

**Министерство здравоохранения РФ
Дагестанская государственная медицинская академия
НИИ экологической медицины
Министерство здравоохранения РД
Министерство природных ресурсов и экологии РД
Роспотребнадзор по РД**

ПРОБЛЕМЫ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

**Материалы
III Республиканской научно-практической
конференции**

Часть 1

**Махачкала
2014**

УДК 574.24:61(061.2)
ББК 28.081:51
П-78

Редколлегия:

проф. Д.Р. Ахмедов (председатель),
проф. С.А. Абусуев (зам. председателя),
проф. Дж.Г. Хачиров,
проф. М.М. Бакуев,
доц. М.Г. Атаев

**Проблемы экологической медицины: Материалы
III Республиканской научно-практической конференции,
посвященной 75-летию проф. С.А. Абусуева.– Махачкала:
ИПЦ ДГМА, 2014., ч. 1. 240 с.**

Сборник содержит научные статьи участников ежегодной Республиканской научно-практической конференции «Проблемы экологической медицины», разделенные по научным направлениям: экологическая эпидемиология, кардиология, эндокринология, инфектология, онкология, гематология, пульмонология; факторы риска.

Материалы сборника представляют интерес для специалистов, преподавателей, исследователей в сфере экологии, гигиены, медицины, здравоохранения.

ISBN 978-5-4242-0021-2

©Дагестанская государственная
медицинская академия, 2014
ИПЦ ДГМА, 2014

Оглавление

Д.Р.Ахмедов,С.А. Абусуев ,Дж.Г. Хачиров. Развитие и перспективы научных исследований в НИИ экологической медицины ДГМА	8
--	---

Экологическая эндокринология

С.А.Абусуев, Дж.Г. Хачиров, М.Г. Атаев,З.М. Гасанова, З.М. Асельдерова, Н.А.Закарьяева. Эпидемиология сахарного диабета в Республике Дагестан	12
---	----

Т.Х.-М.Хашаева, А.К. Гамзаев, А.Э.Эседова, З.А. Абусуева, К.Х.Порсукова. Остеопенические нарушения у женщин с инсулиннезависимым сахарным диабетом в постменопаузе	19
--	----

С.А.Абусуев, К.А. Алиметова. Клинико-эпидемиологическая характеристика йододефицитных состояний в Республике Дагестан	26
---	----

В.А.Мишагин. Комплексная оценка методов диагностики узлового зоба.....	32
--	----

М.А. Яхияев, Ш.К. Салихов, М.Г. Атаев, К.З. Курбанов, К.Г. Камалов , К. Акмурзаева. Эндемический зоб в Дагестане: биогеохимические предпосылки	42
--	----

Экологическая кардиология

Х.А. Османова, Дж.Г. Хачиров, А.Ш. Хасаев, М.Г. Атаев, А.А. Абусуев,С.А. Гаджиева, П.М. Ибнумасхудова, П.Ш. Гитинова. Возрастные и гендерные аспекты смертности от ишемической болезни сердца населения городов Дагестана	44
---	----

З.С. Абусуева, М.Г. Атаев, Н.М. Аминова, Х.А. Османова, Р.Ш. Джангишиева, З.И. Гаджиакаева. Обращаемость больных ишемической болезнью сердца в Республике Дагестан	53
--	----

Т.Э. Дажаева, С.Н. Маммаев. Натрийуретический пептид как маркер доклинической дисфункции миокарда при циррозе печени.....59

Р.А. Джалилова, М.Т. Тирулов, Т.Я. Габибова, С.Ш. Сулейманов. О влиянии биоритмов на течение ишемической болезни сердца 64

М.А. Айдемирова, М.Г. Абакаров, К.А. Масуев, М.Г. Алиева. Вариабельность сердечного ритма у больных острым коронарным синдромом на фоне комплексной антиангинальной терапии 66

Экологическая пульмонология

Дж.Г. Хачиров, Э.К. Абдуллаева, М.Г. Атаев, Т.А. Гаджиева, З.М. Гасанова, З.Г. Мусаева, Х.Н. Насруллаева. Влияние погодных условий сельской местности на смертность от болезней органов дыхания взрослого населения Республики Дагестан..... 72

Э.К. Абдуллаева, Дж.Г. Хачиров, Т.А. Гаджиева, М.Г. Атаев, З.М. Гасанова, З.Г. Мусаева. Эколого-гигиеническая оценка проблем смертности от болезней органов дыхания взрослого населения сельской местности Республики Дагестан с учетом факторов риска 79

Г.К. Гусейнов, А.А. Адзиев, М.А. Муталимов, Х.Ю. Пахиева, З.К. Абдулаева, М.Г. Асхабалиев, П.И. Тагирова, А.Р. Салмаханов, З.Р. Ахмеддирова. Взаимосвязь и взаимозависимость эпидемиологических показателей по туберкулезу в Республике Дагестан..... 87

М.М. Абдулаев, Дж.Г. Хачиров. Поздняя выявляемость рака легкого в субъектах Юга России 91

Дж.Г. Хачиров, М.М. Абдулаев, З.К. Гусейнова. Летальность и 5-летняя выживаемость больных раком легкого на Юге России..... 97

Экологическая гепатология

- М.Г. Атаев, Ш.М. Омаров, Р.Г. Магомедова, А.Р. Магомедсултанов, Х.М. Сулейманова.**
Фармакоэпидемиология лечения хронических болезней печени и артериальной гипертензии в условиях стационара 108
- А.Ш. Хасаев, М.Г. Атаев, Р.Г. Магомедова, П.Д. Казанбиева, С.С. Ибрагимова, Н.М. Аминова.**
Фармакотерапия хронических заболеваний печени и ишемической болезни сердца в реальной практике 119
- Э.М. Эседов, А.С. Абасова, Р.А. Меджидова, Ф.Д. Ахмедова, В.Р. Мурадова, С.Р. Джабраилова.**
Аутоиммунный гепатит и первичный билиарный цирроз печени (overlapsyndrom) 125
- Ш.М. Омаров, З.Ш. Магомедова, А.Ш. Омаров, П.А. Омарова.**
Фармакологическая эффективность прополиса при токсическом поражении печени 129

Экологическая гастроэнтерология

- Э.М. Эседов, Ф.Д. Ахмедова, Ж.Ш. Умаханова, В.Р. Мурадова, Р.А. Меджидова, А.С. Абасова, Д.С. Акбиева.**
Экологические аспекты глютенной энтеропатии (целиакии) в Дагестане 135
- Э.М. Эседов, Р.А. Меджидова, В.Р. Мурадова, Ф.Д. Ахмедова, А.С. Абасова.**
Особенности течения язвенного колита с системными проявлениями 141
- Э.М. Эседов, Д.С. Акбиева.**
Значение цитокинов в патогенезе воспалительных заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки 144
- М.Д. Шихнабиева.**
Оценка эффективности различных схем терапии омепразолом гастроэзофагеальной

рефлюксной болезни на фоне дисплазии соединительной
ткани у лиц подросткового возраста 149

М.Г. Атаев, У.М. Абусуева, К.А. Акибова, З.З. Сурхаева.

Язвенная болезнь в условиях горной местности 152

Экологическая гематология

Л.Т. Керимова, И.М. Юнусова, С.А. Абусуев, Дж.Г. Хачиров,
Н.А. Джалилова. Гендерные особенности заболеваемости
гемобластозами подростков и взрослых Дагестана..... 160

Дж.Г. Хачиров, И.М. Юнусова, С.А. Абусуев, Л.Т. Керимова,
Н.А. Джалилова, М.Г. Атаев. Возрастная структура
заболеваемости гемобластозами подросткового и
взрослого населения Республики Дагестан..... 165

И.А. Шамов, З.А. Курбанова, К.Т. Сунгуров,
М.Н. Магомедов. Эколого-генетические болезни -
гемоглобинопатии. Эффективность стационарного
лечения..... 172

Экологическая гинекология

З.А. Абусуева, Т.Х.-М. Хашаева, А.Э. Эседова. Стратегия
лечения менопаузальных расстройств и состояние
молочных желез..... 179

Н.Д. Шихнабиева. Смертность женщин от
злокачественных новообразований половых органов в
Республике Дагестан..... 186

Г.А. Гатина. Возрастные особенности госпитальной
заболеваемости соматической патологией беременных
женщин в Дагестане..... 190

Р.И. Рагимова. Комплексная профилактика нарушений в
системе гемостаза после удаления придатков матки
(аднексэктомии) 195

Г.А. Гатина, Д.Г. Юсупова, М.А. Одаманова. Особенности осложнений родов у женщин экологических зон Дагестана	206
Р.И. Рагимова.Коррекция ранних гемореологических нарушений после удаления придатков матки	210
Т.Х. Хашаева, М.А. Одаманова, С.З. Аллахкулиева,Г.А. Гатина,С.А. Алиева. Влияние характера трудовой деятельности на состояние здоровья пожилых женщин	217
Г.А. Гатина, Д.Г. Юсупова, М.А. Одаманова. Особенности распределения госпитальных осложнений беременности у женщин города и села Республики Дагестан.....	226
Г.А. Гатина, Д.Г. Юсупова, Х.А. Уллубиева, У.А. Магомедова. Особенности госпитальной заболеваемости болезнями матки женщин экологических зон Дагестана	232

Д.Р. Ахмедов, С.А. Абусуев, Дж.Г. Хачиров
Развитие и перспективы научных исследований
в НИИ экологической медицины ДГМА

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

В течение 2013-2014 гг. научно-исследовательский институт экологической медицины (НИИ ЭМ) продолжил работу над выполнением государственного задания в соответствии и приказом МЗ РФ № 257 от 20.05.2009 г. "О перечне научно-исследовательских работ, выполняемых федеральными государственными учреждениями науки и образования, подведомственными Минздравсоцразвития России в 2009-2011 годах" [5].

Приведен перечень научно-исследовательских работ (государственное задание), утверждённых данным приказом:

1. Экология смертности от болезней органов дыхания взрослого и детского населения гор и предгорья Республики Дагестан.
2. Экологические проблемы онкозаболеваемости детского населения в Республике Дагестан.
3. Заболеваемость, выживаемость и смертность от рака лёгкого в Республике Дагестан.
4. Эколого-эпидемиологические аспекты заболеваемости патологией сердечно-сосудистой системы и сахарным диабетом населения экологических зон сельской местности Республики Дагестан.

Из указанных 4 тем первые две темы завершены и по ним сданы отчёты в Министерство здравоохранения РФ. В этом году завершаются 3-я и 4-я темы, по которым ежегодно давались отчёты в Минздрав РФ.

Итоги деятельности НИИ экологической медицины за последние 2 года:

- Всего публикаций – 114,
в т. ч. в рецензируемых изданиях – 35, в сборниках трудов конференций – 52.
- Монографии – 2.
- Методические рекомендации – 2.
- Диссертации защищенные – 10, на стадии завершения – 13.
- Конференций проведено – 2, подготовлена – одна.

Какова же научная активность сотрудников НИИ ЭМ? Данные РИНЦ из интернета свидетельствуют: из 535 сотрудников ДГМА, опубликовавших хотя бы одну работу, проф. Хачиров Дж. Г. занимает 3-е место (38 публикаций), доц. Магомедов М.А. - 4-е место (37 публикаций), проф. Абусуев С.А.- 28-е место (16 публикаций), доц. Атаев М.Г. - 56-е место (12 публикаций). Другие сотрудники имеют меньшее количество публикаций [1].

Результаты выполненных и проводимых исследований, в соответствии с приказом МЗ РФ № 257 от 20. 05.2009 г. [5], позволяют составить следующее заключение:

- интенсивную химизацию сельскохозяйственного производства в Республике Дагестан следует рассматривать, как антропо-экологический фактор риска заболеваемости с широким диапазоном неблагоприятных биологических последствий: сахарный диабет 2-го типа, туберкулёз взрослого и детского населения, рак лёгкого;

- доказано существенное влияние экосистемы на смертность от инфаркта миокарда, болезней органов дыхания, детской онкозаболеваемости на модели сельской местности РД;

- необходимо проводить расширенные исследования по экологической эпидемиологии эрозии шейки матки у взрослого женского населения РД, экологии заболеваемости раком лёгкого, экологии смертности от лейкозов, экологии заболеваемости лимфогранулематозом в РД;

- признать практическую важность изучения экологической эпидемиологии заболеваемости злокачественными опухолями головного мозга населения РД, экологии бронхиальной астмы у детского и взрослого населения РД.

В выполненных и проводимых исследованиях применялись традиционные методы, методы экологического картографирования с однофакторным дисперсионным анализом и двухфакторным дисперсионным анализом влияния отдалённых биологических последствий интенсивного применения пестицидов и минеральных удобрений.

Выполнены исследования влияния природных экологических факторов - климатических условий; изучены смертность от болезней сердечно-сосудистой системы, климатические особенности и осложнения гипертонической болезни в г. Махачкала.

В условиях неповторимой и уникальной экосистемы сельской местности РД результаты выполненных исследований согласуются с мнением В.И. Чибураева [3], Г.Г. Онищенко [4], в том числе и в

отдалённые сроки [2] у живущих и последующих поколений. Пестициды обладают токсичностью, стойкостью, кумулятивными и другими опасными для здоровья свойствами. Их интенсивное применение следует рассматривать, как антропо-экологический популяционный фактор значимого риска заболеваемости, смертности населения сельской местности.

Расширение и углубление исследований по проблемам экологии человека в РД, в том числе в условиях экспедиции, затруднены из-за отсутствия финансирования. В то же время только в условиях экосистемы Дагестана в России возможны натурные исследования по экологии человека.

Результаты исследований свидетельствуют о том, что НИИ ЭМ работает эффективно. Однако для дальнейшего развития медицинской науки необходимо углубление и расширение этих исследований. Эпидемиология - важное направление в медицинской науке. На основе уже имеющихся исследований нужны ещё фундаментальные исследования.

По инициативе проф. Ахмедова Д.Р., в НИИ ЭМ открывается медико-генетическая лаборатория. Выделены пока 3 единицы научных сотрудников и единица лаборанта, составлен договор с МЗ РД о начале исследований генетических и экологических аспектов наиболее распространённых заболеваний в Дагестане. Этим направлением будет руководить проф. Саидов М.З.

В этом году завершается выполнение государственного задания на 2009-2014 года. Необходимо определиться с планами исследований на перспективу. В МЗ РФ нами направлены следующие предложения на 2015-2017 гг.:

1. Генетические, возрастные и гендерные особенности состояния здоровья населения сельской местности в условиях действия метеорологических, агрохимических, геологических факторов горной, предгорной и равнинной экологических зон.
2. Клинико-экологические аспекты заболеваемости и смертности при болезнях щитовидной железы, при сахарном диабете, ожирении населения гор и равнин.
3. Эпидемиологические и экологические аспекты изучения болезней системы кровообращения для разработки программы их профилактики.

Можно выразить уверенность, что эти темы могут быть успешно выполнены.

Литература.

1. Авторский указатель РИНЦ. URL: <http://elibrary.ru/authors.asp> (01.10.2014).
2. П.А. Золотов, С.А. Боканева, П.А. Хван. Охрана окружающей среды от загрязнения пестицидами и нитратами, проблемы и пути их решения // Экология и вопросы гигиены окружающей среды. Ростов-на-Дону, 1990. С. 86-87.
3. Национальный профиль по гигиене окружающей среды Российской Федерации (Национальный доклад) / Под общей ред. В.И. Чибураева и М.В. Фокина. М., 2003. 86 с.
4. Г.Г. Онищенко, Л.С. Сандахчиев, С.В. Нетесов, Р.А. Мартынюк. Биотерроризм: национальная и глобальная угроза // Вестник российской академии наук. 2003. Том 73, № 3. С. 195-204.
5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 20 мая 2009 г. N 257 "О перечне научно-исследовательских работ, выполняемых федеральными государственными учреждениями науки и образования, подведомственными Минздравсоцразвития России, в 2009-2011 годах". URL: <http://base.garant.ru/4188769/#ixzz3lgCcGe3t>.

Экологическая эндокринология

УДК 616.379-008.64-036.2(470.67)

**С.А. Абусуев, Дж.Г. Хачиров, М.Г. Атаев, З.М. Гасанова,
З.М. Асельдерова, Н.А. Закарьяева**

Эпидемиология сахарного диабета в Республике Дагестан

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская
академия» МЗ РФ, НИИ экологической медицины
Республиканский эндокринологический центр МЗ РД, г.
Махачкала

Введение.

В структуре заболеваемости сахарный диабет (СД) находится на третьем месте после рака и заболеваний сердечно-сосудистой системы. С каждым годом количество больных СД неуклонно растет. Каждые десять лет их число увеличивается практически в два раза [6]. СД типа 2 (СД2) определяет эпидемиологию СД в целом, поскольку на него приходится около 98% случаев этого заболевания. Распространенность СД2 варьирует в разных странах и этнических группах. В европейских странах, США и Российской Федерации она составляет около 5-6% населения. С возрастом заболеваемость СД2 увеличивается: среди взрослых распространенность СД2 составляет 10%, среди лиц старше 65 лет достигает 20%. Заболеваемость СД2 в 2,5 раза выше среди коренных жителей Америки и Гавайских островов; среди индейцев племени Пима (штат Аризона) она достигает 50%. Среди сельского населения Индии, Китая, Чили и Африканских стран, которые ведут традиционный образ жизни, распространенность СД2 очень низка (менее 1%). С другой стороны, среди переселенцев в западные индустриальные страны она достигает значительного уровня. Так, среди выходцев из Индии и Китая, проживающих в США и Великобритании, распространенность СД2 достигает 12-15% [3].

Реальное количество больных СД гораздо больше, так как многие из них имеют скрытую форму, которая до проявления основных симптомов развивается незаметно [6].

ВОЗ предсказывает увеличение числа больных диабетом в мире на 122% в течение ближайших 20 лет (с 135 до 300 миллионов). Это связано как с прогрессирующим старением населения, так и с распространением и усугублением урбанизированного образа жизни. В последние годы отмечается значительное «омоложение» СД2 и рост заболеваемости среди детей [3].

Смертность больных СД в г. Астрахани за 2000-2006 гг. колебалась от 4,7% до 13,7% [4].

Уровень заболеваемости СД2 в Волгоградской области, так же как и в целом по РФ, имеет тенденцию к росту. Если в 2006 г. в России зарегистрировано 231,1 случая СД2 на 100 тыс. населения, то в 2010 г. этот показатель составил 258,7 случая. За этот период с 2006 по 2010 гг. в Волгоградской области уровень впервые выявленной заболеваемости увеличился с 216,8 на 100 тыс. населения до 288,5. Общий показатель инвалидности от осложнений СД2, по данным регистра Волгоградской области за 2009 г., составил 643,19 на 100 тыс. населения: из них у мужчин – 510,15; у женщин — 963,35 [5].

Цель исследования: оценить динамику показателей заболеваемости, распространенности, смертности и инвалидности по СД населения РД.

Материал и методы исследования.

Проведен анализ показателей распространенности, заболеваемости, инвалидности и смертности от СД на 100 000 населения РД за 2004-2013 гг. Зависимость между показателями оценивалась по ранговому коэффициенту корреляции Спирмена.

Разницу между годовыми значениями показателей определяли по Z-критерию после arcsos- преобразования Фишера.

Результаты исследования.

Показатели смертности СД по РД за 2004-2013гг. представлены в таблице 1.

За 10-летний период наблюдения (с 2004 по 2013гг.) число больных СД, состоящих на учете в РД, удвоилось (показатель распространенности с 650 увеличился до 1370 случаев СД на 100 000 населения; $P < 0,05$ (рис. 1). СТП составил 7,8%, абсолютный прирост выравненного ряда - 81 случай в год.

Таблица 1.

Показатели СД по РД за 2004-2013 гг. (на 100 000 населения)

Годы	Болезненность	Заболеваемость	Инвалидность	Первичный выход на инвалидность	Смертность
2004	650,0	90,0	132,0	14,0	6
2005	750,0	110,0	155,0	29,0	7
2006	840,0	130,0	182,0	26,0	7,8
2007	940,0	130,0	211,0	22,0	9,1
2008	1010,0	110,0	227,0	20,0	9,5
2009	1090,0	120,0	232,0	15,0	11,6
2010	1190,0	130,0	267,0	15,0	12,1
2011	1280,0	110,0	277,0	16,0	11,9
2012	1300,0	120,0	271,0	15,0	16,9
2013	1370,0	120,0	276,0	14,0	17,6

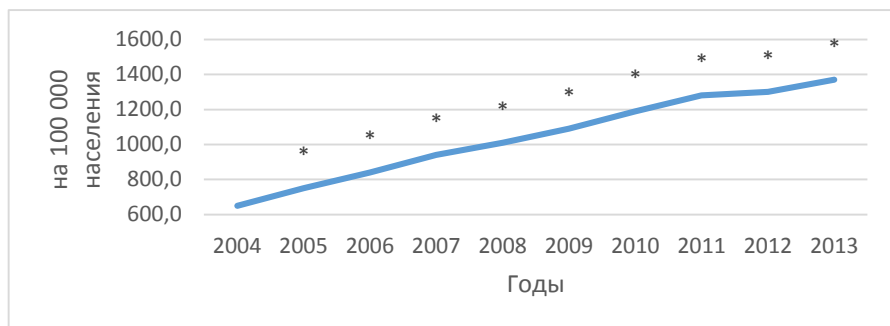


Рис. 1. Динамика распространенности СД среди населения РД в 2004-2013 гг. (на 100 000 населения). * - $P < 0,01$ для z-критерия по сравнению с 2004 годом.

На фоне возрастания численности населения РД (с 2,6 млн. до 2,9 млн.) и продолжительности жизни (с 73,3- 75,6 лет) следует ожидать дальнейшее увеличение больных СД, что требует коррекции штатного расписания диabetологов и эндокринологов [1, 7].

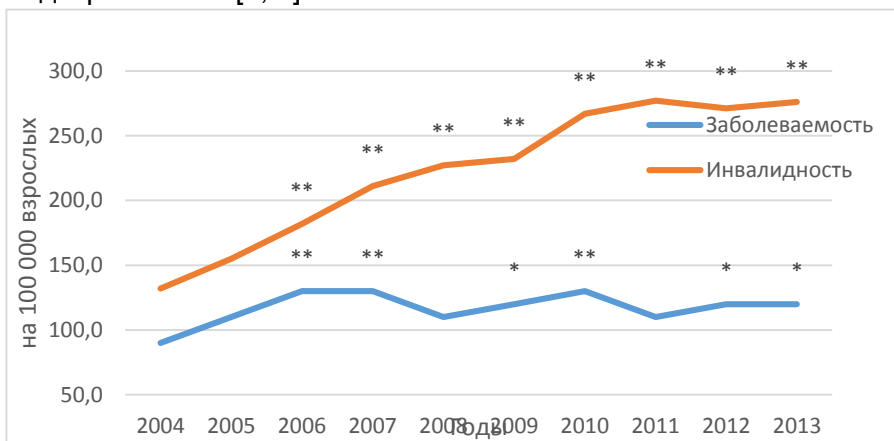


Рис. 2. Динамика заболеваемости СД и инвалидности по СД населения РД в 2004-2013 гг. (на 100 000 населения). * - $P < 0,05$ ** - $P < 0,01$ для z-критерия по сравнению с 2004 годом.

Заболеваемость СД взрослого населения РД с 2004 по 2006 год повышалась, затем колебалась в пределах 110-130 вновь выявленных случаев СД на 100 000 взрослых (рис. 2).

Инвалидность по СД с 2004 по 2011 годы неуклонно возрастала с 132 до 277 случаев на 100 000 взрослых, в последующие годы показатель стабилизировался. При выравнивании показателей динамического ряда отмечается тенденция к увеличению инвалидности в среднем на 7,5% ежегодно, абсолютный прирост 16,7% случаев в год. Инвалидность по СД в РД за 10 лет неравномерная, СТП - 13%.

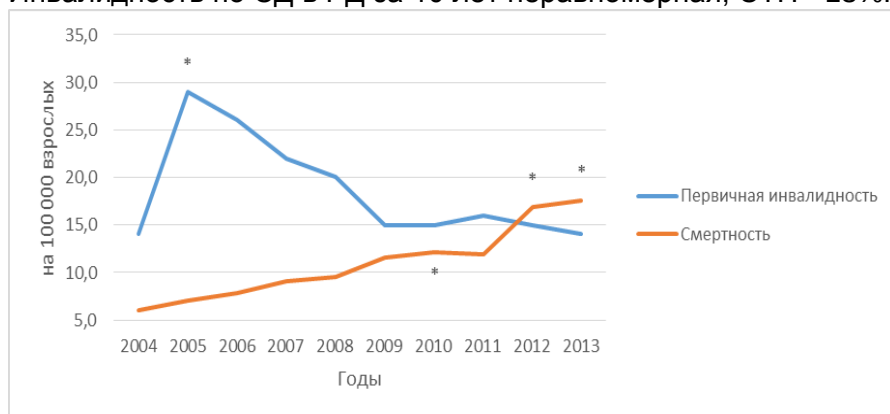


Рис. 3. Динамика смертности от СД и первичного выхода на инвалидность по СД населения РД в 2004-2013 гг. (на 100 000 населения). * - $P < 0,05$ для z-критерия по сравнению с 2004 годом.

Следует заметить, что на фоне увеличения числа инвалидов по СД наблюдалось снижение показателя первичного выхода на инвалидность с 2005 о 2009 годы почти в 2 раза, затем этот показатель колебался в пределах 14-16 случаев на 100 000 взрослых в год (рис. 3) .

Среднегодовой темп убыли первичной инвалидности по СД в РД за 2004- 2013 гг. составил 5,7%, а абсолютная убыль показателя – 1,5 случая в год.

СТП смертности от СД взрослого населения РД за 10 лет составил 11,4%. В отличие от заболеваемости и инвалидности смертность от СД имеет тенденцию к неуклонному росту с 6,0 в 2004 году до 17,6 случаев в 2013 году. Таким образом, смертность коррелируется с распространенностью СД и инвалидностью. Первичная инвалидность по СД имеет обратную связь с распространенностью, инвалидностью и смертностью (табл.2).

Таблица 2.

Коэффициент корреляции по Спирмену показателей СД по РД за 2004-2013 гг.

Показатель	Распространенность	Заболеваемость	Инвалидность	Первичная инвалидность
Заболеваемость	0,399			
Инвалидность	0,984**	0,463		
Первичная инвалидность	-0,573*	0,193	-0,537	
Смертность	0,935**	0,350	0,871**	-0,581*

* - $P=0,05$; ** - $P<0,01$.

Обсуждение.

Уровень распространенности СД в Дагестане [2] приблизился к показателям Индии и Китая [3]. Однако распространенность СД по РД в 2 раза выше, чем по всей России [3].

Выводы.

1. За десятилетний период наблюдения с 2004 по 2013 годы распространенность и общая инвалидность по СД в РД выросла в 2 раза, в то время как первичная инвалидность по СД снизилась в 2 раза.

2. Смертность от СД в РД неуклонно растет и имеет сильную прямую связь с распространенностью и инвалидностью по заболеванию.

Литература.

1. П.Г. Абдулманапов. Продолжительность жизни населения и резервы ее повышения в Республике Дагестан. URL: <http://www.uecs.ru/uecs-36-122011/item/921-2011-12-27-07-58-19> (дата обращения 28.06.2014).
2. С.А. Абусуев, З.М. Асельдерова, Н.А. Закарьяева, Г.М. Кадиева, Дж.Г. Хачиров, М.Г. Атаев. Динамика распространенности основных типов сахарного диабета в Республике Дагестан за 12 лет // Инновационные технологии в эндокринологии: сб. тезисов II Всероссийского конгресса. М., 2014. С. 4.
3. И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, В.Ф.Фадеев. Эпидемиология и клинические проявления сахарного диабета 2 типа. URL: <http://medbe.ru/materials/sakharnyy-diabet/epidemiologiya-i-klinicheskie-proyavleniya-sakharnogo-diabeta-2-tipa/> (дата обращения: 17.09.2014).
4. Н.В. Казачкова, В.А. Кисляков. Динамика причин смертности от сахарного диабета // Успехи современного естествознания. – 2008. – № 5 – с. 39-41. URL: www.rae.ru/use/?section=content&op=show_article&article_id=7782905 (дата обращения: 17.09.2014).
5. В.И. Сабанов, Т.С. Дьяченко, Е.Ю. Бердник. Эпидемиология сахарного диабета II типа в Волгоградской области // Вестник Росздравнадзора. 2012. № 2. С. 49-53.
6. Сахарный диабет - статистика больных, заболеваемости и заболеваний. URL: <http://saharniy-diabet.com/saharnyy-diabet-statistika-bolnyh-zabolevaemosti> (дата обращения 10.02.2013).
7. Численность населения Республики Дагестан. URL: http://dagstat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/dagstat/ru/statistics/population/ (дата обращения 28.06.2014).

УДК 616.379.008+64:616.71-008.1:618.173

***Т.Х.-М. Хашаева, А.К. Гамзаев, А.Э. Эседова,
З.А. Абусуева, К.Х. Порсукова.***

**Остеопенические нарушения у женщин
с инсулиннезависимым сахарным диабетом
в постменопаузе**

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская
академия» МЗ РФ, кафедра акушерства и гинекологии
лечебного факультета, г. Махачкала

Социальная значимость остеопороза (ОП) определяется его последствиями – переломами позвонков и костей периферического скелета, вызывающими значительное усиление заболеваемости, инвалидность и смертность среди лиц пожилого возраста и, соответственно, большие материальные затраты в области здравоохранения. Постменопаузальный остеопороз (ПМОП) составляет 85% от всех видов ОП. В соответствии с критериями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ОП в России среди женщин старше 50 лет выявлен у 30,5 -33,1. Среди городского населения России у 24% женщин в возрасте 50 лет и старше отмечается, как правило, один клинически выраженный перелом [1]. Большая распространенность инсулиннезависимого сахарного диабета (ИНСД), а также развитие тяжелых необратимых осложнений придают этому заболеванию огромное медико-социальное значение. Выдвигаются разные гипотезы влияния ИНСД на костную ткань, однако ясная картина не сформирована. Инсулин оказывает анаболическое действие на метаболизм костной ткани, обладая как прямым стимулирующим действием на остеобласты (активизируя выработку коллагена и гиалуроната), так и опосредованным, стимулируя дифференцировку и рост остеобластов [2, 3].

В связи с вышеизложенным, целью настоящего исследования явилось изучение состояния костного

метаболизма у женщин в постменопаузе в зависимости от наличия или отсутствия ИНСД.

Материал и методы исследования.

Обследовано 150 женщин в период постменопаузы. Возраст обследованных пациенток составил 40–65 лет в период физиологической постменопаузы длительностью более 2-х лет. Женщины были распределены на две группы. В 1-ю группу были включены 80 женщин с ИНСД, во 2-ю группу – 70 женщин без ИНСД.

Состояние костной ткани определяли путем измерения минеральной плотности костной ткани (МПКТ) методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (ДЭРА) с помощью аппарата LunarProdigy в поясничном отделе позвоночника (L_1-L_{IV}), шейке бедренной кости (Neck), большом вертеле (Troch), треугольнике Варда (Ward). Диагностика ОП осуществлялась согласно критериям ВОЗ (1994) по Т-критерию, т.е. в стандартных отклонениях (SD) от нормативных показателей пиковой костной массы здоровых женщин. Величина SD до 1 расценивалась как норма, от 1 до 2,5 SD – как остеопения, ниже 2,5 SD – как остеопороз.

Состояние кальций-фосфорного обмена определяли с помощью ионселективного электрода на анализаторе электролитов «Микролит 3+2» фирмы «Коне» (Финляндия). Уровни экскреции кальция (метод ArsenazoIII), фосфора (метод Molybdate), креатинина (метод Jaffe) определяли с помощью коммерческих наборов фирмы «Коне» (Финляндия) на биохимическом анализаторе «Konelab-30».

Костный обмен характеризовали по уровню биохимических маркеров костного ремоделирования. О состоянии костного формирования судили по содержанию в сыворотке крови остеокальцина (ОК), которое определяли иммунорадиометрическим методом с помощью набора CisBioInternational (Франция), и содержанию костной щелочной фосфатазы (КЩФ), которое определяли иммуноферментным методом с использованием моноканальных антител с помощью коммерческих наборов Alkphase-B (США).

Состояние костной резорбции оценивали посредством определения уровня С - концевых телопептидов (СТ_x), образующихся при деградации коллагена первого типа во второй утренней порции мочи и в сыворотке крови иммуноферментным методом с использованием тест-систем CrossLapsELISA фирмы «OsteometerBioTech». Вычисление результатов СТ_x в моче производилось с поправкой на концентрацию креатинина. Активность костной резорбции также определяли колориметрическим методом по экскреции оксипролина с мочой натошак по отношению к экскреции креатинина (ОПР/кр.-мкг /мкм кр.)

Результаты исследования обрабатывали при помощи пакета статистических программ MicrosoftExcel-98, при этом соблюдались общие рекомендации для медицинских и биологических исследований [3]. Определялись средние арифметические величины (M) и их ошибки (m). С целью определения значимости (достоверности) различий сопоставляемых средних величин применялся T -критерий Стьюдента и F -критерий Фишера с учетом неоднородности дисперсий в исследуемых группах. Разница средних величин считалась достоверной при $p < 0,05$. Для определения характера связи между изучаемыми параметрами применялся корреляционный анализ с вычислением коэффициента корреляции r и последующим установлением его значимости по критерию t Стьюдента [4, 5].

