХОБЛ IV-степенью с ЛГ.

Результатами исследования отмечено, что режимы стандартной терапии не имели влияния на изменения в показателях диастолической функции ПЖ сердца и уровня среднего легочного артериального давления.

В результате исследования подтвержден вазодилатирующий эффект амлодипина, что проявлялось снижением легочного артериального давления и улучшением показателей диастолической функции ПЖ сердца.

Исследования показали, что до начала лечения повышение аффективной симптоматики, снижение ВСЛ, $СМ_{NO}$ и изменения способности сосудов к активной вазодилатации параллельны нарушениям структуры наполнения ПЖ в диастолу. Взаимное отягощение и прогрессирование нарушений периферической и центральной гемодинамики основано на общности некоторых звеньев патогенеза: развитие нарушений ВСЛ, легочно-сердечной микроциркуляции и легочной гипертензии. Прогрессирование ЛГ и развитие хронического легочного сердца у больных. Нами было отмечено улучшение параметров диастолической функции правого желудочка, среднего легочного артериального давления, ЭЗВД и аффективной симптоматики у больных ХОБЛ, с ЛГ, наступающее после комплексного лечения с применением амлодипин на фоне СТ.

Выводы:

1. При ХОБЛ уменьшение способности периферических сосудов к активной вазодилатации положительно коррелирует с состоянием диастолической функции ПЖ сердца и тонусом легочных сосудов, необходимых для нормального газообмена легочной ткани.

2. Препараты антагониста кальция дигидропиридинового ряда (амлодипин 5 мг/сут уменьшает эндотелиальную дисфункцию, ремоделирования легочных сосудов и улучшения функции правого сердца, увеличение степени эндотелийзависимой вазодилатации и достоверное снижение систолического АД в легочной артерии и улучшает аффективную симптоматику больных ХОБЛ.

Список литературы:

1. Аляви А.Л., Рахимова Д.А., Сабиржанова З.Т. Легочная гипертензия. // Монография. - Ташкент, 2016. 89С.
2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO workshop report. The updated 2008 report is available on www.goldcopd.com
3. Дисфункция эндотелия. Причины, механизмы, фармакологическая коррекция / под ред. Н.Н. Петрищева. – СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2003. – 184 с.
4. Wright J.L. Pulmonary hypertension in chronic obstructive pulmonary disease: current theories of pathogenesis and their implications for treatment / J.L. Wright, R.D. Levy, A. Churg // Thorax. — 2005. — Vol. 60. — P. 605—609.

5. Задионченко В.С., Холодкова Н.Б. Дисфункция эндотелия и процессы апоптоза у больных хроническим легочным сердцем. // Российский кардиологический журнал, № 1 (63), 2007.С- 84.
6. Barnes P.J. Targeting the Epigenome in the Treatment of Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease / P.J. Barnes // Proc. Am. Thorac. Soc. — 2009. — No 6 (8). — P. 693—696.
7. Кузубова Н.А. Патофизиологические механизмы формирования хронической обструктивной болезни легких (клинико- экспериментальное исследование): автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Н.А. Кузубова. — СПб., 2009. — 39 с.
8. Яковлева Л.Н. Легочная артериальная гипертензия. // Харьковская медицинская академия. Лики Украины. № 10(156) / 2011.С-62.
9. Gomez-Arroyo J.G, Farkas L, Alhussaini A.A, Farkas D, Kraskauskas D, Voelkel N, Bogaard H.J. The monocrotaline model of pulmonary hypertension in perspective // Am. J. Physiol. Lung. Cell. Mol. Physiol. -2012. -Vol.302(4). - P.L363–L369.
10. Электронный ресурс: <https://www.minzdrav.uz/uz/documentation/detail.php ID-40989>.

НЕКОРОНАРОГЕННЫЕ ИНФАРКТЫ МИОКАРДА – ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ

Храмцов Виталий Сергеевич

студент лечебного факультета

ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет

имени ак. Е.А. Вагнера» МЗ РФ

РФ, г. Пермь

Власова Анна Владимировна

студент лечебного факультета

ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет

имени ак. Е.А. Вагнера» МЗ РФ

РФ, г. Пермь

АННОТАЦИЯ

Большинство инфарктов миокарда (более чем 90%) развивается по причине обструктивного поражения коронарных артерий [1]. Однако ИМ может произойти и в условиях нормальных или условно нормальных венечных артерий. Основные причины некоронарогенных ИМ – воспаление миокарда, различные кардиомиопатии, нарушения микроциркуляции. В статье собраны данные о причинах возникновения, особенностях диагностики и лечения подобных состояний.

Ключевые слова: некоронарогенный инфаркт миокарда, миокардит, кардиомиопатия Такоцубо, коронарный микрососудистый вазоспазм, эмболия коронарного русла, некомпактная кардиомиопатия.

Инфаркт миокарда, обусловленный воспалением

Распространенность миокардита среди пациентов с инфарктом миокарда с необструктивным поражением коронарных артерий составляет около 33% [2]. Наиболее частой причиной миокардита, подтвержденного биопсией, является вирусная инфекция, выявленная при помощи ПЦР. Основные возбудители вирусного миокардита – аденовирусы, парвовирус В19, герпесвирус 6 типа и вирусы группы Коксаки. Эндотелиальные клетки представляют собой специфичные для парвовируса В19 мишени при PVB19-ассоциированном миокардите. Таким образом, ангинозный приступ и повышение сегмента ST на ЭКГ у пациентов с вирусным миокардитом, но без обструктивного ИБС, могут быть вызваны интенсивным микрососудистым спазмом в результате воспаления миокарда и эндотелиальной микрососудистой дисфункции [3]. Yılmaz и соавт. продемонстрировали, что после интракоронарного введения ацетилхолина у пациентов с миокардитом развивается вазоспазм в дистальных отделах коронарного русла. Помимо этого, заражение парвовирусом эндотелиоцитов коронарных артерий может вызвать своего рода «коронарный васкулит», который может являться основным фактором, определяющим клиническое течение и нарушение перфузии сердечной мышцы [4].

Миокардит купируется в течение 2–4 недель у 50% пациентов, но среди 12-25% больных наблюдаются обострения с риском летального исхода от острой сердечной недостаточности, либо перехода к терминальной стадии дилатационной кардиомиопатии, требующей трансплантации сердца. Особенно связан с плохим прогнозом гигантоклеточный миокардит. Таким образом, пациенты с миокардитом могут нуждаться в внутривенных инотропных средствах и / или механической поддержке кровообращения в качестве моста к выздоровлению или трансплантации и не требуют антиишемической терапии [5]. Лечение миокардита, имитирующего ИМ и характеризующегося дисфункцией ЛЖ, основано на использовании бета-блокаторов и ингибиторов АПФ. Недавнее исследование показало, что при энтеровирусном и аденовирусном миокардите, характеризующемся дисфункцией ЛЖ, снижение концентрации вируса, полученное при введении интерферона-бета, по-видимому, связан с более благоприятным прогнозом по сравнению с таковыми с персистенцией вируса [6].

Инфаркт миокарда, спровоцированный кардиомиопатией Такоцубо

Клиническая картина подобного состояния характеризуется обратимой острой сердечной недостаточностью, связанной с оглушением миокарда на фоне отсутствия ИБС. Пересмотренные диагностические критерии клиники Майо выглядят следующим образом:

- Временная гипокинезия, акинезия или дискинезия среднего сегмента ЛЖ с апикальным вовлечением или без него; аномалии движения регионарной стенки выходят за пределы бассейна одной коронарной артерии; стрессовый пусковой механизм часто, но не всегда присутствует;
- Отсутствие обструктивной ИБС или ангиографических признаков острого разрыва бляшки;
- Повышение сегмента ST и/или инверсия зубца T на ЭКГ или умеренное повышение уровней сердечных тропонинов I и T;
- Отсутствие феохромоцитомы и миокардита [7].

Отличить кардиомиопатию Такоцубо от острого миокардита и ОИМ на фоне стенозирующей ИБС бывает довольно затруднительно. Повышение уровней тропонинов несколько ниже по сравнению с классическим ОИМ. Кардиомиопатия Такоцубо обычно поражает женщин постменопаузального возраста [8].

Патофизиологические механизмы, ответственные за кардиомиопатию Такоцубо, сложны и могут различаться у разных пациентов. Хотя было предложено несколько механизмов (например, многососудистый вазоспазм, вызванное катехоламинами оглушение миокарда, спонтанный лизис коронарного тромба и острый микрососудистый спазм), причины синдрома Такоцубо все еще обсуждаются. Одно из исследований показало, что, независимо от этиологии, обратимая коронарная микрососудистая дисфункция является распространенной патофизиологической детерминантой синдрома Такоцубо [8].

Диагностировать подобное состояние позволяет вентрикулография левого желудочка. Контрастная эхокардиография миокарда с аденозином может подтвердить диагноз, демонстрируя обратимое коронарное сужение микрососудов. МРТ с контрастным веществом показывает типичную дисфункцию ЛЖ без обнаруживаемого некроза миокарда после введения гадолиния [9].

Долгосрочный прогноз крайне изменчив. Внутрибольничная смертность колеблется от 0% до 8%, тогда как годовая смертность составляет около 1-2% [10]. Основные осложнения, как правило, возникают в первой фазе, в основном они связаны с сердечной недостаточностью, желудочковыми аритмиями, разрывом стенки левого желудочка, тромбом левого желудочка и последующим риском системной эмболизации.

Templin и соавт. продемонстрировали, что в течение длительного периода наблюдения частота серьезных неблагоприятных сердечных событий и цереброваскулярных событий составляет 9,9% на пациента в год, а смертность - 5,6% на пациента в год [11].

Не существует рандомизированных исследований для определения оптимального лечения подобных состояний. Эмпирические терапевтические стратегии могут включать в себя использование кардиоселективных бета-адреноблокаторов у пациентов с обструкцией выносящего тракта ЛЖ, ингибиторы АПФ у пациентов с персистирующей дисфункцией ЛЖ, механическую поддержку у пациентов с кардиогенным шоком и антиагрегантную терапию [12].

Коронарный микрососудистый вазоспазм (КМВ)

КМВ – нестабильный вариант хронической микрососудистой стенокардии. Для КМВ характерна преходящая ишемия миокарда, о чем свидетельствуют изменения сегмента ST и стенокардия в условиях проходимых коронарных артерий. Исследования показали, что около 25% пациентов с MINOCA имеют признаки КМВ. Диагноз возможно поставить при условии возникновения типичных для больного симптомов во время провокационного теста с ацетилхолином и фиксации ишемических явлений на ЭКГ (депрессия сегмента ST или повышение сегмента ST на 0,1 мВ или более, или увеличение зубца Т как минимум в двух последовательных отведениях) при отсутствии спазма коронарных артерий (уменьшения их просвета более чем на 90%) [13, 14].

Прогноз для жизни благоприятный. Однако у трети больных симптомы стенокардии сохраняются даже на фоне приема БКК. Альтернативой в таком случае может стать прием вазодилатора фасудила [15].

Эмболия микрососудистого русла

Эмболия дистальных отделов коронарного русла – еще одна микрососудистая причина MINOCA, так как она обычно затрагивает микроциркуляцию. Состояние возникает в результате наследственных или приобретенных тромботических нарушений (тромбофилия Лейдена, дефицит протеинов S и C, антифосфолипидный синдром и другие). Некоторые врожденные пороки сердца также могут спровоцировать закупорку. В таких случаях наблюдаются и криптогенные ОНМК. Кроме того, эмболы возникают из вегетаций на клапанах, мелких фрагментов миксомы, папиллярной фиброэластомы, кальцинированных участков эндокарда [16, 17].