Результаты исследования.

Результаты денситометрических исследований МПКТ у женщин в постменопаузе с ИНСД и без него представлены в таблице 1.

Из приведенных данных можно заключить, что частота встречаемости остеопении и остеопороза достоверно выше среди пациенток с ИНСД. Необходимо отметить, что снижение МПКТ в трабекулярных костных структурах у пациенток с ИНСД развивается одновременно с поражением кортикальной кости, способствуя тем самым уменьшению толщины кортикального слоя. Последнюю рассматривают как главную детерминанту

устойчивости к компрессии всего тела позвонка и наиболее надежный прогностический показатель минеральной плотности в поясничном отделе позвоночника и проксимальном отделе бедренной кости [6, 7].

Таблица 1

Исходное состояние МПКТ в группах по данным ДЭРА

Сегмент скелета	Показатель	Группа 1 (n=80)	Группа 2 (n=70)
L ₁ -L _{IV}	T(SD,M±m)	-2,54±0,17*	-2,1±0,32
	Остеопороз, %	24,1	21,2
	Остеопения, %	69,2	65,6
	N,%	6,7	13,2
Шейка бедра (Neck)	T(SD,M±m)	-1,69±0,19*	-1,27±0,17
	Остеопороз, %	16,8	11,2
	Остеопения, %	38,1	33,6
	N,%	45,1	54,2
Трохантер(Troch)	T(SD,M±m)	-2,20±0,1*	-1,3±0,11
	Остеопороз, %	16,7	12,2
	Остеопения, %	33,1	22,5
	N,%	50,2	65,3
Область Варда (Ward)	T(SD,M±m)	-2,8±0,19*	-2,46±0,18
	Остеопороз, %	16,3	12,4
	Остеопения, %	68,1	57,2
	N,%	15,5	30,4
Total body	T(SD,M±m)	-1,39±0,22*	-1,16±0,36
	Остеопороз, %	23,1	18,8
	Остеопения, %	60,5	51,1
	N,%	16,4	30,1

*Примечание * Показатели достоверны относительно 2-ой группы (p<0,05).*

Классификация ВОЗ МПКТ: 1 SD - норма; 1-2,5 SD - остеопения; >2,5 SD - остеопороз.

Динамическое определение маркеров костного ремоделирования свидетельствует о ранних нарушениях костного метаболизма и эффективности проводимой терапии,

тогда как другие методы исследования (ДЭРА) еще малоинформативны. Это отмечено во многих исследованиях, проведенных как в нашей стране, так и за рубежом [8, 9]. Однако аналогичные исследования при костно-метаболических нарушениях в постменопаузе у женщин с ИНСД весьма малочисленны и скудны. В таблице 2 представлены результаты биохимического исследования показателей кальций-фосфорного обмена и костного метаболизма в постменопаузе в зависимости от наличия или отсутствия ИНСД.

Таблица 2

Показатели кальций-фосфорного обмена и костного метаболизма у женщин в постменопаузе при ИНСД и без него

Показатели	1-я группа N=80 (M±m)	2-я группа n=70 (M±m)
Ca ²⁺ (ммоль/л)	1,15±0,03	1,21±0,05
Ca/кр (мкм/мкм.кр)	0,85±0,09*	0,60±0,06
P (ммоль/л)	0,97±0,05	1,02±0,04
P/кр (мкгм/мкм.кр)	2,99±0,15	2,77±0,33
ЩФ (Ед/л)	90,3±5,82*	84±2,6
КЩФ (Ед/л)	46,8±2,3*	34,0±3,03
ОК (ng/ml)	11,66±1,24*	9,83±1,44
КТ (пг/мл)	3,2±1,07*	5,1±1,4
ОПР/кр (мкг/мкм.кр)	4,08±0,15*	2,62±0,07
ПТГ (pg/ml)	53,09±2,16	51,99±1,99

* - $p < 0,05$ в сравнении со 2-й группой

Данные таблицы 2 показывают, что у пациенток с ИНСД показатели кальций-фосфорного обмена были в пределах нормы, за исключением гипофосфатемии и незначительной гипокальциемии.

При определении показателей костного ремоделирования у пациенток с ИНСД установлено увеличение маркеров костеобразования - КЩФ и ОК. Согласно данным литературы, ОК помимо того, что увеличивается при ПМОП [10], хорошо коррелирует с гистоморфологическими характеристиками

скорости формирования кости, следовательно, может являться одним из наиболее достоверных маркеров скорости костного обмена.

У пациенток с ИНСД также был повышен такой маркер костной резорбции как экскреция ОПР с мочой. Тогда как показатели Са/кр, Р/кр достоверно не различались по группам обследуемых.

Все вышеперечисленное говорит об усилении скорости костного метаболизма как у женщин с ИНСД, так и без него, что характерно для ПМОП. При этом более высокие темпы костных потерь встречаются все же у пациенток с ИНСД.

Уровни ПТГ и КТ в сыворотке крови были у всех обследованных в пределах нормы, однако наиболее сниженные значения КТ отмечались на фоне ИНСД. Необходимо отметить, что его низкий уровень способствует выраженности резорбтивных процессов и предрасполагает к резорбтивному действию паратиреоидного гормона [11].

В качестве информативного маркера костной резорбции у пациенток с ИНСД и без него в постменопаузе нами был исследован С-терминальный телопептид коллагена I типа (СТх, β -CrossLaps).

Таблица 3

Содержание СТх в сыворотке крови и моче у обследованных женщин в зависимости от наличия или отсутствия ИНСД

Маркер	1-я группа n=80 (M $\pm$ m)	2-я группа n=70 (M $\pm$ m)
СТх в сыворотке крови (нг/мл)	0,949 $\pm$ 0,7*	0,561 $\pm$ 0,10
СТх в моче мкг/моль.кр.)	652,5 $\pm$ 131*	349,9 $\pm$ 138

* - $p < 0,05$ в сравнении с 2-й группой

Результаты исследований, приведенные в табл.3, свидетельствуют о достоверном повышении маркера костной резорбции - СТх у пациенток с ИНСД как в сыворотке крови, так и в моче ($p < 0,05$), что говорит о высокой чувствительности

показателя СТх в ранней диагностике костных потерь у женщин с ИНСД в постменопаузе.

Между маркерами костной резорбции СТх в сыворотке крови и СТх в моче установлена тесная положительная корреляция ($r=0,80$, $p<0,05$), что свидетельствует об их одинаковой информативности в оценке процессов резорбции как у пациенток с ИНСД в постменопаузе, так и без него. Умеренная корреляционная зависимость ($r=0,36$, $p<0,05$) установлена также и между маркерами костеобразования – КЩФ и ОК.

Таким образом, мы полагаем, что ИНСД, не являясь решающим фактором в нарушении костного метаболизма в менопаузе, в сочетании с постменопаузальной гипоэстрогемией способствует усугублению дисметаболических нарушений и прогрессированию остеопороза [12].

Следовательно, пациенток с ИНСД в постменопаузе следует относить к группе повышенного риска развития остеопоротических нарушений и назначать заместительную гормональную терапию данному контингенту женщин не только для купирования ранних проявлений патологического климактерия, но и с целью коррекции и профилактики поздних климактерических расстройств.

Литература.

1. Е.Е. Михайлов, Л.И. Беневоленская, Т.В. Баркова. Эпидемиологическая характеристика переломов конечностей в популяционной выборке лиц 50 лет и старше. // Остеопороз и остеопатии 1999; № 2 ; с. 2-4.
2. К.Ф. Вартанян. Клинико-диагностические аспекты остеопатии при сахарном диабете // Российские медицинские вести. 2000; № 3; с. 39 - 46.
3. M.A. Al-Maatouq. Prevalence of osteoporosis among postmenopausal females with diabetes mellitus / M. A. Al-Maatouq [etal.] // Saudi Med J 2004; Vol. 2; № 10; 1424.

4. И.В. Поляков, И.С. Соколова. Практическое пособие по медицинской статистике. Л.: Крон-пресс. 1995; 148.
5. Ю.И. Тюрин, А.А. Макарова. Анализ данных на компьютере. М: Мысль 2003; с. 280.
6. Л.Я. Рожинская. Остеопенический синдром при заболеваниях эндокринной системы и постменопаузальный остеопороз (патогенетические аспекты, диагностика и лечение): Дис. д-ра мед. наук. М. 2001; 318; 45.
7. Diane, LChau. Osteoporosis and diabetes // Clin. Diabetes. 2002; Vol. 20; № 3; 153.
8. Kemmis K, Diabetes and osteoporotic fractures // The Diabetes Educator. 2005; Vol. 31; № 2; 187.
9. Я.З. Зайдиева. Особенности течения климактерия у женщин с эндокринными заболеваниями // РМЖ. 2007; Том 15; № 11; С. 1216-1221.
10. Л.И. Беневоленская, О.М. Лесняк. Остеопороз: диагностика, профилактика и лечение. Клинические рекомендации. М.: ГЭОТАР-Медия. 2005; С. 176.
11. Tuominen J T. Bone mineral density in patients with type 1 and 2 diabetes / Tuominen J T. [et al.] // Diabetes Care. 1999; Vol. 22; 1196.
12. Н.И. Вербовая, О.В. Косарева. Минеральная плотность костной ткани и её метаболизм при сахарном диабете 2 типа у больных старших возрастных групп. // Клиническая геронтология. 2003; Том. 9; № 4; С. 18-229.

УДК 612.392.64-036.2(470.67)

С.А. Абусуев, К.А. Алиметова.

Клинико-эпидемиологическая характеристика йододефицитных состояний в Республике Дагестан

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия»
МЗ РФ, кафедра эндокринологии, г. Махачкала

За многовековую историю изучения эндемического зоба (ЭЗ) предложено около 130 научных гипотез, поясняющих причины

возникновения и механизм развития данного заболевания [8]. Йодный дефицит, как причина зоба, одно из наиболее признанных положений в тиреологии [5]. Йодо- дефицитные заболевания (ЙДЗ) относятся к числу наиболее распространенных неинфекционных заболеваний человека. По данным ВОЗ, 1,5-2 млрд. жителей Земли находятся в условиях йодного дефицита, приводящего к развитию таких заболеваний, как эндемический зоб (ЭЗ), гипотиреоз, умственное и физическое отставание, кретинизм [Деланж, 1997].

Недостаточность йода является самой распространенной причиной умственной отсталости, которую можно предупредить [7]. У женщин в эндемичных по зобу областях страдает и репродуктивная функция, увеличивается количество выкидышей, мертворождений, нарушается умственное и физическое развитие, повышается перинатальная и детская смертность [2, 6]; отмечается задержка полового созревания, зоб и его осложнения, гипотиреоз, йодиндуцированный тиреотоксикоз, возникает риск рождения ребенка с эндемическим кретинизмом, нарушается менструальный цикл, что ведет к бесплодию у женщин.

Возникает повышенный риск развития фиброзно-кистозной мастопатии, рака молочных желез, миом и рака матки, снижение потенции и бесплодие у мужчин, ранний климакс, многоузловой токсический зоб, развитие рака щитовидной железы при наличии узлового/многоузлового зоба, повышение поглощения радиоактивного йода при ядерных катастрофах, нарушения когнитивной функции, снижение интеллекта и творческого потенциала.

Одной из значимых экологических проблем в России является природно-обусловленный дефицит йода. Около 75% жителей нашей страны испытывают йододефицит различной степени выраженности [4].

В Республике Дагестан (РД) первые сведения о частом выявлении зоба были сделаны еще в 1879 г. (Н.И. Зейдилиц, Н. Салтыков, Н.И. Одноралов, А.Б. Френкель). Эти работы носили описательный характер. В последующие годы проводились экспедиционные мероприятия по горным районам РД, где была выявлена высокая степень заболеваемости зобом (от 50 до 90%). Борьба с ЙДЗ в РД насчитывает полувековую историю, большую роль в достижении успеха внесли Р.А. Цюпак, Г.Ф. Маклецов, М.С. Яникиан, Я.А. Мататов, Р.П. Аскерханов, М.-Р.М. Солтаханов, С.А. Абусуев и др.

В 1999 г. в нашей стране было принято постановление «О мерах по профилактике заболеваний, связанных с дефицитом йода». Эпидемиологические исследования в РД, проводимые с начала

реализации программы по ликвидации йододефицита и на протяжении последующих лет, позволяют дать им характеристику и оценить их эффективность.

Цель исследования: изучить частоту распространенности ЭЗ в РД с учетом равнинной, предгорной и горной зон.

Материал и методы исследования.

В 2000г. в РД была принята программа по профилактике ЙДЗ. С того же года проводятся экспедиционные мероприятия во всех городах и районах республики [1]. С 2000 по 2012гг. в процессе мониторинга ЙДС были обследованы 7375 школьников, проживающих в разных климатогеографических зонах республики. Обследуемые подвергались общеклиническим исследованиям: пальпация щитовидной железы (ЩЖ) с использованием классификации ВОЗ, ультразвуковое исследование (УЗИ) ЩЖ, определение уровня гормонов ЩЖ, определение ренальной экскреции йода.

Исследование экскреции йода с мочой.

В настоящее время экскреция йода с мочой рассматривается как основной эпидемиологический показатель, характеризующий йодную обеспеченность того или иного региона. Этот показатель является высокочувствительным и быстро реагирует на изменения потребления йода, поэтому имеет важнейшее значение не только для оценки эпидемиологической ситуации, но и для контроля эффективности программ профилактики йододефицитных заболеваний.

Почками выводится 80-90% потребляемого с пищей йода [2]. Концентрация йода в разовой порции мочи хорошо коррелирует с уровнем йода в суточной моче и отражает поступление йода в организм непосредственно на момент исследования. Так как уровень ренальной экскреции йода у конкретного лица меняется в течение дня, данные определения йода можно использовать только для оценки обеспеченности йодом в популяции в целом. В связи с неравномерным распределением уровня йода в исследуемых образцах, предпочтительнее оценивать медиану йодурии. Медиана йодурии представляет собой среднюю величину в ряду возрастающих и убывающих значений [7]. В зависимости от полученного значения величины «медианы йодурии» оценивали наличие и тяжесть йодного дефицита. Величина медианы йодурии 100мкг/л и более соответствует достаточному потреблению йода, 50-99 мкг/л - легкому йододефициту, 25-50мкг/л - умеренному дефициту, менее 25мкг/л - выраженному дефициту йода [3].

Определение частоты зоба в популяции.

Изменение объема щитовидной железы, как правило, связано с уровнем поступления йода в организм, однако, изменение объема железы в ответ на изменившееся потребление йода происходит в течение нескольких месяцев или даже нескольких лет. На степень увеличения ЩЖ оказывают влияние степень йодного дефицита, длительность проживания в условиях нехватки йода, профилактические мероприятия, пол, возраст и т.д. Распространенность зоба является косвенным показателем уровня потребления йода и меняется после достаточно длительного срока нормализации потребления йода. Действительно, распространенность зоба отражает уровень потребления йода в предшествующие годы, а не в момент проведения исследования. Таким образом, наиболее целесообразным является определение частоты зоба у детей 8-10 лет, так как у детей младшего возраста определение объема ЩЖ представляет определенные технические сложности, а при обследовании детей старшего возраста трактовка результатов затруднительна из-за выраженных различий в сроках начала пубертата и скорости линейного роста.

Для оценки степени увеличения щитовидной железы методом пальпации используется классификация ВОЗ 2001г. Для более точного определения размеров ЩЖ проводится УЗИ. У ребенка объем щитовидной железы зависит от степени физического развития, поэтому проводится по площади поверхности тела.

Таблица 1

Оценка тяжести йодной эндемии по распространенности зоба (по данным УЗИ)

Распространенность зоба (%)	Тяжесть йодной эндемии
<5	Достаточное потребление йода
5-19,9	Легкий дефицит йода
20-29,9	Умеренный дефицит йода
>30	Выраженный дефицит йода

Частота зоба в популяции, в районах, свободных от дефицита йода, не должна превышать 5%, в районах с легким дефицитом йода колеблется от 5 до 19,9%. При эндемии средней тяжести составляет 20-29,9%. При тяжелой форме йодного дефицита может достигать 100%.

Результаты исследования показали, что до начала действия программы по профилактике ИДС распространенность ЭЗ в популяции составляла в среднем по РД 39,1%, с большими колебаниями от 14,6% до 63%. Концентрация йода в моче составляла 17,1 мкг/л до 46,6 мкг/л., что говорит о низкой обеспеченности йодом населения и соответствует тяжелому и средней тяжести дефициту йода.

Другой важнейший критерий- частота зоба в популяции. Показатели в республике варьировали от 33% на равнине, 34,6%-в предгорной зоне и 52,4% - в горных районах. Что соответствует средней тяжести и тяжелому йододефициту. В городах йодный дефицит выражен меньше, чем в сельской местности. Средняя распространенность ЭЗ у городских детей составляла 23,8% против 43,2% у детей из сельской местности. Медиана йодурии соответственно была выше у городских школьников и составляла 37,9 мкг/л., против 30,0 мкг/л в сельской местности.

Эпидемиологический анализ частоты ЭЗ и йодурии по климатогеографическим зонам показывает, что наиболее неблагоприятная обстановка сложилась в горных районах, где частота зоба составляла 52,4%, а концентрация йода в суточной моче колебалась от 17,1 мкг/л до 34,8 мкг/л и в среднем составляла 27,8 мкг/л. Дефицит йода меньшей степени выраженности наблюдался на равнине, где было 33%, при уровне йодурии 33,7 мкг/л. В предгорной зоне распространенность зоба составляла 34,6% при йодурии 32,4 мкг/л.

По принятой республиканской программе и постановлению правительства о профилактике ИДС все города и районы РД должны обеспечиваться йодированной солью. На фоне осуществляемых профилактических мероприятий ежегодно, с 2002 г. исследовали медиану йодурии. Результаты обследования выявили: средний показатель концентрации йода в моче у детей повысился и составил 51,8 мкг/л. Средний показатель в популяции школьников сельской местности несколько снизился и составил 27%.

Медиана йодурии заметно повысилась: в городах составила в среднем 65,4мкг/л., в сельской местности - 48 мкг/л.

Выводы.

1. Полученные данные свидетельствуют о том, что до начала реализации программы по профилактике йододефицитных состояний, йодообеспечение в РД было явно неблагополучно. Основу программы, направленной на устранение и профилактику йододефицитных состояний, составила массовая профилактика.

2. В РД, благодаря проводимым профилактическим мероприятиям, снижается уровень йододефицита. Полученные данные свидетельствуют о том, что обеспеченность йодом населения республики повысилась, хотя ещё и не достигла нормального уровня.
3. В различных местностях республики профилактические мероприятия проводятся неодинаково и не носят систематического характера. Требуется усиление проводимых профилактических мероприятий в каждом районе с учетом уровня йодурии.

Литература.

1. С.А. Абусуев, К.А. Алиметова, З.М. Асельдерова, Х.Г. Муркелинская, М.Г. Атаев. Эффективность профилактики йододефицитных состояний детей Республики Дагестан / Инновационные технологии в эндокринологии: сб. тезисов II Всероссийского конгресса. М., 2014. С. 372.
2. И.И. Дедов, Н.Ю. Свириденко. Йододефицитные заболевания в РФ. // Вестник РАМН. 2001. № 6. С. 3-12
3. И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, Трошина и др. Результаты мониторинга йододефицитных заболеваний в Российской Федерации (2002-2005). М., 2005.
4. С.В. Дора, Е.И. Красильникова и др. Результаты эпидемиологического исследования по оценке йодного обеспечения Санкт-Петербурга. // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. 2011. т. 7, № 3. С. 38.
5. Г.А. Герасимов, В.В. Фадеев и др. Йододефицитные заболевания в России. М., 2002. С. 21-33.
6. Э.П. Касаткина. Актуальные проблемы тиреоидологии: профилактика йододефицитных заболеваний // Проблемы эндокринологии. 2006. № 52(6) С. 30-33.
7. И.И. Кочергин. Профилактика и лечение дефицита йода и эндемического зоба // РМЖ. 2009. т. 17, № 24. С. 1599-1603.
8. М.-Р.М. Солтаханов, Э.М. Солтаханов Э.М. Йододефицитные заболевания. Махачкала, 2008. С. 4.

Комплексная оценка методов диагностики узлового зоба

Клиника системных медицинских технологий «Агада», г. Пятигорск

Эпидемиологические исследования последних лет свидетельствуют о неуклонном росте частоты заболеваний щитовидной железы. Установлено, что при массовых обследованиях населения ее узловые образования выявляются у 15-22% обследованных. Отмечен и существенный повсеместный рост неопластических поражений. Так, по данным ВОЗ, заболеваемость раком щитовидной железы за последние 10 лет увеличилась в 2 раза. В России этот показатель в 1995 г. составил 5,1 на 100 000 населения, в США ежегодно регистрируется более 30 000 впервые выявленных случаев рака, в связи с чем проводится более 60 000 тиреоидэктомий, 1100 больных погибают от этого заболевания.

Нередко больные длительно наблюдаются и в последующем оперируются по поводу доброкачественного поражения железы (зоб, аденома) и лишь на операции у них устанавливается диагноз рака. При этом наиболее часто (86,7%) рак выявляется в узлах диаметром от 1,0 до 2,5 см, хотя абсолютные размеры последних не являются патогномоничными.

В последние 10-15 лет среди инструментальных методов диагностики ведущее место занял ультразвуковой, несомненным преимуществом которого явились высокая информативность, безвредность и необременительность. Между тем, работами отечественных и зарубежных авторов было показано, что, основываясь лишь на традиционных ультразвуковых признаках (снижение эхогенности ткани, неровность и нечеткость контуров, отсутствие гипозоногенного ободка, увеличение регионарных лимфоузлов), нельзя провести дифференциальный диагноз между злокачественным и доброкачественным характером поражения.

Отсутствие патогномоничных признаков рака связано не только с полиморфизмом самих злокачественных опухолей щитовидной железы, но и с разнообразием фоновых состояний при развитии рака, особенно у лиц пожилого и старческого возраста.

В последние годы все большее применение в дифференциальной диагностике узловых образований щитовидной железы находит метод аспирационной биопсии тонкой иглой, однако определенные трудности

возникают из-за сложности получения информативного материала, так как в пунктате, как правило, находят большую примесь крови, которая, разбавляя его, деформирует клетки и тем самым затрудняет цитологическое исследование. Следует отметить, что при злокачественном перерождении узла, в том числе и при мультицентрическом расположении опухоли, не всегда удается получить пунктат, отвечающий истинному клеточному составу. Ультразвуковой контроль аспирационной биопсии увеличивает возможности получения информативного материала.

Цель исследования: сравнительная оценка информативности тонкоигольной пункционной биопсии узловых образований щитовидной железы под контролем ультразвука с последующим цитологическим исследованием.

Материал и методы исследования.

Аспирационная пункционная биопсия тонкой иглой под контролем ультразвука проведена 162 пациентам (мужчин - 57, женщин - 105, средний возраст 62 года). В процессе динамического наблюдения оценивались следующие параметры:

- железа в целом (расположение, размеры, контуры, форма, экоструктура);
- внутриорганные изменения (характер изменений - диффузные или очаговые, расположение, количество образований, контуры, размеры, экоструктура);
- васкуляризация;
- взаимоотношение щитовидной железы с окружающими структурами;
- состояние регионарных зон лимфооттока.

Ткань щитовидной железы в норме выглядит однородной. Эхогенность ее незначительно превышает эхогенность окружающих мышц, в частности продольной мышцы шеи (рис. 1).

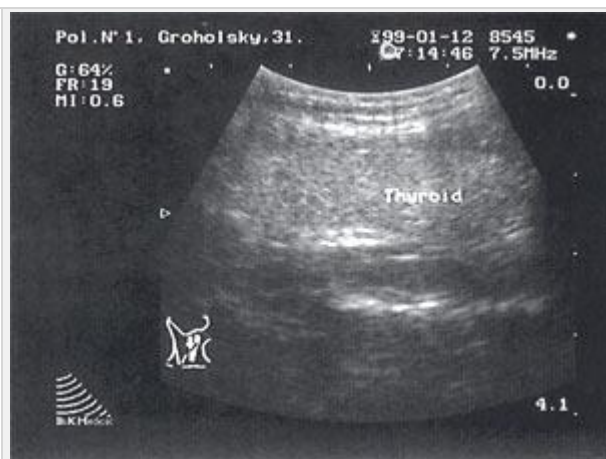


Рис. 1.
Эхографическая картина щитовидной железы в норме.

Показаниями для пункционной биопсии были, помимо наличия названных выше критериев злокачественности, изменения, происходившие в узле в процессе динамического наблюдения (быстрый рост, изменение структуры, появление новых узлов).

Для оценки функционального состояния щитовидной железы проводился радиоиммунологический анализ гормонов (Т3, Т4 и ТТГ): у 142 пациентов (88% >) оно было расценено как эутиреоидное и у 20 (12%) - гипотиреоидное. При тиреосцинтиграфии у 154 больных (95%) узлы определены как "холодные", у 8 (4%) - как "горячие". Ультразвуковое исследование и контроль при проведении аспирационной пункционной биопсии тонкой иглой осуществлялись на современном ультразвуковом аппарате с использованием конвексного трансдьюсера 7,5 МГц без биопсийной насадки.

Результаты исследования.

Эхографически выявлены узловые образования со следующими характеристиками:

- I группа - 60 больных (37%) - изо- и гиперэхогенные (рис. 2);
- II группа - 41 больной (25%) - гипозоногенные (рис. 3);
- III группа - 36 больных (22%) - смешанной неоднородной структуры (рис. 4);
- IV группа - 25 больных (16%) - изо- и гипозоногенные с микрокальцинами (рис. 5).

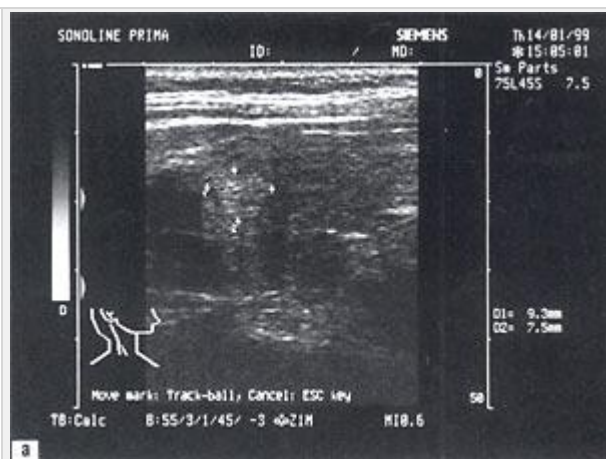
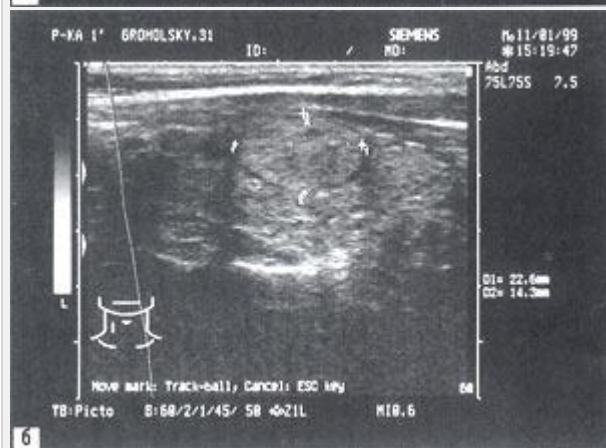


Рис. 2.

Эхографическая картина гиперэхогенных узлов щитовидной железы:

а - цитологическое заключение: картина тиреоидита с узлообразованием;



б - цитологическое заключение: узловой коллоидный зоб с пролиферацией эпителия. Гистологическое заключение: фолликулярная аденома щитовидной железы.



Рис. 3.
Эхографическая картина гипоехогенных узлов щитовидной железы:

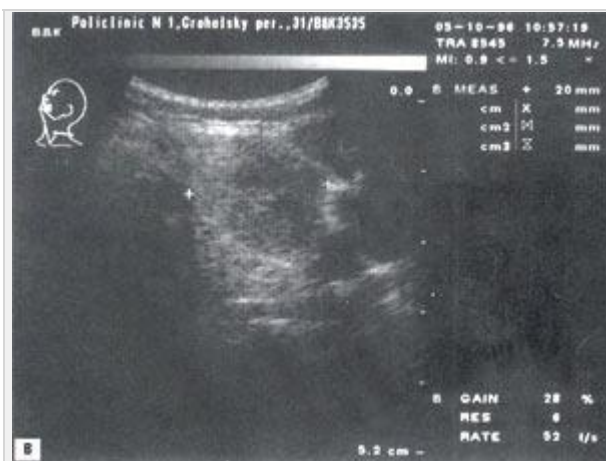
а - цитологическое заключение: фолликулярная аденома щитовидной железы.

Гистологическое заключение: микрофолликулярная аденома с очаговой пролиферацией эпителия и умеренной очаговой атипией клеток фолликулярного эпителия;

б - цитологическое заключение: коллоидный зоб с пролиферацией и атипией клеток эпителия.

Гистологическое заключение: папиллярно-фолликулярный рак щитовидной железы;





В - цитологическое заключение: узловой коллоидный зоб с пролиферацией эпителия.
Гистологическое заключение: узловой коллоидный зоб.



Рис. 4. Эхографическая картина узлов смешанной неоднородной структуры:

а - цитологическое заключение: узловой коллоидный зоб с пролиферацией эпителия.
Гистологическое заключение: узловой коллоидный зоб;



б - цитологическое заключение: рак щитовидной железы. Гистологическое заключение: высокодифференцированный папиллярно-клеточный рак на фоне аутоиммунного тиреоидита.



Рис. 5. Эхографическая картина гипоэхогенного узла с микрокальцинатами. Цитологическое заключение: узловой коллоидный зоб с пролиферацией эпителия. Гистологическое заключение: микро- и макрофолликулярный зоб со склерозом стромы.

Цитологическое исследование пунктата узлов в I группе в 45 случаях позволило сделать заключение о наличии тиреоидита с узлообразованием и лишь в 15 - выявило узловой коллоидный зоб (в 12 случаях без пролиферации эпителия и в 3 - с пролиферацией).

Цитологическое исследование пунктата во II группе (гипоэхогенные узлы) выявило у 22 пациентов узловой коллоидный зоб, преимущественно (15 случаев) без пролиферации эпителия, у 18 - тиреоидит с узлообразованием и у 1 - было высказано подозрение на рак щитовидной железы.

У III группы больных, имевших узлы смешанной неоднородной структуры, преобладающей цитологической картиной оказалась картина узлового коллоидного зоба с пролиферацией эпителия - 26 случаев, в 2 случаях диагностирован рак щитовидной железы, в 8 - тиреоидит с узлообразованием.

В IV группе также в 24 случаях имел место коллоидный зоб (16 - с пролиферацией эпителия, 8 - без пролиферации). Подозрение на рак щитовидной железы было высказано в 1 случае.

Таблица 1.

Сопоставление результатов цитологического исследования и ультразвуковых характеристик узлов щитовидной железы

Ультразвуковые характеристики узлов	Цитология					Всего
	Тиреоидит с узлообразованием	Коллоидный зоб без пролиферации	Коллоидный зоб с пролиферацией	Подозрение на рак	Рак	
Изо- и гиперэхогенные	45	12	3	-	-	60
Гипоэхогенные	18	15	7	1	-	41
Смешанной неоднородной структуры	8	-	26	-	2	36
Изо- и гиперэхогенные с микрокальциатами	-	8	16	1	-	25
Итого:	71	35	52	2	2	162

При сопоставлении ультразвуковых характеристик узлов с результатами цитологического исследования (табл. 1) выявлена следующая закономерность: чем более неоднородна эхоструктура узла, тем более выражена тенденция эпителия к пролиферации. При хроническом тиреоидите наиболее часто встречались изо- и

гиперэхогенные узлы однородной структуры, тогда как узлы смешанной неоднородной структуры более характерны для коллоидного зоба с выраженной пролиферацией эпителия. Вместе же обе группы узлов "смешанной неоднородной структуры" и "изо- и гипоехогенные с микрокальцинатами" составили 80% всех узлов, в которых, по данным цитологического исследования, выявлена пролиферация эпителия.

Высокая степень пролиферации, картина рака щитовидной железы явились показаниями к оперативному лечению, проведенному 30 пациентам. Результаты сопоставления цитологической картины и данных гистологического исследования материала, полученного на операции, представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Сопоставление результатов цитологического и гистологического исследований узлов щитовидной железы у оперированных больных

Цитология	Гистология
Рак, подозрение на рак щитовидной железы - 4	Фолликулярный рак - 1 Аденокарцинома - 1 Папиллярно-фолликулярный рак - 1 Фолликулярная аденома - 1
Узловой коллоидный зоб с пролиферацией эпителия - 18	Многоузловой коллоидный зоб - 4 Микрофолликулярная аденома - 11 Микро- и макрофолликулярный зоб со склерозом стромы - 2 Высокодифференцированный папиллярно-фолликулярный рак на фоне аутоиммунного тиреоидита - 1
Коллоидный зоб - 7	Узловой коллоидный зоб - 5 Многоузловой коллоидный зоб - 2
Узловой зоб с явлениями струмита - 1	Макрофолликулярный узловой зоб - 1

Выводы.