Трансторакальная, чреспищеводная и контрастная эхокардиография – главные методы обнаружения эмболов мелких артерий.

Коронароангиография может помочь в диагностике такого инфаркта миокарда в случае обнаружения закупорки дистальных ветвей коронарного русла, что очень затруднительно [16].

Лечение различное в зависимости от причины закупорки мелких сосудов. В случае возникновения пароксизмальной эмболии на фоне имеющегося ДМПП, порок требует чрескожного или открытого хирургического вмешательства. Вторичная профилактика подобной эмболии заключается в приеме антиагрегантов или транскатетерном закрытии дефекта. Среди пациентов, перенесших криптогенное ОНМК, связанное с открытым овальным окном, частота рецидивов инсульта была ниже среди тех, кому назначили закрытие ООО в сочетании с антиагрегантной терапией в сравнении с группой, лишь принимающей антиагреганты [18].

Инфаркт миокарда, обусловленный некомпактной кардиомиопатией

ИМ является типичным и нередким осложнением некомпактной кардиомиопатии (в отдельном регистре из 85 взрослых больных с синдромом НКМ частота острого ИМ составила 11,8%), его частота в более крупных выборках больных с НКМ и при более длительных сроках наблюдения заслуживает специального изучения.

Частота сопутствующего коронарного атеросклероза у больных с ИМ на фоне НКМ составила 20%, однако в большинстве случаев развитие ИМ не было связано с наличием коронарного атеросклероза.

Основными механизмами ИМ при НКМ, которые могут сочетаться друг с другом, являются тромбоэмболия в коронарные артерии при наличии тромбов в левых камерах сердца (как в предсердии, так и в желудочке), присоединение миокардита, в т.ч. вирусного, с развитием микроваскулита и очагового некроза в ишемизированном миокарде (более половины больных с ИМ), а также, возможно, резкое ухудшение кровоснабжения под некомпактным слоем в условиях малого сердечного выброса, вызванное другими причинами. Внутрисердечный тромбоз верифицирован у 60% больных с ИМ, эмболии в другие органы развились у 30%.

Развитие ИМ является угрожающим жизни осложнением НКМ, приводящим к резкому усугублению исходной систолической дисфункции ЛЖ и желудочковых нарушений ритма (смертность среди больных с ИМ на фоне НКМ в отдельном регистре составила 20% при среднем сроке наблюдения 10,5 месяцев).

С учетом механизмов развития ИМ при НКМ в качестве средств по его профилактике должны рассматриваться назначение антикоагулянтной терапии как минимум у пациентов с мерцательной аритмией и систолической дисфункцией, а также своевременная диагностика и лечение сопутствующего миокардита [19].

Список литературы:

1. J.S. Hochman et al. Sex, clinical presentation, and outcome in patients with acute coronary syndromes. Global strategies to open occluded coronary arteries in acute coronary syndromes IIb investigators // *New England journal of medicine*, 1999; 341: 226-232.
2. P. Tornvall et al. A meta-analysis of individual data regarding prevalence and risk markers for myocarditis and infarction determined by cardiac magnetic resonance imaging in myocardial infarction with non-obstructive coronary artery disease // *Atherosclerosis*, 2015; 241: 87-91.
3. H. Mahrholdt et al. Presentation, patterns of myocardial damage, and clinical course of viral myocarditis // *Circulation*, 2006; 114: 1581-1590.
4. A. Yilmaz et al. Coronary vasospasm as the underlying cause for chest pain in patients with PVB19 myocarditis // *Heart*, 2008; 94: 1456-1463.
5. A. Caforio et al. Current state of knowledge on etiology, diagnosis, management and therapy of myocarditis. A position statement of the European Society of Cardiology Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases // *European heart journal*, 2013; 34: 2636-2648.
6. I. Kindermann et al. Predictors of outcome in patients with suspected myocarditis // *Circulation*, 2008; 118: 639-648.
7. M. Madhavan et al. Acute heart failure in apical ballooning syndrome (Takotsubo/stress cardiomyopathy): clinical correlates and Mayo Clinic risk score // *Journal of American college of cardiology*, 2011; 57: 1400-1401.
8. L. Galiuto et al. Reversible coronary microvascular dysfunction: a common pathogenetic mechanism in apical ballooning or takotsubo syndrome // *European heart journal*, 2010; 31: 1319-1327.
9. O. Collste et al. Myocardial infarction with normal coronary arteries is common and associated with normal findings on cardiovascular magnetic resonance imaging: results from the Stockholm Myocardial Infarction with Normal Coronaries study // *Journal of internal medicine*, 2013; 273: 189-196.
10. A. Elesber et al. Four-year recurrence rate and prognosis of the apical ballooning syndrome // *Journal of American college of cardiology*, 2007; 50: 448-452.
11. C. Templin et al. Clinical features and outcomes of Takotsubo (stress) cardiomyopathy // *New England journal of medicine*, 2015; 373: 929-938.
12. G. Scalone et al. Pathophysiology, diagnosis and management of MINOCA: an update // *European heart journal: acute cardiovascular care*, 2019; 8(1): 54-62;
13. M. Mohri et al. Angina pectoris caused by coronary microvascular spasm // *Lancet*, 1998; 351: 1165-1169.
14. P. Ong et al. Coronary Vasomotion Disorders International Study Group (COVADIS). International standardization of diagnostic criteria for microvascular angina // *International journal of cardiology*, 2018; 250: 16-20.

15. A. Masumoto et al. Three-year follow-up of the Japanese patients with microvascular angina attributable to coronary microvascular spasm // International journal of cardiology, 2001; 81: 151-156.
16. S. Pasupathy et al. Systematic review of patients presenting with suspected myocardial infarction and non-obstructive coronary arteries (MINOCA) // Circulation, 2015; 131: 861-870.
17. S. Sastry et al. Young Adult Myocardial Infarction and Ischemic Stroke: the role of paradoxical embolism and thrombophilia (The YAMIS Study) // Journal of American college of cardiology, 2006; 48: 686-691.
18. J.L. Mas et al. Patent foramen ovale closure or anticoagulation vs. antiplatelets after stroke // New England journal of medicine, 2017; 377: 1011-1021.
19. О.В. Благова и соавт. Инфаркт миокарда как типичное проявление некомпактной кардиомиопатии // Российский кардиологический журнал, 2016; 138(10): 80-92.

СЕКЦИЯ 5.

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ

СИНДРОМ РИГИДНОГО ЧЕЛОВЕКА: НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ В ЛЕЧЕНИИ

Ганина Анастасия Михайловна

*научный сотрудник
Центра клеточных технологий и трансплантаций,
АО «Национальный научный медицинский центр»,
Республика Казахстан, г. Нур-Султан*

Аскарлов Манарбек Бапович

*д-р мед. наук, профессор,
руководитель Центра клеточных технологий и трансплантаций,
АО «Национальный научный медицинский центр»,
Республика Казахстан, г. Нур-Султан*

RIGID HUMAN SYNDROME: NEW PROSPECTS FOR TREATMENT

Anastasia Ganina

*Researcher
at the Center for Cellular Technologies and Transplantations,
JSC National Scientific Medical Center,
Kazakhstan, Nur-Sultan*

Manarbek Askarov

*Doctor of Medical Sciences, Professor,
Head of the Center for Cellular Technologies and Transplantations,
JSC National Scientific Medical Center,
Kazakhstan, Nur-Sultan*

АННОТАЦИЯ

СРЧ - это редкое и инвалидизирующее неврологическое заболевание, которое вызывает у людей периодическую мышечную скованность и судороги, которые чрезвычайно затрудняют повседневную деятельность, даже такую как ходьба. Т. к. применяемая лекарственная терапия не всегда эффективна, актуальным является рассмотрение новых перспективных методов.

Цель: Оценка эффективности терапии трансплантации аутологичной фракции стволовых клеток.

Метод: Аутологичная трансплантация стволовых клеток.

Выводы: Оценка результатов рассматриваемой терапии.

ABSTRACT

RHS is a rare and disabling neurological disease that causes people to experience periodic muscle stiffness and cramps, which make daily activities extremely difficult, even walking. Since the applied drug therapy is not always effective, it is relevant to consider new promising methods.

Purpose: Evaluation of the effectiveness of autologous stem cell fraction transplantation therapy.

Method: Autologous stem cell transplantation.

Conclusions: Evaluation of the results of the treatment in question.

Ключевые слова: синдром ригидного человека (СРЧ), клеточная терапия, культивирование.

Keywords: rigid human syndrome (RHS), cell therapy, cultivation.

Считается, что синдром имеет аутоиммунный компонент и часто связан с аутоиммунными заболеваниями, такими как тиреоидит, витилиго и пернициозная анемия [1, с. 36]. Его можно диагностировать после проведения различных анализов, включая анализы крови (например, на антитела к декарбоксилазе глутаминовой кислоты (GAD), которые повышены у 2 из 3 человек с синдромом ригидного человека), люмбальную пункцию и электромиографию. Лечение направлено на контроль симптомов и улучшение подвижности. Примеры способов лечения заболевания включают бензодиазепины, миорелаксанты, внутривенную терапию иммуноглобулином (IVIg), плазмаферез (также называемый плазмообменом) и ритуксимаб [2, с. 48]. Хотя некоторые люди с синдромом ригидного человека могут поддерживать разумные уровни активности при лечении, большинство из них становятся инвалидами с течением времени [2, с. 49].

Помимо лекарственной терапии, направленной на контроль судорог, недавние исследования показывают, что пациентом, у которых не наблюдается положительной динамики от лекарственной терапии, могут

получить пользу от лечения, так называемой аутологичной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток, рассматриваемый метод включает извлечение и культивирование собственных клеток костного мозга пациента, а затем их повторное введение [3, с. 6]. Лечение показало свою эффективность, потому что во многих случаях данное заболевание устойчиво к традиционной лекарственной терапии.

Общепринято, что при синдроме ригидного человека первично страдает центральный мотонейрон, и вследствие недостаточности тормозных надсегментарных влияний развивается гипервозбудимость сегментарного аппарата спинного мозга [4, с. 114].

Ход исследования. Под контролем находился пациент 40 лет, после консилиума было установлено заболевание Синдром ригидного человека, неясной этиологии, классической аутоиммунной формы.

Помимо лекарственной терапии пациенту в течении 3 раз с перерывами в 6 месяцев была проведена терапия трансплантации аутологичной фракции стволовых клеток, с наблюдением динамики показателей после каждой процедуры. Основными этапами являются извлечения биоматериала (в точности костного мозга) из подвздошной кости пациента в асептических условиях с последующей биотехнологией фракции выделенных стволовых клеток. Клетки костного мозга культивируются при определенном режиме в специально подобранной среде в течении 24 часов, с целью восстановления их биорегуляторной активности. Далее полученная аутологичная фракция гемопоэтических стволовых клеток вводилась пациентам внутривенно. За пациентом далее в клинических условиях велось детальное наблюдение в течении 3 суток, в дальнейшем после проводимой процедуры, также наблюдение контроля показателей, в точности перед повторением процедуры трансплантации аутологичной трансплантации стволовых клеток. И сравнение до и после проведения нескольких процедур.

У пациента была достигнута небольшая ремиссия, с заметным улучшением симптомов и частичное возвращением к премоурбидному функционированию.

Вывод. Синдром ригидного человека представляет собой новое показание для аутологичной трансплантации. Разрешение клинических проявлений синдрома, несмотря на стойкость антител к декарбоксилазе против глутаминовой кислоты после аутологичной трансплантации стволовых клеток, позволяет предположить, что антитело не играет прямой роли в патогенезе синдрома ригидного человека [5, с. 320]. Улучшение у пациента после аутологичной трансплантации предполагает, что иммуноопосредованные механизмы ответственны за симптомы, связанные с синдромом ригидного человека [6, с. 143]. Точный механизм,

с помощью которого иммунная система вызывает изменения в нервно-мышечной функции, является неопределенным. Хотя аутоантитела к глутаматдекарбоксилазе (GAD) могут служить биомаркером заболевания, маловероятно, что они участвуют в патогенезе активности заболевания [7, с.36]. Были достигнуты улучшения клинической картины, такие как: уменьшение мышечного тонуса, облегчения ходьбы, снижение частоты болезненных спазм в аксиальных мышцах и конечностях.

Список литературы:

1. Johns Hopkins. Stiff Person Syndrome. *Medicine: Neurology & Neurosurgery*. 2008. P 36-39.
2. Murinson B.B. Stiff Person Syndrome. *National Organization for Rare Disorders*. 2010.V 3, P. 49.
3. Nancy Theresa Rodgers-Neame, Stiff Person Syndrome, *Medscape Journal* 2008. P. 6.
4. Sullivan K.M, Muraro P, Tyndall A. Hematopoietic cell transplantation for autoimmune disease: updates from Europe and the United States. *Biol Blood*. 2011. P. 114-115.
5. Ciccoto G., Blaya M., Kelley R.E. Stiff person syndrome. *Neurol Clin*. 2013; 31.P.319-328.
6. Ances B.M., Dalmau J.O., Tsai J. Downbeating nystagmus and muscle spasms in a patient with glutamic-acid decarboxylase antibodies. *Am. J. Ophthalmol*. 2005.P.142-144.
7. Andreadou E., Kattoulas E., Sfagos C. et al. Stiff person: avoiding misdiagnosis. *Neurol. Sci*. 2007; 28. P. 35-37.

СЕКЦИЯ 6.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ УХА И СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2015-2019 ГГ.

Лозовая Елена Владимировна

*руководитель бюро № 9,
ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Астраханской области»,
РФ, г. Астрахань*

Зинукова Елена Владимировна

*врач по МСЭ бюро № 9,
ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Астраханской области»,
РФ, г. Астрахань*

Проблема тугоухости и глухоты имеет большую социальную и медицинскую значимость. По данным всемирной организации здравоохранения 2019 г. более 5% населения Земли (466 миллионов человек) страдают от инвалидизирующей потери слуха, из них 432 миллиона взрослых и 34 миллиона детей.

Инвалидность вследствие болезни уха не занимает ведущего места в структуре первичной инвалидности, тем не менее утрата слухового восприятия неизбежно ухудшает качество жизни больных, страдающих тем или иным типом тугоухости или глухотой. Тугоухостью называется стойкое снижение слуха различной степени выраженности, при котором возможно восприятие речи. Глухоту рассматривают как полное отсутствие слуха, при котором невозможно разборчивое восприятие речи. Стойкие нарушения функции слуха являются основной причиной ограничения способности к общению, ориентации, трудовой деятельности.

ФКУ «ГБ МСЭ по Астраханской области» проведено специальное исследование и рассчитан уровень инвалидности взрослого населения. Среди нозологических форм, приводящих к первичной инвалидности, по Астраханской области патология слуха занимает среди взрослого населения 11-12 место (табл.1).

Таблица 1.

Структура (%) и уровень (ИП) первичной инвалидности взрослого населения Астраханской области в 2015-2019 гг.

Нозологическая форма	2015 г.			2016 г.			2017 г.			2018 г.			2019 г.		
	абс	ИП	%	абс	ИП	%	абс.	ИП	%	абс	ИП	%	абс	ИП	%
Болезни уха и сосцевидного отростка	86	1,2	2,7	48	0,6	1,5	61	0,8	1,9	43	0,6	1,6	61	0,7	1,7

Интенсивный показатель первичной инвалидности на 10 тысяч взрослого населения среди лиц с патологией слуха составил в 2016 г. 0,6, в сравнении с 2015 г. снизился в 2 раза, что связано с началом деятельности сурдологического обследования в отделе реабилитационно-экспертной работы ФКУ «ГБ МСЭ по Астраханской области» и улучшением качества экспертизы.

В 2017 году по сравнению с 2016 наблюдался рост интенсивного показателя (ИП) вследствие болезней уха – на 32,2%. В 2018 году ИП вновь снизился до уровня 2016 года.

Среди впервые признанных инвалидами все инвалиды третьей группы.

В таблице 2 показано, что по половому признаку превалирует женское население (за исключением 2017 года, когда расхождение в показателях незначительное).

Таблица 2.

Структура первичной деятельности по половому признаку взрослого населения Астраханской области

Годы	2015 г.		2016 г.		2017 г.		2018 г.		2019 г.	
	абс число	удельный вес								
Всего	86	100	48	100	61	100	43	100	61	100
Мужчины	37	43	21	43,8	31	50,9	21	48,9	27	44,3
Женщины	49	57	27	56,2	30	49,1	22	51,1	34	55,7

По месту проживания доля первично признанных инвалидами вследствие болезней уха и сосцевидного отростка больше в городской местности, чем в сельской, где удельный вес в 2019 году составил 68,9 и 31,1 соответственно (табл.3).

Таблица 3.

**Структура первичной инвалидности по месту жительства
взрослого населения Астраханской области**

Годы	2015 г.		2016 г.		2017 г.		2018 г.		2019 г.	
	абс числ	удель- ный вес								
Всего	86	100	48	100	61	100	43	100	61	100
Город	62	72,1	33	66,8	36	59	25	58,2	42	68,9
Село	24	27,9	15	31,2	25	41	18	41,8	19	31,1

Анализ инвалидности по возрасту показывает, что больше всего инвалидов с болезнями уха в пенсионном возрасте. Наблюдается тенденция к увеличению удельного веса числа впервые признанных инвалидами в молодом возрасте от 18 до 44 лет за период с 2015 по 2019 года с показателями 5,8% в 2015 году до 11,6% в 2018 году и 4,9 % в 2019 году. (табл.4).

Таблица 4.

**Структура первичной инвалидности по возрастному признаку
взрослого населения Астраханской области**

Годы Возраст	2015 г.		2016 г.		2017 г.		2018 г.		2019 г.	
	абс число	удель- ный вес								
Всего	86	100	48	100	61	100	43	100	61	100
От 18 до 44 лет	5	5,8	3	6,2	5	8,2	5	11,6	3	4,9
Ж от 45 до 54 лет М от 45 до 59 лет	13	15,1	10	20,8	10	16,4	4	9,3	8	13,1

Окончание таблицы 4.

Трудоспособный возраст	18	20,9	13	27,0	15	24,6	9	20,9	12	19,7
Ж старше 55 лет М старше 60 лет	68	79,0	35	73,0	46	75,4	34	79,1	49	80,3

Среди взрослого населения первое место занимает сенсоневральная тугоухость, на втором месте – смешанная, на третьем – кондуктивная (табл.5).

Таблица 5.

Структура первичной инвалидности по типам тугоухости у взрослого населения Астраханской области

	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.
сенсоневральная	85	46	55	33	38
кондуктивная	-	-	-	1	1
смешанная	1	2	6	9	22

Важнейшим и нередко единственным средством реабилитации лиц с нарушением слуха является слухопротезирование (электроакустическая коррекция), которое включает комплекс мероприятий по улучшению слуха, состоящий из подбора слухового аппарата, обучения и тренировки пользования слуховым аппаратом.

У инвалидов с кондуктивной или смешанной тугоухостью, имеющим порок костной проводимости на стороне протезирования более 45 дБ, возможно использование современных слуховых аппаратов.

Не смотря на успехи реабилитации больных с патологией слуха (внедрение новых методов микрохирургических слухоулучшающих операций при заболеваниях среднего уха, улучшения звукоусиливающей аппаратуры и др.) число больных с нарушением слуха продолжает увеличиваться, хотя показатели первичного выхода на инвалидность с данной патологией за последние 5 лет остаются стабильными.

Список литературы:

1. Альтман Я.А., Таварткиладзе Г.А. Руководство по аудиологии. – М.: ДМК Пресс, 2003. – 360 с.: ил.
2. Дайхес Н.А. Регистр диагностики и лечения нарушений слуха у жителей Российской Федерации / Н.А. Дайхес, Е.В. Гузь, В.С. Дергачев и др.// Российская оториноларингология. — 2007. — 3 . — С.16-19.
3. Дмитриев Н.С., Таварткиладзе Г.А. Медико-социальная экспертиза пациентов с нарушениями слуха /Н.С. Дмитриев, Г.А. Таварткиладзе // Материалы 17-го съезда оториноларингологов России. - 2006 г.-С. 20-21.
4. Руководство по аудиологии и слухопротезированию / И.Б. Лятковский, М. Грычынский, Б. Гоффманн и др. — М., 2009. -283 с.

СЕКЦИЯ 7.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИЙ БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА В АМБУЛАТОРНОМ ЗВЕНЕ

Коваленко Дарья Владимировна

*студент,
Сибирский государственный медицинский университет,
РФ, г. Томск*

Шибалков Иван Петрович

*и.о. заведующего
кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья,
Сибирский государственный медицинский университет,
РФ, г. Томск*

Бойков Вадим Андреевич

*канд. мед. наук, первый заместитель
начальника департамента здравоохранения Томской области,
Сибирский государственный медицинский университет,
РФ, г. Томск*

EVALUATION OF EFFICIENCY OF APPLICATION OF ECONOMIC PRODUCTION TECHNOLOGIES IN THE OUT-OF-ART

Daria Kovalenko

*Student, Siberian State Medical University,
Russia, Tomsk*

Ivan Shibalkov

*Acting as Chair of the Department of Public Health and Public Health,
Siberian State Medical University,
Russia, Tomsk*

Vadim Boikov

*Candidate of Medical Sciences,
First Deputy Head of the Department of Health of the Tomsk Region,
Siberian State Medical University,
Russia, Tomsk*

АННОТАЦИЯ

В работе представлены результаты оценки эффективности внедрения Стандарта организации амбулаторной помощи на территории Томской области. Оценка проводилась через показатель удовлетворённости населения. Данная работа была проведена на базе 35 МО Томской области в течение 2019 года. Для оперативного мониторинга за ситуацией в МО применялся специально разработанный для проекта сервис онлайн аудита TesMed, который представляет собой набор инструментов для формирования обратной связи от пациентов.

Результаты анализа данных показали, что доля граждан, положительно оценивавших работу МО, внедрявших Стандарт, в 2019 году составляла 88,8%, тогда как в аналогичном периоде 2018 года данный параметр был 78,6%.

Также проводилась оценка удовлетворённости пациентов работой каждого из структурных отделений МО. Результатом внедрения Стандарта стало снижение доли граждан, недовольных: работой регистратуры, ожиданием приёма врача, а также навигацией внутри МО.

ABSTRACT

The paper presents the results of evaluating the effectiveness of the implementation of the Standard of Outpatient Care Organization in the Tomsk Region. The assessment was carried out through an indicator of population satisfaction. This work was carried out on the basis of 35 municipalities of the Tomsk region during 2019. For operational monitoring of the situation in the Ministry of Defense, the TesMed online audit service, specially developed for the project, was used, which is a set of tools for generating feedback from patients.

The results of the analysis of the data showed that the proportion of citizens who positively assessed the work of the Moscow Region who implemented the Standard in 88 was 88.8%, while in the same period in 2018 this parameter was 78.6%.