По литературным данным, корреляция между цитологическим и гистологическим исследованиями оценивается как 65,5%, т.е. 65,5% больным, у которых по данным цитологического исследования поставлен диагноз "рак щитовидной железы", данные гистологического исследования этот диагноз подтверждают. При цитологическом

заключении "подозрение на рак" гистологически рак выявляется у 32% больных, при "резко выраженной пролиферации фолликулярного эпителия" рак выявляется гистологически у 11,5% и при цитологическом заключении "зоб" или "аденома" рак диагностируется в 3,4% случаев.

Однако и рак щитовидной железы, и аденома из фолликулярных клеток требуют одинакового объема хирургического пособия, поэтому, если ложные результаты между группами больных с аденомой и раком щитовидной железы рассматривать как истинно положительные, то чувствительность и специфичность аспирационной пункционной биопсии тонкой иглой под контролем УЗИ значительно повышаются и достигают 81,7 и 92% соответственно.

Таким образом, поскольку четкие ультразвуковые критерии злокачественности процесса в щитовидной железе отсутствуют, следует считать обязательным проведение пункционной биопсии обнаруженных при эхографии узлов с последующим цитологическим исследованием. Такой диагностический подход позволяет с высокой степенью достоверности выделить группу пациентов, требующих обязательного хирургического вмешательства. Учитывая тот факт, что отрицательный результат цитологического исследования не является абсолютным доказательством отсутствия злокачественного роста, показаниями к операции следует считать не только выраженность пролиферативных процессов в ткани узла, но и его прогрессирующее увеличение.

УДК 616.441-006.5:577.24(470.67)

***М.А. Яхияев, Ш.К. Салихов, М.Г. Атаев, К.З. Курбанов, К.Г.
Камалов, К.Р. Акмурзаева.***

**Эндемический зуб в Дагестане:
биогеохимические предпосылки**

Дагестанский научный центр РАН, Прикаспийский институт
биологических ресурсов, г. Махачкала
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия»
МЗ РФ, НИИ экологической медицины, г. Махачкала

В настоящее время большое значение имеет проблема воздействия окружающей среды на состояние здоровья человека, возникновение патологий, профилактику и лечение заболеваний, в связи с возрастающим количеством пороков развития, злокачественных опухолей, профессиональных и других заболеваний населения.

Врачи все чаще сталкиваются с необходимостью учитывать элементный состав биологических сред организма при определении и лечении патологий, обусловленных геохимическими факторами (эндемический зуб, сахарный диабет, алиментарная анемия и др.).

Имеется группа заболеваний, вызванных дефицитом микроэлементов именуемых микроэлементозами. К таким заболеваниям можно отнести эндемический зуб, вторым названием которого является диффузный нетоксический зуб, а также узловой и многоузловой зуб.

Исследователи указывают на то, что помимо йода на заболеваемость эндемическим зубом большое влияние оказывают другие макро- и микроэлементы – железо, магний, селен, цинк, кобальт, медь, марганец, хром, свинец и др. Таким образом, причиной эндемического зоба является природный полиэлементный дисбаланс.

Цель исследования: изучение связи уровня содержания микроэлементов селена и йода в объектах биосферы Дагестана с частотой зубной патологии населения республики.

Задачей исследования является изучение уровня содержания микроэлементов йода и селена в почвах Дагестана, что послужит научной основой для уточнения этиологии эндемического зоба и более целенаправленного планирования органами здравоохранения профилактических мероприятий.

Были исследованы компоненты экосистем (почва, растительность) различных по содержанию селена и йода районов Республики Дагестан: Кизлярский, Рутульский, Тляратинский.

Таблица. Содержание микроэлементов в объектах биосферы Дагестана

Объект исследования	Административные районы		
	Кизлярский	Рутульский	Тляратинский
йод			
почва	2,4	1,64	2,1
растения	0,4	0,15	0,2
селен			
почва	2,16	0,08	1,16
растения	0,03	0,009	0,023
количество больных			
	2,5	49,2	29,5
коэффициент корреляции			
йод : почва	-0,90		
йод : растения	-0,99		
селен : почва	-0,94		
селен : растения	-0,87		

Соотношение концентрации йода и селена в объектах биогеоценозов Дагестана с количеством больных эндемическим зобом показало, что существует определенная закономерность в распространении этой эндемии по изученным районам (табл.).

Так, была обнаружена отрицательная корреляционная связь высокой степени патологии эндемического зоба населения с содержанием йода и селена в объектах биосферы Дагестана.

УДК 616.127-005.8-055(470.67)

***Х.А. Османова, Дж.Г. Хачиров, А.Ш. Хасаев, М.Г. Атаев,
А.А. Абусуев, С.А. Гаджиева, П.М. Ибнумасхудова,
П.Ш. Гитинова.***

**Возрастные и гендерные аспекты смертности
от ишемической болезни сердца населения
городов Дагестана**

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия»
МЗ РФ, кафедра госпитальной терапии № 1, НИИ экологической
медицины, г. Махачкала

Введение.

Болезни системы кровообращения (БСК) в структуре всех причин смерти в 2011 г. в Республике Дагестан (РД) составляли 42,5%, в Российской Федерации (РФ) – 57,1%. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) в структуре смертности от БСК в 2011 г. в РД составляла 23,6%, в РФ – 20,4% [3].

В 1990 г. стандартизованный показатель смертности от БСК среди мужчин составлял 836,8 на 100 000 населения, в 2012 г. повысился до 1180,4. Аналогичные тенденции наблюдаются и среди женского населения, хотя показатель смертности почти в 2 раза ниже. Смертность от БСК среди трудоспособного населения достигает 38% (среди мужчин - 37,7%, среди женщин - 40,1%) [6].

В Финляндии, например, доля смертности в середине 70-х годов была существенно выше, чем в России. Однако к концу 90-х годов произошло снижение этого показателя, особенно среди женского населения, где доля смертности от БСК в 1,8 раза ниже, чем среди российских женщин [6]. Мужчины с диагнозом ИБС живут на 15,7 лет меньше, чем их сверстники, не страдающие этим заболеванием [6].

Цель исследования: оценить возрастные и гендерные аспекты смертности от ИБС взрослого населения городов Дагестана для акцентирования внимания органов здравоохранения на неблагоприятные популяции по смертности от ИБС.

Материал и методы исследования.

В исследование вошли 16 653 случая смерти от ИБС, зарегистрированные среди взрослого населения (18 лет и старше)

городов РД за 2002-2011 годы. Дизайн исследования – сравнительный ретроспективный эпидемиологический анализ.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Microsoft Excel 2013. Рассчитывали интенсивные показатели смертности (ИПС) на 100 000 мужского и женского населения по возрастным группам 18-39, 40-49, 50-59, 60-69 и 70+ лет. Получены годовые и среднемноголетние ИПС (М), а также дисперсия годовых показателей в виде 95%-го доверительного интервала (95%ДИ). Тенденции показателей по городам за 10 лет оценивали по линейному тренду и среднегодовому темпу прироста/снижения (СТП).

Таблица 1.

Распределение умерших мужчин и женщин от ИБС по возрастным группам за 2002-2011 годы в городах РД

Города	Возрастные группы, лет					
	18-39	40-49	50-59	60-69	70+	18+
Махачкала	33	144	509	1202	5720	7608
Буйнакс	5	21	58	92	717	893
Дагестанские Огни	1	7	31	91	387	517
Дербент	6	31	97	278	1498	1910
Избербаш	6	12	47	112	654	831
Каспийск	2	30	79	231	1100	1442
Кизилюрт	1	8	36	93	453	591
Кизляр	4	10	41	162	764	981
Хасавюрт	8	40	104	239	1394	1785
Южно-Сухокумск	0	3	7	22	63	95
Итого по городам	66	306	1009	2522	12750	16653
Республика Дагестан	165	682	2012	5857	35303	44019

Анализ абсолютного числа умерших от ИБС по возрастным группам за 2002-2011 годы в городах РД свидетельствует о том, что умершие от ИБС в возрасте 70 лет и старше в городах составили 76,6%, по РД – 80,2%. Эта возрастная группа является формирующей ситуацию со смертностью от ИБС.

В г. Махачкала возрастная группа 70 лет и старше составила 44,9% умерших от ИБС в городах республики и 75,2% умерших от этой причины в г. Махачкале (табл. 1).

45,7% умерших от ИБС в городах были жителями г. Махачкалы, а в структуре всех умерших в РД жители Махачкалы составили 17,3%. На втором месте (10,7%) – г. Хасавюрт, на 3-м месте – г. Каспийск, на 4-м – г. Буйнакск (5,4%).

Результаты исследования.

В таблицах 2 и 3 приведены годовые, среднесноголетние ИПС от ИБС мужского населения городов РД.

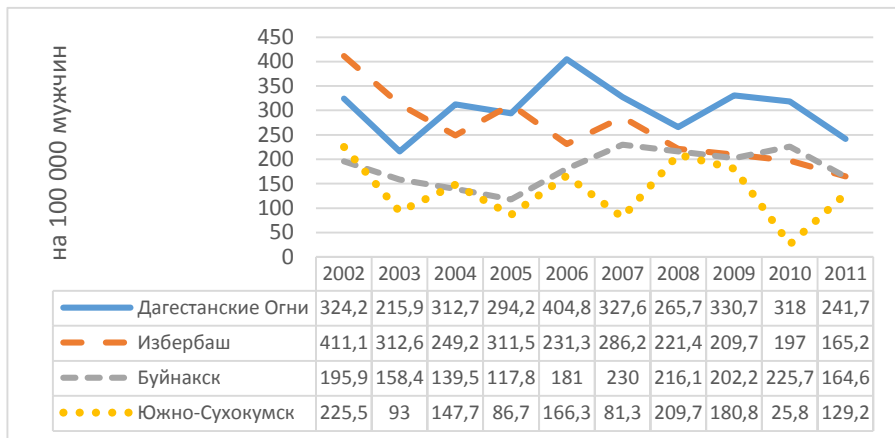


Рис. 1. Динамика коэффициента смертности от ишемической болезни сердца взрослого мужского населения (18 лет и старше) в городах Дагестана с наиболее высоким (Дагестанские Огни, Избербаш) и низким средним уровнем показателя (Буйнакск, Южно-Сухокумск).

Достоверное превышение максимального среднесноголетнего ИПС отмечено по г. Дагестанские Огни (303,5; 95%ДИ 265,5-341,4) по сравнению с ИПС по гг. Махачкала, Буйнакск, Дербент, Кизилюрт, Хасавюрт, Южно-Сухокумск, по всем городам вместе и по РД. При этом абсолютное число умерших от ИБС мужчин в г. Дагестанские Огни составило 3,1% всех умерших от этой болезни мужчин в городах и 1,2% - в РД.

Таблица 2.

Среднесноголетний ИПС от ИБС мужского взрослого населения городов РД, его тенденция за 10 лет и относительный риск умереть за 2002-2011 годы

Города	М	95% ДИ		Тренд	СТП, %
		от	до		
Дагестанские Огни	303,5	265,5	341,4	-0,6	-0,2
Избербаш	254,6	203,0	306,2	-20,8	-8,2
Кизляр	249,0	201,5	296,6	0,7	0,3
Каспийск	245,6	202,2	289,0	10,7	4,3
Дербент	233,4	203,1	263,8	1,1	0,5
Махачкала	197,1	175,0	219,2	-2,5	-1,3
Хасавюрт	189,8	164,5	215,0	3,4	1,8
Кизилюрт	184,4	129,9	238,9	13,6	7,4
Буйнакск	183,2	156,2	210,1	5,1	2,8
Южно-Сухокумск	133,7	88,5	178,9	-5,4	-4,0
Итого по городам	207,3	188,3	226,3	-0,4	-0,2
Республика Дагестан	235,8	218,6	253,0	-2,5	-1,0

Из приведенных в таблице 4 данных следует, что максимальный среднемноголетний ИПС женщин, как и мужчин отмечен по г. Дагестанские Огни: ИПС – 298 (95%ДИ 246,7-350,5), который достоверно превышает аналогичные показатели смертности от ИБС женского населения по г. Махачкала, Кизилюрт, Хасавюрт и по всем городам вместе, недостоверно на 15,3% показатель по г. Дагестанские Огни превышает показатель по РД.

Таблица 3.

Среднемноголетний ИПС от ИБС возрастных групп мужского населения городов РД за 2002-2011 годы

Города	Возрастные группы, лет					
	18-39	40-49	50-59	60-69	70+	18+
Махачкала	2,22	37,6	197,7	722,6	2968,9	197,1
Буйнакск	3,16	45,2	219,7	418,3	2488,2	183,2
Дагестанские Огни	2,25	42,9	315,4	807,8	3004,1	303,5
Дербент	2,45	39,3	180,3	817,2	3447,0	233,4
Избербаш	6,61	27,0	197,1	798,7	3217,3	254,6
Каспийск	1,19	44,1	194,9	932,7	3444,6	245,6

Кизилюрт	1,10	24,4	142,0	678,7	3103,9	184,4
Кизляр	2,32	24,6	100,2	873,0	2838,5	249,0
Хасавюрт	1,46	51,1	177,6	577,6	2955,5	189,8
Южно-Сухокумск	0,00	46,5	172,9	673,9	1818,2	133,7
Итого по городам	2,21	38,5	188,8	727,3	3020,4	208,3
Республика Дагестан	2,52	35,2	175,8	697,9	2878,7	235,5

Минимальный среднегодовое ИПС от ИБС женского населения 118,5 (95%ДИ 54,6-182,4) отмечен по г. Южно-Сухокумск, ИПС по которому достоверно меньше, чем по всем городам, а также по гг. Кизляр, Каспийск, Избербаш, Дербент, Дагестанские Огни и Махачкала.

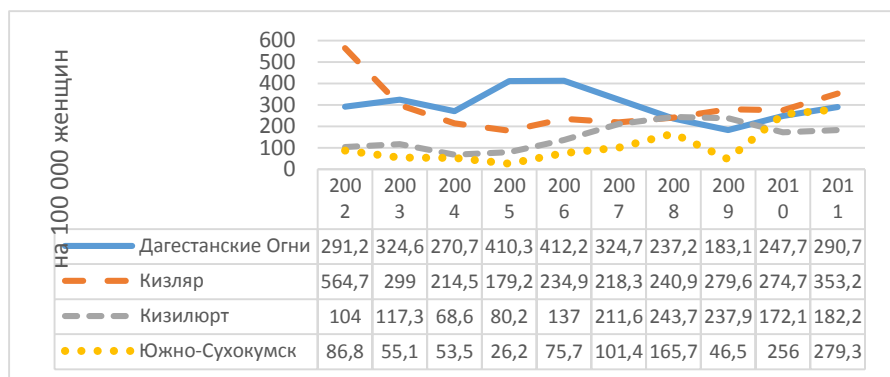


Рис. 2. Динамика коэффициента смертности от ишемической болезни сердца взрослого женского населения (18 лет и старше) в городах Дагестана с наиболее высоким (Дагестанские Огни, Кизляр) и низким уровнем показателя (Кизилюрт, Южно-Сухокумск).

Таблица 4.

Среднегодовое ИПС от ИБС женского взрослого населения (18 лет и старше) городов РД, его тенденция за 10 лет и относительный риск умереть за 2002-2011 годы

Города	М	95% ДИ		Тренд	СТП, %	ОР	95%ДИ	
		от	до				от	до
Дагестанские Огни	298,6	246,7	350,5	-9,6	-3,2	1,36	1,36	1,37
Кизляр	281,2	202,8	359,7	-9,6	-3,4	1,28	1,28	1,29

Дербент	266,7	243,9	289,6	3,5	1,3	1,22	1,21	1,22
Избербаш	253,4	200,7	306,1	-13,9	-5,5	1,16	1,15	1,16
Каспийск	246,2	205,8	286,5	14,3	5,8	1,12	1,12	1,13
Буйнакск	224,6	161,6	287,6	18,5	8,2	1,02	1,02	1,03
Махачкала	209,4	188,2	230,7	7,0	3,4	0,95	0,95	0,96
Хасавюрт	208,7	179,8	237,5	-1,9	-0,9	0,95	0,95	0,96
Кизилюрт	156,6	111,1	202,1	15,2	9,7	0,71	0,71	0,72
Южно-Сухокумск	118,5	54,6	182,4	21,5	18,1	0,54	0,54	0,54
Итого по городам	219,3	198,1	240,6	3,71	1,7	0,87	0,86	0,87
Республика Дагестан	252,9	236,0	269,8	0,8	0,3			

Таблица 5.

Среднемноголетний ИПС от ИБС возрастных групп женского населения городов РД за 2002-2011 годы

Города	Возрастные группы, лет					
	18-39	40-49	50-59	60-69	70+	18+
Махачкала	0,70	6,23	51,5	173,5	2588,8	209,4
Буйнакск	0,85	8,80	28,8	151,3	2369,6	224,6
Дагестанские Огни	0,00	0,00	36,6	411,8	2914,4	298,6
Дербент	0,46	3,59	34,2	199,0	3883,5	266,7
Избербаш	1,07	7,36	34,1	157,7	3491,3	253,4
Каспийск	0,00	9,65	42,5	191,3	2949,1	246,2
Кизилюрт	0,00	0,00	44,6	129,2	2658,3	156,6
Кизляр	2,18	2,36	58,8	186,6	2521,9	281,2
Хасавюрт	1,49	3,69	47,5	190,0	2924,7	208,7
Южно-Сухокумск	0,00	0,00	23,4	116,9	2131,0	118,5
Итого по городам	0,76	5,44	46,0	180,8	2795,7	223,1
Республика Дагестан	0,88	5,67	43,1	213,0	2580,5	253,4

Смертность от ИБС в возрастных группах производительной трудоспособности мужского населения городов в 4,3 раза превышает аналогичный показатель женского населения. Максимальный удельный вес (18,5%) мужчин, умерших от ИБС в возрасте 18-59 лет, отмечен, по гг. Буйнакск и Южно-Сухокумск, минимальный – 8,3% по г. Кизляр. По всем городам удельный вес этой возрастной группы за 10-летний период составил 14,0%; для сравнения – по всей сельской местности и

по РД 9,5 и 11,3 соответственно. Удельный вес женщин, умерших от ИБС в возрасте 18-59 лет по городам – 3,2; по сельской местности и РД составляет соответственно 2,0 и 2,5%, т.е. в 4,7 и 4,3 раза меньше по сравнению с мужским населением. Максимальный удельный вес умерших от ИБС женщин в возрасте 18-59 лет (3,6%) отмечен по г. Кизляру, по которому удельный вес мужчин был минимальным. Минимальный вес женщин, умерших от ИБС в этой возрастной группе (1,5%), установлен по г. Дагестанские Огни.

Прогностическая тенденция смертности женщин, как и смертности мужчин, характеризуется разнонаправленностью.

Из 10 городов положительный тренд и СТП отмечены по гг. Южно-Сухокумск, Буйнакс, Кизилюрт, Каспийск, Махачкала, Дербент в убывающей последовательности. Отрицательный тренд и СТП смертности от ИБС женщин за 10-летний период получены по гг. Избербаш, Дагестанские Огни, Кизляр, Хасавюрт.

Необходимо отметить, что тренд и СТП положительные по всем городам вместе и по всей республике. При этом положительный прирост смертности женщин от ИБС по городам кратно превышает аналогичные показатели прогностической тенденции. Примененный показатель относительного риска (ОР) умереть от ИБС женского населения городов с оценкой 95% ДИ среднемноголетних величин ОР.

Из приведенных в таблице 4 данных об ОР видно, что наибольшие показатели риска смерти женщин от ИБС получены по г. Дагестанские Огни (1,36; 95% ДИ 1,36-1,37) и по г. Кизляр (1,28; 95% ДИ 1,28-1,29). ОР по г. Дагестанские Огни достоверно превышает риск смерти от ИБС женского населения всех городов, в том числе и по гг. Махачкала, Буйнакс, Каспийск, Дербент, Кизляр и др. Показатель ОР смертность от ИБС для женщин по г. Кизляр так же достоверно больше по сравнению с остальными городами РД. Среднемноголетние ИПС от ИБС женского населения городов по возрастным группам (табл. 5) подтверждают заключение о прямолинейной зависимости смертности от ИБС, составленное на основании среднемноголетних ИПС населения городов обоего пола и для мужского населения. Среднемноголетний ИПС всего взрослого женского населения всех городов республики на 7,1% превышает аналогичный показатель для мужского населения, по РД тоже превышение на 7,6%; по г. Махачкала на 6,2 %. В возрасте 70 лет и старше ИПС от ИБС женского населения городов составляет 92,6% от ИПС для мужского населения, т.е. меньше на 7,4%. Следует учитывать, что удельный вес двух определяющих уровень смертности от ИБС возрастных групп 70-ти лет и старше и 60-

69 мужского и женского населения городов составляет соответственно: 86,0% - для мужского и 96,8% - для женского населения.

Таким образом, во-первых, смертность населения в возрасте 18-59 лет по городам существенно колеблется; во-вторых, в городах удельный вес умерших в возрасте 18-59 лет в 1,5 раза больше, чем в сельской местности и на 23,9% - по сравнению с общереспубликанским показателем; в-третьих, частота смертей от ИБС лиц мужского пола многократно превышает показатель женского населения (от 2,3 раза по г. Кизилюрт до 9,8 раза по г. Дагестанские Огни), в 4,3 раза по городам, 4,7 раза по сельской местности, в 4,6 раза по РД.

Такие особенности смертности от ИБС могут служить основанием для оценки степени точности причины смерти. Было бы несправедливо допустить столь существенную разницу при верификации причины смерти от ИБС в городах одной и той же административной территории страны.

Во всех возрастных группах среднемноголетние ИПС от ИБС женского населения городов РД в возрастных группах: 18-39, 40-49, 50-59, 60-69 лет и 70 лет и старше ИПС женщин от ИБС составляет от аналогичного показателя для мужского населения соответственно: 34,4; 14,1; 24,4; 24,9 и 92,6%. Среднемноголетний ИПС от ИБС для всего взрослого женского населения РД на 7,1% превышает аналогичный показатель для мужского населения городов.

Выводы.

1. Смертность взрослого населения обеих полов городов республики Дагестана от ИБС характеризуется статистическими значимыми колебаниями среднемноголетних ИПС по отдельным городам; достоверно превышает по г. Дагестанские Огни по сравнению с аналогичным показателем по 9 городам РД, недостоверно - по г. Избербаш; амплитуда среднемноголетних ИПС по городам составила 175,2 случая на 100 000 взрослого населения.
2. Смертность от ИБС взрослого мужского и женского населения по городам РД не имеет значимой разницы; города, неблагоприятные по смертности мужского населения неблагоприятны и по смертности женского населения, исключение составил только г. Дербент. Критической возрастной группой по смертности от ИБС являются жители городов в возрастной группе 70 лет и старше.
3. Повозрастные среднемноголетние ИПС от ИБС населения городов растут многократно - от 3,2 раза в возрасте 60-69 лет по сравнению с ИПС по возрастной группе 50-59 лет до 13-кратного превышения в возрасте 40-49 лет по сравнению с ИПС в возрастной группе 18-

39 лет; ИПС женского населения в возрастных группах 60-69 и 70 лет старше незначимо превышают показатели для мужского населения.

4. Смертность от ИБС в возрасте производительного труда (18-59 лет) в городах РД характеризуется многократным превышением для мужского населения по сравнению с женским не только по отдельным городам, но и по всем городам вместе, по сельской местности и республике удельный вес возрастной группы 18-59 в структуре умерших меньше, чем по городам; амплитуда показателей удельного веса по городам для мужского - 10,4 и женского - 2,1%. Смертность мужского населения от ИБС в возрасте производительного труда в городах существенно больше, чем в сельской местности, превышает удельный вес и по РД.
5. Смертность населения городов в возрасте 18-59 лет более высокая, чем в сельской местности РД, при этом смертность мужчин кратно превышает смертность женщин.

Литература.

1. С.С. Ибрагимова, Дж.Г. Хачиров, А.Ш. Хасаев. Смертность и относительный риск умереть от инфаркта миокарда в сельской местности Республики Дагестан // Вестник новых медицинских технологий. 2007. № 4. С. 186-188.
2. Н.Н. Никулина. Сердечно-сосудистая смертность: анализ качества диагностики и статистического учета причин смерти // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011, т. 7, № 1. С. 91-96.
3. Состояние здоровья населения Республики Дагестан в 2011 году. Махачкала: Минздрав Республики Дагестан, 2012. С. 95-103.
4. В.И. Харченко, Е.П. Какорина, М.В. Корякин, М.М. Вирин, В.М. Ундрицов, Н.Л. Смирнова, П.И. Онищенко, Б.Г. Потиевский, Р.Ю. Михайлова. Смертность от болезней системы кровообращения в России и в экономически развитых странах. Необходимость усиления кардиологической службы и модернизации медицинской статистики в Российской Федерации (Аналитический обзор официальных данных Госкомстата, МЗ и СР России, ВОЗ и экспертных оценок по проблеме) // Российский кардиологический журнал. 2005. N2. URL: <http://medi.ru/doc/6650201.htm> (дата обращения 10.10.2013).
5. Дж.Г. Хачиров, Г.А. Унтилов, Д.Г. Гасаев. Влияние метеоусловий – природных экологических факторов на смертность от болезней

сердечно-сосудистой системы в городе Махачкале // Вестник РГМУ. 2004. № 7 (38). С. 91-92.

6. С.А. Шальнова, А.О. Конради, Ю.А. Карпов, А.В. Концевая, А.Д. Деев, А.В. Капустина, М.Б. Худяков, Е.В. Шляhto, С.А. Бойцов. Анализ смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в 12 регионах Российской Федерации, участвующих в исследовании «Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах России» // Российский кардиологический журнал 2012. № 5 (97). С. 6-11.
7. Е.В. Шляhto, Г.П. Арутюнов, Ю.Н. Беленков. Национальные рекомендации по определению риска и профилактике внезапной сердечной смерти // Архив внутренней медицины. 2013. № 4 (12). С. 5-15.

УДК 616.127-005.8-036.1(470.67)

***З.С. Абусуева, М.Г. Атаев, Н.М. Аминова, Х.А. Османова,
Р.Ш. Джангишиева, З.И. Гаджиакаева.***

**Обращаемость больных ишемической болезнью сердца
в Республике Дагестан**

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, НИИ экологической медицины, кафедра госпитальной терапии № 1, кафедра анестезиологии и реанимации, кафедра факультетской терапии, г. Махачкала

Введение.

В России ишемическая болезнь сердца (ИБС) является самой частой причиной обращаемости взрослых в медицинские учреждения среди всех болезней системы кровообращения (БСК) - 28% случаев. Вместе с тем, реальное количество больных ИБС существенно больше. По данным российского Регистра острого коронарного синдрома, почти у половины больных с острой коронарной недостаточностью первым проявлением ИБС является инфаркт миокарда (ИМ). Поэтому можно предполагать, что только 40–50% всех больных ИБС знают о наличии у них болезни и получают соответствующее

лечение, тогда как в 50–60% случаев заболевание остается нераспознанным [2].

В структуре обращаемости взрослого населения России по поводу болезней системы кровообращения на долю ИБС приходится 26,6%, а в структуре заболеваемости среди взрослого населения — 20,1% (2002 г.). Отмечают увеличение числа случаев госпитализации по поводу ИМ [3].

В Республике Татарстан за 90-е годы частота обращений по поводу БСК возросла без малого в 2 раза, составив в 1995 г. 96,5‰, в 1997 г. — 100,9‰, а удельный вес дошел до 8,0—9%. Обращаемость по поводу БСК в контингенте руководителей колебалась в пределах от 84,0 до 145,0 на 1000 чел., удельный вес в структуре заболеваемости составил 4,7—12,9%. В 90-е годы показатели соответственно возросли до 130,5—178,0‰ и 7,8—17,6% [1].

Представляет определенный прикладной интерес изучение особенностей обращаемости больных ИБС в Республике Дагестан (РД).

Цель исследования: оценка клинико-экологических аспектов обращаемости больных ИБС в условиях РД.

Материал и методы исследования.

В работе проанализированы данные об обращаемости взрослого населения (18 лет и старше) по поводу ИБС за 2005-2008 гг. в городах и сельской местности РД.

За 4 года в медучреждения РД обратились 631 604 больных ИБС (код МКБ-10 I20-I25), из них со стенокардией (I20) – 287387, острым (I21), повторным ИМ – (I22) и осложнениями острого ИМ (I23) – 14 575 случаев. Остальные больные приходились на долю других форм острой ИБС (I24) и хронической ИБС (I25) (табл. 1).

Статистическая обработка данных проведена с помощью программы MicrosoftExcel.

Результаты исследования.

В структуре обращаемости всех больных БСК составили 14%, а в структуре обращаемости больных БСК доля больных ИБС – 27,7%. В структуре обращаемости больных ИБС 95% случаев приходится на стенокардию и хроническую ИБС.

Таблица 1.

Число женщин и мужчин, обратившихся за медицинской помощью по поводу сердечно-сосудистых заболеваний в Дагестане в 2005-2008 гг.

КодМКБ-10	Мужчины	% из ИБС	Ранг	Женщины	% из ИБС	Ранг	Мужчины / женщины
I20	151002	46,3	2	136385	44,6	2	1,1
I21	8229	2,5	3	3531	1,2	4	2,3
I22	937	0,3	5	496	0,2	6	1,9
I23	543	0,2	6	839	0,3	5	0,6
I24	4869	1,5	4	4666	1,5	3	1,0
I25	160464	49,2	1	159643	52,2	1	1,0
I20-I25	326044	100		305560	100		1,1

ИБС – ишемическая болезнь сердца; МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра.

По абсолютному числу обращений больные хронической ИБС занимали 1-е рейтинговое место, стенокардией – 2-е место как среди мужчин, так и среди женщин. Число больных острым и повторным ИМ среди мужчин превышало таковой показатель среди женщин в 2 раза (табл. 1).

Следовательно, в условиях РД мужской пол является фактором развития ИБС, особенно ИМ.

В таблице 2 приведены данные сравнительного анализа обращаемости больных ИБС за 2005-2008 гг. в поликлиники и стационары РД. Доля обращений в поликлиники по поводу БСК была меньше (12,3%), чем в стационары (16,8%). Доля ИБС в структуре обращаемости с БСК в поликлиники составила 25,8%, а в стационары 34,1%.

Таблица 2.

Число посещений больными поликлиник Республики Дагестан и госпитализации в связи с болезнями системы кровообращения в период с 2005 по 2008 гг.

КодМКБ-10	Обращения в поликлиники	% из ИБС	Ранг	Число госпитализаций	% из ИБС	Ранг	Поликлиника / стационар
I20	225963	43,0	2	61431	58,0	1	3,7
I21	4176	0,8	4	7584	7,2	3	0,6
I22	776	0,1	6	657	0,6	5	1,2
I23	1303	0,2	5	79	0,1	6	16,5
I24	6601	1,3	3	2934	2,8	4	2,2
I25	286919	54,6	1	33191	31,3	2	8,6
I20-I25	525738	100		105876	100		5,0

ИБС – ишемическая болезнь сердца; МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра.

Больные ИБС обращались в поликлиники и амбулатории в 83,2% случаев, чаще всего по поводу хронической ИБС и стенокардии. Доля обращений в стационары составила 16,8%, из которых большая часть приходилась на нестабильную стенокардию. При этом обращает на себя внимание большое число обращений с осложнениями острого ИМ в поликлинику, нежели в стационар. Только острый ИМ явился частой причиной обращения в стационары РД по сравнению с числом посещений поликлиник. Число обращений сповторным ИМ в поликлиники и стационары практически одинаково.

Таким образом, нагрузка на поликлиники по обращаемости больных ИБС в 5 раз превышает обращаемость в стационары.

За 4 года наблюдения число обращений по поводу БСК в РД возросло в 2,5 раза, с ИБС – 1,8 раза, при этом среднегодовой

темپ прироста числа обращений составил 22,2 случая для БСК и 15,5 для ИБС. Темп прироста числа острого ИМ выше, чем повторного ИМ (табл. 3).

Наибольший прирост числа обращений отмечен у пациентов со стенокардией и осложнениями острого ИМ. В то же время наблюдается уменьшение числа обращений по поводу других острых форм ИБС (табл. 3).

Таблица 3.

Динамика численности обращений больных с кардиоваскулярной патологией за медицинской помощью в Дагестане в 2005-2008 гг.

КодМКБ-10	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	Me	СТП, %
I20	47038	76428	82411	81510	78969	15,2
I21	2094	3128	3143	3395	3136	13,3
I22	263	414	386	370	378	8,2
I23	186	418	356	422	387	18,7
I24	2880	2601	2201	1853	2401	-14,6
I25	43966	93590	93755	88796	91193	16,8
I20-I25	96427	176579	182252	176346	176463	15,5

СТП – среднегодовой темп прироста; Me – медиана.

Медиана абсолютного числа обращений за 4 года по поводу стенокардии (78 969) в 20,2 раза превышает аналогичный показатель ИМ (3901).

Вероятно, темп снижения числа больных другими острыми формами ИБС обусловлен улучшением диагностических возможностей медучреждений. Рост обращаемости больных всеми формами ИБС в основном приходится на период с 2005-2006 гг.

Важное значение в заболеваемости ИБС имеет возраст населения. Как видно из рисунка, число обращений мужчин в возрасте 37-60 лет превалирует над показателем женщин.

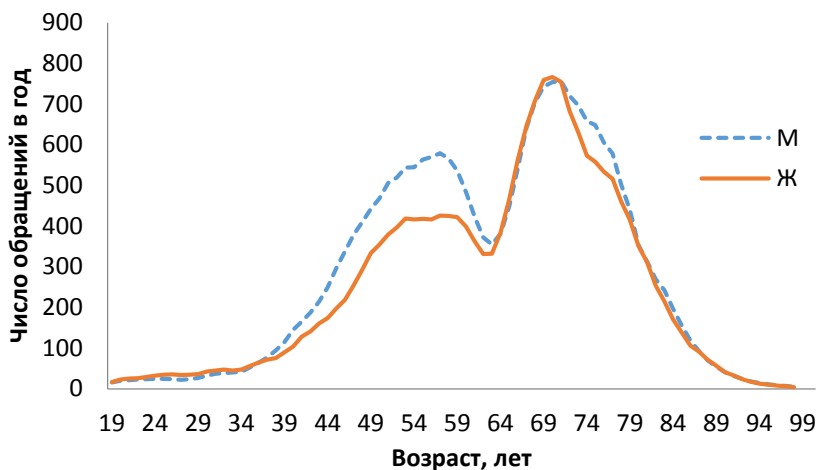


Рис. Абсолютное число обращений больных стенокардией и возраст мужчин и женщин в Дагестане в 2005-2008 гг.

Большинство случаев ИБС приходится на возраст от 50 до 80 лет. Наблюдаемая инцизура в возрастной структуре обращений больных ИБС вызвана низкой рождаемостью в годы Великой Отечественной войны. С 65-летнего возраста абсолютное число обращений по поводу ИБС у мужчин сравнивалось с показателем у женщин с пиком значения в 70-летнем возрасте. Далее число больных ИБС резко снижается, что возможно связано с продолжительностью жизни населения РД (рис.).

Выводы.

1. В РД мужской пол и трудоспособный возраст неблагоприятны по развитию ИБС, особенно ИМ.
2. В поликлиники обращаются больные ИБС в 5 раз чаще, чем в стационары.
3. За 4 года наблюдения число обращений по поводу БСК в РД возросло в 2,5 раза, с ИБС – 1,8 раза. Темп прироста числа острого ИМ выше, чем повторного ИМ.

Литература.

1. Н.Х. Амиров. Заболеваемость по обращаемости за медицинской помощью. URL: <http://medbe.ru/materials/zdorove-rukovoditeley/zabolevaemost-po-obrashchaemosti-za-meditsinskoj-pomoshchyu/> (дата обращения 16.10.2011).
2. Диагностика и лечение хронической ишемической болезни сердца: клинические рекомендации. М.: МЗ РФ, 2013. С. 69.
3. Руководство по медицинской профилактике/ Под ред. Р.Г. Оганова, Р.А. Хальфина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. С. 464.

УДК 616.127:616.36-004.1

Т.Э. Дажаева, С.Н. Маммаев.

Натрийуретический пептид как маркер доклинической дисфункции миокарда при циррозе печени

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия»
МЗ РФ, кафедра госпитальной терапии №1, г. Махачкала

Введение.

По данным многочисленных исследований, у большинства пациентов с циррозом печени (ЦП) развиваются различные изменения структуры и функции сердца. Гемодинамические нарушения у больных ЦП были обозначены термином «цирротическая кардиомиопатия (ЦКМ)» [3].

Основными гемодинамическими изменениями у больных ЦКМ являются систолическая и диастолическая дисфункции. Систолическая дисфункция характеризуется снижением фракции выброса (ФВ). Для диастолической дисфункции характерно нарушение трансмитрального диастолического потока по типу замедленной релаксации левого желудочка (ЛЖ). Характерны биохимические изменения в сыворотке крови больных ЦКП: повышение уровня тропонина I, предсердного и мозгового натрийуретических пептидов (ANP и BNP). Объемная перегрузка и повышение напряжения измененного миокарда способствуют активации нейроэндокринной системы и выбросу натрийуретических пептидов в кровь [2,4,5]. ANP и BNP считают сердечными гормонами, регулирующими объем жидкости в организме и артериальное давление, уменьшающими пред- и постнагрузку на миокард [1]. Так как ЦКМ в основном протекает

бессимптомно, увеличение уровня натрийуретических пептидов при отсутствии других причин повреждения миокарда, может быть высокочувствительным индикатором доклинической дисфункции миокарда при циррозе.

Цель исследования: определение уровня мозгового натрийуретического пептида в сыворотке крови у больных цирротической кардиомиопатией.

Материал и методы исследования.

В исследование были включены 52 больных ЦП, находившихся на стационарном лечении в Республиканской клинической больнице. Средний возраст пациентов составил $47,9 \pm 10,1$ лет, среди которых были 36 мужчин и 16 женщин. В контрольную группу вошли 33 больных хроническим гепатитом (ХГ): 24 мужчины и 9 женщин, средний возраст составил $44,7 \pm 9,6$ лет.

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

В исследование не включали пациентов с сопутствующей кардиальной патологией: ИБС, артериальная гипертония, врожденные и приобретенные пороки сердца, а также больные с системными и онкологическими заболеваниями, сахарным диабетом, ожирением, заболеванием почек.

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

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

Результаты исследования.

При эхокардиографии у больных ЦП выявлено наличие диастолической дисфункции ЛЖ по типу замедленной релаксации левого желудочка (I тип), со снижением коэффициента $E/A < 1,0$ у 28 (53%) пациентов класса В и С по Child-Pugh. У 13 (65%) из 20 больных ЦП класса В по Child-Pugh соотношение E/A составило $0,88 \pm 0,19$, у 15 (100%) пациентов класса С - $0,71 \pm 0,16$. Соотношение E/A у пациентов с ЦП класса А составило $1,08 \pm 0,21$. Соотношение E/A у больных ЦП класса С достоверно ($p < 0,05$) отличалось от такового у пациентов ЦП класса А. Достоверных различий по соотношению E/A в зависимости от этиологии ЦП не установлено. В контрольной группе соотношение E/A составило $1,12 \pm 0,18$.

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

При исследовании сыворотки крови пациентов на количественное содержание NT-proBNP выявлено повышение его уровня по мере нарастания класса ЦП по Child-Pugh. У больных ЦП класса А уровень NT-proBNP составил $117,5 \pm 34,7$ пг/мл, у класса В - $186,7 \pm 37,5$ пг/мл, у класса С - $298,6 \pm 48,9$ пг/мл. В контрольной группе уровень NT-proBNP в сыворотке крови составил $87,8 \pm 32,4$ пг/мл. У больных ЦП класса В и С по Child-Pugh уровень NT-proBNP достоверно отличался от соответствующего показателя в контрольной группе ($p < 0,05$, $p < 0,01$) соответственно (табл. 1).

Таблица 1.

Уровень NT- proBNP у больных гепатитом и циррозом печени различной тяжести по Child-Pugh.

NT- pro BNP, пг/мл		p
Хрон. гепатит	ЦП	
$87,8 \pm 32,4$	Кл. А $117,5 \pm 34,7$	0,052
	Кл. В $186,7 \pm 37,5$	$< 0,05$
	Кл. С $298,6 \pm 48,9$	$< 0,01$

При изучении зависимости уровня NT-pro BNP от этиологии ЦП отмечалась тенденция к повышению его концентрации при алкогольной этиологии и микст-инфекции вирусом гепатита В и С, но достоверной разницы не выявлено ($p > 0,05$).

Изучение корреляционных зависимостей между критериями, отражающими тяжесть ЦП по Child-Pugh и уровнем NT-proBNP в сыворотке крови установило наличие достоверных связей только у больных ЦП класса С. При этом выявлено наличие достоверной ($p < 0,05$) взаимосвязи между уровнем NT-proBNP, с одной стороны, и

показателем альбумина, билирубина сыворотки крови, с другой ($r=-0,56$, $r=0,41$), соответственно (табл. 2).

Таблица 2

Корреляции

		VAR00001	VAR00002
VAR00001	Корреляция Пирсона	1	-,675*
	Знч. (1-сторон.)		,003
	N	15	15
VAR00002	Корреляция Пирсона	-,675**	1
	Знч. (1-сторон.)	,003	
	N	15	15
*. Корреляция значима на уровне 0,01 (1-сторон.).			

Кроме того, установлено наличие достоверной отрицательной связи уровня NT-проBNP от соотношения Е/А по данным эхокардиографии у больных ЦП класса В и С по Child-Pughr=-0,67, $p<0,05$; $r=-0,74$, $p=0,01$, соответственно (рис.).

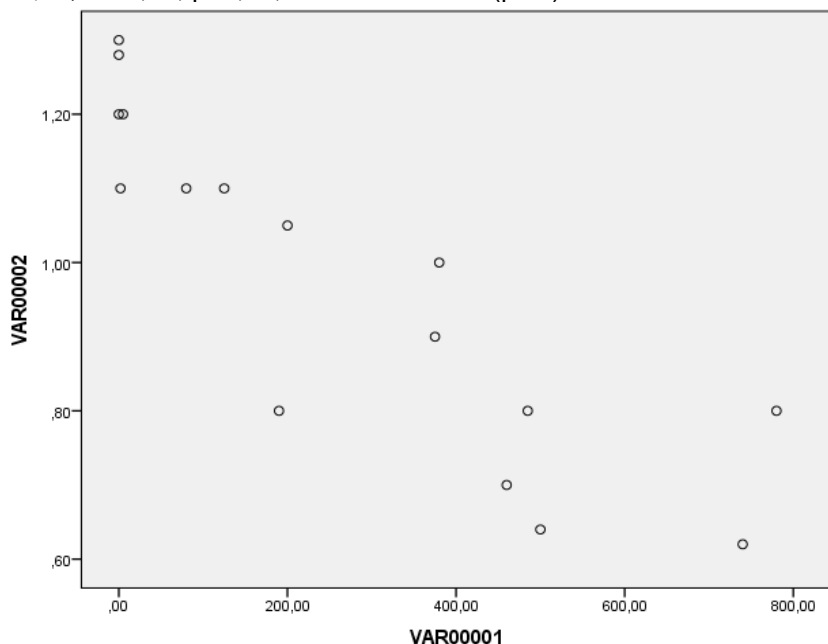


Рис. Корреляция между уровнем NT-проBNP и коэффициентом Е/А у больных ЦП класса С.

Полученные нами результаты согласуются с литературными данными, по которым у больных с декомпенсированным ЦП выявляется преимущественное нарушение диастолической функции ЛЖ [4, 5]. Увеличение концентрации NT-proBNP в сыворотке крови по мере нарастания тяжести ЦП может рассматриваться в качестве маркера ранних (доклинических) стадий дисфункции ЛЖ и сердечной недостаточности у этой категории больных [1, 6].

Выводы.

1. У больных с циррозом печени и диастолической дисфункцией сердца выявлены достоверно высокие показатели мозгового натрийуретического пептида в сыворотке крови.
2. Установлена достоверная корреляционная связь между уровнем мозгового натрийуретического пептида, как со степенью диастолической дисфункции левого желудочка, так и тяжестью цирроза печени по Child-Pugh.

Литература.

1. О.М. Елисеев. Натрийуретические пептиды. Эволюция знаний // Терапевтический архив. – 2003. – Т. 75 – 9.
2. С.Н. Маммаев, А.М. Каримова, Т.Э. Ильясова, А.Ш. Хасаев. Цирротическая кардиомиопатия // Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. -2010.-№3.-С.19-28.
3. Ma, Z. Cirrhoticcardiomyopathy: gettingtotheheartofthematter /Z. Ma, S.S. Lee // Hepatology. – 1996.-Vol. 24. – P.451-459.
4. Moller, S. Cardiovascular complications of cirrhosis / S.Moller, J.Henriksen [et al.] // Gut. – 2008. – Vol.57(2). – P. 268 – 278.
5. Torregrosa, M. Cardiac alterations in cirrhosis: reversibility after liver transplantation / M. Torregrosa, S. Aguade, L. Dos [et al.] // J. Hepatology. – 2005. – Vol. 42. – P. 68 – 74.
6. Yildiz, R. Brain natriuretic peptide and severity of disease in non – alcoholic cirrhotic patients / R. Yildiz, B. Yildirim, M. Karıncaoglu [et al.] // J. Gastroenterol. Hepatol/ - 2005. – Vol. 20. – P. 1115 – 1120.

***Р.А. Джалилова, М.Т. Тирулов, Т.Я. Габибова,
С.Ш. Сулейманов.***

**О влиянии биоритмов на течение
ишемической болезни сердца**

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия»
МЗ РФ, кафедра госпитальной терапии № 2, г. Махачкала

Эволюционный процесс оказался возможным потому, что во всех живых системах в нашем мире возникли и действуют различные механизмы, работающие в определенном ритме и обеспечивающие необходимый уровень жизнедеятельности. В основе жизнедеятельности человеческого организма лежит ритмичность физиологических процессов.

Биологические ритмы обнаружены на биохимическом, клеточном, органном уровнях, а также на уровне организма как целого (Ефимов М.Л.). Это один из важнейших механизмов адаптации, направленный на поддержание равновесия внутри организма и между организмом и средой. Состояние системы биологических ритмов организма человека является критерием его общего функционального состояния.

Хорошо известны ритмические изменения сердечно-сосудистой системы, например, динамика артериального давления в течение суток, вариабельность сердечных аритмий и изменений конечной части ЭКГ у больных ИБС в разное время суток (Оранский И.Е., Царфис П.Г.).

Суточное мониторирование основных параметров сердечно-сосудистой системы (ЭКГ, показателей центральной гемодинамики) позволяет судить о тяжести патологии, оценить прогноз заболевания.

К одной из форм ИБС относится прогрессирующая стенокардия напряжения (ПСН). При выявлении симптомов ПСН необходим тщательный диагностический поиск, установление хронобиоритмической динамики течения, ибо исходом заболевания может быть развитие инфаркта миокарда или переход в стабильную форму.

Цель исследования: изучение биоритмологической характеристики ПСН с оценкой хроноритмологии вязкости крови и ее связи с выраженностью клинических признаков нарушения коронарного кровотока.

Материал и методы исследования.

Под наблюдением находились 50 больных ПСН, пребывавших в палатах интенсивной терапии в кардиологическом и реанимационном отделениях госпиталя ветеранов РД. Мужчин было 29 человек, женщин – 21.

Возраст больных составлял 62-78 лет, средний возраст 72 ± 4 года.

Всем больным проводилось суточное холтеровское мониторирование ЭКГ, Эхо КГ, исследование вязкости крови на ротационном вискозиметре системы Захарченко при скоростях сдвига 4 и 38 с⁻¹.

Результаты исследования.

Результаты показали, что ПСН имеет четкую зависимость от времени. Наиболее часто она возникает в середине месяца (41,7% случаев). В первой декаде месяца ПСН прогрессирует у 37,8% больных, а в последней декаде – у 21,2% больных. Но еще более выраженной оказалась зависимость ПСН от сезонности. В развитии ухудшения течения этого состояния намечаются 3 пика: октябрь, январь и апрель месяцы. Ухудшение состояния с дестабилизацией стенокардии наиболее часто возникало осенью (27,7% случаев) и зимой (33,3%). Ухудшение коррелировало с увеличением вязкости крови. Так, вязкость крови составляла 11,8 сПз при скорости сдвига 4 с⁻¹ и 5,4 сПз при скорости сдвига 38 с⁻¹ против 11,2 и 5,2 сПз соответственно. При этом отмечались признаки ухудшения питания миокарда на ЭКГ и учащались желудочковые нарушения ритма.

Таким образом, при лечении больных ИБС следует учитывать хроноритмологию и в предполагаемом неблагоприятном периоде усилить комплекс лечебных мероприятий.

Литература.

1. М.Л. Ефимов. Биологические ритмы в норме и патологии. Алма-Ата, 1985.
2. И.Е. Оранский, П.Г. Царфис. Биоритмология и хронотерапия. М. «Высшая школа», 1989.

**Вариабельность сердечного ритма у больных острым
коронарным синдромом на фоне комплексной
антиангинальной терапии**

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, кафедра клинической фармакологии и фармации, кафедра госпитальной терапии №2, кафедра терапии ФПК и ППС, г. Махачкала

Оценка снижения variability сердечного ритма (BCP) в качестве предиктора риска после острого инфаркта миокарда (ИМ) является одним из главных показаний для клинического использования этого феномена [1], что обосновывается результатами многочисленных наблюдений, свидетельствующих о более высокой смертности пациентов в постинфарктном периоде при наличии выраженного снижения BCP [4]. Другим важным наблюдением является неоднозначное влияние различных лекарственных средств, в том числе применяемых для лечения ИМ [1], на показатели BCP и, следовательно, на состояние индивидуальных резервов адаптации и исход заболевания, что диктует необходимость оценки эффективности различных схем антиангинальной терапии у больных ИМ с позиций методологии BCP [2, 3]. В литературе подобных исследований крайне мало, особенно при одновременном назначении нескольких препаратов, оказывающих влияние на показатели BCP, как это наблюдается в случае комплексной терапии.

В связи с этим, нами проведено исследование BCP у больных в ранние сроки острого коронарного синдрома (ОКС) в динамике, до фармакотерапии и на ее фоне с **целью** дать на этой основе оценку состоянию адаптационных резервов организма до и после антиангинальной терапии, оценить влияние последней на прогноз заболевания, выработать рекомендации по подбору оптимальной терапии с последующим

контролем за проводимым лечением.

Материал и методы исследования.

Обследовано 36 человек, находящихся на стационарном лечении в инфарктном отделении РБ №2 (РОСМП) г Махачкала, которые госпитализированы с диагнозом острый коронарный синдром (ОКС) (табл. 1). В процессе наблюдения у 16 больных был диагностирован острый инфаркт миокарда (ОКС подъемом ST), у 20 – нестабильная стенокардия (ОКС без подъема ST). Всем больным проводилась комплексная антиангинальная терапия с применением современных стандартов лечения. Состав препаратов был практически одинаковым как в первой, так и во второй группах пациентов.

Средний возраст в группе СИМ составил $46,1 \pm 4,3$ лет, а в группе больных с ОКС $45,9 \pm 4,3$ лет, достоверных возрастных статистических различий между группами не было.

Всем пациентам выполняли общее клиническое обследование, рутинные лабораторные анализы, с помощью анкетирования проводили анализ жалоб.

Исследования ВСП проводили на аппаратно-программном комплексе «Валента» (Санкт-Петербург, версия программного обеспечения 1.4). Анализ результатов проводили в соответствии с общепринятыми рекомендациями [1] с использованием параметров временного и спектрального анализа короткой записи ЭКГ. Оценивали следующие временные индексы ВРС: стандартное отклонение средней продолжительности всех интервалов R-R в течение суток (SDNN), стандартное отклонение средней продолжительности интервалов R-R в течение 5-ти минутных интервалов (SDANN), квадратный корень из среднего квадрата разностей последовательных интервалов R-R (rMSSD), процент последовательных интервалов R-R, разность между которыми превышает 50 мс (pNN50), среднее из стандартных отклонений средних значений продолжительности интервалов R-R на протяжении 5-ти минутных интервалов (SDNIDX).

Таблица 1.

Характеристика больных, вошедших в исследование

Показатель	ОКС сн ST n=16	ОКС бп ST n=20
Возраст, лет	40-56, 46,1±5,1	42-53, 45,9±4,3
Мужчины	8	9
В анамнезе:		
Инфаркт миокарда	1	2
Стенокардия	0	1
Артериальная гипертония	7	4
Сахарный диабет (в т.ч. впервые выявленный)	2	0
Состояние после стентирования	1	1
Тропониновый тест +	17	3
Фармакотерапия в ранние сроки		
Антикоагулянты	16	20
Антиагреганты	16	20
Тромболитики	3	0
Бета-блокаторы	16	20
Ингибиторы АПФ	16	20
Психотропные	2	1
Антагонисты Ca ⁺⁺	0	2
Нитраты	8	7
Метаболики	1	2
Антиоксиданты	10	14
Состояние при определении ВСР на 2-3 сутки		
Единичные наджелудочковые экстрасистолы	7	2
Единичные желудочковые экстрасистолы	6	3

Увеличение величин временных параметров ВРС

расценивали как усиление парасимпатического влияния, снижение - как активацию симпатического [2]. Рассчитывали отношение общего числа интервалов R-R к количеству интервалов с наиболее часто встречающейся длительностью - триангулярный индекс или индекс напряжения (ИН).

Активность отделов вегетативной нервной системы (ВНС) дифференцировали с помощью спектрального анализа - определяли следующие частотные значения ВРС: мощность спектра области низких частот (0,05-0,15 Гц) –LF, отражающего преимущественно активность симпатического отдела ВНС, мощность спектра области высоких частот (0,15-0,40 Гц) - HF, отражающего влияние парасимпатического отдела ВНС. Рассчитывали симпато-парасимпатический индекс - соотношение низко- и высокочастотных компонентов (LF/HF) - чувствительный показатель, отражающий баланс симпатической и парасимпатической активности.

Обследование проводили на 1-2-й день госпитализации и через 10 дней антиангинальной терапии.

Полученные результаты обрабатывали методами вариационной статистики, достоверность различия средних арифметических величин определяли с помощью t-критерия Стьюдента, достоверными считали различия при $P < 0,05$.

Результаты исследования.

При анализе исходных параметров ВРС у больных ОКС с подъемом ST (острым ИМ) и ОКС без подъема ST (нестабильной стенокардией) отмечено снижение общей активности ВНС (значений показателя SDNN), повышение ИН и преобладание тонуса симпатической нервной системы (увеличение значений показателя LF/HF) у первой подгруппы по сравнению с таковыми у пациентов с нестабильной стенокардией (табл. 1), что свидетельствовало о наибольшем напряжении регуляторных систем у больных острым ИМ.

Средние величины временных и частотных показателей ВРС у больных обеих групп были сопоставимы (табл. 1). При анализе исходных показателей ВРС в обеих группах отмечено снижение временных показателей, в частности, низкие значения SDNN, что

свидетельствовало о недостаточной суммарной ВРС. Снижение общей ВРС может быть связано не только с ростом симпатической активности, но и со снижением всех вегетативных влияний на сердце, что подтверждалось данными о снижении общей спектральной мощности (TP). Показатель LF/HF в обеих группах в начале исследования был высоким, что характеризовало смещение симпато-парасимпатического баланса в сторону превалирования симпатического отдела ВНС.

Таблица 2.

Динамика показателей ВРС у больных с острым коронарным синдромом до и после антиангинальной терапии

Показатель	Величина показателя в группах больных ОКС (M±SD).			
	ОКС с подъемом ST n=16		ОКС без подъема STn=20	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
SDNN, мс	128±5	167±8°	132±10	130±13*
SDANN, мс	142±9	194±19°	147±11	127±12*
rMSSD, мс	27,4±2,0	37,4±4,0°	28,6±3,1	26,8±2,9*
SDNIDX	49,6±2,5	64,8±4,5°	56,7±4,2	50,9±4,4*
pNN50,%	4,21±0,73	6,76±1,43	4,32±1,28	5,83±1,32
LF,мс ²	656±87	890±150	688±118	816±157
HF,мс ²	229±35	456±87°	188±32	232±46*
LF/HF	3,24±0,30	2,28±0,22°	3,31±0,72	3,47±0,55*
TP,мс ²	2684±296	3194±405	2603±326	2994±477

Выявлены достоверные положительные изменения временных и спектральных показателей ВРС через 10-12 дней антиангинальной терапии у больных 1-й и 2-й подгрупп.

Так, у больных 1-й подгруппы достоверно увеличивалась общая вариабельность интервалов R-R (SDNN увеличивался в среднем на 30% по сравнению с исходным, SDANN - в среднем

на 37%, SDNIDX - на 30%). Положительная динамика показателей ВРС на фоне антиангинальной терапии свидетельствовала о благоприятном влиянии лечения на восстановление автономного баланса регуляции сердечной деятельности.

Поскольку анализ ВРС позволяет в достаточной степени оценить параметры, характеризующие влияние ВНС на структуру ритма сердца, а снижение ВРС у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями является прогностически неблагоприятным фактором, определяющим риск внезапной смерти и прогрессирование болезни [1, 2, 4], полученные данные свидетельствуют об адекватности комплексной антиангинальной терапии, которая проводилась в клинике.

Выводы.

Комплексная антиангинальная терапия, которая соответствует современным стандартам оказания неотложной терапии больным с ОКС, оказывает благоприятное влияние на показатели ВРС у больных острым коронарным синдромом независимо от наличия или отсутствия подъема ST.

Литература.

1. Вариабельность сердечного ритма. Стандарты измерения, физиологической интерпретации и клинического использования. // Вестник аритмологии, 1999. №11. С. 52-67.
2. В.М. Михайлов. Вариабельность ритма сердца. Опыт практического применения метода. Иваново, 2000. С. 200.
3. Н.Б. Хаспекова. Диагностическая информативность мониторингирования вариабельности ритма сердца. // Вестник аритмологии. 2003. № 32, С. 15-23.
4. BiggerJ.T. Jr. FleissJ.L., SteinmanR.C. etal. Frequencydomainmeasuresofheartperiodvariabilityand mortality after myocardial infarction. // Circulation. 1992. Vol. 85. P. 164-171.

УДК 616.2-036.8: 613.12(1-22)

***Дж.Г. Хачиров, Э.К. Абдуллаева, М.Г. Атаев,
Т.А. Гаджиева, З.М. Гасанова, З.Г. Мусаева, Х.Н.
Насруллаева.***

**Влияние погодных условий сельской местности
на смертность от болезней органов дыхания
взрослого населения Республики Дагестан**

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, кафедра общей гигиены и экологии человека,
г. Махачкала

Введение.

Сложившаяся неблагоприятная динамика показателей смертности от болезней органов дыхания (БОД) отражает комплексное воздействие ряда факторов объективного и субъективного характера. Среди них определяющую роль играет экологический статус территории, а также ее метеорологические факторы [4]. В последнее время риск заболеваемости и смертности от БОД под влиянием погодных факторов становится особенно актуальным [2, 3, 5, 6].

Вопросы метеопатологии БОД, особенно в горных условиях, не нашли должного освещения в литературе. В связи с чем выявление климатических особенностей в экологических зонах Республики Дагестан (РД), их влияние на течение БОД является важной проблемой пульмонологии, особенно, если учесть, что в Республике Дагестан БОД занимают первое место в структуре общей заболеваемости взрослого населения и ведущее место в структуре смертности населения. В последние годы четко прослеживается тенденция не только к повышению заболеваемости БОД, но и к утяжелению их течения и соответственно к повышению смертности. Следовательно, возникает необходимость изучения влияния гигиенических и других факторов на возникновение, течение и исход БОД.

РД самый южный субъект Российской Федерации, площадь 50,3 тыс. км², высота над уровнем моря от -26 до 3000 м и больше, протяженность территории по оси восток-запад 216 км, по оси север-юг 420 км. Численность населения 2,7 млн. человек (2002 г.), 71,1% населения республики составляют взрослые, из них 56,9% проживают в сельской местности (СМ). Климатические условия колеблются от субтропических на юге предгорья до пустынных на севере равнины, резко континентальных в горах [1]. По оси восток-запад территория СМ делится на равнинную (РЭЗ), предгорную (ПЭЗ) и горную (ГЭЗ) экологические зоны, по оси север-юг – на северную и южную зоны, различающиеся не только по климатическим условиям, но и приоритетным видам хозяйственной деятельности [5].

Цель исследования: изучение особенностей влияния погодных условий в сельской местности (СМ) на смертность от БОД взрослого населения (18 лет и старше) Республики Дагестан (РД).

Материал и методы исследования.

Проведен анализ данных 13925 случаев смерти за 10-летний период (1996-2005 гг.). Источником информации служили медицинские свидетельства о смерти (форма № 106/у-98) взрослого населения (18 лет и старше).

Для оценки влияния метеофакторов на смертность от БОД в РД получены данные с 21 метеостанции о погодных условиях за 1996-2005 годы: ежемесячные максимальные и минимальные температуры воздуха, показатели относительной влажности, атмосферного давления на уровне станции. Метеостанции расположены в различных природно-климатических зонах Дагестана.

В работе рассчитывали интенсивные показатели смертности (ИПС) от БОД на 100 000 взрослого населения. Влияние метеофакторов на смертность от БОД оценивали с помощью корреляционного анализа (по методу Снедекора) и двухфакторного дисперсионного анализа.

Территория СМ по оси восток-запад была разделена на равнинную (РЭЗ), предгорную (ПЭЗ) и горную (ГЭЗ)

экологические зоны, по оси север-юг– на северную (СЭЗ) и южную зоны (ЮЭЗ), которые различаются по климатическим условиям и приоритетным видам хозяйственной деятельности.

Результаты исследования.

Влияние метеофакторов на смертность взрослого населения от БОД разнонаправленное и характеризуется широким размахом колебаний коэффициентов корреляции по административным территориям. На уровне всех экозон выявлена зимне-весенняя сезонность смертности от БОД. Наибольшие значения ИПС зимой по оси восток-запад отмечаются у жителей ГЭЗ (ИПС 51,31), по оси север-юг наиболее неблагоприятной является ЮЭЗ. Смертность в зимне-весенний период в горах от БОД в 1,7 раза превышает аналогичный показатель по равнине, ИПС по ЮЭЗ (ИПС зимой 41,20; весной 40,88) превышали в 1,5 раза показатель по СЭЗ (ИПС зимой 29,37; весной 26,60).

Значимое влияние на увеличение частоты смертельных исходов от БОД оказывали амплитуда колебаний температуры воздуха и атмосферное давление. Парциальное давление водяных паров и относительная влажность оказывают влияние на смертность от БОД в отдельных возрастных группах.

Как видно из данных, приведенных в таблице, среднегодовая амплитуда температуры оказывает статистически значимое влияние на смертность от БОД, между двумя показателями отмечается прямая корреляция средней силы ($r=0,456$; $P=0,581$). Корреляционный анализ показал, что сильная прямая корреляция между амплитудой температуры воздуха и смертностью от БОД отмечается в возрастной группе 30-39 лет, во всех остальных возрастных группах выявлена корреляция средней силы. Только в возрастной группе 50-59 лет отмечается слабая корреляция, что, возможно, связано с большим влиянием на смертность от БОД в этой группе других элементов в сложном комплексе факторов риска, влияющих на смертность, в том числе и от БОД (рис. 1).

Таблица 1.

Ранговый коэффициент корреляции Спирмена между метеофакторами и смертностью взрослого населения Дагестана от болезней органов дыхания

Метеофакторы	Коэффициент корреляции	Достоверность
Среднегодовая амплитуда температуры воздуха	0,456	0,058
Средняя относительная влажность воздуха	-0,108	0,662
Минимальная относительная влажность воздуха	-0,268	0,279
Атмосферное давление	-0,701	0,002
Парциальное давление водяных паров	-0,231	0,346

Влияние температуры воздуха на организм человека зависит от влажности воздуха [2]. В РД показатель средней и минимальной относительной влажности воздуха не оказывал значимого влияния на смертность от БОД. Выявлена слабая обратная корреляция ($r = -0,108$; $P = 0,662$; $r = -0,268$; $p = 0,279$ соответственно). Влияние средней относительной влажности воздуха на смертность от БОД более значимое в возрасте 40-49 лет с сильной обратной корреляцией. В возрастных группах 18-29 и 30-39 лет отмечается незначимая обратная корреляция средней силы.

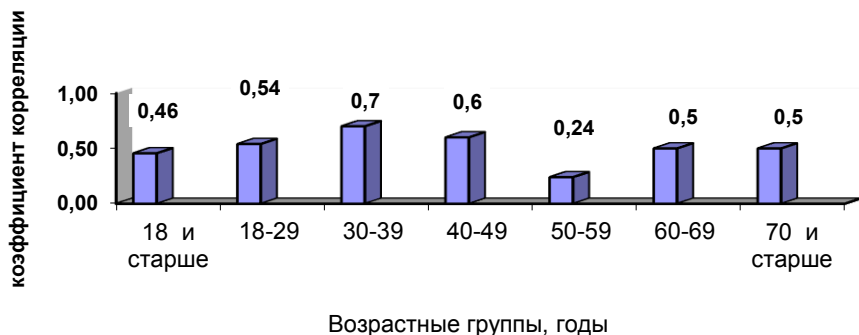


Рис. 1. Корреляционная зависимость смертности от болезней органов дыхания взрослого населения и среднегодовой амплитудой температуры воздуха по возрастным группам.

Парциальное давление водяного пара, как и относительная влажность воздуха, оказывает влияние на смертность от БОД в отдельных возрастных группах от 18 до 49 лет, для всего взрослого населения республики характерна слабая обратная корреляция ($r = -0,268$; $P = 0,279$).

Среднегодовой показатель атмосферного давления воздуха оказывает значимое влияние на смертность от БОД в РД. Проведенный анализ позволил установить между показателями атмосферного давления воздуха и смертностью от БОД статистически значимую сильную обратную корреляцию ($r = -0,701$; $P = 0,002$), которая свидетельствует о существенном влиянии данного метеофактора на смертность от БОД, особенно в возрастных группах 30-39 и 40-49 лет (рис. 2).

Таким образом, корреляционный анализ показал, что значимое влияние на рост частоты смертельных исходов от БОД среди взрослого населения республики оказывают показатели амплитуды температуры и атмосферного давления, причём корреляция с первым фактором была прямой статистически

значимой средней силы, со вторым фактором – обратной статистически значимой сильной.