An assessment of patient satisfaction with the work of each of the structural units of the Moscow Oblast was also conducted. The implementation of the Standard resulted in a decrease in the proportion of people dissatisfied with the work of the registry, waiting for a doctor, and navigation inside the Moscow Region.

Введение

С 2019 года российское здравоохранение вступило в новый этап системных преобразований первичного звена, в связи со стартом федерального проекта «Развитие первичной медико-санитарной помощи», основной целью которого стало решение основных проблем амбулаторного звена, путем обеспечения оптимальной доступности медицинских организаций (МО) для населения. Одним из инструментов для решения выше обозначенных проблем стало применение принципов бережливого производства и стандартизации в организации процесса оказания медицинской помощи.

Так, на территории Томской области опыт МО по применению бережливых технологий для улучшения отдельных процессов оказания амбулаторной помощи, был обобщен и представлен в виде единого документа – Стандарта организации амбулаторной помощи на территории Томской области (далее – Стандарт), который регламентировал единые подходы к организации работы поликлиник и их структурных подразделений.

Цель исследования - Оценить эффективность внедрения Стандарта организации амбулаторной помощи на территории Томской области через оценку удовлетворенности граждан.

Материалы и методы

В 35 МО Томской области в течение 2019 года осуществлялось внедрение мероприятий Стандарта. Для оперативного мониторинга за ситуацией в МО применялся специально разработанный для проекта сервис онлайн аудита TesMed, который представляет собой набор инструментов для формирования обратной связи от пациентов. С помощью мобильных приложений и веб-сервиса посетители МО, для каждой из которых был сформирован индивидуальный QR-код, размещавшийся внутри МО, оценивали организацию медицинской помощи и условия, в которых она оказывается.

Пациент, находясь в прямой близости с размещенным QR-кодом, получал возможность, используя функционал смартфона, идентифицировать МО и поставить оценку по пятибалльной шкале.

Если пациент ставил меньше пяти баллов, приложение предлагало ему выбрать причину неудовлетворенности из следующего списка:

- длительность ожидания приема;
- долгое ожидание в регистратуре;
- проблемы записи на прием;
- не понятны рекомендации на приеме;
- грубость персонала;
- отсутствие комфортных условий;
- физическая грязь;
- сложность восприятия навигации.

Для оценки эффективности внедрения Стандарта было проанализировано 583 анкеты (ноябрь 2018 – 253, ноябрь 2019 – 330). Средний возраст респондентов составил $38,5 \pm 9,5$ лет. Из общего числа опрошенных 59,6% составили женщины, а 40,4% мужчины. Средний возраст женщин: $31,1 \pm 8,1$ лет, мужчин: $30,1 \pm 7,1$ лет ($p=0,54$).

Для статистической обработки был использован пакет программ Statistica 10.0 for Windows.

Результаты и их обсуждение

Результаты анализа данных показали, что доля граждан, положительно оценивавших работу МО, внедрявших Стандарт, в 2019 году составляла 88,8%, тогда как в аналогичном периоде 2018 года данный параметр был 78,6%

Следует отметить, что результатом реализации мероприятий по улучшению работы регистратур МО стало снижение доли граждан, недовольных работой данного структурного подразделения с 4,3% до 3% (ОШ=0.64, 95%ДИ 0.27-1.5).

В 2018 году грубость медицинских работников отмечали 4,8% респондентов, а длительное время ожидания приема врача 11%, в 2019 году данные показатели составили 2,7% и 9,6% соответственно (ОШ=0.57, 95%ДИ 0.24-1.4; ОШ=0.85, 95%ДИ 0.5-1.45). А также результатом внедрения Стандарта в 35 МО стало снижение на 3,3% доли граждан неудовлетворенных навигацией внутри МО (2018 – 3,9% vs 2019 – 0,6%) - (ОШ=0.15, 95%ДИ 0,03-0.7).

Заключение

По данным проведенного исследования применение технологий бережливого производства в организации работы первичного звена здравоохранения является эффективным методом улучшения процессов оказания медицинской помощи и повышения удовлетворенности граждан медицинской помощью.

Список литературы:

1. Стандарт организации амбулаторной помощи на территории Томской области.
2. Левкевич М.М. Государственная и муниципальная политика в сфере здравоохранения: реализация и оценка эффективности [Текст] : монография / М.М. Левкевич, Н.В. Рудлицкая. - Москва : ИНФРА-М, 2016. - 216 с. : табл. - (Научная мысль).
3. Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст] : учебник / В.А. Медик. - 3-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 656 с.
4. Салагай О.О. Как будет развиваться здравоохранение в ближайшие годы [Текст] / О.О. Салагай // Управление качеством в здравоохранении. - 2019. - № 1. - С.14-15.
5. Социальные факторы формирования общественного здоровья [Текст] // Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения. - 2019. - № 3. - С. 3-14.
6. Герасимов А.Н. Медицинская статистика; Медицинское информационное агентство - Москва, 2007. - 480 с.

СЕКЦИЯ 8.

ПЕДИАТРИЯ

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ГЕРМАНСКОГО-ПУДЛАКА

Базарбаева Айгуль Абаевна

*канд. мед. наук,
Научный центр педиатрии и детской хирургии,
Республика Казахстан, г. Алматы*

Кәрімова Қымбат Маратбекқызы

*Резидент-педиатр,
Научный центр педиатрии и детской хирургии,
Республика Казахстан, г. Алматы*

CLINICAL CASES OF GERMAN-PUDLAK SYNDROME

Aigul Bazarbayeva

*Candidate of medical Sciences,
Scientific Center of the Pediatrics and Pediatric Surgery,
Republic of Kazakhstan, Almaty*

Kymbat Karimova

*Resident pediatrician,
Scientific Center of the Pediatrics and Pediatric Surgery,
Republic of Kazakhstan, Almaty*

АННОТАЦИЯ

В статье описан случай редкой патологии, одной из форм наследственных тромбоцитопатий - синдрома Германского-Пудлака, а также приведены диагностические критерии наследственных тромбоцитопатий, клинически сопровождающиеся альбинизмом.

ABSTRACT

The article describes a case of a rare pathology, one of the forms of hereditary thrombocytopathies - German-Pudlak syndrome, and also provides diagnostic criteria for hereditary thrombocytopathies that are clinically accompanied by albinism.

Ключевые слова: наследственные тромбоцитопатии; синдром Германского-Пудлака; синдром Чедиака-Хигаси; дети.

Keywords: hereditary thrombocytopathies; German-Pudlak syndrome; Chediak-Higashi syndrome; children.

Цель исследования изучить клинические особенности редкого наследственного синдрома Германского –Пудлака, представить дифференциально-диагностические критерии заболевания.

Методы исследования: Исследование основано на данных клинического наблюдения за пациентом, получившим амбулаторное обследование в клинко-диагностическом отделении Научного центра педиатрии и детской хирургии (НЦПДХ) г. Алматы.

Актуальность: Синдром Германского-Пудлака – редкое наследственное заболевание, характеризующееся нарушением плотности гранул тромбоцитов, вследствие чего развивается тромбоцитопатия с геморрагическим диатезом, а также альбинизмом в сочетании с нистагмом, нарушением остроты зрения и отложением цероидных пигментов в клетках ретикулоэндотелиальной системы [1].

Данный синдром был впервые описан в 1959 г. чешскими терапевтами F. Hermansky и P. Pudlak. Частота встречаемости составляет 1:500000-1000000. Спорадическое возникновение данного заболевания выявляются во всех этнических группах, однако по литературным данным, частота встречаемости в Пуэрто-Рико намного чаще и составляет 1:1800 [2].

Синдром Германского-Пудлака является генетически гетерогенным заболеванием, с аутосомно-рецессивным типом наследования. В настоящее время известны 9 подтипов, клинические проявления которых развиваются при дефектах в генах AP3B1, HPS3, HPS5, HPS6, DTNBP1, BLOC1S3, PLDN, однако причиной развития этого синдрома, в основном, является мутация гена HPS1.

Ген HPS1 расположен в хромосоме 10 в регионе 10q23.1-23.3 10q24.2 и кодирует трансмембранный белок, являющийся компонентом внутриклеточных органелл - лизосом, меланом, плотных гранул тромбоцитов [3].

При синдроме Германского-Пудлака фенотипический альбинизм возникает из-за изменения накопления и хранения меланина в гранулах-меланосомах и сопровождается выраженным нистагмом, нарушением остроты зрения, светобоязнью, иногда косоглазием [4].

Накопление цероидных пигментов в клетках ретикулоэндотелиальной системы приводит к их дисфункции и формированию легочных фиброзов, уплотнений лимфатических узлов, воспалительным заболеваниям кишечника, почечной недостаточности, кардиомиопатии.

Развитие геморрагического диатеза при этом синдроме связано с нарушением формирования и наполнения плотных гранул в тромбоцитах [4-5]. Тромбоцитопатия с нарушением пула хранения плотных гранул тромбоцитов может проявляться как изолированно, так и в составе сложных синдромов. При данной разновидности тромбоцитопатий необходимо проводить дифференциальную диагностику с синдромом Чедиака-Хигаси, для которого также характерны альбинизм, различные офтальмологические нарушения, снижение плотности гранул тромбоцитов, вызывающие геморрагические проявления. Для синдрома Чедиака-Хигаси, который относится к особой группе первичных иммунодефицитных состояний, характерна нейтропения, деформация и малые размеры ядер клеток, резкое снижение фагоцитарной активности гранулоцитов, в связи, с чем отмечается высокая чувствительность к инфекциям - постоянно обостряющиеся отиты, тонзиллиты, легочные заболевания, гнойничковые поражения кожи. Кроме тяжелых гнойных инфекций, альбинизма, косоглазия, светобоязни, нистагма и кровоточивости, могут развиваться прогрессирующая нейропатия, гемофагоцитарный синдром, который клинически проявляется лихорадкой, отеками, гепатоспленомегалией, желтухой, лимфоаденопатией, панцитопенией, коагулопатией, судорогами, комой [5-6].

Клинический случай. Ребенок 7 лет обратился с родителями в клинко-диагностическое отделение НЦПДХ с жалобами на запах изо рта, периодические обильные носовые кровотечения, которые чаще купируются только после тампонады носа, проводимой сотрудниками медицинской организации, чаще всего врачами скорой помощи. Один из эпизодов выраженного геморрагического синдрома в виде кровотечения был после операции Циркумцизия, потребовалось повторное лигирование сосудов.

Из анамнеза известно, что родители пациента здоровы, ребенок от 5 беременности, которая протекала без осложнений, 5 родов. Родился в срок, вес при рождении – 4914 гр., рост – 52 см. Сразу после родов консультирован генетиком и окулистом по месту жительства, выставлен

диагноз: Альбинизм, кожно-глазная форма. Врожденная тапеторетинальная дистрофия сетчатки правого глаза, постоянный горизонтальный нистагм. С раннего детства у ребенка непереносимость солнечного света, отмечаются ожоги кожи при пребывании на солнце. На улицу в дневное время без солнцезащитных очков не выходит. Перенес ветряную оспу в 4 летнем возрасте. Не относится к группе часто болеющих детей респираторными заболеваниями. В течение года эпизодов простудных заболеваний 4-5, без осложнений. Пневмонии, отиты и другие гнойные инфекции отрицает.

Семейный анамнез по коагулопатиям не отягощен. Дебют геморрагического синдрома с 3 летнего возраста, в виде носовых, десневых кровотечений, отмечалось длительное луночковое кровотечение после удаления молочного зуба, для купирования которого было необходимо применение гемостатических препаратов. Кожные геморрагии проявлялись в виде спонтанных и провокационных экхимозов. По словам родителей постоянная кровоточивость и невозможность играть со сверстниками на солнце привели к социальной дезадаптации ребенка – психологическим проблемам из-за кровоточивости и ожогов на коже.

При осмотре интеллектуальное развитие соответствует возрасту. Небольшой вертикальный нистагм, светобоязнь. Волосы светлые, тонкие, мягкие. Склеры голубоватого оттенка с феноменом «красных глаз». Кожные покровы сухие, бледноватые, на нижних конечностях имеются экхимозы с размытыми краями, разной степени цветения. Других изменений в органах при объективном осмотре не выявлено.

Учитывая факт наличия выраженного геморрагического синдрома, носовые и десневые кровотечения, петехиально-пятнистый (синячковый) тип кровоточивости, по алгоритму обследования пациентов с кровотечениями для выявления локализации дефекта в системе гемостаза проводились следующие лабораторные исследования: общий анализ крови - для выявления тромбоцитопении, которая является одной из основных причин геморрагического синдрома; свертываемость крови, длительность кровотечения, коагулограмма, определение уровня факторов VIII и IX, с целью исключения коагулопатий; лабораторные исследования функционального состояния тромбоцитов, определение уровня фактора Виллебранда, с целью исключения тромбоцитопатий.

В общем анализе крови пациента - микроцитарная, гипохромная анемия 1 степени тяжести – 96г/л, умеренный тромбоцитоз – 480×10^9 /л, ускоренное СОЭ – 26 мм/ч (рисунок 1).

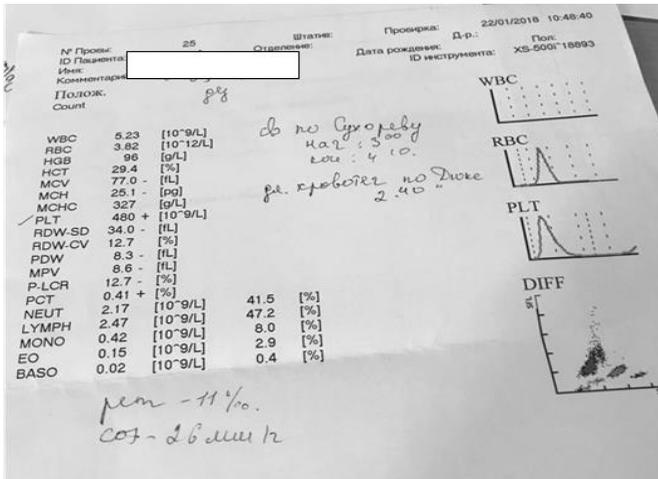


Рисунок 1. Общий анализ крови ребенка

Свертываемость по Сухареву начало: 3.00; конец: 4.10. Длительность кровотечения по Дюке - 2.40. Коагулограмма: АЧТВ -35. ПТИ-98%, уровень фактора VIII – 92%, фактора Виллебранда – 102%, адгезия тромбоцитов - 22%, агрегация тромбоцитов с АДФ, эпинефрином, коллагеном, ристоцетином в норме (рисунок 2).

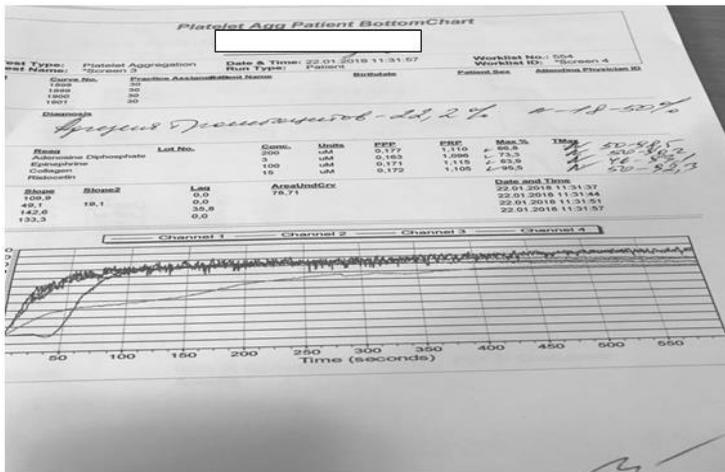


Рисунок 2. Адгезия и агрегация тромбоцитов

В связи с анемией в общем анализе крови дополнительно определены уровень сывороточного железа и ферритина, которые были снижены и констатирована железодефицитная анемия. Остальные стандартные биохимические показатели в пределах возрастной нормы.

Таким образом, учитывая факт наличия патологического кровотечения, исключив тромбоцитопению (в общем анализе крови), коагулопатию, поскольку были нормальные показатели плазменного гемостаза, исключив синдром Чедиака-Хигаси (нет нейтропении, частых инфекций, нормальная иммунограмма), а также на основании анамнеза заболевания, клинического фенотипа пациента - выраженный рецидивирующий геморрагический синдром в виде периодических, длительных носовых кровотечений, появления спонтанных и провокационных экхимозов; врожденный постоянный нистагм, светобоязнь; нарушение остроты зрения; альбинизм; выставлен диагноз синдром Германского - Пудлака, железодефицитная анемия, легкой степени тяжести, смешанного генеза.

Заключение. Данный клинический случай интересен в плане диагностики пациента с редкой наследственной патологией, синдромом Германского-Пудлака, который характеризуется тромбоцитопатией с геморрагическими проявлениями, альбинизмом и отложениями периодоподобных пигментов в лизосомах различных тканей. В дальнейшем ребенок будет наблюдаться по месту жительства, с проведением необходимых исследований в динамике с целью исключения возникновения осложнений в виде легочного фиброза, колитов, поражения почек, кардиомиопатий.

Таким образом, тщательно собранный анамнез, определение типа, локализации кровоточивости и клиническое обследование пациентов в сочетании с лабораторными данными составляют основу для окончательного диагноза, определения генеза, какое из звеньев гемостаза поражено.

Список литературы:

1. Дёмина И.А., Кумскова М.А., Пантелеев М.А. Тромбоцитопатии. Российский журнал детской гематологии и онкологии (РЖДГО). 2015; 2(1): 54-60.
2. Pierson D.M., Ionescu D., Qing G., Yonan A.M., Parkinson K., Colby T.C., Leslie K. Pulmonary fibrosis in Hermansky-Pudlak syndrome. A case report and review. *Respiration Int. Rev. Thorac. Dis.* 2006; 73(3): 382-95.
3. Cullinane A.R., Curry J.A., Carmona-Rivera C., Summers C.G., Ciccone C., Cardillo N.D., Dorward H., Hess R.A., White J.G., Adams D., Huizing M., Gahl W.A. A BLOC-1 mutation screen reveals that PLDN is mutated in Hermansky-Pudlak syndrome type 9. *Am. J. Hum. Genet.* 2011; 88 (6): 778-87.

4. Дёмина И.А., Зозуля М.И., Лихачева Е.А., Васильев С.А., Яструбинецкая О.И., Пантелеев М.А. Синдром Германского-Пудлака: особенности дифференциальной диагностики редкой формы наследственной тромбоцитопатии. Гематология и трансфузиология. 2015; 80(4): 41-44.
5. Saeed N., Al-Saad Kh., Shome D., Jamsheer H. A child with Chediak-Higashi and trisomy 21 syndromes. Royal Coll. Surg. Ireland Stud. Med. J. 2012; 5(1): 47-9.
6. Bradley Power, Carlos R. Ferreira, Dong Chen, Wadih M. Zein, Kevin J. O'Brien, Wendy J. Introne, Joshi Stephen, William A. Gahl, Marjan Huizing, May Christine V. Malicdan, David R. Adams & Bernadette R. Gochuico Hermansky-Pudlak syndrome and oculocutaneous albinism in Chinese children with pigmentation defects and easy bruising Orphanet Journal of Rare Diseases. 2019; 52(14): 3-14.

ФАРМАКОЛОГИЯ

СЕКЦИЯ 9.

ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

ЭФФЕКТИВНАЯ МУКОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ

Аманова Гавхар Султановна

*канд. мед. наук,
заведующий кафедры Фармакологии и клинической фармакологии
Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии,
Республика Узбекистан, г. Ургенч*

ABSTRACT

For various reasons, in the last decade there has been a tendency to increase the incidence of acute bacterial bronchitis . This pathology is included in the list of ten conditions that require the greatest costs for treatment . Adverse changes in the environment, air pollination, increased amounts of pollutants, and increased pollen Allergy are additional etiopathogenetic factors in bacterial bronchitis.

АННОТАЦИЯ

В силу различных причин в последнее десятилетие наблюдается тенденция к увеличению заболеваемости острыми бактериальными бронхитами. Данная патология входит в список десяти состояний, требующих наибольших затрат для лечения. Неблагоприятные изменения в окружающей среде, опыление воздуха, повышенное количество поллютантов, повышенная пыльцевая аллергия являются дополнительными этиопатогенетическими факторами в бактериальных бронхитах.

Keywords: bronchitis, tracheitis, infection, bacteria, inflammation, relapses.

Ключевые слова: бронхит, трахеит, инфекция, бактерии, воспаления, рецидивы.

Актуальность. Следует подчеркнуть, что у детей, особенно раннего возраста, непродуктивный кашель чаще обусловлен повышенной вязкостью бронхиального секрета, нарушением "скольжения" мокроты по бронхиальному дереву, недостаточной активностью мерцательного эпителия бронхов и сокращения бронхиол [1. Стр.1]. Поэтому целью назначения противокашлевой терапии в подобных случаях является, прежде всего, разжижение мокроты, снижение ее адгезивных свойств и усиление тем самым эффективности кашля, то есть усиление кашля при условии перевода его из сухого, непродуктивного во влажный, продуктивный.

Цель и задачи: Ацетилцистеин активен в отличие от других муколитиков, обладает способностью разжижать гной. Эффективность ацетилцистеина в отношении любого вида мокроты особенно важно при бактериальных инфекциях, когда следует быстро уменьшить вязкость мокроты с гнойными включениями чтобы дать возможность эвакуировать ее из дыхательных путей предотвратить распространение инфекции [2. Стр. 5]. Кроме того ацетилцистеин тормозит полимеризацию мукопротеидов, снижает вязкость, адгезивность, тем самым оптимизирует функцию муколитиков транспорта и уменьшает степень повреждения бронхиального эпителия. ацетилцистеин обладает способностью ингибировать адгезивность бактерии на эпителий верхних дыхательных путей достоверно уменьшая частоту инфекционных осложнений ОРВИ у детей т. к. снижает колонизацию бактериями слизистых оболочек тем самым предотвращая их инфицирование препарат также стимулирует синтез секрета мукозных клеток лизирующих фибрин и кровяные сгустки что безусловно повышает его эффективность при инфекционном воспалении в дыхательных путях [3. Стр 4]. Высокая эффективность ацетилцистеина обусловлена его уникальным тройным действием муколитическим, антиоксидантным и антиоксическим. Антиоксидантное действие связано с наличием у ацетилцистеина нуклеофильной тиоловой SH группы, которая легко отдает водород, нейтрализуя окислительные радикалы [4. Стр. 2]. Препарат способствует синтезу глутатиона-главной антиокислительной системы организма, что повышает защиту клеток от повреждающего воздействия свободно радикального окисления свойственного интенсивной воспалительной реакции. С другой стороны прямое антиоксидантное действие ацетилцистеина оказывает существенный протективный эффект в отношении агрессивных агентов, поступающих в организме с дыханием: табачного дыма городского смога, токсических дымов и загрязнителей воздуха. Ацетилцистеин обладает выраженной неспецифической антиоксической активностью - препарат эффективен при отравлении различными органическими и неорганическими соединениями. Детоксикационные свойства ацетилцистеина