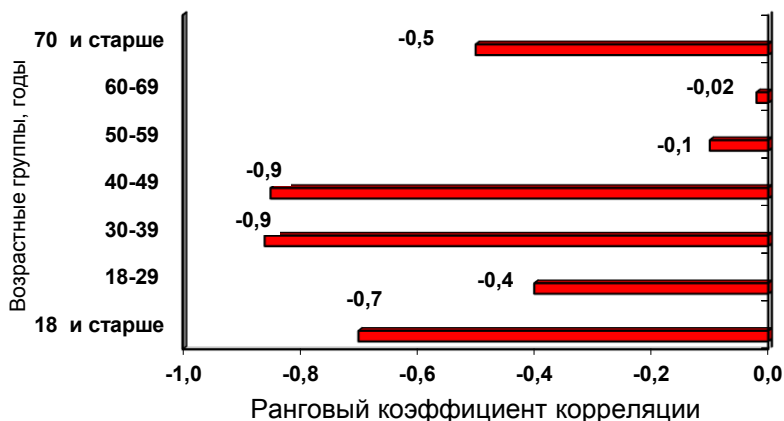


Рис. 2. Корреляция между атмосферным давлением воздуха и смертностью от болезней органов дыхания по возрастным группам.

Результаты проведенного исследования согласуются с данными литературы, свидетельствующими, что чрезвычайно неустойчивая погода, характеризующаяся резкими сменами температуры, является одной из основных причин, как высокой заболеваемости БОД, так и обострений хронических легочных заболеваний [3, 4]. Среди больных хроническим обструктивным бронхитом удельный вес метеочувствительных достигает 72% [5].

Следует отметить, что в реальных условиях на клиническое течение БОД большое влияние оказывает весь комплекс метеорологических факторов, при этом возможны как аддитивные, так и нейтрализующие эффекты при их суммарном и сочетанном воздействиях. Чаще всего сказывается воздействие не какого-то отдельного фактора, а их комбинации.

Так как среднегодовая амплитуда температуры воздуха оказывала статистически значимое влияние на смертность от БОД, а доля влияния составила 35%, все остальные

метеофакторы оценивались при сочетанном воздействии со среднегодовой амплитудой температуры.

Влияние средней относительной влажности на смертность от БОД статистически незначимое, доля влияния составила 21%, а при сочетанном воздействии со среднегодовой амплитудой температуры доля влияния метеофакторов составила 34%.

Влияние атмосферного давления на смертность от БОД статистически значимое, доля влияния составляет 9%, а при сочетанном воздействии со среднегодовой амплитудой температуры доля влияния значительно повышается и составляет 63%.

При раздельном воздействии влияние минимальной относительной влажности и парциального давления водяных паров на смертность от БОД не выявлено. При сочетанном воздействии со среднегодовой амплитудой температуры воздуха влияние метеофакторов возрастало, доля влияния составила для минимальной относительной влажности 65%, для парциального давления водяных паров - 50%.

Влияние погодных условий на смертность взрослого сельского населения от БОД зависит от климатических условий в горах, предгорье и на равнине. При сочетанном воздействии со среднегодовой амплитудой температуры воздуха доля влияния всех метеофакторов на смертность от БОД кратно больше, чем при раздельном воздействии.

Таким образом, экологические зоны, особенности климата оказывают существенное влияние на вероятность смерти взрослых от БОД. Административные территории, возрастные группы повышенного риска смерти от БОД позволяют разработать адресные мероприятия по стабилизации и снижению смертности взрослого населения от БОД.

Литература.

1. Б.А. Акаев, З.В. Атаев, З.Х. Гаджиева. Физическая география Дагестана: учебное пособие для студентов [и др.]. - М., 1996. С. 384.
2. Б.А. Ревич, Д.А. Шапошников. Высокие температуры воздуха

- в городах - реальная угроза здоровью населения // Изменение климата и здоровье населения России в XXI веке. - М., 2004. - С. 175-184.
3. Б.А. Ревич. Изменение здоровья населения России в условиях меняющегося климата // Проблемы прогнозирования, 2008, № 3. С. 140-150.
 4. Н.Ю. Трифонова. Характеристика болезней органов дыхания как причины смертности жителей мегаполиса // Здравоохранение. - 2008. - № 10. - С. 52-54.
 5. Дж.Г. Хачиров, Ш.М. Мизаметдинов, Ф.Н. Эмирбеков. Интенсивность химизации и состояние здоровья сельского населения // Тезисы докладов X Пленума научного общества терапевтов. - Махачкала, 1991. - С. 14-15.
 6. Bell M.L., Goldberg R., Hogrefe C. [et al.] Climate change, ambient ozone and health in 50 US cities// Climatic Change. - 2007. - 82. - № 1-2. - P. 61-76.
 7. Szekely L.A., Oelberg D.A., Wright C. [et al.]Preoperative predictors of operative morbidity and mortality in COPD patients undergoing bilateral lung volume reduction surgery // Chest 2004. – Vol. 111. – P. 550-558.

УДК 616.2-036.8: 574.24(470.67)

**Э.К. Абдуллаева, Дж.Г. Хачиров, Т.А. Гаджиева,
М.Г. Атаев, З.М. Гасанова, З.Г. Мусаева.
Эколого-гигиеническая оценка проблем смертности
от болезней органов дыхания взрослого населения
сельской местности Республики Дагестан
с учетом факторов риска**

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия»
МЗ РФ, кафедра общей гигиены и экологии человека, г. Махачкала

Введение.

Данные о смертности от болезней органов дыхания (БОД) в России свидетельствуют о широком размахе показателей по отдельным субъектам внутри страны. Более того, размах колебаний показателей смертности весьма значительный и на территории одного и того же

субъекта России [5, 6]. В качестве примера можно привести сельскую местность (СМ) Республики Дагестан (РД) с ее уникальными особенностями экосистемы. При значительно меньшей общей смертности взрослого населения РД по сравнению с Россией, смертность от БОД в республике значительно превышает как общероссийский уровень, так и уровень смертности в других субъектах Южного Федерального Округа.

РД самый южный субъект Российской Федерации, площадь 50,3 тыс. км², высота над уровнем моря от -26 до 3000 м и больше, протяженность территории по оси восток-запад 216 км, по оси север-юг 420 км. Численность населения 2,7 млн. человек (2002 г.), 71,1% населения республики составляют взрослые, из них 56,9% проживают в СМ. Климатические условия колеблются от субтропических на юге предгорья до пустынных на севере равнины, резко континентальных в горах [1].

По оси восток-запад территория СМ делится на равнинную (РЭЗ), предгорную (ПЭЗ) и горную (ГЭЗ) экологические зоны, по оси север-юг – на северную и южную зоны, различающиеся не только по климатическим условиям, но и приоритетным видам хозяйственной деятельности [8].

Цель исследования: изучение особенностей смертности от БОД взрослого населения СМ РД с оценкой влияния природно-антропогенных, гигиенических факторов риска.

Материал и методы исследования.

Проведен анализ данных 13925 случаев смерти за 10 летний период (1996-2005 гг.), из которых 7054 – мужчины, 6871 - женщина. Источником информации служили врачебные свидетельства о смерти (форма № 106/у-98) взрослого населения (18 лет и старше).

В работе рассчитывали годовые, среднегодовые (1996-2000, 2001-2005 гг.) и среднемноголетние (1996-2005 гг.) интенсивные показатели (ИП) – число случаев смерти на 100 000 взрослого населения или возрастной группы, 95%доверительный интервал (ДИ). Для оценки влияния природно-климатических условий на смертность применили однофакторный дисперсионный анализ, а при изучении влияния на смертность отдаленных биологических последствий раздельного, сочетанного и суммарного воздействия ассортиментного индекса (АИ) и/или территориальной нагрузки (ТН) пестицидов и минеральных удобрений применили двухфакторный дисперсионный анализ с учетом природно-антропогенных характеристик СМ РД. Для оценки динамики определяли среднегодовые темпы прироста (СТП) ИП. Для выявления

тенденции к росту или снижению годовых показателей смертности использовали коэффициент регрессии или коэффициент наклона – тренд.

Результаты исследования.

Из 10 городов республики только один расположен в предгорье, остальные на территории равнины, в том числе и столица республики Махачкала. В СМ РД проживали 81,3% взрослых, умерших от БОД за 10-летний период, 18,7% - в городах. Смертность от БОД сельского населения в течение всего периода исследования превышала смертность городского населения в среднем в 3,2 раза. Климатогеографические условия в СМ республики существенно колеблются, следовательно, и качественно-количественные характеристики воздействия антропогенных факторов риска имеют существенные различия по экологическим зонам СМ РД. Анализ показателей смертности от БОД проведен по оси восток-запад на севере и юге тех же высотных поясов.

В РД по уровню смертности от БОД наиболее неблагополучной является СМ. По оси восток-запад смертность в ГЭЗ статистически значима больше по сравнению с РЭЗ, всей СМ и республикой. Среднемноголетние ИП по ПЭЗ и ГЭЗ не имеет статистически значимой разницы. Важно отметить, что в предгорье уровень смертности превышает аналогичные показатели на равнине. Очевидно, что по экологическим зонам СМ оси восток-запад смертность взрослого населения от БОД закономерно увеличивается с ростом высоты над уровнем моря. Существенна разница показателей смертности по оси север-юг. На юге показатели смертности выше, однако, разница по сравнению с показателями на севере тех же экологических зон не имеет статистической значимости (табл. 1).

Таблица 1.

Среднегодовые и среднемноголетние показатели смертности от болезней органов дыхания взрослого населения (18 лет и старше) городов и экологических зон Дагестана за 1996-2005 гг. (число случаев на 100000 населения)

Города и экологические зоны	1996-2000 гг.	2001-2005 гг.	1996-2005 гг.	95% доверительный интервал		СТП, %	Тренд	Ошибка
				от	до			

Города	40,6	43,1	42,3	37,3	47,6	0,0	0,00	0,76
Равнина	93,2	100,1	97,1	87,1	107,7	1,7	1,67	2,08
Предгорье	153,1	157,5	156,1	137,8	175,5	1,0	1,52	3,29
Горы	180,0	165,5	173,0	158,6	188,1	-1,3	-2,22	2,76
Север равнины	84,8	110,2	98,2	83,6	114,1	4,8	4,75	3,03
Север предгорья	135,3	137,8	137,5	113,4	163,8	1,1	1,51	3,48
Север гор	175,7	158,0	166,9	150,2	184,5	-1,2	-2,01	2,90
Юг равнины	114,3	118,5	117,1	97,5	138,5	1,5	1,78	1,47
Юг предгорья	170,4	176,7	174,3	147,4	203,5	0,9	1,52	4,88
Юг гор	190,6	184,5	188,4	160,6	218,4	-1,4	-2,64	3,47
Сельская местность	137,1	136,2	137,2	129,3	145,3	0,2	0,28	2,19
Республика Дагестан	96,6	95,6	96,6	90,0	103,4	-0,1	-0,11	1,43

Динамика смертности характеризуется положительным приростом среднегодовых ИП смертности взрослого населения от БОД на севере (29,9%) и юге (3,7%) РЭЗ и ПЭЗ соответственно на 1,8 и 3,7%. А на севере и юге гор отмечалась убыль среднегодовых ИП смертности. Эти данные позволяют составить заключение о том, что чем выше уровень смертности, тем меньше прирост среднегодовых ИП.

По оси восток-запад максимальный показатель ИП выявлен в горах, по оси север-юг наиболее неблагоприятной по смертности от БОД является южная экологическая зона. На юге проживает 37,4% взрослого населения СМ и 21,3% взрослого населения РД. Абсолютное число умерших от БОД на территории южной экологической зоны на трех высотных поясах составило 38,6% от всех случаев смерти в СМ от БОД за 1996-2005 гг. Эти данные подтверждают вывод о большей отягощенности юга СМ РД по проблеме смертности взрослого населения от БОД. Динамика среднегодовых ИП смертности, СТП и

тренд по городам и экологическим зонам оценивается как разнонаправленная.

Если разница ИП столь существенна по экологическим зонам, то на уровне административных районов следовало ожидать ещё более значимых колебаний. На территории РЭЗ из 11 районов доля взрослого населения в СМ и республике составляет соответственно 42,4 и 24,1%. По районам РЭЗ отмечается значительный размах среднемноголетних ИП смертности от БОД.

Максимальный ИП смертности по Магарамкентскому району (181,7; ДИ 118,6-258,1) превышает минимальный по Карабудахкентскому району (56,4; ДИ 25,0-100,3) в 3,7 раза. По 6 районам РЭЗ из 11 среднемноголетние ИП достоверно превышают средний ИП по всей РЭЗ. По районам ПЭЗ минимальный и максимальный ИП превышают аналогичные показатели по РЭЗ. Наиболее неблагоприятными по смертности от БОД являются Табасаранский (214,9; ДИ 164,9-271,4) и Хивский (200,6; ДИ 126,6-291,5) районы.

По 22 районам ГЭЗ максимальный ИП (318,3; ДИ 199,1-465,3) в Чародинском районе в 3,8 раза недостоверно превышает минимальный (84,6; ДИ 51,5-125,8) в Ботлихском районе. По 18 районам ГЭЗ из 22, среднемноголетний ИП достоверно превышает аналогичный показатель по всей СМ. Представленные данные свидетельствуют о неблагоприятной ситуации со смертностью взрослого населения от БОД в ГЭЗ, так как по 6 горным районам (Чародинский, Гунибский, Агульский, Лакский, Гумбетовский и Шамильский) смертность от БОД у взрослых превышает смертность по всем остальным 36 сельским административным районам РД.

Таким образом, смертность взрослого населения городов, экологических зон и административных районов СМ от БОД кратно колеблется по территориям; отмечен линейный рост смертности с увеличением высоты над уровнем моря, которая достигает максимальных показателей в горах.

Одним из антропогенных факторов риска развития БОД и смертности от них следует считать непосредственные и отдаленные последствия воздействия интенсивного применения ядохимикатов, минеральных удобрений в сельском хозяйстве [1, 9].

Влияние ядохимикатов и минеральных удобрений на смертность от БОД взрослого населения изучали с учетом гендерных различий. В таблице 2 приведены типичные примеры влияния суммарной ТН минеральных удобрений и АИ ТН фосфорорганических соединений на

смертность мужского и женского населения СМ РД. Из данных таблицы видно, что суммарная ТН минеральных удобрений оказывает достоверное влияние на смертность взрослого мужского и женского населения от БОД.

Таблица 2.

Двухфакторный дисперсионный анализ влияния агрохимикатов на смертность от болезней органов дыхания взрослого мужского и женского населения сельской местности Республики Дагестан за 1996-2005 гг.

Пол	Показатели	Суммарная ТН минеральных удобрений	АИ ТН фосфорорганических соединений	Сочетанное воздействие	Суммарное воздействие
Мужской	Доля влияния, %	22,53	0,96	20,83	44,33
	Корреляционное отношение	0,47	0,10	0,46	0,67
	Сила связи	средняя*	не выявлено	средняя*	средняя*
Женский	Доля влияния, %	20,06	0,01	27,91	47,26
	Корреляционное отношение	0,45	0,01	0,52	0,69
	Сила связи	средняя*	не выявлено	средняя*	средняя*

ТН – территориальная нагрузка; АИ – ассортиментный индекс; * - $P < 0,05$.

При оценке результатов двухфакторного дисперсионного анализа ТН калийных удобрений и ТН комбинированных препаратов пестицидов отмечается, что при раздельном воздействии ТН калийных удобрений оказывает статистически недостоверное влияние на смертность мужского и женского населения СМ от БОД при связи средней силы, ТН комбинированных препаратов пестицидов оказывает достоверное влияние у мужчин (16,6%) и женщин (17,8%). Заслуживает внимания выявленная при суммарном воздействии достоверная сильная связь среди мужского и женского населения СМ республики.

При раздельном воздействии АИ ТН фосфорорганических соединений не выявлено влияние на ИП смертности, но при сочетанном и суммарном воздействии средства химизации оказывают достоверное влияния на частоту смертельных исходов от БОД среди мужского и женского населения СМ. Доля влияния на ИП смертности сочетанного и суммарного воздействия больше у женского населения.

Результаты дисперсионного анализа зависимости смертности взрослого мужского и женского населения в возрасте 60-69 лет от ТН калийных удобрений и АИ ТН комбинированных препаратов пестицидов показывают, что у мужчин при раздельном и суммарном воздействии фактора влияния на смертность от БОД достоверное. У женщин влияние калийных удобрений на смертность от БОД не выявлено. Статистически значимое влияние выявлено только при раздельном воздействии АИ ТН комбинированных препаратов пестицидов.

При оценке влияния ТН фосфорных удобрений и ТН гетероциклических соединений в возрастной группе 70 лет и старше выявлено, что среди взрослого мужского населения влияние фосфорных удобрений не достоверно. Сочетанное воздействие фактора на смертность от БОД достоверное при средней силы связи и при доле влияния – 31,8%. При суммарном действии доля влияния факторов составила у мужчин – 50,4%, у женщин – 60,3% при сильной связи. У женщин в возрасте 70 лет и старше влияние первого и второго факторов при раздельном воздействии достоверно, связь средней силы, доля влияния больше, чем у мужчин. При сочетанном воздействии влияние факторов не достоверное, связь средней силы.

Приведенные типичные результаты двухфакторного дисперсионного анализа позволяют оценить не только корреляцию между ТН агрохимикатов и смертностью от БОД, но и долю их влияния на смертность. Также позволяют утверждать, что отдаленные неблагоприятные биологические эффекты интенсивного применения агрохимикатов в СМ являются реальным фактором риска смертности взрослого населения от БОД.

Важно отметить, что влияние отдаленных биологических последствий применения ядохимикатов и минеральных удобрений на смертность взрослых от БОД в СМ установлено впервые. На территории всех экологических зон, как по оси восток-запад, так и по оси север-юг ТН пестицидов в большей или меньшей степени превышают критический уровень нагрузки, который, по данным В.И. Польшенко с соавторами [3], составляет 3,9 кг/га. Разница между

максимальными и минимальными АИ ТН пестицидов кратное, как и среднемноголетние ИП смертности по административным районам одних и тех же экологических зон СМ.

При сочетанном воздействии агрохимикатов, относящихся к различным химическим классам, влияние неблагоприятных факторов потенцируется, однако, нередко сочетания, в которых отмечается нейтрализующий эффект, т.е. снижение опасности для здоровья и жизни.

Выводы.

Приведенные результаты исследования влияния природно-антропогенных, эколого-гигиенических факторов риска на смертность взрослого населения РД от БОД позволяют заключить, что в СМ РД смертность от БОД взрослого населения в 3,2 раза превышает показатель по городам, при этом наблюдается увеличение смертности с ростом высоты места проживания над уровнем моря и наиболее неблагоприятными являются южная и горная экологические зоны.

Влияние отдаленных биологических последствий использования пестицидов и минеральных удобрений в сельском хозяйстве зависит от интенсивности их применения и номенклатуры, токсичности, кумулятивных свойств. Отдаленные неблагоприятные биологические последствия интенсивного применения агрохимикатов являются реальным фактором риска смертности взрослого населения от БОД в СМ РД [2]. При сочетанном и суммарном воздействии влияние факторов неблагоприятное, но нередко сочетания, в которых отмечается нейтрализующий эффект, т.е. снижение опасности для здоровья и жизни.

Влияние погодных условий на смертность взрослого сельского населения от БОД зависит от климатических условий в горах, предгорье и на равнине. При сочетанном воздействии со среднегодовой амплитудой температуры воздуха доля влияния всех метеофакторов на смертность от БОДкратно больше, чем при раздельном воздействии.

Таким образом, экологические зоны, интенсивность применения ядохимикатов в сельском хозяйстве, а также особенности климата оказывают существенное влияние на вероятность смерти взрослых от БОД. Административные территории, возрастные группы повышенного риска смерти от БОД позволяют разработать адресные мероприятия по стабилизации и снижению смертности взрослого населения от БОД.

Литература.

1. Б.А. Акаев, З.В. Атаев, З.Х. Гаджиева [и др.]. Физическая география Дагестана: учебное пособие для студентов. - М., 1996. – 384 с.
2. О.В. Зелинская, Г.А. Пиховкина, А.В. Гавренко. О влиянии пестицидов на заболеваемость подростков в сельских районах Краснодарского края // Здоровье населения - окружающая среда. - Ростов-на-Дону, 1991. - Ч. 2. - С. 81-82.
3. В.И. Польшенко, А.Б. Качинский, Н.П. Сарницкая. Оценка КУН пестицидов по критериям влияния на заболеваемость / // Тезисы докладов 10-й Северо-Кавказской конференции. - Ростов на Дону, 1990. - С. 233-235.
4. Б.А. Ревич, Д.А. Шапошников, В.Т. Галкин, С.А. Крылов, А.Б. Черткова. Воздействие высоких температур атмосферного воздуха на здоровье населения в Твери // Гигиена и санитария. - 2005. - № 2. - С. 20-24.
5. Дж.Г. Хачиров, Ш.М. Мизаметдинов, Ф.Н. Эмирбеков. Интенсивность химизации и состояние здоровья сельского населения / // Тезисы докладов X Пленума научного общества терапевтов. - Махачкала, 1991. - С. 14-15.

УДК 616-002.5-036.2(470.67)

Г.К. Гусейнов, А.А. Адзиев, М.А. Муталимов, Х.Ю. Пахиева, З.К. Абдулаева, М.Г. Асхабалиев, П.И. Тагирова, А.Р. Салмаханов, З.Р. Ахмеддибирова.

Взаимосвязь и взаимозависимость эпидемиологических показателей по туберкулезу в Республике Дагестан

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия»
МЗ РФ, кафедра фтизиатрии, г. Махачкала

Введение.

После многократного увеличения заболеваемости туберкулезом в постсоветском пространстве в последней декаде XX века, в последующем положение постепенно стабилизировалось. Однако снижение заболеваемости туберкулезом с начала XXI века в разных регионах страны происходило неодинаковыми темпами. Дагестан оказался в числе тех регионов, где улучшение эпидемиологических показателей по туберкулезу происходило более высокими темпами, чем в среднем по Российской Федерации [1, 3-5, 8]. Значительный разброс ситуации по туберкулезу как в масштабах страны, так и

республики обусловлен разностью экономических и экологических условий, уровня жизни населения, эпизоотии туберкулеза, эффективности противотуберкулезной службы и других обстоятельств [2, 5-7, 9].

Цель исследования: Провести анализ основных показателей по туберкулезу в Республике Дагестан за последние 11 лет (2003 – 2013 годы) с тем, чтобы выявить их взаимосвязь и взаимозависимость и разработать мероприятия для дальнейшего улучшения ситуации по туберкулезу в республике.

Материал и методы исследования:

Материалом исследования служили годовые отчеты Республиканского противотуберкулезного диспансера и данные предыдущих научных исследований сотрудников кафедры фтизиатрии ДГМА.

Результаты исследования.

Как видно из приведенной таблицы 1, положительная динамика отмечается почти по всем показателям, характеризующим эпидситуацию по туберкулезу в республике: заболеваемость по туберкулезу за 11 лет снизилась примерно в два раза – с 78,0 в 2003 году до 36,9 в 2013 году, заболеваемость контактов – почти в два раза – с 331,9 до 190,0, заболеваемость же детей до 14 лет – в четыре раза, с 20,9 до 5,3 на 100 тысяч детского населения. Правда, последние данные воспринимаются с тревогой, учитывая устойчиво высокий показатель инфицированности детей до 14 лет – в пределах 23,9 – 32,8 процентов.

Таблица 1

Динамика основных эпидемиологических показателей по туберкулезу в Республике Дагестан за 2003 – 2012 годы

Показатели	Годы								
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2013
Заболеваемость	78,0	61,5	59,2	62,2	59,5	59,4	54,7	50,9	30,8
Болезненность	300,0	233,5	220,8	208,7	183,5	168,1	161,6	151,2	114,2
Смертность	16,8	15,3	12,5	12,0	10,9	10,8	8,9	7,9	5,9
Заболеваемость детей до 14 лет	20,9	17,2	21,1	19,8	15,7	12,7	12,2	9,7	5,3

Инфицированность детей до 14 лет	-	23,9	25,5	26,5	29,7	27,3	32,8	24,6	24,6
Заболеваемость контактов	331,1	239,0	249,1	215,1	255,5	222,5	226,2	421,4	190,0

Смертность от туберкулеза (наиболее достоверный показатель эпидемиологической ситуации) снизилась почти в три раза (с 16,8 до 5,3 соответственно).

Важно также отметить, что все эти показатели сейчас значительно (в 2-3 раза) ниже, чем в среднем по Российской Федерации и Северо-Кавказскому региону.

Такую положительную динамику, значительно опережающую общую ситуацию по стране, мы объясняем, прежде всего, улучшением материально-бытовых условий населения республики. Другая важная причина – масштабные противотуберкулезные мероприятия в животноводческих хозяйствах в 70-80-х годах прошлого века. При типировании микобактерий туберкулеза в 1978-79 годах, высеянных из мокроты 650 больных, проживающих в Дагестане, у 116 (20,5%) нами был выявлен возбудитель бычьего типа. Причем, в наиболее неблагоприятных по туберкулезу Хасавюртовском и Кизилюртовском районах процент этот был еще выше – 34,0 и 31,0 соответственно. Для сравнения: в мире удельный вес микобактерий бычьего типа у людей высевается у 7,3 процентов, а в нашей стране – 4,7 процентов.

Полученные нами данные свидетельствовали о явном неблагополучии с туберкулезом у крупного рогатого скота в республике, и это с лихвой подтвердилось при обследовании около 19 207 500 голов крупного рогатого скота путем постановки туберкулиновых проб. Было выявлено 226 509 инфицированных туберкулезом животных, из которых забито 24 396. Это и другие оздоровительные противотуберкулезные мероприятия в трехстах крупных животноводческих хозяйствах республики, как и следовало ожидать, привели к заметному снижению высеваемости микобактерий бычьего типа у больных туберкулезом людей – до 8,9%.

Все эти мероприятия оказали существенное влияние на уменьшение резервуара туберкулезной инфекции и улучшение эпидемиологической ситуации по туберкулезу в республике. Тем не менее, проблема эпизоотического неблагополучия по туберкулезу в республике не потеряла своей актуальности: с переходом общественного животноводства в частные руки ветеринарная служба

потеряла контроль над ними. Тревожным фактом является и то, что высеваемость микобактерий бычьего типа у больных вновь поднялась до 17,6%.

Третья причина позитивной динамики эпидемиологической ситуации по туберкулезу заключается в том, что дефицит стационарных коек для больных туберкулезом частично компенсируется направлением больных на высокотехнологичную и хирургическую помощь в Москву и Санкт-Петербург – от 60 до 85 человек ежегодно. Правда, эта мера имеет и обратную сторону: за лечение одного больного Минздрав республики выделяет от 300 тысяч рублей и суммарно в год получается около 30 млн рублей. Это примерно столько, сколько планируется выделить на строительство махачкалинской туберкулезной больницы, но не выделяется из-за дефицита бюджета.

Для дальнейшего улучшения противотуберкулезной службы Дагестана необходимо первостепенное решение следующих проблем:

Укрепление материально-технической базы противотуберкулезных учреждений республики, прежде всего, завершение строительства Республиканского противотуберкулезного диспансера со стационаром на 320 коек в г. Махачкала, и оснащение его современным оборудованием;

Поднятие на должный уровень фтизиохирургической службы в республике;

Продолжение научных исследований по выявлению ведущих факторов и групп риска заболевания туберкулезом и проведение на их основе адресных противотуберкулезных мероприятий в республике;

Поскольку детский туберкулез является одним из уязвимых звеньев противотуберкулезной службы республики, разработать и выполнить адресные мероприятия для повышения её эффективности;

Возобновить контроль над эпизоотией туберкулеза в республике, регулярно проводить совместные с ветеринарной службой профилактические мероприятия.

Литература.

1. Е.М. Белиловский, С.Е. Борисов, Е.И. Скачкова и др. Заболеваемость туберкулезом в Российской Федерации.//Туберкулез в Российской Федерации.2009; сборник статей, М., 2010. С. 22-60.
2. Г.К. Гусейнов, А. М. Хома-Лемишко, М.А. Муталимов, В.Ю. Ханалиев. Типовая структура микобактерий туберкулеза и ее связь

с эпидемиологией и эпизоотией. //Материалы научно-практической конференции «Актуальные проблемы туберкулеза», Махачкала, 2002. С. 55-60.

3. Г.К. Гусейнов. Туберкулез в мире, России, Дагестане. Материалы Пятой научно-практической конференции фтизиатров Дагестана. Махачкала, 2010. С. 16-27.
4. Г.К. Гусейнов, А.А. Адзиев, В.Ю. Ханалиев и др. Динамика эпидемиологических показателей по туберкулезу в Дагестане и ее причины.// Юбилейный сборник научных трудов ДГМА (80 лет). Махачкала, 2012. С. 384-387.
5. В.В. Ерохин. Актуальные проблемы борьбы с туберкулезом в России. Материалы научной сессии, посвященной 85-летию ЦНИИТ РАМН. М., 2006, С. 13-14.
6. Б.С. Кибрик, В.П. Мельников, Е.О. Соловьев. О взаимосвязи эпидемиологии и эпизоотии туберкулеза. //Проблемы туберкулеза. 2001. №1. С. 18-21.
7. И.А. Мамаев. Атлас туберкулеза в Республике Дагестан. Эпидемиологические и экологические аспекты. Махачкала. 2000.
8. М.В. Шилова. Туберкулез в России в 2009 году. М. 2010.
9. Naagsma J., Thoch C.O., O'Reilli, Thorel M.F. Committee on tuberculosis in animals: list of attendance // Bull.Int.Un. Tubero. 1986. Vol.61, N 1-2. P. 64-65.

УДК 616.24-006.6-079.1(470.6)

М.М. Абдулаев, Дж.Г. Хачиров.
Поздняя выявляемость рака легкого
в субъектах Юга России

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия»
МЗ РФ, НИИ экологической медицины, г. Махачкала

Введение.

В Российской Федерации (РФ) рак легкого (РЛ) занимает первое место в структуре заболеваемости населения злокачественными новообразованиями – 15%, а также первое место в структуре смертности от них – 21%. В большинстве стран заболеваемость и

смертность мужчин значительно выше, чем женщин. В РФ также более 85% заболевших составляют мужчины [1].

В Красноярском крае III стадия РЛ диагностируется – у 11,2- 14,3% и IV у 25,4 - 31,9% больных. Это приводит к тому, что радикальное лечение оказывается возможным лишь у 16,1-22,3% от общего числа заболевших, а 5-летняя продолжительность жизни не превышает 27,3% числа радикально пролеченных. Столь низкие показатели во многом являются следствием врачебных ошибок организационного и тактического характера при диагностике и лечении больных РЛ [3, 13].

В литературе мало информации о поздней выявляемости РЛ на Юге РФ, а также в Республике Дагестан (РД) [2, 15].

Цель исследования:

Сравнительная оценка диагностики III-IV стадий РЛ в субъектах Южного (ЮФО) и Северо-Кавказского федеральных округов (СКФО).

Материал и методы исследования.

Данные для исследования получены из Российского центра информационных технологий и эпидемиологических исследований в области онкологии ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена» Минздрава РФ [4-12, 14]. В работу вошли данные о частоте случаев поздней диагностики РЛ по субъектам ЮФО и СКФО за 2001-2010 годы.

Расчитывали средние значения за 10 лет и тенденции показателей по коэффициенту регрессии (тренд) и среднегодовому темпу прироста/снижения (СТП).

Статистическую обработку данных проводили с использованием программы MSExcel 2013.

Результаты исследования.

Анализ динамических рядов показателей поздней выявляемости РЛ показал, что по РФ частота диагностики IV стадии РЛ имеет тенденцию к неуклонному росту с 33,5% в 2001 г. до 37% в 2010 г. По ЮФО с 2002 по 2010 г. наблюдается более выраженный рост показателя, чем по РФ. В СКФО показатель поздней выявляемости РЛ имеет волнообразный характер, синхронный с динамикой по РД (рис.).

Удельный вес случаев РЛ IV стадии характеризуется не только разнообразием значений по годам, но и по субъектам федеральных округов Юга РФ. Показатель поздней выявляемости РЛ практически по всем годам в ЮФО выше, чем в СКФО, за исключением 2003 и 2006 годов, когда наблюдались пиковые значения показателя по СКФО.