используются при лечении отравлений. Ацетилцистеин основной антидот при передозировке парацетамола. I Ziment описал предотвращение повреждений печени не только при передозировке парацетамола, но и при гемморагических циститах, вызванных алкилирующими веществами (в частности, циклофосфамидом) [4.Стр 5]. АЦЦ 600 назначают 1раз /сут. Но только детям старше 12лет. Длительность курса зависит от характера и течение заболевания и составляет при острых бронхитах и трахеобронхитах от 3до 14 дней при хронических заболеваниях 2-3 недели. При необходимости курсы лечением могут быть повторены. Применяют после еды. Детям в возрасте менее 2лет рекомендован прием 2-3 раза/сут. по 2.5 мг, детям в возрасте 2-5лет 2-3 раза/суток по 5 мл, детям в возрасте 6-14лет 3-4раза/суток по 5 мл. При изучении эффективности амброксола и ацетилцистеина при хронических заболеваниях легких было показано некоторое преимущество амброксола особенно при необходимости ингаляционного введение препарата однако про остром инфекционном процессе более высокая эффективность АЦЦ была очевидно. Именно АЦЦ благодаря своему прямому действию на реологический свойства мокроты действует быстро и эффективно. Амброксол обладая в основным мукорегулирующим действием воздействия на реологические свойства мокроты в сторону уменьшения ее вязкость через более продолжение время. Во вторых АЦЦ обладает способностью расщепляет гнойную мокроту, что не является свойства амброксола, а это очень важно при бактериальной инфекции когда необходимости достаточно быстро помочь эвакуации гнойной мокроты из дыхательных путей и предотвратить распространение инфекции.

Материалы и методы. С целью оценить безопасность и эффективность муколитиков в том числе с разными методами доставки нами в течение 1 года проводилось сравнительное исследования некоторых отхаркивающих и муколитических препаратов у детей различных возраста групп страдающих острым и хронический бронхолегочными заболеваниями [5.Стр. 2]. Работа осуществляется под руководством сотрудников кафедры детских болезней и кафедры фармакологии и клинической фармакологии Ургенческого филиала ТМА в семейной поликлинике № 29 Ургенческого района. Всего в исследования были включены 259 детей с острой и хронической бронхолегочной патологией в возрасте с первых дней жизни до 15лет. Из них 92 ребенка получали АЦЦ, 117 детей амброксол в виде таблеток, сиропа, ингаляционный, 50 пациентов составили группу сравнение. Методы введения препаратов зависели от характера респираторных патологии и возраста ребенка. Препараты использовали в обычных терапевтических дозировках, длительность терапии составила от 5 до15 дней. Оценивали сроки появления продуктивного кашля, уменьшение его интенсивности

и сроки выздоровления. Кроме того оценивалась вязкость мокроты. Критерием исключения из исследования являлось применение других муколитиков, отхаркивающих или противокашлевых препаратов менее чем за 14 дней до начала исследования.

Результаты исследования. В результате проведенных наблюдений было установлено, что наилучший клинический эффект у детей с острым бронхитом был получен при применении АЦЦ. Так, на 2-е сутки после назначения АЦЦ кашель несколько усиливался, но становился более продуктивным, на 3-день лечения отмечалось ослабление кашля и его исчезновение на 4-5й день применения препарата [6. Стр 7]. При назначении амброксола у половины детей интенсивность кашля значительно уменьшилось на 4-е сутки терапии, на 5-6е сутки, как правило, ребенок выздоравливал. Бромгексин в нашем исследовании продемонстрировал неплохой муколитический эффект, однако способствовал улучшению реологических свойств мокроты и уменьшению интенсивности кашля в среднем на 1-2суток позже амброксола и на 2-3суток позже АЦЦ. При назначении мукалтина кашель был достаточно выраженным на 6-8 дней и выздоровление наступало к 8-10-му дню от начала заболевания. Нежелательных эффектов и побочных реакции в нашей работе выявлено не было.

Список литературы:

1. Самсыгина Г.А. Противовоспалительная терапия острых респираторных инфекций у детей Педиатрия 1(90) 102-106.
2. Крамеров С.А. Патогенетическая терапия острых респираторных инфекции у детей Сов.педиатр 4(32)128-131с
3. Шамсиев Ф.М. Н.Х.М. Мирсалихова Украина. Мед. Часопис 2(106)-III/IV
4. ГеппеН.А., Малахов А.Б. Муколитические и противокашлевые средства в практике педиатра Детский доктор-1999№4 С42-45.
5. ФещенкоЮ.И., Ящина Л.А. Хронические обструктивные заболевания легких Доктор -2004№2 С27-30.
6. Alimetov H.A., Raupov M.G. Laryngopharynx dyskinesia in osteochondrosis of the upper cervical level. // Actual issues of otorhinolaryngology: Sat. materials conf., ded. 75th anniversary of the cafe. otorhinolaryngology kazan, state honey. in-that. - Kazan, 2000. - S. 61-63.

**ИССЛЕДОВАНИЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОГО
И МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА КАМЕДИ
АСАФЕТИДЫ ВЫПУЩЕННОГО В ВИДЕ БАДА
«АСФЕРВОН»**

Самединов Рустем Селяметович

*докторант кафедры фармакологии и клинической фармации,
Ташкентский Фармацевтический институт,
Республика Узбекистан, г. Ташкент*

Набиев Абдували Набиевич

*канд. мед. наук,
руководитель фармако-токсикологической лаборатории
при Государственном центре экспертизы
и стандартизации лекарственных средств,
изделий медицинского назначения и медицинской техники,
Республика Узбекистан, г. Ташкент*

Туляганов Саттар Хакимович

*канд. тех. наук, Директор ЧП “ABDU-S”,
Республика Узбекистан, г. Ташкент*

**STUDY OF PHARMACOLOGICAL ACTIVITY
AND MICROELEMENT COMPOSITION OF ASSA FOETIDA
GUM PRODUCED AS FOOD SUPPLEMENT “ASFERVON”**

Rustem Samedinov

*Doctoral student,
Department of Pharmacology and Clinical Pharmacy,
Tashkent Pharmaceutical Institute,
Uzbekistan, Tashkent*

Abduvali Nabiev

*Phd, head of the pharmacological and toxicological laboratory
at the state center for expertise and standardization of medicines,
medical devices and medical equipment,
Uzbekistan, Tashkent*

Sattar Tulyaganov

*Phd., Director of "ABDU-S" company,
Uzbekistan, Tashkent*

АННОТАЦИЯ

Целью данного исследования было изучение простатопротекторных свойств и микроэлементного состава камеди Асафетиды выпущенного в виде БАДа «Асфервон». Для определения состояния предстательной железы использовали модель андрогенной недостаточности у лабораторных животных вызванных орхиэктомией (кастрацией). Результаты показали, что в случае сравнения с интактными животными нормализация массы простаты под влиянием «Асфервона» была более выраженной. Таким образом, БАД из растения *Ф. вонючая* «Асфервон», обладает выраженным простатопротекторным действием.

ABSTRACT

The aim of this research was to study the prostatoprotective properties and trace element composition of Assafoetida gum "Asfervon" food supplement. To determine the state of the prostate gland, a model of androgen deficiency in laboratory animals caused by orchietomy (castration) was used. The results showed that in the case of comparison with intact animals, normalization of prostate mass under the influence of Asfervone was more pronounced. Thus, food supplement from the plant *Ferula Assafoetida* "Asfervone", has a pronounced prostatoprotective effect.

Ключевые слова: тестостерон; простата, ДГП.

Keywords: testosterone; prostate, benign prostatic hyperplasia

Простатопротекторное действие испытуемых препаратов проводили на лабораторных крысах, самцах. Патология предстательной железы в частности гиперплазия простаты (ДГП) в структуре заболеваемости при обследовании азиатских мужчин в возрасте 40 лет встречалась у 18 %, 50 лет у 29%, 60 лет у 40% и 70 лет у 56% [Арустамов Д.Л., Нуруллаев Р.Б., Клепов Ю.Ю. Эпидемиология и факторы риска доброкачественной гиперплазии простаты. Узбекистон тиббиет журналы 2001, №2-3, с. 123-126]. Учитывая, что при ДГП объективными фактами являются циркуляторная гипоксия, метаболический ацидоз и аналогичные факторы.

Основными звеньями патогенеза развития гипертрофии предстательной железы являются воспаление, гипоксия, гормональный дисбаланс и нарушение экологической обстановки окружающей среды [Беленький М.Л. Элементы количественной оценки фармакологического

эффекта. Ленинград, 1963, с.152] Вышеуказанные доводы явились основанием к проведениям экспериментальных исследований заявляемого средства.

Материалы и методы. Для определения состояния предстательной железы использовали модель андрогенной недостаточности у лабораторных животных вызванных орхизектомией (кастрацией). Ее воспроизводили у половозрелых крыс под наркозом (этаминал натрия) путем перерезки тестикул при выведении из мошонки [Кабак Я.М. Практикум по эндокринологии. Изд. МГУ, 1968. 275 с]. Рану мошонки зашивали наглухо и по мере заживления кожной раны (обычно на 7-8 день) крысам начинали подкожно вводить масляный раствор тестостерона пропионат в дозе 10 мг/кг. Наряду с тестостероном крысы опытной группы получали препарат ферулен (из Ф. тонко рассеченной внутрь в дозе 100 мг/кг) крысам 2 и 3 групп вводили заявляемые соединения в аналогичной дозе и в том же режиме, что и препарат сравнения- Ферулен. На 10-й день инъекции тестостерона контрольных и опытных крыс декапитировали осматривали внутренние органы, выделяли вентральную долю простаты, ее взвешивали с точностью до 1 мг. Результаты статистической обработки показали, что кастрация сопровождается уменьшением массы простаты в 2 раза (при $p < 0,05$) в сравнении с интактными. Инъекция андрогенного гормона тестостерона на таком привела к возрастанию массы простаты в сравнении с кастрированными крысами в 3,28 раза (при $p < 0,01$) (Табл.1) введение Ферулена на фоне андрогенной стимуляции способствовала снижению массы простаты до $36,5 \pm 2,5$ мг (при $p < 0,05$), которое было увеличено в предыдущей группе. Действие Асфервона и ЖЧСФВ (жировая часть смолы ферулы вонючей) было однонаправленным подобно действию Ферулена, но при этом антиандрогенный эффект был более выраженным и составил 46,3% при (при $p < 0,05$) в сравнение с кастрированными и получавшими тестостерон животными (Табл.1) В случае сравнения с интактными животными нормализация массы простаты под влиянием Асфервона и ЖЧСФВ была более эффективной, чем действие Ферулена. (Табл.1)

Таблица 1.

Влияние Ферулена, Асфервона и ЖЧСФВ на массу вентральной простаты (мг) у кастрированных крыс ($M \pm m$, $n=6$)

№ групп	Условия опыта, название препаратов	Масса вентральной простаты в мг
1	Интактные	32,0±3,2
2	Контроль(кастрированные)	16,0±1,1*
3	Кастрация + тестостерон	52,6±4,4**
4	Кастрация + тестостерон + Ферулен	36,5±2,5***
5	Кастрация + тестостерон + Асфервон	28,2±3,2***
6	Кастрация + тестостерон + ЖЧСФВ	24,3±2,2***

Примечание:

*- достоверность различий при $p < 0,05$ в сравнение с 1 группой

**.- достоверность различий при $p < 0,05$ в сравнение с 2 группой

***.- достоверность различий при $p < 0,05$ в сравнение с 3 группой

Таким образом, полученные результаты исследований показали, что препарат из растения Ферула воночая Асфервон обладает наибольшим простатопротекторным действием, превосходящим по фармакологической активности препарат ЖЧСФВ и Ферулен, полученные из ферулы тонкорассеченной, по многостадийной и неэффективной технологии.