Таблица 1

Частота первичного выявления IV стадии рака легкого (%) по субъектам Южного и Северо-Кавказского федеральных округов за 2001-2010 год

Территории	Годы									
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Российская Федерация	33,5	33,8	32,9	33,3	34,1	34,7	35,2	35,6	36,0	37,0
Южный федеральный округ	38,0	34,1	34,1	36,2	38,6	41,7	43,1	45,6	45,1	47,6
Краснодарский край	41,5	40,6	40,1	40,9	45,9	52,8	51,6	52,1	53,7	56,6
Республика Адыгея	30,0	35,2	32,9	32,9	44,0	63,3	55,0	61,8	50,0	53,7
Республика Калмыкия	50,0	37,5	34,5	41,8	40,3	29,5	46,1	51,0	52,7	46,5
Ростовская область	33,6	28,3	32,4	38,1	38,2	44,2	43,9	44,5	43,8	46,3
Астраханская область	38,5	29,1	31,9	30,4	31,4	31,3	30,8	31,5	40,1	42,9
Волгоградская область	34,4	34,1	32,6	33,0	31,9	29,3	31,2	32,7	34,6	36,0
Северо-Кавказский федеральный округ	32,2	32,6	34,9	29,5	36,2	40,9	37,5	39,3	38,2	37,5
Ингушская республика	44,1	40,0	60,3	47,8	52,8	59,2	45,3	59,7	61,0	45,9
Чеченская республика						46,1	36,6	42,1	51,0	44,4
Республика Дагестан	46,2	43,8	40,9	40,4	40,8	43,0	40,6	37,4	35,2	44,0
Кабардино-Балкарская республика	37,3	36,2	37,7	28,7	40,6	42,5	43,5	34,5	40,3	33,2
Республика Северная Осетия - Алания	27,3	34,8	42,5	35,2	40,0	43,3	37,5	45,1	39,0	24,6
Карачаево-Черкесская республика	42,3	40,8	31,3	25,8	30,6	25,6	29,8	26,1	25,4	33,8
Ставропольский край	27,9	32,8	31,8	28,7	30,5	26,4	29,1	29,9	32,7	33,3

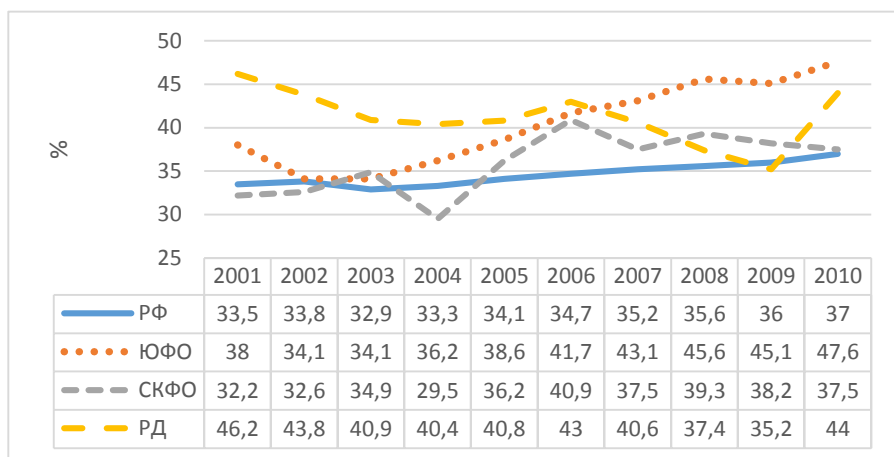


Рис. Динамика частоты случаев рака легкого IV стадии в Российской Федерации (РФ), Южном (ЮФО), Северо-Кавказском федеральных округах (СКФО) и Республике Дагестан (РД) за 2001-2010 годы.

Показатель поздней диагностики РЛ по РД с 2001 по 2006 годы превышал таковой показатель по РФ, ЮФО и СКФО. В последующие годы показатель по РД сравнялся с уровнем СКФО.

Среднедесятилетний показатель поздней выявляемости РЛ по РД характеризовался достоверно высоким уровнем, чем по СКФО, в Карачаево-Черкесской республике и Ставропольском крае. При этом средние уровни показателя по ЮФО и СКФО были выше, чем по РФ (табл. 2).

По всем субъектам ЮФО отмечался рост частоты поздней выявляемости РЛ за 10 лет, особенно в Республике Адыгея, Ростовской области и Краснодарском крае. В то же время в субъектах СКФО тенденция роста показателя была незначительной, а в республиках Карачаево-Черкессия и Дагестан наметилась тенденция к снижению за 2001-2010 гг.

Обращает на себя внимание факт повышения за 10 лет уровня частоты позднего выявления РЛ в субъектах с высоким показателем, а в субъектах с низким уровнем показателя поздней диагностики динамика незначительная или имеет тенденцию к снижению.

Таблица 2

Частота первичного выявления IV стадии рака легкого (%) по субъектам Южного и Северо-Кавказского федеральных округов за 2001-2010 годы

Территории	М	95%ДИ		Тренд	СТП, %
		от	до		
Российская Федерация	34,7	33,8	35,5	0,5	1,3
Южный федеральный округ	40,6	37,4	43,8	1,7	4,2
Краснодарский край	47,8	43,6	52,0	2,2	4,7
Республика Адыгея	46,1	37,8	54,3	3,7	7,9
Республика Калмыкия	43,3	38,3	48,3	1,1	2,7
Ростовская область	39,5	35,4	43,5	2,1	5,4
Астраханская область	34,1	30,9	37,2	0,8	2,5
Волгоградская область	33,1	31,9	34,3	0,1	0,3
Северо-Кавказский федеральный округ	35,8	33,5	38,2	0,9	2,5
Ингушская республика	51,5	46,3	56,7	1,1	2,2
Чеченская республика	44,0	40,8	47,3	1,1	2,5
Республика Дагестан	41,3	39,1	43,4	-0,7	-1,7
Кабардино-Балкарская республика	37,1	34,2	40,0	0,1	0,2
Республика Северная Осетия - Алания	36,6	32,2	40,9	0,2	0,4
Карачаево-Черкесская республика	31,2	27,1	35,3	-1,4	-4,6
Ставропольский край	30,3	28,8	31,8	0,3	1,0

Выводы

Полученные результаты исследования свидетельствуют о том, что в субъектах ЮФО с неудовлетворительной выявляемостью РЛ не ведется работа по улучшению диагностики заболевания. Диагностическая служба в субъектах СКФО, в том числе и в РД, позволяет нивелировать рост числа случаев с поздней диагностикой РЛ.

Литература

1. Е.Д. Бешлиева. Скрининг рака легких. URL: http://www.internist.ru/articles/cancer/cancer_193.html (дата обращения 17.10.2014).
2. Д.Г. Гасаев. Рак легкого: автореф. дис. ... канд. мед.наук. М., 2010. С. 28 с.

3. Ю.А. Дыхно Ю.А., С.А. Максимов, А.Ю. Гранкин. Причины поздней диагностики рака легкого. URL: <http://docvita.ru/Onkologiya/Prichiny-rozdney-diagnostiki-raka-legkogo.html> (дата обращения 10.11.2014).
4. Г.В. Петрова, Н.В. Харченко, О.П. Грецова, В.В. Старинский. Основные показатели онкологической помощи населению России. / Состояние онкологической помощи населению России в 2002 году / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. - М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2003. – С. 4-120.
5. Г.В. Петрова, Н.В. Харченко, О.П. Грецова, В.В. Старинский, Е.П. Какорина, Г.А. Александрова. Основные показатели онкологической помощи населению России. / Состояние онкологической помощи населению России в 2003 году / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2004. – С. 4-127.
6. Г.В. Петрова, Н.В. Харченко, О.П. Грецова, В.В. Старинский, Е.П. Какорина, Г.А. Александрова. Основные показатели онкологической помощи населению России / Состояние онкологической помощи населению России в 2004 году / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. - М.: ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена Росздрава, 2005. – С. 4-123.
7. Г.В. Петрова, Н.В. Харченко, О.П. Грецова, В.В. Старинский, Е.П. Какорина, Александрова Г.А. Основные показатели онкологической помощи населению России. / Состояние онкологической помощи населению России в 2005 году / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. - М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2006. – С. 4-125.
8. Г.В. Петрова, Н.В. Харченко, О.П. Грецова, В.В. Старинский, Ю.И. Простов, Л.Б. Привезенцева. Основные показатели онкологической помощи населению России. / Состояние онкологической помощи населению России в 2006 году / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М.: ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий, 2007. – С. 4-123.
9. Г.В. Петрова, Н.В. Харченко, О.П. Грецова, В.В. Старинский, Ю.И. Простов, Л.Б. Привезенцева. Основные показатели онкологической помощи населению России. / Состояние онкологической помощи населению России в 2007 году / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М.: ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий, 2008. – С. 4-126.
10. Г.В. Петрова, Н.В. Харченко, О.П. Грецова, В.В. Старинский, Ю.И. Простов, Л.Б. Привезенцева. Основные показатели онкологической помощи населению России. / Состояние онкологической помощи населению России в 2008 году / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М.: ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий, 2009. – С. 4-128.
11. Г.В. Петрова, Н.В. Харченко, О.П. Грецова, В.В. Старинский, Ю.И. Простов, Л.Б. Привезенцева. Основные показатели онкологической помощи населению России. / Состояние онкологической помощи населению России в 2009 году / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского,

- Г.В. Петровой. – М.: ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий, 2010. – С. 4-130.
12. Г.В. Петрова, Н.В. Харченко, О.П. Грецова, В.В. Старинский, Ю.И. Простов, Л.Б. Привезенцева, И.С. Беряева, Н.В. Юркова, Н.В. Борисева, Е.С. Былкова. Основные показатели онкологической помощи населению России. / Состояние онкологической помощи населению России в 2010 году / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М.: ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий, 2011. – С. 4-138.
 13. Рак легких / Онкология / под ред. проф. И.Б. Щепотина. URL: <http://rak-legkih.onkogrib.ru/diagnostika-raka-legkih.html> (дата обращения 09.10.2014).
 14. Состояние здоровья населения Республики Дагестан в 2009 году. - Махачкала, 2010. С. 247-253.
 15. Д.Г. Хачиров, М.М. Абдулаев, М.Г. Атаев. Эколого-эпидемиологическая характеристика заболеваемости раком легкого взрослого населения Республики Дагестан // Вестник ДГМА. 2011. № 1. С 59-68.

УДК 616.24-006.6-036.8(470.6)

Дж.Г. Хачиров, М.М. Абдулаев, З.К. Гусейнова.
Летальность и 5-летняя выживаемость больных
раком легкого на Юге России

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия»
МЗ РФ, НИИ экологической медицины, г. Махачкала

Введение.

Рак легкого (РЛ) занимает первое место (20–30%) в структуре онкологической заболеваемости мужского населения Западной и Центральной Европы, России, Украины, стран Прибалтики. Более чем в 30 странах мира РЛ является одной из главных причин смертности от злокачественных новообразований у мужчин. Средний возраст больных РЛ с 59 лет и старше. В странах Европейского Союза средние показатели заболеваемости и смертности составляют соответственно 52,5 и 48,7 случаев на 100 тысяч населения в год (2007). У мужчин – 82,5 и 77,0; у женщин – 23,9 и 22,3, соответственно [2].

В 2007 г. по разным причинам в Российской Федерации (РФ) скончалось более двух миллионов человек, из них от рака – 288,6 тысяч, т.е. в день это заболевание уносит примерно 780 россиян. С 1997 по 2007 гг. прирост числа заболевших онкологическими заболеваниями составил 13%. Заболеваемость раком легкого (РЛ) снизилась на 12,9%. Ежегодно в мире регистрируется более 1,2 млн. новых случаев рака легкого (чаще среди мужчин), что составляет более

12% от числа всех выявленных злокачественных новообразований, из них до 60% приходится на развитые страны.

Ежегодно в мире регистрируется 921 тыс. смертей от рака легкого (впервые выявляется около 10 млн. больных РЛ). Абсолютное число умерших в РФ увеличилось за 20-летний период на 40%. В структуре умерших от злокачественных новообразований доля рака легкого составляла 30,8% у мужчин и 6,6% у женщин; в США — 31% и 25%, соответственно. Стандартизованный показатель смертности у лиц обоего пола составил 60,1% и 5,9% соответственно. Малое различие в среднем возрасте заболевших (64,7 лет) и умерших (65,1 лет) является следствием неблагоприятного прогноза при этой форме опухоли, характеризующейся высокой летальностью. По данным SEER, 5-летняя выживаемость больных в США в целом составляет 14%, в Европе — всего 8%, такие же показатели в развивающихся странах [1].

Единичные работы были посвящены заболеваемости и смертности от РЛ в условиях Республики Дагестан (РД) [3, 4]. Для оценки качества онкологической помощи населению используют показатели распространенности, заболеваемости и смертности, но более чувствительными показателями являются летальность и 5-летняя выживаемость больных.

Цель исследования: Сравнительная оценка летальности и 5-летней выживаемости больных РЛ в субъектах Юга РФ для выявления наиболее неблагоприятных территорий по летальности населения от данного заболевания.

Материал и методы исследования.

В исследование вошли данные, полученные из Российского центра информационных технологий и эпидемиологических исследований в области онкологии ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена» Минздрава РФ. Анализу подвергнуты данные об общей и одногодичной летальности и 5-летней выживаемости больных РЛ по субъектам ЮФО и СКФО за 2001-2010 годы.

Рассчитывали средние значения показателей за 10 лет и тенденции показателей по тренду и среднегодовому темпу прироста/снижения (СТП).

Для статистической обработки данных использовали программу Microsoft Excel 2013.

Результаты исследования.

Одногодичная летальность больных РЛ в Южном федеральном округе (ЮФО) достоверно выше, чем по РФ и Северо-Кавказскому

федеральному округу (СКФО). При этом наиболее неблагоприятными по одногодичной летальности больных РЛ являются Республика Калмыкия, Астраханская и Волгоградская области, где показатель выше, чем по ЮФО. В СКФО наиболее высокий показатель одногодичной летальности от РЛ отмечен в республиках Кабардино-Балкария и Дагестан, а также в Ставропольском крае, в которых показатель достоверно превышал таковой по СКФО (табл. 1).

По уровню одногодичной летальности от РЛ РД занимает второе место при ранжировании субъектов СКФО в убывающем порядке показателя.

За 10-летний период наблюдения по РФ и ЮФО наблюдается тенденция к снижению показателя одногодичной летальности больных РЛ, в то же время по СКФО отмечен рост показателя. В ЮФО незначимый рост показателя отмечен в Ростовской области, а по СКФО – в Северной Осетии и Кабардино-Балкарии. Значительное снижение одногодичной летальности от РЛ наблюдается в республиках Чечня и Ингушетия (табл. 1).

Таблица 1.

Летальность на первом году с момента установления диагноза рака легкого (%) по субъектам Южного и Северо-Кавказского федеральных округов за 2001-2010 годы

Территории	Годы										М	95%ДИ		Тренд	СТП, %
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010		от	до		
Российская Федерация	56,7	56,2	57,1	56,8	56,2	56,0	55,3	55,4	54,1	54,2	55,8	55,1	56,4	-0,4	-0,6
Южный федеральный округ	60,5	59,3	61,9	61,2	61,7	53,5	61,4	55,4	55,3	59,9	58,7	56,8	60,7	-0,5	-0,8
Республика Калмыкия	70,2	79,4	78,8	81,9	76,6	50,6	74,3	54,9	69,6	71,4	70,1	63,4	76,8	-1,3	-1,9
Астраханская область	67,4	56,6	57,8	66,7	61,2	65,3	64,6	64,0	68,5	65,2	64,0	61,5	66,6	0,6	1,0
Волгоградская область	65,1	64,6	65,6	59,9	65,4	61,0	65,2	59,5	62,3	56,7	62,2	60,3	64,2	-0,8	-1,3
Республика Адыгея	57,4	54,7	71,7	59,4	68,9	41,0	66,0	47,3	60,1	60,0	57,5	51,8	63,2	-0,3	-0,5
Ростовская область	50,7	49,6	51,2	49,5	52,3	52,6	53,4	56,4	55,1	58,3	53,0	51,1	54,9	1,0	1,9
Краснодарский край	52,0	51,1	46,5	49,9	45,6	50,7	44,7	50,2	47,9	60,0	50,3	47,7	53,0	0,4	0,8
Северо-Кавказский федеральный округ	41,5	39,0	48,0	47,9	46,3	49,6	44,5	49,1	45,4	53,1	46,5	43,8	49,1	1,1	2,3
Кабардино-Балкарская республика	56,3	60,5	58,2	64,6	62,6	59,7	67,0	67,4	63,2	65,2	62,5	60,0	64,9	1,1	1,7
Республика Дагестан	54,2	58,2	58,0	65,1	60,9	69,4	63,7	59,4	57,1	53,5	59,8	56,6	63,1	-0,1	-0,1
Ставропольский край	58,7	58,9	53,6	55,5	51,5	50,1	49,4	52,2	47,5	54,9	53,4	50,9	55,9	-1,0	-1,8
Карачаево-Черкесская республика	47,4	42,8	53,9	51,4	49,0	47,3	44,0	45,3	47,7	53,0	46,4	43,9	48,8	0,2	0,5
Республика Северная Осетия - Алания	35,1	24,8	45,8	39,2	46,5	44,0	47,2	50,0	51,0	57,1	43,8	37,8	49,8	3,1	7,0
Ингушская республика	60,4	33,9	64,0	42,9	41,7	19,3	19,4	25,0	53,7	51,2	41,1	30,3	51,9	-1,3	-3,2
Чеченская республика						50,0	24,8	22,4	21,4	36,2	31,0	23,4	38,5	-3,1	-10,0

Показатель общей летальности от РЛ по ЮФО достоверно выше, чем по РФ и СКФО. В ЮФО неблагополучными субъектами по летальности больных РЛ являются Республика Калмыкия, Волгоградская и Астраханская области. В СКФО наиболее высокие показатели отмечены в республиках Дагестан и Северная Осетия.

Таким образом, неблагополучные субъекты ЮФО по одногодичной летальности больных РЛ совпали с таковыми по общей летальности, а в СКФО аналогичное совпадение характерно только для РД.

Общая летальность больных РЛ по всей РФ, ЮФО и СКФО снижается за 10 лет. Тенденция к снижению показателя наблюдается по всем субъектам Юга РФ, за исключением Астраханской области, где наметился незначительный рост показателя. Темпы снижения летальности от РЛ в субъектах СКФО, за исключением Кабардино-Балкарии, более значительные, чем в субъектах ЮФО. Значительное снижение общей летальности больных РЛ наблюдается в республиках Чечня и Ингушетия (табл. 2).

Наиболее благополучными субъектами по летальности больных РЛ являются в ЮФО Ростовская область, Республика Адыгея и Краснодарский край, в СКФО – республики Чечня, Ингушетия и Кабардино-Балкария. В благополучных субъектах наметилась более значимая тенденция к снижению общей летальности больных РЛ.

Следовательно, в ряде субъектов Юга РФ недостаточно качественно проводится диагностическая и лечебная работа с контингентом больных РЛ, что способствует росту летальности больных.

Выживаемость 5 лет и более больных РЛ по СКФО значительно ниже по сравнению с РФ и ЮФО, хотя по всей РФ, ЮФО и СКФО за 10 лет отмечается растущий темп показателя (рис. 1).

Таблица 2

Общая летальность от рака легкого (%) по субъектам Южного и Северо-Кавказского федеральных округов за 2001-2010 годы, тенденции показателя

Территории	Годы										М	95%ДИ		Тренд	СТП, %
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010		от	до		
Российская Федерация	31,9	31,9	30,8	30,4	29,9	28,7	28,9	27,9	27,3	26,8	29,4	28,2	30,6	-0,7	-2,4
Южный федеральный округ	34,8	34,9	33,4	34,4	33,1	32,6	32,7	32,5	29,6	28,7	32,6	31,3	34,0	-0,7	-2,2
Республика Калмыкия	40,9	41,4	38,6	40,2	39,2	39,1	39,7	40,6	34,2	38,4	39,2	37,9	40,6	-0,5	-1,2
Волгоградская область	42,0	41,8	38,9	40,4	37,9	38,0	36,9	36,1	33,8	33,4	37,9	36,0	39,9	-1,1	-3,0
Астраханская область	34,2	33,5	33,4	38,3	33,9	36,7	34,4	33,6	40,0	37,9	35,8	34,2	37,3	0,5	1,4
Краснодарский край	31,3	30,8	28,8	30,5	30,6	30,8	32,4	32,0	23,7	30,4	30,1	28,5	31,7	-0,3	-0,9
Республика Адыгея	30,4	33,2	32,5	29,3	29,4	24,4	26,2	26,5	23,5	28,8	28,3	26,2	30,4	-0,8	-3,0
Ростовская область	29,7	28,8	28,4	27,7	27,5	26,3	26,6	26,1	25,8	23,5	27,0	25,8	28,2	-0,7	-2,4
Северо-Кавказский федеральный округ	31,0	30,9	31,4	29,7	30,0	29,2	28,7	27,4	26,1	26,4	29,0	27,8	30,2	-0,7	-2,4
Республика Дагестан	36,1	28,2	38,6	40,4	36,9	39,5	35,2	34,8	30,2	28,7	34,6	31,8	37,5	-0,6	-1,8
Республика Северная Осетия - Алания	33,0	41,0	40,8	37,4	38,0	31,3	35,1	31,2	32,1	29,8	34,6	32,0	37,2	-1,0	-2,9
Карачаево-Черкесская республика	40,4	45,0	40,7	41,1	34,8	27,6	28,8	28,1	20,8	30,5	33,7	28,5	38,8	-2,5	-7,4
Ставропольский край	36,4	36,5	35,4	35,8	33,1	31,5	30,7	28,7	29,2	28,0	32,5	30,3	34,7	-1,2	-3,8
Кабардино-Балкарская республика	28,5	31,6	31,9	29,2	31,3	31,0	30,7	29,2	31,7	28,3	30,2	29,3	31,1	-0,1	-0,2
Ингушская республика	42,7	33,8	32,4	23,9	24,0	13,9	15,6	15,2	19,8	14,0	23,5	17,0	30,0	-3,3	-14,2
Чеченская республика						29,8	24,7	24,9	12,4	21,4	22,6	18,6	26,6	-2,9	-12,9

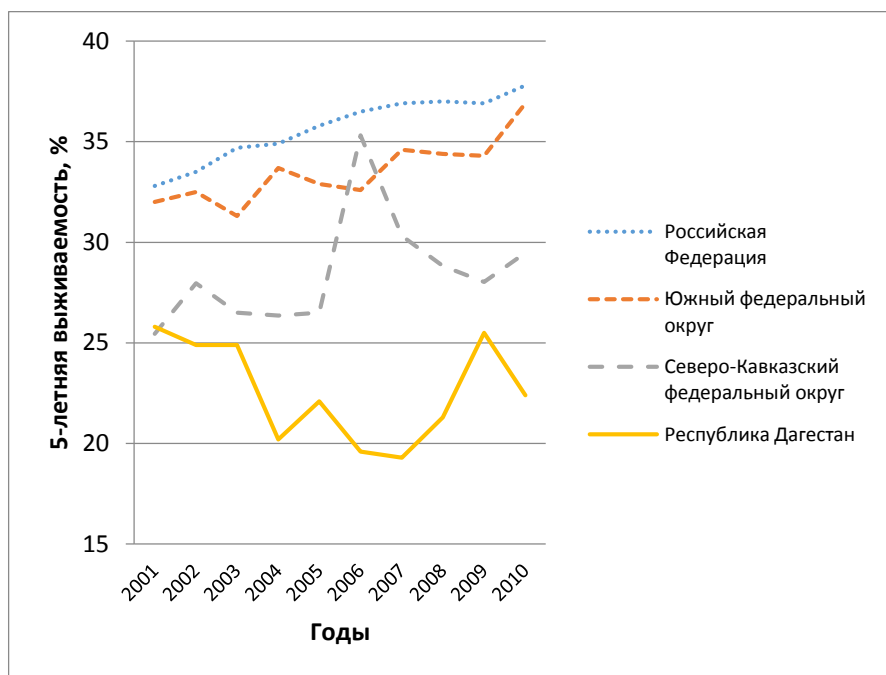


Рис. 1. Динамика выживаемости 5 и более лет при раке легкого на Юге России за 2001-2010 годы.

Низкие значения показателя по ЮФО отмечены в Республике Калмыкия, Волгоградской и Ростовской областях. При этом в Волгоградской области наметилась тенденция к дальнейшему снижению показателя 5-летней выживаемости больных РЛ. По СКФО наиболее неблагоприятными по 5-летней выживаемости больных РЛ являются республики Ингушетия, Дагестан и Карачаево-Черкессия (табл. 3).

Таблица 3

Выживаемость 5 лет и более (%) больных раком легкого по субъектам Южного и Северо-Кавказского федеральных округов за 2001-2010 годы, тенденции показателя

Территории	Годы										М	95%ДИ		Тренд
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010		от	до	
Российская Федерация	32,8	33,5	34,7	34,9	35,8	36,5	36,9	37,0	36,9	37,8	35,7	34,6	36,8	0,6
Южный федеральный округ	32,0	32,5	31,3	33,7	32,9	32,6	34,6	34,4	34,3	36,9	33,6	32,5	34,6	0,5
Республика Адыгея	26,6	36,3	32,8	36,7	38,2	34,7	43,5	46,3	43,5	46,0	38,5	34,3	42,7	2,2
Астраханская область	38,7	36,0	38,1	38,2	40,0	36,3	41,8	37,3	34,3	36,8	37,5	36,2	38,8	-0,2
Краснодарский край	39,2	36,7	38,7	35,5	38,3	36,7	37,9	26,9	34,7	39,9	36,2	33,8	38,7	-0,4
Ростовская область	27,0	26,9	27,4	27,9	29,9	31,7	32,3	36,2	35,7	35,6	31,2	28,7	33,7	1,4
Волгоградская область	34,0	32,2	26,9	27,4	26,6	28,7	26,2	29,9	28,2	32,8	29,6	27,9	31,3	-0,2
Республика Калмыкия	26,3	27,1	23,6	36,5	24,8	27,6	26,0	29,6	30,0	29,0	28,4	26,2	30,7	0,4
Северо-Кавказский федеральный округ	21,8	24,0	22,7	22,6	26,5	35,3	30,3	28,8	26,3	27,3	26,6	23,8	29,3	0,8
Кабардино-Балкарская республика	29,9	38,5	32,9	40,2	38,8	45,8	44,6	44,4	47,6	46,0	41,1	37,2	45,0	2,0
Республика Северная Осетия - Алания	29,2	30,8	33,2	35,3	36,0	36,1	38,7	36,5	35,2	39,8	35,0	32,8	37,1	1,1
Чеченская республика						37,7	34,7	27,1	26,1	26,0	30,3	26,9	33,7	-3,2
Ставропольский край	22,2	24,1	24,5	28,3	27,9	31,9	31,2	31,3	34,3	36,8	29,4	26,3	32,5	1,8
Карачаево-Черкесская республика	23,6	30,2	25,4	20,4	28,5	37,8	31,6	25,5	11,4	17,1	24,8	19,9	29,7	-1,2
Республика Дагестан	25,8	24,9	24,9	20,2	22,1	19,6	19,3	21,3	25,5	22,4	22,7	21,0	24,3	-0,3
Ингушская республика	22,0	19,3	18,1	13,7	15,1	38,3	12,1	15,7	16,1	18,2	19,3	14,5	24,1	-0,5

Тенденции показателей 5-летней выживаемости больных РЛ в субъектах Юга РФ разнонаправленные, так в Астраханской, Волгоградской областях и Краснодарском крае по ЮФО, а также в таких республиках, как Чечня, Карачаево-Черкессия, Ингушетия и Дагестан по СКФО, показатель за 10 лет наблюдения снижается (рис. 2). При этом ряд субъектов исходно относился к неблагоприятным по 5-летней выживаемости больных РЛ.

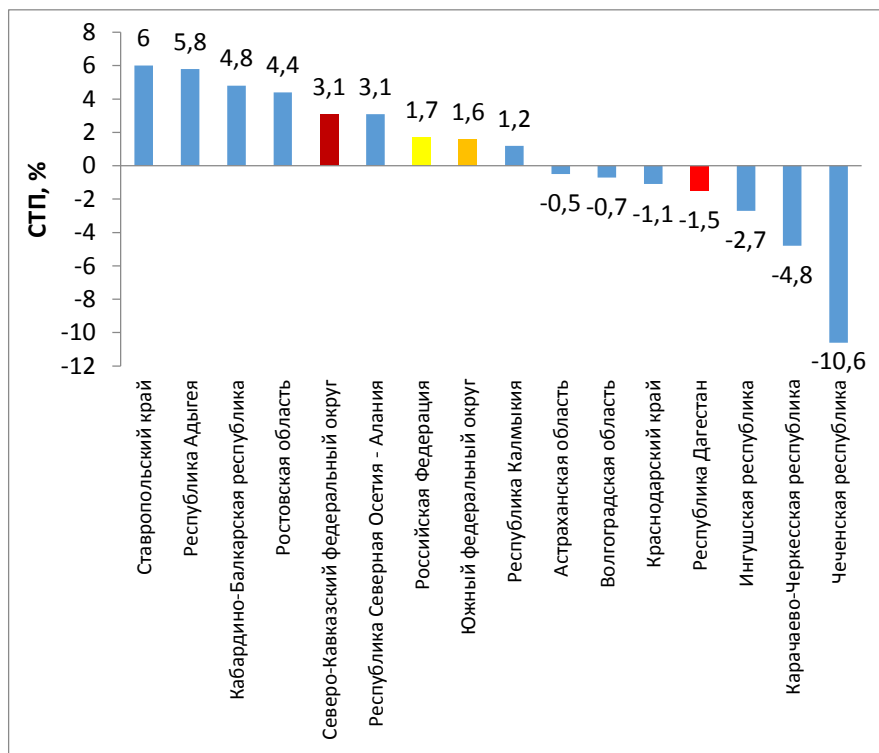


Рис. 2. Среднегодовой темп прироста/убыли (СТП) выживаемости 5 и более лет при раке легкого в южных субъектах России за 2001-2010 годы.

Представляет определенный прикладной интерес изучение связи между поздней выявляемостью РЛ и летальностью от него. Как видно из таблицы 4, поздняя диагностика РЛ имеет прямую среднюю связь с летальностью, при этом доля влияния поздней выявляемости

заболевания на летальность составляет 22-24%. Обнаружена достоверная связь поздней выявляемости с 5-летней выживаемостью больных РЛ (доля влияния 38%).

Таблица 4

Корреляция (коэффициент Пирсона) и доля влияния частоты IV стадии РЛ на показатели летальности и 5-летней выживаемости

Показатели	Средняя выживаемость 5 лет и более, %	Летальность на первом году с момента установления диагноза, %	Летальность, %
Связь (R_{xy})	0,616	0,467	0,489
Доля влияния (R^2)	0,379	0,219	0,239
P	0,045	0,067	0,064

Таким образом, результаты исследования показали значимую разницу показателей однолетней и общей летальности, а также 5-летней выживаемости больных РЛ между субъектами Юга РФ. Значимое влияние на 5-летнюю выживаемость оказывает поздняя выявляемость РЛ.

Выводы.

1. На Юге России СКФО является неблагополучным по одногодичной летальности, в основном, за счет республик Северная Осетия и Кабардино-Балкария.
2. На фоне снижения общей летальности от РЛ по всем субъектам Юга России только Астраханская область имеет тенденцию к росту показателя.
3. При достоверной низкой 5-летней выживаемости больных РЛ по СКФО, по сравнению с РФ и ЮФО, по 4 субъектам из 7 отмечается дальнейшее снижение показателя выживаемости, которое имеет достоверную связь с высоким показателем поздней выявляемости заболевания.

Литература.

1. В.П. Потанин, А.В. Потанин. Ранняя диагностика рака легкого (обзор по материалам электронных средств массовой информации). URL: <http://mfvt.ru/rannyaya-diagnostika-raka-legkogo-obzor-po-materialam->

elektronnyx-sredstv-massovoj-informacii/ (дата обращения 11.01.2009).

2. Рак легкого: актуальность. 2010. №4(25). URL: <http://shingive.clan.su/index/0-2>.
3. Д.Г. Хачиров, М.М. Абдулаев, М.Г. Атаев. Эколого-эпидемиологическая характеристика заболеваемости раком легкого взрослого населения Республики Дагестан // Вестник ДГМА. 2011. № 1. С. 59-68.
4. Д.Г. Хачиров, Д.Г. Гасаев, Г.В. Унтилов. Смертность женского населения от рака легкого в сельской местности Республики Дагестан // Рос.онкологич.ж. 2005. № 1. С. 42-45.

**М.Г. Атаев, Ш.М. Омаров, Р.Г. Магомедова,
А.Р. Магомедсултанов, Х.М. Сулейманова.**

**Фармакоэпидемиология лечения хронических болезней печени и
артериальной гипертензии в условиях стационара**

*ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия»
Минздрава России, Махачкала*

Введение.

Одной из актуальных патологий в настоящее время является артериальная гипертензия (АГ). Наличие АГ оказывает существенное влияние на качество и продолжительность жизни пожилых больных, поскольку заболеваемость и смертность коррелируют с уровнем артериального давления [1]. Среди пожилых людей распространенность АГ превышает 30% [2]. При лечении пожилых больных значительно чаще встречаются полипрагмазия и политерапия, поскольку количество сопутствующих заболеваний человека увеличивается с возрастом. Приблизительно 80% людей пожилого возраста страдают хроническими заболеваниями, в том числе болезнями печени, требующими длительной фармакотерапии [4]. В России распространенность АГ достигает 40% среди взрослого мужского населения и 50% среди женщин. При этом у 30% больных АГ сочетается с заболеваниями печени [2-5].

В арсенале у врачей и больных имеется большое количество препаратов для лечения АГ. Многие антигипертензивные средства (АГС) пользуются популярностью у населения, несмотря на то, что их эффективность и безопасность не подтверждены клиническими испытаниями [6]. При рандомизированных исследованиях (SHEP, STOP, MRC и др.) доказано, что пожилые больные с АГ получают реальные выгоды от фармакологического снижения АД – уменьшение сердечно-сосудистой (сердечные и мозговые осложнения) заболеваемости и смертности [1, 6].

Известно, что лекарственные препараты подвергаются биотрансформации в печени, что должно быть учтено при ее патологии. Ряд АГС (метилдопа, антагонисты кальция, ингибиторы АПФ) являются потенциально гепатотоксичными средствами [6]. Лечение

артериальной гипертензии у пожилых пациентов с сопутствующими заболеваниями печени представляет сложную задачу, так как некоторые АГС не могут быть назначены данному контингенту больных, что представляет научно-практический интерес в решении этой важной проблемы.

Несмотря на большое число уже выполненных работ в плане изучения особенностей течения и лечения АГ в различных возрастных, социально-экономических группах, в настоящее время отсутствуют систематизированные данные, характеризующие лечение АГ у пожилых больных с сопутствующими диффузными заболеваниями печени на примере Республики Дагестан (РД).

Цель исследования: изучение фармакоэпидемиологических (частоты применения различных групп и препаратов) особенностей лечения АГ на фоне хронических заболеваний печени у пожилых больных для оптимизации их терапии.

Материал и методы исследования.

Для более обстоятельного фармакоэпидемиологического анализа терапии АГ и ХДЗП проведено исследование назначений врачей в условиях реальной практики стационаров. В медицинских картах стационарных больных диагнозы раскрыты полностью и освещены динамика и тактика лечения изучаемых заболеваний. Изучены назначения врачей по данным 368 историй болезни. Больные по диагнозам были распределены на основную группу с сочетанием АГ и ХДЗП (36 больных), а также на две контрольные группы, АГ (226 больных) и ХДЗП (46 больных).

Данные подвергнуты статистической обработке с помощью программ STATISTIKA, MicrosoftExcel 2010.

Результаты исследования.

В таблице 1 представлено среднее количество ЛС, использованных при лечении мужчин и женщин с АГ и ХДЗП в различных возрастных группах. Практически во всех группах больных при лечении АГ и ХДЗП наблюдалась полипрагмазия, которая более выражена у больных в старших возрастных группах.

Таблица 1.

Среднее число лекарственных средств ($M \pm SD$), назначенных больным АГ и ХДЗП в зависимости от их пола и возраста

Пол	Возраст, годы	АГ с ХЗП	АГ	ХЗП	Всего
Женский	<40	2,0	7,5 $\pm$ 2,6	8,5 $\pm$ 4,1	6,9 $\pm$ 2,9
	40-59	9,7 $\pm$ 4,2	8,7 $\pm$ 2,5	9,2 $\pm$ 2,4	8,9 $\pm$ 2,8
	60-79	8,9 $\pm$ 3,4	10,2 $\pm$ 2,8	6,5 $\pm$ 6,4	10,0 $\pm$ 3,1
	>80	7,0	13,0		11,3 $\pm$ 4,0
	Итого	8,9 $\pm$ 4,0	9,2 $\pm$ 2,7	8,5 $\pm$ 3,5	9,1 $\pm$ 3,0
Мужской	<40	10,0	8,0 $\pm$ 2,2	7,4 $\pm$ 3,5	7,0 $\pm$ 3,3
	40-59	6,9 $\pm$ 3,2	9,0 $\pm$ 2,4	9,2 $\pm$ 5,4	8,8 $\pm$ 3,2
	60-79	11,2 $\pm$ 2,9	11,1 $\pm$ 3,2	12,3 $\pm$ 1,2	10,7 $\pm$ 2,9
	>80		11,4 $\pm$ 2,6		11,7 $\pm$ 2,1
	Итого	8,4 $\pm$ 3,6	9,6 $\pm$ 2,9	8,6 $\pm$ 4,5	9,1 $\pm$ 3,4
Оба пола		8,7 $\pm$ 3,8	9,4 $\pm$ 2,8	8,6 $\pm$ 4,2	9,1 $\pm$ 3,2

Разница среднего числа назначений между группами больных молодого и пожилого возрастов составляла в среднем 3 препарата ($P > 0,05$).

Примерно половина больных АГ и ХДЗП в условиях стационара получала 8-11 ЛС, а пятая часть больных – более 11 ЛС (табл. 2).

Таблица 2.

Количество больных АГ и ХДЗП, получавших различное количество ЛС

Пол	Число ЛС	АГ с ХЗП	АГ	ХЗП	Всего	%
Женский	0-3	2	0	1	5	3,0
	4-7	5	38	3	54	31,0
	8-11	10	57	5	80	46,0
	>12	3	28	2	37	21,3
	Итого	20	123	11	174	100
Мужской	0-3	1	0	3	7	3,6
	4-7	7	26	13	56	28,9
	8-11	4	56	11	92	47,4
	>12	4	21	8	39	20,1
	Итого	16	103	35	194	100
Оба пола	0-3	3	0	4	10	2,7
	4-7	12	64	16	110	29,9
	8-11	14	113	16	172	46,7
	>12	7	49	10	76	20,7
	Итого	36	226	46	368	100

Подобное лечение нельзя называть рациональным по отношению печени, так как все ЛС метаболизируются в печени и являются потенциально гепатотоксичными, что непременно отражается на течении ХГ и ЦП.

Доля больных АГ и ХДЗП, которым назначали более 8 ЛС, закономерно растет с увеличением возраста пациентов, особенно в возрасте старше 80 лет (табл. 3).

В условиях стационара при лечении АГ и ХДЗП значительно чаще используются ЛС с доказанным благоприятным действием, только половина назначений приходится на неэффективные ЛС, что показывает на высокий уровень квалификации врачей стационаров. Но при этом врачи стационаров ведут агрессивную фармакотерапию с использованием большого количества ЛС.

Таблица 3.

Распределение больных в зависимости от возраста и количества назначенных ЛС при лечении АГ и ХДЗП

Возраст, годы	Число ЛС	АГ с ХЗП	АГ	ХЗП	Всего	%
18-39	0-3	1		2		18
	4-7		4	10	25	50,0
	8-11	1	5	6	16	32,0
	>12			3	3	6,0
	Итого	2	9	21	50	100
40-59	0-3	2		1	3	1,5
	4-7	8	47	6	65	31,7
	8-11	8	75	8	106	51,7
	>12	3	21	5	31	15,1
	Итого	21	143	20	205	100
60-79	0-3			1	1	1,0
	4-7	3	13		19	19,0
	8-11	5	29	2	44	44,0
	>12	4	26	2	36	36,0
	Итого	12	68	5	100	100
>80	0-3				0	0,0
	4-7	1			1	7,7
	8-11		4		6	46,2
	>12		2		6	46,2
	Итого	1	6		13	100

Больным АГ и ХДЗП в стационаре назначались в общей сложности 105 препаратов, из которых 29% соответствовали жизненно важным, 30% - необходимым и 42% - второстепенным ЛС. Распределение расхода ЛС при VEN-анализе показано на рисунке.

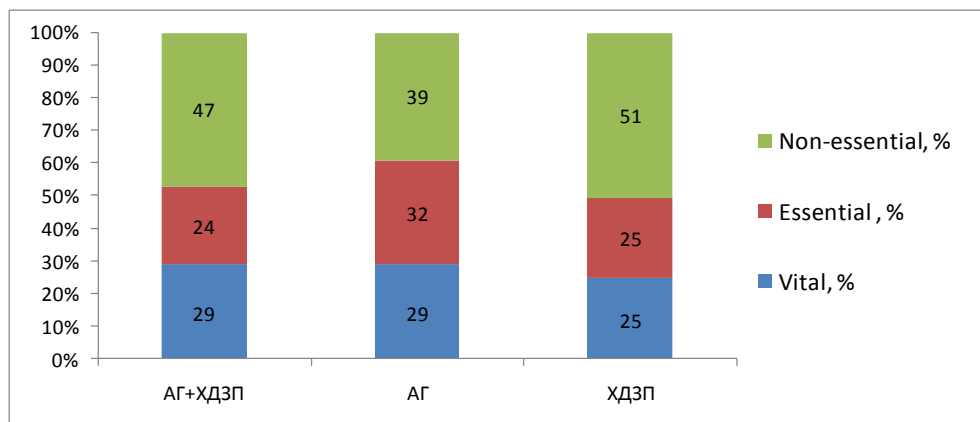


Рис. VEN-анализ лечения АГ и ХДЗП в условиях стационара.

В таблице 4 представлены группы ЛС, назначенных больным АГ и без ХДЗП. При ранжировании групп ЛС по частоте их включения в лечение больных АГ выявлено, что в основной группе больных АГ с ХДЗП частота прописанных витаминов составила 5,5% (против 4% в контрольной группе больных АГ), β -адреноблокаторов – 4,8% (5,6% в контроле), антитромботических средств – 4,7% (5,3% в контроле), ИАПФ – 4,7% (5,1% в контроле), кардиопротекторов – 4,2% (5,1% в контроле), гастроэнтерологических препаратов – 3,7% (1,5% в контроле), диуретиков – 3,7% (3,8% в контроле), нитратов – 2,6% (4% в контроле).

Ранжированный список групп ЛС, прописанных больным с и без ХДЗП, показанный в таблице 4, демонстрирует, что предпочтение лечащими врачами отдается витаминам, гепатопротекторам и кардиопротекторам и другим метаболитам, которые не входят в стандарт оказания медицинской помощи больным ХДЗП.

Структура групп ЛС, назначаемых больным АГ и ХДЗП в стационарах, имеет свои особенности. Больным при стационарном лечении АГ и ХДЗП была назначена 21 группа ЛС.

Таблица 4.

Рейтинг групп ЛС, используемых чаще в стационаре для лечения больных АГ и ХДЗП

АГ+ХДЗП (n=36)			АГ (n=226)			ХДЗП (n=46)		
п. п.	Группы ЛС	n	п. п.	Группы ЛС	n	п. п.	Группы ЛС	n
1	Витамины	34	1	β-Адреноблокаторы	237	1	Витамины	138
2	β-Адреноблокаторы	30	2	Антитромботики	224	2	Гастроэнтерологические	57
3	Антитромботики	29	3	Ингибиторы АПФ	216	3	Гепатопротекторы	45
4	Ингибиторы АПФ	29	4	Кардиопротекторы	214	4	Растворы	43
5	Кардиопротекторы	26	5	Нитраты	171	5	Антибиотики	27
6	Гастроэнтерологические	23	6	Витамины	169	6	Диуретики	22
7	Диуретики	23	7	Диуретики	160	7	Кардиопротекторы	11
8	Нитраты	16	8	Гастроэнтерологические	63	8	Антитромботики	9
9	Растворы	13	9	Растворы	55	9	β-Адреноблокаторы	9
10	Антибиотики	11	10	Психотропные	48	10	Минералы	7
	Итого	622		Итого	4232		Итого	796

Блокаторы кальциевых каналов назначались только 36 больным АГ. Предпочтение отдавалось производным дигидропиридина, из них чаще назначался нормодипин, реже прописывались амлодипин (норваск) и нифедипин (кордафен). Также были Редкими были назначения производного фенилалкиламина верапамила (финоптин) (табл. 5).

Таблица 5.

Структура антагонистов кальция при лечении больных АГ и ХДЗП в стационаре (%)

Антагонисты кальция	АГ + ХДЗП	АГ	ХДЗП	Всего
Нормодипин	96,6	88,2	0	84,6
Амлодипин	0,0	5,9	0	5,1
Нифедипин	3,4	0,0	0	2,6
Верапамил	0,0	5,9	0	5,1
Итого	100,0	100,0		100,0

БАБ встречались в 318 назначениях врачей больным АГ и ХДЗП в условиях стационарного лечения. Половине больных был назначен метопролол (его синонимы беталок, эгилок, сердол, корвитол), который обладает свойствами β_1 -селективного блокатора без внутренней симпатомиметической активности. Остальным больным назначались другие β_1 -блокаторы атенолол, бисопролол (конкор) и бетаксолол (бетак). Относительно реже назначался блокатор β - и α -адренорецепторов карведилол (акридилол) (табл. 6).

Назначение БАБ можно считать обоснованным при портальной гипертензии у больных ЦП для профилактики пищевода кровотечения, но при наличии СН у больных может нарастать отечный синдром, что объясняется снижением сократительной функции миокарда.

Таблица 6.

Структура назначения β -блокаторов при стационарном лечении больных АГ и ХДЗП (%)

Блокаторы β -адренорецепторов	АГ + ХДЗП	АГ	ХДЗП	Всего
Метопролол	53,3	41,8	55,6	44,7
Бисопролол	23,3	39,7	22,2	36,5
Атенолол	16,7	15,6	0,0	15,1
Карведилол	6,7	2,5	22,2	3,5
Бетаксолол	0,0	0,4	0,0	0,3
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

В 272 назначениях больным АГ и ХДЗП были препараты, угнетающие ренин-ангиотензин-альдостероновую систему, из которых ИАПФ составляли основную долю ЛС, а блокаторы рецепторов ангиотензина II (подтип АТ₁) встречались в листках назначений реже (табл. 7).

Таблица 7.

Структура ингибиторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы в назначениях врачей при стационарном лечении больных АГ и ХДЗП

Ингибиторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы	АГ + ХДЗП	АГ	ХДЗП	Всего
Лизиноприл	55,2	63,0	0,0	60,3
Периндоприл	24,1	11,6	100,0	16,9
Эналаприл	13,8	17,6	0,0	15,8
Фозиноприл	3,4	5,1	0,0	4,4
Валсартан	3,4	1,4	0,0	1,5
Лозартан	0,0	1,4	0,0	1,1
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

При ранжировании ИАПФ по частоте назначений больным АГ и ХДЗП, имелся следующий ряд: лизиноприл (диротон), периндоприл

(престариум), эналаприл (эднит), фозиноприл (моноприл). При этом половина больных с АГ получала лизиноприл. Несколько больных получали блокаторы рецепторов ангиотензина II: валсартан (диован) и лозартан (брозаар).

Диуретики встречались в 240 назначениях обследованных больных. При этом в 44-64% случаев назначался верошпирон, в 13-32% случаев – фуросемид, до 21% назначений содержали индапамид (табл. 8).

Таблица 8.

Структура диуретиков в назначениях врачей при стационарном лечении больных АГ и ХДЗП

Диуретики	АГ + ХДЗП	АГ	ХДЗ П	Все- го
Верошпирон (Спиринолактон), таб.	56,5	44, 4	63,6	49,2
Фуросемид, таб.	21,7	13, 1	31,8	17,9
Арифон (Индапамид), таб.	17,4	21, 3	0,0	15,8
Триампур (Гидрохлоротиазид+ триамтерен), таб.	0,0	11, 3	4,5	9,6
Гипотиазид (Гидрохлоротиазид), таб.	4,3	7,5	0,0	5,4
Диакарб (Ацетазоламид), таб.	0,0	2,5	0,0	2,1
	100,0	100 ,0	100, 0	100, 0

Антитромботические ЛС из 322 назначений в основном представлены ацетилсалициловой кислотой и гепарином. Реже назначались клопидогрел, варфарин и фенилин.

Обсуждение.

В арсенале у врачей и больных имеется большое количество препаратов для лечения АГ, но эффективность и безопасность многих антигипертензивных препаратов не подтверждены клиническими испытаниями (Оганов Р.Г. и соавт., 2001). Фармакотерапия АГ у пожилых больных уменьшает сердечно-сосудистую (сердечные и мозговые осложнения) заболеваемость и смертность [Карпов Ю.А., 1995; Метелица В.И., 2005].

В условиях повышающейся стоимости фармакотерапии больному и обществу важно знать размер расходов на лечение, особенно АГ [Метелица В.И., 2005]. Фармакоэкономический анализ лечения требует проведения сложных расчетов, что создает трудности его внедрения в практическую деятельность поликлиник и стационаров. Тем не менее, фармакоэкономическая оценка лечения заболевания показывает приоритеты у больных и врачей при терапии этих заболеваний.

Проведенный анализ частоты назначения антигипертензивных средств показал, что практически во всех историях болезни стационарного больного наблюдается полипрагмазия. Политерапия и полипрагмазия являются факторами риска поражения печени, поэтому лечение больных с сопутствующей патологией печени представляет определенные трудности, так как в стационарах РД при фармакотерапии АГ врачами практически не учитывается наличие заболевания печени.

Выводы.

1. На стационарном этапе фармакотерапии больных АГ врачи практически не придерживаются принципов фармакотерапии.
2. Лечение больных АГ с и без сопутствующей хронической патологии печени достоверно не отличаются друг от друга, что указывает на отсутствие настороженности к гепатотоксичности препаратов.
3. В перечень препаратов для лечения АГ часто включают ЛС, противопоказанные при АГ: инфузионные растворы, противовоспалительные средства.

Литература

1. Ж.Д. Кобалава. АРГУС 2000: середина пути. Актуальные вопросы артериальной гипертензии // Медицинское издание фармацевтической группы Сервье. - 2000. - № 3. – С.11.
2. Л.Б. Лазебник, И.А. Комисаренко, О.М. Милюкова О. Артериальная гипертензия у пожилых. М.: Изд-во МАИ, 2002. – С.260.
3. Л.Б. Лазебник, Ю.В. Конев, И.Г. Журавлева. Особенности течения циррозов печени у лиц пожилого и старческого возраста // Клиническая геронтология. – 2000. - № 7-8. – С. 79.
4. Л.Б. Лазебник, О.М. Михеева. Лечение артериальной гипертензии у пожилых больных с патологией органов пищеварения // Клиническая геронтология. – 2011. - № 1-2. - С. 3-7.
5. Л.Б. Лазебник, О.М. Михеева, В.Н. Дроздов, А.В. Петраков, С.Ю. Сильвестров. Лечение больных артериальной гипертензией при

заболеваниях печени β -адреноблокаторами и ингибиторами АПФ // Клиническая геронтология. – 2009. - № 1. - С. 10-16.

6. В.И. Метелица. Справочник по клинической фармакологии сердечно-сосудистых лекарственных средств. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2005. – С. 61-62.

УДК 615.12[^] 616.36-085

**А.Ш. Хасаев, М.Г. Атаев, Р.Г. Магомедова,
П.Д. Казанбиева, С.С. Ибрагимова, Н.М. Аминова.
Фармакотерапия хронических заболеваний печени
и ишемической болезни сердца в реальной практике**

Дагестанская государственная медицинская академия, кафедра
госпитальной терапии № 1, кафедра фармакологии, кафедра общей
гигиены и экологии человека, НИИ экологической медицины, г.
Махачкала

Ишемическая болезнь сердца (ИБС), как правило, развивается в среднем и пожилом возрастах [2]. В этих возрастных группах нередко наблюдаются различные гастроэнтерологические сопутствующие заболевания, среди которых хронические заболевания печени (ХЗП) могут повлиять на тактику и результат лечения больных ИБС [1].

Цель исследования: фармакоэпидемиологическая характеристика лекарственной терапии хронических болезней печени и ИБС в реальной практике врача.

Материал и методы исследования.

Нами проведена фармакоэпидемиологическая оценка терапии 42 пациентов терапевтического отделения с целью выяснения степени влияния количества назначаемых препаратов на исход терапии ИБС и ХЗП. Критериями включения в исследование было наличие ИБС и/или ХЗП. Все больные были распределены по диагнозу на 3 группы: группа 1 – 10 пациентов, которые лечились по поводу ИБС (стенокардия, инфаркт миокарда) на фоне ХЗП (цирроз, хронический гепатит или стеатоз), группа 2 – 24 пациента с ИБС без ХЗП и группа 3 – 8 больных с ХЗП без ИБС.

Клиническая характеристика пациентов, включенных в исследование, дана в таблице 1. У больных группы 1 с комбинацией заболеваний миокарда и печени чаще выявляется артериальная

гипертензия (АД более 140/90 мм рт.ст.), вероятно это связано с пожилым возрастом больных по сравнению с больными с изолированным заболеванием печени (группа 3). А больные ИБС без ХЗП (группа 2) отличались частым нарушением сократимости, автоматизма, возбудимости и проводимости сердца, чем больные других групп. Данное обстоятельство говорит о том, что при диффузных заболеваниях печени в организме накапливаются вазодилатирующие вещества, облегчающие работу сердца. Но, тем не менее, у большинства больных группы 1 наблюдалась артериальная гипертензия, что, вероятно, было вызвано гиперкинезией кровообращения, характерной для цирроза печени и хронического гепатита. Отличительной особенностью клинической картины группы 1 являются еще более редкие цитолитический и холестатический синдромы, чем в группе 3. Объяснение данного явления требует дополнительного исследования.

Результаты исследования.

Фармакоэпидемиологический анализ назначений исследуемым больным продемонстрировал распространенность в группах полипрагмазии (одновременное назначение более 4 препаратов) и широту спектра лекарственных препаратов. Так, в группах 1 и 2 полифармакотерапия наблюдалась при лечении всех больных, а в группе 3 – 75% пациентов (табл. 1).

Таблица 1.

Характеристика больных в группах

Показатель	Группа 1	Группа 2	Группа 3
Возраст, М±m годы	65±3*	60±3*	47±3
Мужчины, %	40	42	63
Артериальная гипертензия, %	60*	75*	25
Сердечная недостаточность, %	30	58*	13
Нарушения ритма сердца, %	30	42*	13
Гепатомегалия, %	80	8*	75
Гипербилирубинемия, %	30	17	38
Цитолиз, %	30*	0*	88
Холестаз, %	10*	0*	75
Портальная гипертензия, %	30	0*	50
Варикоз вен пищевода, %	20	17	0
Спленомегалия, %	10	8*	38
Болезни желчного пузыря, %	40	33	50
Болезни поджелудочной железы, %	20	25	13
Стоматит, %	20	25	25
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, %	10	8	25
Болезни желудка и/или двенадцатиперстной кишки, %	20	17	38
Печеночная или дисциркуляторная энцефалопатия, %	50	67	50
Ожирение, %	40	25	38
Болезни почек, %	30	33	25
Продолжительность стац. лечения, М±m койко-дни	17±2	20±2	21±2
Количество одновременно назначаемых лекарственных средств, М±SD	7,5±1,3	8,3±2,5	8,5±4,6

Примечание. * - $P < 0,05$ по отношению к группе 3.

Особый интерес представляет частота назначения тех или иных групп препаратов. Наиболее часто назначаются блокаторы бета-адренорецепторов (атенолол, метопролол, пропранолол, бисопролол)

больным ХЗП и ИБС, так как у них могут быть 2 и более показаний к этим препаратам: портальная гипертензия, профилактика пищеводных кровотечений, стенокардия напряжения, артериальная гипертензия и т.д., в то же время бета-блокаторы обладают седативным эффектом, не желательным при наличии астенического синдрома на фоне энцефалопатии.

75% больных ИБС в группе 2 в основном получали в качестве антиангинальных средств нитраты (изосорбида ди- и мононитрат, нитроглицерин) и сиднонимины (молсидомин), а в группе 1 они потребовались 40% больным, так как у большинства больных ИБС имела безболевою форму. Антагонисты кальция (нифедипин, верапамил) использовались реже (10-17%), чем другие антиангинальные средства.

Для лечения сопутствующих артериальной гипертензии и сердечной недостаточности назначались ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (каптоприл, эналаприл, периндоприл), блокаторы рецепторов ангиотензина II (вальсартан) и диуретики (индапамид, гипотиазид, фуросемид, верошпирон). Несмотря на наличие этих синдромов у большинства больных, некоторым пациентам вводились внутривенно капельно растворы натрия хлорида, глюкозы, полиглюкина, реополиглюкина, особенно больным с ХЗП.

Треть больных групп 1 и 2 получали в виде таблеток или инъекций кардиопротекторы (рибоксин, триметазидин), хотя эффективность этих препаратов спорная при ИБС. Часть больных также получала такие кардиотоксичные средства как сердечные гликозиды, несмотря на часто (13-42%) выявляемые у больных желудочковые экстрасистолы и нарушение проводимости в атриовентрикулярном соединении. Другой группой препаратов с сомнительной эффективностью являются гепатопротекторы (силибинин, фосфоглив). Наряду с ними широко назначаются больным, особенно с диагнозом ИБС+ХЗП, витаминные препараты для парентерального введения. В то же время известно, что любые парентеральные введения лекарственных средств увеличивают риск заражения вирусами гепатитов В, С, D, G и т.д.

Назначение тромболитических препаратов больным с ИБС на фоне заболевания печени требует особой осторожности, так как у больных циррозом печени и хроническим гепатитом, как правило, свертываемость крови снижена, но, несмотря на это, половина больных ИБС группы 1 получала ацетилсалициловую кислоту и/или гепарин с целью профилактики инфаркта миокарда.

При сопутствующих эзофагогастродуоденальных заболеваниях в основном назначались больным антисекреторные (омепразол, ранитидин, фамотидин) и обволакивающие средства (вентер, де-нол). Часть больных одновременно получала и ряд гастротоксичных препаратов (муколитики, нестероидные противовоспалительные средства, глюкокортикоиды).

Малая часть пациентов ХЗП в группах 1 и 3 получала заместительную терапию панкреатическими ферментами (панкреатин) и дезинтоксикационными слабительными (лактолоза), хотя эти средства входят в стандарты госпитальной терапии ХЗП.

Излюбленными препаратами для лечения энцефалопатии являются ноотропы и пентоксифиллин, но их нейротропное действие оказывается заблокированным при одновременном назначении психодепрессантов (транквилизаторы, трициклические антидепрессанты, седативные, антигистаминные средства).

Антибактериальные средства назначались при сопутствующих заболеваниях мочевого (пиелонефрит, цистит) и билиарной систем (холецистит).

У 70% больных ХЗП+ИБС, 71% больных ИБС и 50% больных ХЗП в ходе лечения в стационаре не было выявлено улучшение клинической, лабораторной и инструментальной картины заболеваний печени и сердца, то есть фармакотерапия была неэффективной. 2-е больных из группы 1 умерли от пищеводного кровотечения. У 2-х больных из группы 3 отмечено ухудшение самочувствия в виде нарастания общей слабости, появления бессонницы, усиления диспепсических проявлений.

Таблица 2.

Группы лекарственных препаратов, использованных в лечении больных

Лекарственные средства	Группа 1	Группа 2	Группа 3
Бета-адреноблокаторы	5 (50)	14 (58)*	2 (25)
Нитраты	4 (40)*	18 (75)*	0
Блокаторы кальциевых каналов	1 (10)	4 (17)	1 (13)
Ингибиторы ангиотензинконвертазы	6 (60)	20 (83)*	3 (38)
Блокаторы АТ1-ангиотензиновых рецепторов	1 (10)	2 (8,3)	0
Сердечные гликозиды	2 (20)	2 (8,3)	1 (13)

Кардиопротекторы	3 (30)*	8 (33)*	0
Тромболитики	5 (50)*	20 (83)*	1 (13)
Инфузионные растворы	2 (20)*	0*	5 (63)
Диуретики	6 (60)	10 (42)	4 (50)
Гепатопротекторы	2 (20)*	2 (8,3)*	4 (50)
Витамины	7 (70)*	8 (33)	3 (38)
Ферменты панкреаса	0	2 (8,3)	2 (25)
Слабительные средства	0	2 (8,3)	
Противоязвенные средства	0	8 (33)	2 (25)
Ноотропы	2 (20)	17 (71)*	1 (13)
Транквилизаторы	6 (60)	14 (58)	5 (63)
Седативные средства	1 (10)	6 (25)	1 (13)
Трициклические антидепрессанты	0	4 (17)	0
Антигистаминные средства	1 (10)	2 (8,3)	1 (13)
Метилксантины	1 (10)	4 (17)	3 (38)
Муколитики	2 (20)	1 (4,2)	1 (13)
Антибактериальные средства	1 (10)	2 (8,3)	3 (38)
Нестероидные противовоспалительные средства	2 (20)	6 (25)	1 (13)
Глюкокортикостероиды	2 (20)	1 (4,2)	0
Гипогликемики	1 (10)	4 (17)	1 (13)
Гиполипидемики	0	2 (8,3)	0

*Примечание. * - $P < 0,05$ по отношению к группе 3.*

Выводы.

Таким образом, полипрагмазия при заболеваниях печени и сердца вызвана назначением препаратов с сомнительной эффективностью: кардиопротекторы, гепатопротекторы, нейропротекторы, витамины. С другой стороны, назначается много токсичных препаратов для сердца, печени, головного мозга и других органов, что значительно снижает пользу от терапии и нередко приводит к летальному исходу.

Литература.

1. К.-П. Майер. Гепатит и последствия гепатита: Практич. рук.: Пер. с нем. яз. / Под ред. А.А. Шептулина.- М., 1999.- 432 с.

2. В.И. Метелица. Справочник по клинической фармакологии сердечно-сосудистых лекарственных средств. – 2-е изд.- М., 2002.- 926 с.
3. В.И. Петров. Клиническая фармакология и фармакотерапия в реальной врачебной практике: мастер-класс: учебник. - 2011. - 880 с.

УДК 616.36-002-004.1

***Э.М. Эседов, А.С. Абасова, Р.А. Меджидова,
Ф.Д. Ахмедова, В.Р. Мурадова, С.Р. Джабраилова.***
**Аутоиммунный гепатит и первичный
билиарный цирроз печени (overlapsyndrom)**

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, кафедра госпитальной терапии № 3 с курсом клинической иммунологии и аллергологии, г. Махачкала

В гепатологии перекрестные синдромы (overlapsyndroms) представляют сочетанные вариантные формы аутоиммунных заболеваний печени: аутоиммунного гепатита (АИГ), первичного билиарного цирроза печени (ПБЦ), первичного склерозирующего холангита (ПСХ) и АИГ.

Перекрестный синдром (ПС) обозначает наличие у одного больного клинических, биохимических, серологических и/или гистологических признаков, характерных как для АИГ, так и для аутоиммунного холестатического заболевания [1]. До сих пор обсуждается: является ли перекрестный синдром самостоятельным заболеванием или только вариантом аутоиммунного гепатита [3].

Первые описания перекрестного синдрома АИГ/ПБЦ относятся к 1970 году. Доля больных с перекрестным синдромом АИГ/ПБЦ, по данным разных авторов [2], составляет около 8 %. Характерные особенности пациентов с перекрестным синдромом АИГ/ПБЦ включают выраженный подъем активности сывороточных трансаминаз, обнаружение маркеров холестаза,

умеренное повышение IgG и часто – значительное повышение IgM. При серологическом исследовании обнаруживают антимитохондриальные антитела к пируватдегидрогеназному комплексу (AMA – M2) в диагностическом титре и выше, ANA (антиядерные антитела) и/или SMA (антитела к гладкой мускулатуре), SLA (антитела к растворимому печеночному липопротеиду). Для иллюстрации приводим одно из собственных наблюдений перекрестного синдрома патологии печени.

Больная К., 43 года, поступила в отделение гастроэнтерологии 14 января 2014 года с жалобами на желтушность кожи и склер, потемнение цвета мочи, обесцвеченный кал, кожный зуд, похудение (за время болезни на 8 кг), отечность век, отсутствие менструаций около трех месяцев, общую слабость, быструю утомляемость.

В ноябре 2011 года у больной появились интенсивные боли в эпигастрии, в связи с чем была проведена ФГДС, заключение: язвенный дефект двенадцатиперстной кишки, гастрит. УЗИ внутренних органов патологии не выявило. По рекомендации участкового терапевта принимала омез и алмагель с временным положительным эффектом, однако через три месяца симптомы возобновились. Повторно были назначены омез и антациды, но пациентка по совету знакомой стала принимать по одному сырому куриному яйцу натощак утром 1 раз в день в течение месяца. Со слов родственников в течение этого времени появилась желтушность кожи, которая постепенно нарастала. Через месяц после очередного приема сырого тухлого яйца начались боли в эпигастрии, головные боли, тошнота (которые прошли через 3 дня), жидкий обесцвеченный стул, потемнение мочи, выраженная желтушность кожи и склер.

В мае при обследовании была выявлена гепатомегалия (УЗИ: правая доля - 16,0 см, левая – 5,8 см, структура неоднородна, повышенная эхогенность, селезенка не увеличена). В биохимическом анализе крови были обнаружены следующие изменения: общий билирубин – 90 мкмоль/л, прямой – 58, непрямой 32, АСТ – 5,9 мкмоль/л, АЛТ – 5,8 мкмоль/л (в норме 0,68). Маркеры вирусных гепатитов В и С –

отрицательные. Было назначено лечение: эссенциале в/в, фосфоглив в/кап, раствор глюкозы с аскорбиновой кислотой, но состояние больной не улучшилось, однако к врачам не обратилась.

В октябре 2012 г. стали нарастать желтуха, слабость, появился кожный зуд. При обследовании общий билирубин – 140 мкмоль/л, прямой – 70, АЛТ – 2,2 мкмоль/л; АСТ – 1,8 мкмоль/л; тимоловая проба – 10 единиц. Для дообследования и лечения направлена в РКБ в ноябре 2012 года, где было проведено обследование и выставлен диагноз, какой пациентка не помнит, назначена глюкокортикостероидная терапия.

Из анамнеза жизни: 14 раз оперировалась по поводу полипоза носа.

Данные объективного осмотра при поступлении в клинику: состояние больной средней степени тяжести. Кожа, склеры и видимые слизистые иктеричны, лицо одутловатое, веки отечны. У внутренних углов обоих глаз имеются ксантелазмы размерами до 2 см. На коже нижних конечностей следы расчесов. Кожные складки на ладонях выражены, щитовидная (1 ст.) железа пальпаторно увеличена. Кровоизлияния в области коленей, имеется пастозность голеней. Межпальцевые перегородки высокие, мечевидный отросток отсутствует.

Язык обложен белым налетом, живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена, выступает на 12 см из-под края реберной дуги, чувствительная, плотная, бугристая. Селезенка увеличена на 1 см. Стул оформлен, обесцвечен. Моча темная. По остальным органам и системам без патологии.