В связи с тем, что Асфервон показал более выраженный простатопротекторный эффект, нами так же был изучен его химический состав.

Данные приведены в (Табл 2).

Таблица 2.

Содержание химических микроэлементов в БАДе Асфервон (в %)

Название элемента	Обозначение элемента	Количество в %
Кремний	Si	8
Алюминий	Al	2
Кальций	Ca	20
Натрий	Na	1
Калий	K	0,8
Железо	Fe	0,8
Магний	Mg	20
Фосфор	P	0,3

Окончание таблицы 2.

Название элемента	Обозначение элемента	Количество в %
Барий	Ba	0,02
Стронций	Sr	0,01
Марганец	Mn	0,1
Хром	Cr	0,005
Медь	Cu	0,01
Свинец	Pb	0,002
Олово	Sn	0,0001
Галлий	Ga	0,0003

Список литературы:

1. Рахимов Ш.А “Физиологическая характеристика система организма при действии порошка смолы Ферулы воючей (исф), Ферусино – с и Ферусино – р” Душанбе – 2007.
2. Туляганов С.Х., Набиев А. Патент № IAP 06453 РУз..от 22.01.2014 г.
3. RaubertBraquet M, Richardson F, ServentSaez N et al. Effect of Serenoa repens extract on estradiol/testosterone induced experimental prostate enlargement in the rat. Pharm Res 1996; 34: 171 – 179.

ФАРМАЦЕВТИКА

СЕКЦИЯ 10.

ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВ

ПОДБОР УМЕРЕННОГО СОСТАВА ДЛЯ БАЛЬЗАМА “СТРЕСС – КОНТРОЛЬ”

Хайдаров Восилжон Расулович

*канд. фарм. наук, профессор,
Ташкентский фармацевтический институт,
Республика Узбекистан, г. Ташкент*

Абдуллаева Динара Фахриддиновна

*ассистент,
Ташкентский фармацевтический институт,
Республика Узбекистан, г. Ташкент*

Усубжанов Мухаммаджон Муроджонович

*студент,
Ташкентский фармацевтический институт,
Республика Узбекистан, г. Ташкент*

SELECTION OF MODERATE COMPOSITION FOR BALM “STRESS CONTROL”

Vosiljon Khaidarov

*Candidate of Pharmaceutical Sciences Professor,
Tashkent Pharmaceutical Institute,
Uzbekistan Tashkent*

Dinara Abdullaeva

*Assistant, Tashkent Pharmaceutical Institute,
Uzbekistan Tashkent*

Muhammadzhon Usubzhanov

*Student, Tashkent Pharmaceutical Institute,
Uzbekistan Tashkent*

АННОТАЦИЯ

Одним из наиболее распространенных заболеваний в организме человека является функционирование нервной системы. Существует много исследований, направленных на укрепление нервной системы. Были изучены растения бальзама для борьбы со стрессом и выбрано умеренное содержание.

ABSTRACT

One of the most common diseases in the human body is the functioning of the nervous system. There are many studies aimed at strengthening the nervous system. Balsam plants were studied to combat stress and moderate content was selected.

Данный бальзам является действенным средством в борьбе со стрессом, применяется в лечении негативных душевных состояний, а также в качестве средства, контролирующего и оказывающего положительное воздействие на иммунологический уровень организма. *Состав:* корень валерианы, корень девясила, лимонная трава, листья перечной мяты, цветы ромашки, полынь, зверобой, шишки хмеля, уксусомед, семена тмина и другие полезные растения.

Не рекомендован к применению в период лактации и беременности, поскольку в эти моменты присутствует высокочувствительность к составу бальзама.

Листья черной смородины. Чёрная смородина имеет несравненный вкус и является очень полезной для организма (в особенности, целебными свойствами обладают её листья). Благодаря своим полезным качествам, смородина широко используется в народной медицине. Её листья содержат такие вещества, как фитонциды, магний, марганец, сера, серебро, медь, свинец, эфирное масло и витамин С. Именно благодаря витамину С смородина ценится больше других ягод.

Корень валерианы. Используется для предупреждения сердечно-сосудистых заболеваний, в особенности, в качестве успокоительного средства, в состав которого корень валерианы входит вместе с другими лекарственными препаратами аналогичного действия. Учеными была

доказана возможность выращивания данного вида растения в горных районах нашей Республики. В составе корня и корневища растения валерианы содержится 0,2-5% эфирного масла и изовалериановой кислоты в чистом виде. Эфирное масло содержится в основном в тонких корнях валерианы, в то время как изовалериановая кислота сконцентрирована в большем количестве в толстых и старых корнях. В составе данного масла содержится барниолизовалерианат, образовавшийся с барниоловым спиртом изовалериановой кислоты.

Целительные свойства полыни. Относится к семейству сложных соцветий. На данный момент известно 400 видов полыни. Цветет и даёт плоды в июне-августе. Один куст даёт более 100 семян. Размножается из корневища и семян. Встречается в виде сорняков на орошаемых сельских территориях, а также относится к виду растений, имеющих особенность расти на краях арыков, вдоль дороги, в садах и виноградниках.

Целебные свойства зверобоя. Относится к семейству зверобойных, растёт в виде травы или полукустарников. Существует около 200 видов. В Узбекистане распространены 3 вида: *чай чун, далачой и кизилтойча*. Вид зверобоя под названием *perforatum* широко распространён в холмистой и горной местности Узбекистана. Цветет и семенится в июне-сентябре. В составе имеются дубильные вещества, эфирные масла и витамин С. В народной медицине широко используется при расстройствах желудка и поносе с кровяными примесями.

Полезные свойства цветов ромашки. Имеет целебные свойства, способствует нормализации кожных покровов, используется в качестве успокоительного средства перед сном. При воспалении горла и простуде хорошо помогает ромашковый настой. Цветы ромашки рекомендуется хранить в бумажной или крепко закрытой коробке. В процессе подготовки настоя предпочтительно использовать только соцветия растения. Далее мы подробнее остановимся на целебных свойствах ромашки.

Теперь вы можете ознакомиться с основными свойствами и методами использования ромашки.

Советы:

- Полоскание горла ромашковым настоем является эффективным при предупреждении боли в горле или простуде. Для этого положите 20 г. ромашки в кипяченую воду и настаивайте в течение 20-30 минут.
- Для бодрости организма. Если вы обратите внимание, частый прием кофе вызывает неприятную желтизну зубов, в то время как у некоторых людей даже слегка изменяется цвет лица. При этом кофе необходим нашему организму, чтобы взбодриться. Вместо него рекомендуется заварить ромашку, добавив в нее немного меда – такое средство бодрит намного эффективнее. В народной медицине лечебные

препараты, приготовленные из цветов ромашки, широко применяются при лечении заболеваний головного мозга, зубов, ушей, глаз, нервной системы, легких, печени и почек.

Чеснок является очень полезным средством, однако употреблять его рекомендуется в меру. Чеснок содержит в своем составе фитонциды, эфирные масла и антиоксиданты, он помогает при простуде, используется для снижения давления, а также сохраняет молодость организма. Не рекомендуется употреблять сырой чеснок в больших количествах.

Корни хрена также содержат фитонциды и витамин С. Хрен не только улучшает вкус блюд, но также насыщает их витаминами. На сегодняшний день хрен производится в виде порошка. Кроме того, хрен ценится как горькое лечебное растение, которое употребляется для холодных мясных и рыбных блюд. Его фасуют в стеклянные банки объемом в 100-500 г. Хрен хранится в течение 1-1,5 месяцев при температуре не выше 10°C.

В составе многолетнего дикого растения *Лимонная трава* содержится до 0,33% эфирного масла, до 0,55% флаваноидов, органические кислоты, сахарные кумарины, до 16,56% дубильных веществ. Настой из листьев лимонной травы используется при анемии, нарушении пищеварения, заболеваниях центральной нервной системы и сердечно-сосудистых проблемах, судорогах, а также в качестве обезбаливающего и слабительного средства в некоторых случаях.

Семена тмина относятся к виду диких растений, содержат в себе эфирные масла, жир, дубильные вещества, флаваноиды и смолу. Настой или отвар, приготовленный из плодов тмина, применяется для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта, а также в качестве газоустраивающего препарата. Наряду с этим, семена тмина широко распространены в народной медицине в качестве слабительного средства.

Пустырник обыкновенный принадлежит к семейству яснотковых и является многолетним растением. В Средней Азии растет 4 вида пустырника. В части пустырника, произрастающей над землей, содержатся алкалоиды, сапонины – дубильные и другие вещества. Настойка используется в качестве успокоительного препарата при сердечной гипертонии, нервозности. В горных районах Ташкента и Самарканда встречается 2 вида этого растения. Из них, Туркестанский пустырник используется при лечении вышеуказанных заболеваний.

Листья перечной мяты. Перечная мята растет в природе в культурном и диком виде. Она является многолетним лечебным растением, летом выращивается в открытом поле, а зимой может расти в помещениях. В древние времена греки и евреи изготавливали из нее ароматные духи. Перечная мята полезна при лечении желудочно-кишечных заболеваний, болезней мочевых путей, кашля и головной боли,

а также, при укусах насекомых и змей. Древние римляне изобрели метод очищения дыхательных путей после употребления вина, смешав мяту и немного меда. Масло перечной мяты имеет свойство укреплять кожу. Настойка эффективно помогает при головокружении и обмороках, быстро приводя в чувства. При артрите и подагре свежие листья мяты накладываются на больные места. Мятное масло можно вдыхать при заболеваниях дыхательных путей, оно также приносит пользу при полоскании, устраняя боли в горле.

В целом, является целесообразным непрерывное пополнение промышленных фармацевтических предприятий сырьём из лекарственных растений. Посев и выращивание лекарственных растений для создания сырьевой базы, а также развитие выращивания лечебных растений в нашей Республике путем расширения посевных площадей является одной из основных задач нашего сельского хозяйства.

Список литературы:

1. Гаммерман А.Ф. Лекарственные растения / А.Ф. Гаммерман, Г.Н. Кадаев, А.А. ЯценкоХмелевский. – М., 1990.
2. Гончарова Т.А. Энциклопедия лекарственных растений / Т.А. Гончарова. – М., 1997.
3. Государственная Фармакопея СССР: Вып. 2. Общие методы анализа. Лекарственное растительное сырье: 11е изд., доп. – М., 1990.
4. Некратова Н.А. Лекарственные растения Кузнецкого Алатау. Ресурсы и биология / Н.А. Некратова, Н.Ф. Некратов, С.И. Ми хайлова, Г.И. Серых. – Томск, 1991.
5. Никифоров Ю.В. Алтайские травьцелители /Ю.В. Никифо ров. – Горно-Алтайск, 1992.
6. Носаль М.А. Лекарственные растения и способы их примене ния в народе / М.А. Носаль, И.М. Носаль. – Л., 1991.
7. Перевозченко И.И. Лекарственные растения в современной медицине / И.И. Перевозченко. – Киев, 1990.
8. Попов А.П. Лекарственные растения в народной медицине / А.П. Попов. – Киев, 1967.
9. Протасене Н.И. Лекарственные сборы / Н.И. Протасене, Ю.В. Власеленко. – Симферополь, 1992.
10. Фурса Н.С. Валериана в фитотерапии / Н.С. Фурса, А.А. Зотов, С.Е. Дмитрук, С.Н. Фурса. – Томск, 1998.
11. Фурса Н.С. Возможности применения валерианы лекарствен ной при заболевании сердечнососудистой системы / Н.С. Фур са, С.Н. Фурса // Фармация. – 1993.

12. Абу Али ибн Сино Канон врачебной науки II том Ташкент, 1996.
13. Кароматов И.Д., Бадриддинова М.Н. Сочетание фитопрепаратов с современным медикаментами (обзор литературы - Современная наука - обществу XXI века. Книга 2 Ставрополь «Логос» 2015,
14. Мишарина Т.А., Теренина М.Б., Крикунова Н.И., Медведева И.Б. Антиоксидантные свойства эфирных масел лимона - Все материалы. Энциклопедический справочник 2009.

CONFERENCE PAPERS IN ENGLISH

MEDICINE

SECTION 1.

GASTROENTEROLOGY

APPLICATIONS OF THE MEDICINAL PLANT ANISE FROM FOLK MEDICINE IN THE TREATMENT OF CHRONIC CHOLECYSTITIS

Dilshod Abdullaev

*First-year undergraduates in the direction of internal diseases
of the department of faculty and hospital therapy
of the Urgench branch of the Tashkent Medical Academy,
Uzbekistan, Urgench*

Azizbek Abdurakhmanov

*First-year undergraduates in the direction of internal diseases
of the department of faculty and hospital therapy
of the Urgench branch of the Tashkent Medical Academy,
Uzbekistan, Urgench*

ABSTRACT

Uzbekistan has always had a Sunny climate. it is famous for its medicinal plants. Recently, it has become important to treat diseases with folk medicine. This article is devoted to the study of chronic cholecystitis . The article presents current data on the etiology and pathogenetic mechanisms of development of this pathology. Also, treatment with the use of plants-medicinal anise.

Keywords: diet, cholecystitis, pain, traditional medicine, panise, traditional medicine, medicinal plants, tincture.

Chronic cholecystitis-inflammation of the gallbladder, accompanied by a violation of its motor function and in some cases - the formation of concretions. It is clinically manifested by pain and heaviness in the right hypochondrium, which often occur after eating fatty food and alcohol, nausea, vomiting, dryness and bitterness in the mouth [1.P5]. Chronic cholecystitis is an inflammatory disease that causes damage to the wall of the gallbladder, the formation of stones in it, and motor-tonic disorders of the biliary system. In the presence of stones, they speak of chronic calculous cholecystitis, in their absence-chronic stone-free cholecystitis. It often occurs against the background of other chronic diseases of the gastrointestinal tract: gastritis, pancreatitis, hepatitis. Women are more likely to suffer [2.P1]. The development of chronic cholecystitis is caused by bacterial flora (*Escherichia coli*, streptococci, staphylococci, etc.), in rare cases by anaerobes, worm infestations (opisthorchia, *Giardia*) and fungal lesions (actinomycosis), hepatitis viruses [3.P 4]. Etiotropic treatment is usually prescribed in the phases of exacerbation of the process. From antibiotics, it is recommended to prescribe broad-spectrum drugs that enter the bile in a sufficiently high concentration-macrolides, the latest generation of clarithromycin (synonyms: klacid, fromilid) 250 mg, 500 mg 2 times a day and the more famous erythromycin 250 mg 4 times a day, prolonged tetracyclines doxycycline 100 mg, unidox Solutab 100 mg according to the scheme on the first day 200 mg for 2 doses, then 100 mg during meals for 6 days. All drugs are prescribed in normal therapeutic doses for 7-10 days [4.P 6].

When giardiasis of the biliary tract is effective metronidazole 200 or 400 mg, a daily dose of 1200 mg (synonyms: Metrogil, trichopol, klion) or tinidazole 500 mg a daily dose of 2 g for 2-3 days. When opisthorchiasis of the biliary tract, the antiparasitic drug praziquantel 600 mg 25 mg/kg 1-3 times/day is effective. To eliminate biliary dyskinesia, spastic pain, and improve bile flow, symptomatic therapy is prescribed with one of the following medications. Selective myotropic spasmolytics: mebeverin (duspatalin) 200 mg 2 times a day (morning and evening, 14 days of treatment) [5.P3]. Prokinetics: cisapride (coordinates) 10 mg 3-4 times a day; domperidone (motilium) 10 mg 3-4 times a day; metoclopramide (cerucal, Raglan) 10 mg 3 times a day. Systemic myotropic spasmolytics: no-shpa (drotaverin) 40 mg 3 times a day; papaverin 2% - 2ml V\ m 1 time a day, nikoshpan (no-shpa + vitamin PP) 100 mg 3 times a day. M-cholinolytics: Buscopan (hyocinabutyl bromide) 10 mg 2 times a day. Choleric drugs: allochol 1tab 3raza vsutki, holenzim, gepabene 1kapsule z times\ day, corn stigmas-plant origin; * festal, IDR 3 times a day , or panzinorm (Pancreatin), - enzyme preparations containing bile acids. Cholekinetic preparations: sea buckthorn and olive oil 1 teaspoon 3 times a day on an empty stomach. Choleric drugs can be used

for the main forms of cholecystitis, in the phases of subsiding exacerbation or remission, are usually prescribed for 3 weeks. then it is advisable to change the drug. Cholekinetics should not be prescribed to patients with calculous cholecystitis, they are indicated for patients with non-calculous cholecystitis with hypomotor dyskinesia of the gallbladder. Therapeutic duodenal probes are effective in patients with non-calculous cholecystitis, 5-6 times a day, especially in hypomotor dyskinesia. In the remission phase, such patients should be recommended "blind duodenal probing" 1 time a week or 2 weeks. For their conduct, it is better to use xylitol and sorbitol. In patients with calculous cholecystitis, duodenal probing is contraindicated due to the risk of developing mechanical jaundice. Patients with non-calculous cholecystitis with violations of the physical and chemical properties of bile (discrinia) are shown to be prescribed for a long period of time (3-6 months) wheat bran, enterosorbents (enterosgel 15 g 3 times a day). Diet: restriction of fatty foods, restriction of high-calorie foods, exclusion of poorly tolerated foods. Regular 4-5 meals a day. In case of failure of conservative treatment and frequent exacerbations, surgical intervention is necessary. Ibn Sina has used dried apricot as a sweeter for treating diseases of the liver (as a diuretic) and liver (as a diuretic) to relieve difficulty in breathing.

Fennel (anise-shaped fennel, anise obyknovenyy) is an annual herb that grows to 30-60 cm in height. In medicine, the fruits of the dill and the essential oil derived from it are used as medicines. 50-60% of the fruits of the fennel are brown and when ripe, the plant is harvested and tied [6.P2].

In folk medicine, tincture of fennel is used as a sweating, thirsty, diuretic, diuretic, and appetite suppressant, as well as for treatment of certain gastrointestinal diseases.

To make a drop of fennel fruit, put a glass of boiling water in the mouthpiece, add one teaspoon of crushed fruit and leave for one hour.

The tincture is then filtered through the gauze. For treatment of the above mentioned diseases, tincture is taken half a glass 3 minutes 4 times a day 15 minutes before meals.

In medicine, medicinal preparations of fennel fruit and the essential oil derived from it are used in bronchitis as a sputum and intestinal drug (when abdominal rest). [7.P 6]

Fennel essential oil is a part of the chest elephant and grapefruit – a drip used for sore throat and sputum.

The fruit is a part of the tea that is used for softening (laxative), sputum, and chest pain.

Our goal was to identify the efficacy of tincture of fennel widely used in folk medicine in the treatment of stone cholelithiasis.

In the gastroenterology department of the Khorezm Regional Department of Gastroenterology, 22 patients with acute cholecystitis were selected.

Twelve of them were given half a glass 15 minutes before meals 3-4 times a day in addition to general diet and medication therapy.

10 patients treated as a control group were treated traditionally.

The results showed that in the majority of patients receiving fennel, 5 to 6 days of treatment there was relief from digestion, decreased pain in the right thigh, bitter taste in the mouth and constipation.

Decreased pain and meteorism were observed on the right ridge arc between 9 and 11 patients on conventional medical treatment.

References:

1. Abu Ali Ibn Sina "The Canon of Medicine" Volume II Tashkent, 2007.
2. Sabirov R. "Medicinal Plants" Tashkent, 2003.
3. Abdulaziz S.N. "Tutorials in Medicine" Tashkent, 2011 Ziyonet.uz.
4. Surgical diseases. 2nd edition. M.I. Kuzin-ed. M. Meditsina, 1995 2 Lectures on surgical diseases. "Cholecystitis" By S. V. Rachinsky.
5. Aliev M.A., Chalk J.L. Surgery of cholelithiasis. // Almaty: "BILIM", 1996. 256 p.
6. Onuchina E.V., Rozhansky A.A., Poshkaite I.A. // Siberian medical University magazine. Irkutsk, 2002. P. 84.
7. Onuchina E.V., Rozhansky A.A., Kazakova R.V., Poshkaite I.A. // Siberian medical journal. Irkutsk, 2006. No. 5. P. 84.

СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА: НОВЫЕ ПОДХОДЫ И АКТУАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

*Сборник статей по материалам XXXVII международной
научно-практической конференции*

№ 6 (33)
Июнь 2020 г.

В авторской редакции
Мнение авторов может не совпадать с позицией редакции

Подписано в печать 30.06.20. Формат бумаги 60x84/16.
Бумага офсет №1. Гарнитура Times. Печать цифровая.
Усл. печ. л. 4,75. Тираж 550 экз.

Издательство «Интернаука»
125424, Москва, Волоколамское шоссе, д. 108, цокольный этаж,
помещение VIII, комн. 4, офис 33
E-mail: mail@internauka.org

Отпечатано в полном соответствии с качеством предоставленного
оригинал-макета в типографии «Allprint»
630004, г. Новосибирск, Вокзальная магистраль, 3

ООО «Интернаука» (г. Москва) проводит международные заочные научно-практические **конференции по 26 научным направлениям**. Предоставляя возможность опубликовать статьи быстро и качественно, мы помогаем аспирантам, соискателям и докторантам представить на суд научной общественности результаты проведенных исследований, открываем дорогу молодым, привлекаем в научную среду как начинающих ученых, так и профессионалов, имеющих богатый практический опыт в прикладной сфере и упрощаем процесс вхождения в научное сообщество, снижая барьеры расстояния, финансов, языка, статуса, возраста, опыта.

Мы проводим заочные конференции на двух языках: русском и английском, способствуя сближению научных сообществ разных стран.

Нашим изданиям присваиваются коды ISSN, УДК, ББК. Производится их регистрация в Российской книжной палате и рассылка по библиотекам нашей страны.

На сегодняшний день в рамках проекта "Интернаука" было **проведено свыше 250 конференций, в которых приняли участие более 6000 ученых из 15 стран мира**: России, Казахстана, Узбекистана, Азербайджана, Украины, Белоруссии, Польши, Армении, Латвии, Болгарии, Молдовы, Румынии, Эстонии, Греции, Турции.

Конференции по 26 направлениям науки:

Архитектура
Астрономия
Биология
Ветеринария
География
Геология
Информационные технологии
Искусствоведение
История
Культурология
Математика
Медицина
Менеджмент
Педагогика
Политология
Психология
Сельскохозяйственные науки
Социология
Технические науки
Фармацевтические науки
Физика
Филология
Философия
Химия
Экономика
Юриспруденция