Данные обследования больной приведены ниже. Гемоглобин – 104 г/л, эритроциты – $3,7 \cdot 10^{12}$ /л, ЦП – 0,9, СОЭ – 50 мм/час. В биохимическом анализе крови: общий билирубин – 204 мкмоль/л, прямой -143, непрямой – 61, щелочная фосфатаза – 819 ед./л (в норме до 240), АСТ – 108 ед./л, АЛТ – 119 ед./л, холестерин – 12,7 ммоль/л. Коагулограмма: фибриноген А – 6,1 г/л, ПТИ – 108%, МНО – 0,9, АЧТВ – 27 с, гематокрит – 34%. Общий белок – 86 г/л, белковые фракции: альбумин – 41%, α_1 – 3,6%, α_2 – 9,6%, β – 9,5%, γ – 22,5%, IgA – 3,31, IgM – 5,4, IgG –

22,9, антинуклеарные антитела положительные. Маркеры вирусных гепатитов В и С – отрицательные. УЗИ печени: правая доля – 16,0 см, левая – 5,8 см, эхоструктура неоднородна, уплотнена, селезенка не увеличена, околопанкреатические и забрюшинные лимфоузлы увеличены до 17–20 мм. МРТ: признаки гепатоспленомегалии, диффузных изменений паренхимы печени (с повышенным МР-сигналом), портальной лимфаденопатии, холецистопанкреатита, кисты почек. ФГДС: дуоденит, рефлюкс–гастрит с эрозиями в антральном отделе, недостаточность кардиального отдела. ЭКГ: синусовая тахикардия, гипертрофия левого желудочка.

Пациентке был выставлен следующий диагноз: Перекрестный синдром аутоиммунного гепатита I типа с первичным билиарным циррозом печени, выраженным цитолитическим, холестатическим, коагулопатическим синдромами. Спленомегалия, кушингоидный синдром. Анемия хронического воспаления легкой степени. Синдром дисплазии соединительной ткани, недифференцированный вариант.

Было назначено лечение: гептрал на физиологическом растворе 200 мл внутривенно капельно, глюкоза 5% 400 мл + аскорбиновая кислота 5% 5 мл, витамины В₁, В₆, В₁₂, - внутримышечно, урсосан - 2 капсулы вечером, креон - 1 капсула 3 раза в день во время еды, омез - 20 мг 2 раза в день, метипред - 20 мг/сут.

Таким образом, приведенный случай демонстрирует сочетание двух вариантов иммунного поражения печени. Провоцирующим и реализующим фактором могло быть продолжительное применение яичного белка. Врачом-интернистом следует помнить о возможности развития Overlap-синдрома, что важно для проведения адекватной терапии.

Литература.

1. Аутоиммунный гепатит // Заболевание печени и желчевыводительной системы. / Под ред. Фольфганг Герок, Хуберт Е. Блюм. – М.: МЕДпресс–информ, 2009. С. 57-63.

2. Аутоиммунный гепатит // Основы клинической гепатологии. / Под ред. В.Г. Радченко. А.В. Шаброва, Е.Н. Зиновьевой. СПб.: Диалект; БИНОМ, 2005.- С. 292-305.

3. Пособие по диагностике и клинической морфологии хронических гепатитов / Под ред. проф С.А. Бойцова. СПб: ВМедА, 2001. 74 с.

УДК 616.36-084:615.322

Ш.М.Омаров, З.Ш. Магомедова, А.Ш. Омаров, П.А.Омарова.
Фармакологическая эффективность прополиса
при токсическом поражении печени

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия»
МЗ РФ, кафедра фармакологии, г. Махачкала

Введение.

В настоящее время проблема заболеваний печени, токсического генеза приобретает все большую актуальность в связи с высокими темпами развития химической и фармацевтической промышленностями, широким внедрением их продукции во все сферы жизни человека, злоупотребление алкоголем и его суррогатов.

К токсическим поражениям печени относится широкая группа заболеваний, связанных с гепатотоксическим действием веществ различного происхождения, вызывающих морфологические изменения ткани печени той или иной степени выраженности и связанные с ними обменные нарушения.

Гепатотоксическим эффектом обладают некоторые продукты бытовой химии, пестициды, алкоголь, ряд лекарственных препаратов, вещества промышленного происхождения. Токсическое поражение печени может возникнуть при отравлении грибами и продуктами, содержащими афлотоксин. Следует отметить, что токсическое поражение печени может развиваться независимо от пути проникновения токсического для печени вещества в организм человека – ингаляционного, парентерального или внутреннего.

К бытовым и промышленным ядам, вызывающим поражение печени относятся: хлорированные углеводороды, хлорированные нафталины и дифенилы, бензол и его производные, металлы и

металлоиды. Все эти вещества биотрансформируются гепатоцитами путем деструкции или окисления.

В настоящее время для лечения и профилактики токсических поражений печени патогенетически оправданным считается назначение препаратов, обладающих гепатопротективным эффектом.

В России и в других странах проведено большое количество экспериментальных исследований, подтверждающих эффективность и безопасность применения препаратов прополиса при различных заболеваниях. Вопросы клинического исследования препаратов прополиса в литературе освещены недостаточно.

Прополис – это продукт растительного происхождения, содержащий смолы, флавоноиды, эфиры высших жирных кислот и спиртов, свободные жирные кислоты и спирты, бальзамы, эфирные масла, витамины, микро- и макроэлементы. У прополиса много биологических эффектов: антибактериальный, цитостатический, противовоспалительный, иммуномодулирующий, анестезирующий, антиагрегационный и антиоксидантный.

К негативным эффектам относится аллергенность прополиса. Рядом исследователей установлено, что прополис обладает противовирусным действием: ингибирует HBsAg, задерживает репродукцию как ДНК-геномных, так и РНК-геномных вирусов, что объясняется интерферогенной активностью отдельных фракций прополиса. Особый интерес представляет влияние прополиса на функции печени. Прополис является универсальным антиоксидантом, который защищает полиненасыщенные кислоты и липиды мембран гепатоцитов от перекисного окисления и повреждения свободными радикалами.

В соответствии с современными требованиями GCP нами проведено простое слепое рандомизированное исследование по изучению гепатотропного действия прополиса у пациентов с хроническими гепатитами (ХГ) верифицированным клиническим, биохимическим и серологическими методами.

Цель исследования: изучение гепатотропных эффектов прополиса и его безопасности у больных ХГ.

Материал и методы исследования.

Диагноз ХГ устанавливается в том случае, если у больного имело место сохранение клинико-лабораторной картины гепатита более 6 месяцев: тяжесть в правом подреберье, астеновегетативный синдром, гепатомегалия, повышение активности aminотрансфераз, снижение протромбинового индекса (ПТИ) ниже 80 % и альбумино-гамма-глобулинового коэффициента (АГГК) ниже 3.

Больные с острым и затяжным течением гепатита, циррозом печени, раком любой локализации, почечной или печеночной недостаточностью, неконтролируемым сахарным диабетом, сердечной недостаточностью, др. (кроме вирусного гепатита) системными инфекционными заболеваниями были исключены из исследования.

Информационное согласие на включение в исследование было получено от всех включенных в исследование больных до процедуры рандомизации.

Включенные в исследование больные были рандомизированы методом последовательно пронумерованных непрозрачных конвертов. Рандомизационный код был генерирован компьютером на основе метода случайных чисел. Запечатанные конверты, содержащие код, хранились в сейфе и извлекались поштучно по мере поступления больных, подлежащих рандомизации.

Сопоставление клинико-лабораторных характеристик пациентов до рандомизации по нарушению функций печени, а также по наличию сопутствующих заболеваний не выявило значимых различий по группам (табл. 1)

Дифференцированное лечение больных ХГ проводилось либо с использованием поливитаминного препарата Ревит (контрольная группа больных), либо препарата Ревит в сочетании с препаратом прополиса (основная группа больных). Данное лечение начиналось сразу после рандомизации больного. Выбор сопутствующего лечения (диета, сердечно-сосудистые препараты и т.д.) определялся лечащим врачом в соответствии с медицинскими показаниями.

Таблица 1

Клиническая характеристика групп больных

Признак	Основная группа (n=23)	Контрольная группа (n=23)
Возраст, годы	36±5	34±6
Пол, мужчины/женщины	17/6	15/8
ХГ В	13	15
ХГ С	4	3
ХГ В+D	3	1
Хронический алкогольный гепатит	3	4
Хронический холецистит	5	3
Дискинезия желчного пузыря	6	7
Артериальная гипертензия (>140/90 мм.рт.ст.)	4	4
Артериальная гипотензия (<140/90 мм.рт.ст.)	8	6
Ожирение (индекс массы тела >27 кг/м ²)	3	4

Для оценки эффективности лечения использовались вторичные конечные точки (клинико-лабораторные показатели для оценки нарушений функций печени), определяемые до начала и к концу 1-го мес. лечения. Все возможные побочные эффекты лечения фиксировались у всех рандомизированных больных в течение всего курса терапии.

В период 2011-2012 гг. было рандомизировано 46 больных ХГ, госпитализированных в отделения терапевтического профиля больниц г. Махачкала. Катамнестические данные за первый месяц наблюдения получены у всех первоначально рандомизированных больных.

При серологическом и вирусологическом исследованиях крови обнаружены маркеры гепатотропных вирусов В, С и D у 39 больных (ХГ В у 28 больных, ХГ В+D – у 4, ХГ С – у 7).

Наиболее частыми клиническими проявлениями ХГ являлись астенический и диспептический синдромы, боли в правом подреберье, кровоточивость десен, гепатомегалия. У большинства больных выявлялись такие лабораторные симптомы поражения печени, как снижение ПТИ и АГГК, повышение активности аланин-аминотрансферазы (АлАТ) и уровня общего билирубина (табл. 2).

Таблица 2

Клинико-лабораторные показатели [n (%)] нарушения функций печени до и после лечения

Показатели	Основная группа		Контрольная группа	
Боль в правом подреберье	15 (65,2)	11 (47,8)	16 (69,6)	14 (60,9)
Общая слабость	23 (100)	12 (52,2)*	23 (100)	15(65,2)*
Диспепсия	19 (82,6)	10 (43,5)*	20 (87)	16 (69,6)
Кровоточивость десён	5 (21,7)	3 (13)	4 (17,4)	3 (13)
Гепатомегалия	12 (52,2)	6 (26,1)	11(47,8)	9 (39,1)
Спленомегалия	5 (21,7)	5 (21,7)	4 (17,4)	4 (17,4)
ПТИ<80%	20 (87)	15 (65,2)	21 (91,3)	18 (78,3)
АГГК<3	18 (78,3)	14 (60,9)	16 (69,6)	14 (60,9)
АлАТ >40 МЕ/л	23 (100)	9 (39,1)*	23(100)	20 (87)
АсАТ >34 МЕ/л	5 (21,7)	2 (8,7)	5 (21,7)	3 (13)
Билирубин общий >18 мкмоль/л	15 (65,2)	3 (13)*	17 (73,9)	8 (34,8)*
Щелочная фосфатаза >270 МЕ/л	6 (26,1)	1 (4,4)	7 (30,4)	3 (13)

с* $P<0,05$ по сравнению с исходной частотой симптома.

Результаты исследования.

К концу месяца после начала лечения средняя частота клинических проявлений ХГ в основной группе больных была на 10% менее выражена, чем в контрольной ($P=0,162$). Отмечено достоверное снижение активности АлАТ (с 170 ± 22 до 76 ± 19 МЕ/л, $P<0,001$) и аспартат-аминотрансферазы (АсАТ – с 81 ± 15 до 32 ± 10 МЕ/л, $P<0,05$), уровня общего билирубина (с $35,5\pm 5,2$ до $13,6\pm 4,4$ мкмоль/л, $P<0,05$), т.е. динамика биохимических показателей крови свидетельствовала о регрессии мезенхимально-воспалительного и цитолитического синдромов.

Выводы.

Результаты данного рандомизированного исследования свидетельствуют о том, что при применении препарата прополиса у больных ХГ имеется отчетливая тенденция к улучшению функций

печени. Направленность изменений во всех случаях была в пользу препарата прополиса, что может свидетельствовать о клинически значимом положительном эффекте его применения у данной группы больных. Наши данные показывают, что степень нарушения печеночных функций к концу месячного курса терапии больных ХГ, получающих лечение препаратом прополиса, была ниже ($P=0,044$), чем в контрольной группе больных.

Важно подчеркнуть, что лечение препаратом прополиса хорошо переносилось больными и не сопровождалось никакими серьезными побочными эффектами.

Таким образом, изученные и доказанные клинические эффекты прополиса проявляются параллельно с улучшением лабораторных показателей функций печени. Лечение прополисом уменьшает выраженность клинических симптомов и улучшает печеночные пробы крови.

Благоприятное влияние прополиса на выраженность клинико-лабораторной картины ХГ, подтвержденное в ходе клинических испытаний, вероятно, может быть объяснено его эффективным воздействием на патогенетические механизмы ХГ, его антиоксидантным и иммуномодулирующим влиянием.

Гепатопротективное действие прополиса основывается на ингибировании процессов перекисного окисления липидов, в частности воздействия на супероксиддисмутазу и малоновый диальдегид, которые рассматриваются как одни из ведущих патогенетических механизмов развития поражений печени. Восстанавливая наружную мембрану полиненасыщенных жирных кислот в гепатоцитах, прополис уменьшает доступ кислорода к ним, тем самым снижая скорость образования свободных радикалов.

Литература.

1. Апитерапия сегодня: Материалы международной научно-практической конференции по апитерапии. Выпуск 10. Рязань, 2002
2. О.М. Михеева, Е.Д. Ли, Г.Б. Селеванова, О.О. Кузнецов и др. Цирроз печени. // Клиническая геронтология, 2010. № 1-2.
3. О.М. Антоненко. Токсические поражения печени: пути фармакологической коррекции. // Медицинский совет, №6, 2013.

Экологическая гастроэнтерология

УДК 616.34-002.1: 574.24(470.6)

***Э.М. Эседов, Ф.Д. Ахмедова, Ж.Ш. Умаханова,
В.Р. Мурадова, Р.А. Меджидова, А.С. Абасова, Д.С. Акбиева.***
**Экологические аспекты глютенковой энтеропатии (целиакии) в
Дагестане**

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, кафедра госпитальной терапии №3 с курсом клинической иммунологии и аллергологии, г. Махачкала

Введение.

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

Долгое время считалось, что болезнь является редкой патологией. Однако на современном этапе развития медицины благодаря совершенствованию методов диагностики удалось установить, что в некоторых странах в среднем не менее 1-2% населения страдает этим заболеванием, но зачастую болезнь вовремя не диагностируется [1, 7]. Заболевание может протекать не только в классическом, типичном варианте, но и в виде скрытых, малосимптомных и атипичных форм, с внекишечными проявлениями. Такие больные даже не вызывают подозрения на наличие у них данной болезни, так как у них нет явного диарейного синдрома. В то же время эти пациенты длительно и безуспешно могут лечиться у врачей разных специальностей по поводу

анемии, рефрактерной к лечению, атопического дерматита, дисбактериоза, остеопороза, бесплодия и афтозного стоматита [1, 2, 3, 8], которые по существу являются проявлениями мальабсорбции.

Учитывая достаточно широкое распространение целиакии в мире, можно говорить о высокой социальной значимости ее своевременной диагностики, тем более что даже клиническая не выраженная целиакия может predispose к аутоиммунным и онкологическим заболеваниям, в то время как при соблюдении аглютеновой диеты риск этих осложнений значительно снижается [4].

Распространенность целиакии в Дагестане не изучена в связи с малым количеством наблюдений и недостаточной осведомленностью врачей о ее полисиндромной клинике и современных методах диагностики. Все это предопределило актуальность данного исследования, в котором акцент сделан на выявлении различных вариантов клинического течения целиакии у взрослых в специализированном гастроэнтерологическом отделении Республиканской клинической больницы.

Цель исследования: анализ эколого-эпидемиологического аспекта данного заболевания.

Материал и методы исследования.

Под нашим наблюдением находились 11 больных, поступивших в гастроэнтерологическое отделение РКБ в 2013 г. Изучены и проанализированы истории болезни данных больных, половой, национальный и возрастной состав, местность географического проживания, клинические симптомы, способы диагностики. Результаты представлены в таблице.

Таблица

Больные целиакией

№	Пол	Возраст, лет	Национальность	Район проживания	Длит. заболевания, годы	Возраст на момент начала заболевания, лет	Клин. проявления	Диарея	Анемия (Hb, г/л)	Индекс массы тела, кг/м²	Другие проявления	Диагноз установлен	Серологическое подтверждение		
1.	муж.	18	лезг.	Ахтынский	2	16	типичные	+	-	17	боли в животе, урчание, вздутие	впервые	низкий титр		
2.	жен.	27	авар.	Хасавюрт	15	15	типичные	+	+	(114)	15	нарушения месячных	впервые	не проводилось	
3.	жен.	47	таб.	Дербент	15	30	типичные	+	7-10 п/сут.	+	(107)	17	слабость	впервые	более 200
4.	жен.	39	авар.	Цунтинский	29	10	типичные	+	+	(71)	17	аменорея, отеки ног, асцит	впервые	-//-	
5.	муж.	37	дарг.	Каякентский	7	30	типичные	+	+	(116)	17	плеврит, слабость	ранее	-//-	
6.	жен.	17	дарг.	Акушинский	14	3	типичные	+	-	+	(102)	16	-	ранее	-//-
7.	жен.	15	дарг.	Кайтагский	5	10	типичные	+	+	(112)	15	аменорея, отставание роста и физического развития	впервые	-//-	
8.	жен.	23	авар.	Ботлихский	0,1	23	типичные	+	+	(108)	18	угроза прерыв. беремен., боли в животе, «острый живот»	впервые	-//-	
9.	жен.	39	дарг.	Дахадаевский	30	10	малосимпт.	+	-1-2 р в 2-3 мес.	+	(68-57)	20,4	боли в эпиг., урчание, вздутие	впервые	-//-
10.	жен.	33	дарг.	Левашинский	3	30	типичные	+	10 п/сут.	+	(83)	17	кровоточивость, асцит	впервые	-//-
11.	жен.	51	русс.	Махачкала	30	20	малосимпт.	+	1-2 п/сут.	-	24	хр. рецидив, крапивница, отеки, квинке, витилиго	впервые	не проводилось	

Как видно из приведенной таблицы, возраст больных колебался в широких пределах (от 17 лет до 51 года), составляя в среднем 31,5 лет. Среди больных преобладали женщины: 9 женщин и 2 мужчин. Анамнез болезни составлял от 1 месяца (заболевание при этом началось во время беременности) до 30 лет. Средний возраст на момент начала болезни – 18 лет, от 3 лет до 30 лет. До 10-летнего возраста заболели 2 пациента, от 10 до 20 лет – 4, от 20 до 30 лет – 2 и в возрасте 30 лет и более заболели 3. Таким образом, заболевание впервые проявилось в детском возрасте только у 2-х человек, в подростковом возрасте – у 4-х, в более зрелом возрасте заболели 5.

По национальному составу в изучаемой группе преобладали даргинцы (5 чел.) из нескольких даргинских районов. Аварцы составили 3 человека, представлены были также и другие национальности: 1 лезгин, 1 табасаранка и 1 русская. Эти данные не свидетельствуют об этнических особенностях болезни и требуют дальнейшего изучения.

Наряду с тем, что у всех больных была в разной степени выражена кишечная симптоматика (диарея), на первый план у большинства больных выходили проявления синдрома мальабсорбции – железодефицитная анемия с детского или подросткового возраста, рефрактерная к лечению, дефицит питания, витаминная и минеральная недостаточность, нарушения месячных вплоть до аменореи, реже (в запущенных случаях) встречались отставание в росте и развитии, отеки ног, наличие жидкости в брюшной и плевральной полостях, угроза прерывания беременности и более редкие симптомы, такие как кровоточивость, хроническая рецидивирующая крапивница, отек Квинке, витилиго, поливалентная аллергия, резистентная к антигистаминным препаратам.

Большинство больных отмечали значительное похудение со снижением ИМТ, но у части больных похудение не развивалось. На фоне аглутиновой диеты (и в редких случаях добавление к ней питательных смесей и метипреда) состояние больных улучшалось даже во время пребывания в стационаре.

Одинаковой информативностью в плане диагностики отмечались данные серологического исследования на наличие специфических антител (антиглиадиновых, антиэндомизимальных, к тканевой транслугтаминазе и ретикулину) и результаты гистологического исследования биоптатов слизистой залуковичного отдела тонкой кишки. Из 9 проведенных серологических тестов у 8 выявлен высокий титр антител (антиглиадиновые антитела классов IgA и IgG более 200 ME при норме менее 25 ME, к ретикулину и эндомизию от 160 до 640

МЕ, диагностический титр свыше 40 МЕ считается положительным результатом). У 1 больного результат был отрицательным (необходимо отметить, что изучался только один показатель, и данные биопсии подтвердили диагноз). Биопсия слизистой при дуоденоскопии произведена у 7 больных, у всех удалось подтвердить наличие атрофии ворсинчатого аппарата слизистой и лимфоцитарную инфильтрацию собственной пластинки с наличием межэпителиальных лимфоцитов.

Нами сделан вывод о взаимодополняемости и взаимозаменяемости данных видов диагностики, однако себестоимость биопсии значительно ниже и доступна всем больным.

Выводы.

1. Целиакия не является редкой среди этносов дагестанского народа, встречаясь во всех возрастных группах, но преимущественно поражая женский пол и лиц даргинской национальности (последнее утверждение нуждается в дальнейшей проверке).

2. Возраст на момент первых проявлений целиакии может быть любым, начиная от второго года жизни до пожилых лет.

3. При наличии диарейного синдрома любой степени выраженности необходимо обследовать пациента в плане выявления целиакии, в особенности при сочетании с железодефицитной анемией.

4. При анемии, рефрактерной к лечению препаратами железа, при невозможности установить причину ЖДА

в значительном проценте случаев при детальном обследовании возможно подтвердить наличие целиакии как причины данной патологии.

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

Литература.

1. С.В. Быкова. Новые горизонты в изучении целиакии: по материалам 18-й европейской гастроэнтерологической недели (23-27.10.2010) //

- Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2011.- № 3.- С. 142-144.
2. С.В. Быкова, Е.А. Сабельникова, А.И. Парфенов и соавт. Репродуктивные расстройства у женщин с целиакией. Влияние этиотропной терапии // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2011. - № 3.- С. 12-18.
3. А.И. Парфенов, Л.М. Крумс, Е.А. Сабельникова. Современная концепция, дефиниция и классификация целиакии // Мат-лы V съезда Научного общества гастроэнтерологов России. М.: Анахарсис, 2005. - С. 473-475.
4. А.И. Парфенов, Е.А. Сабельникова, Л.М. Крумс. Глютенчувствительная целиакия и профилактика аутоиммунных и онкологических заболеваний (передовая) // Тер. архив. - 2007. - № 2. - С. 5-8.
5. А.И. Парфенов, П.Л. Щербаков. Диагностика и терапия глютенчувствительной целиакии // Трудный пациент. - 2010. - Т. 8, №11.- С. 52-57.
6. Т.В. Пухликова, Л.Л. Лебедева, Е.А. Сабельникова и соавт. Значение иммуногенетических факторов в развитии глютенчувствительной целиакии у взрослого населения Московского региона // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2011.- № 3.- С. 19-23.
7. Е.А. Сабельникова. Глютенчувствительная целиакия: распространенность в группах риска, клинические формы, лечение и диспансерное наблюдение/ Автореф. ... дисс. д.м.н. - М., 2008.

**Э.М. Эседов, Р.А. Меджидова, В.Р. Мурадова,
Ф.Д. Ахмедова, А.С. Абасова.**

**Особенности течения язвенного колита
с системными проявлениями**

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия»
МЗ РФ, кафедра госпитальной терапии №3 с курсом клинической
иммунологии и аллергологии, г. Махачкала

Язвенный колит может сопровождаться целым рядом внекишечных проявлений. Иногда эти проявления наблюдаются в отсутствие кишечных симптомов или проявляются позже, что значительно затрудняет своевременную диагностику [1]. К системным проявлениям относятся полиартрит (9-53%), узловатая эритема (2-3%), поражение глаз (1,5-3,5%), сравнительно реже поражения печени и внепеченочных желчных протоков (хронический гепатит, жировая дистрофия печени, портальный фиброз, цирроз печени, склерозирующий холангит), гангренозная пиодермия, афтозный стоматит, глоссит, гингивит, в том числе, аутоиммунный тиреоидит, аутоиммунная гемолитическая анемия и нефротический синдром [2]. Редко при язвенном колите могут наблюдаться гипопропротеинемические отеки. Так, во многих работах, описывающих внекишечные проявления язвенного колита, нет указаний на развитие выраженного отека синдрома, вплоть до анасарки.

Представляем клинический случай сочетания язвенного колита и анасарки у молодой женщины.

Б-я, 21 год, поступила в отделение нефрологии с направительным диагнозом республиканского центра инфекционных заболеваний: инфекция мочевых путей. Гломерулонефрит? Анемия тяжелой степени. При поступлении жалобы на выраженные отеки лица и всего тела, боли и спазмы в животе, понос 5-8 раз в сутки, тошноту, сухость во рту, жажду. Из анамнеза частый, жидкий неоформленный стул на фоне беременности. После родов отмечалось ухудшение состояния, проявляющееся выраженными отеками всего тела, учащением стула до 10-15 раз в сутки, в связи с чем больная была госпитализирована в инфекционное отделение. Обследуется. Инфекционный генез исключается и пациентку переводят в отделение нефрологии. При обследовании врачи отделения нефрологии отмечают тяжелую степень состояния больной, выраженный анемический (Hb 68 г/л),

отечный, диспепсический синдромы, боль в животе. Тяжесть состояния больной определялась тремя синдромами: гипопротеинемией (и как следствие отеками), анемией, диареей. Очевидным так же представлялось и то, что диарея имела первостепенное значение. Массивные отеки типа анасарки могли быть проявлением нефротического синдрома. При этом не было выявлено других симптомов, характерных для нефротического синдрома. Больная осматривается гастроэнтерологом, который не исключает целиакию. Предположение о целиакии (глютеновая энтеропатия) требовало проведения дополнительных исследований.

Для верификации диагноза целиакии было назначено гистоморфологическое и иммунное исследования: результаты отрицательны. Проведена колоноскопия: слизистая оболочка ректосигмоидального отдела гиперемирована, отечна, эрозирована, контактно кровоточит, истончена. Сосудистый рисунок усилен в ректосигмоидальном отделе. На протяжении 50 см от ануса слизистая рыхлая, гиперемирована, с синюшным оттенком, имеются единичные мелкоточечные эрозии, контактно кровоточат. На расстоянии 15-17 см сосудистые эктазии d 2,5-3 см. Заключение: левостронний геморрагический колит. Язвенный колит?

При морфологическом исследовании биоптата слизистой оболочки толстой кишки выявлены участки дефектов покровного эпителия, массивная лимфоплазмоцитарная инфильтрация собственного слоя с примесью нейтрофилов и геморрагиями. Признаки опухолевой дисплазии и дизентерии не обнаружены. В результате проведенного обследования был выставлен клинический диагноз: язвенный колит с преимущественным поражением проктосигмоидального отдела и высокой степенью активности, отечный синдром по типу анасарки. Анемия тяжелой степени.

Больной назначен салофальк 1,5 г в сутки в сочетании с преднизолоном 60 мг в/в капельно на физиологическом растворе 200 мл, альбумином 10% 100 мл в/в капельно, тардифероном 2 таблетки в сутки. На фоне лечения как кишечные, так внекишечные клинические проявления купированы: нормализовался стул, стал оформленным, прошел отечный синдром. Больная выписана в удовлетворительном состоянии с рекомендациями продолжить лечение амбулаторно салофальком 1,5 г/сут. длительно, метипредом 20 мг/сут. с последующим снижением дозы по ½ таблетки в течение месяца, сорбифером 1 таблетка в сутки до 6 месяцев.

Приведенный клинический случай интересен и с практической, и с теоретической точек зрения, поскольку демонстрирует многообразие местных и системных проявлений язвенного колита, а также свидетельствует о многообразии начальных проявлений, не совсем характерных для язвенного колита, что затрудняло диагностический поиск основного заболевания, проявляющегося полисистемным поражением. Язвенный колит не является редкой патологией кишечника, что следует иметь в виду особенно при его системных проявлениях.

Литература.

1. Гастроэнтерология: национальное руководство / Под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной.- М.:ГЭОТАР-Медиа,2008.- С. 704.
2. Д.Д. Сафина, Р.А. Абдулхаков, А.Х. Одинцова, Н.А. Черемина. Случай сочетания язвенного колита и очаговой алопеции// Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. -2013.-№12.- С. 92-96.

Значение цитокинов в патогенезе воспалительных заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия»
МЗ РФ, кафедра госпитальной терапии №3, г. Махачкала

Цитокинам принадлежит важная роль в развитии и течении заболеваний различных органов и систем, в том числе и органов пищеварения. Цитокины – эндогенные биологически активные медиаторы – представляют собой обширную гетерогенную группу низкомолекулярных белков, полипептидов. Цитокины состоят из одной - двух, реже более, полипептидных цепей с молекулярной массой от 8 до 90 кД, в основном 15–35 кД, кодируемых собственными генами. Цитокины продуцируются активированными клетками, преимущественно лимфоцитами, моноцитами и тканевыми макрофагами в ответ на внешний, внеклеточный стимул.

В настоящее время известно более 100 разновидностей цитокинов. Среди них выделяют следующие группы: интерлейкины (ИЛ–1-25), интерфероны (ИФ α , β , γ), факторы некроза опухоли (ФНО α , β), колониестимулирующие факторы, факторы роста, хемокины [4].

Цитокины обеспечивают передачу сигнала, обмен информацией между клетками внутри одного органа, связь между органами и системами как в физиологических условиях, так и при действии различных патогенных факторов – инфекционных микроорганизмов, механических, термических, химических травм. При патологических состояниях общее число и содержание отдельных цитокинов резко возрастает. Индукторами повышенного синтеза цитокинов являются инфекционные микроорганизмы, продукты их жизнедеятельности, токсины, метаболиты, а также измененные клетки собственного организма.

Настоящее сообщение посвящено информации о цитокинах при воспалительных заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки.

Заболевания органов пищеварения сопровождаются повышенной выработкой цитокинов, которые обладают как провоспалительным, так и противовоспалительным эффектами, выполняют роль как фактора агрессии, так и защиты.

В зависимости от сроков обострения заболевания, в которые исследуется цитокиновый статус, можно получить разные данные о

содержании одного и того же цитокина у одного и того же больного. Концентрация цитокинов зависит от этиологического фактора, варианта течения, стадии, продолжительности заболевания, от степени повреждения и нарушения функции ткани, а также от эффективности проводимой терапии.

В клетках слизистой оболочки желудка повышается синтез цитокинов в ответ на инфицирование, в частности при повышении патогенности *Helicobacter pylori*. В самом начале процесса адгезии *Helicobacter pylori* на эпителиоциты происходит выработка интерлейкина-8, играющего важную роль в формировании воспалительного инфильтрата на ранних сроках патологического процесса [2, 6]. Активируя нейтрофилы, интерлейкин-8 приводит к их дегрануляции, выбросу лизосомальных ферментов, лейкотриенов, которые обладают повреждающим действием на слизистую оболочку.

Согласно данным литературы, повышение уровня интерлейкина-8 обнаруживается в периферической крови вне зависимости от локализации хеликобактерной инфекции – желудок, двенадцатиперстная кишка. При эрадикации *Helicobacter pylori* продукция этого цитокина снижается, но остается выше, чем у неинфицированных [5, 6].

Таким образом, продукция интерлейкина-8 в ответ на инфицирование *Helicobacter pylori* является важным фактором в патогенезе язвенной болезни и хронического гастрита.

Активация макрофагов и моноцитов микробными биологически активными веществами ведет к усиленному синтезу практически всех цитокинов, секретируемых этими клетками [12]. Кроме интерлейкина-8, эти клетки вырабатывают и другие цитокины – интерлейкин-1 β , интерлейкин-6, фактор некроза опухоли α , интерферон α , интерлейкин-12 и др. [1, 2, 9].

К семейству интерлейкинов-1 относятся провоспалительные интерлейкин-1 α и интерлейкин-1 β , а также обладающий противовоспалительной активностью антагонист рецептора интерлейкина-1.

Интерлейкин-1 β – многофункциональный цитокин с широким спектром действия играет важную роль в развитии и регуляции неспецифической защиты и специфического иммунитета, одним из первых включается в ответную защитную реакцию организма при действии патогенных факторов. Основными продуцентами интерлейкина-1 β являются макрофаги и моноциты. Мишенями для данного цитокина служат практически клетки всех органов и тканей.

Интерлейкин-1 β инициирует и регулирует воспалительные, иммунные процессы, активирует Т- и В-лимфоциты, нейтрофилы, стимулирует синтез белков острой фазы, простагландинов, цитокинов (интерлейкина– 2 и 6, фактора некроза опухоли α). Интерлейкин-1 β повышает фагоцитоз, гемопоэз, проницаемость сосудистой стенки [3].

Патогенетическая роль интерлейкина-1 β в воспалительных заболеваниях желудочно-кишечного тракта неоднозначна. С одной стороны, он способствует повреждению слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, а с другой – уменьшает влияние других неблагоприятных факторов и принимает участие в процессах репарации. При инфицировании *Helicobacter pylori* большинство исследователей отмечают местное повышение продукции интерлейкина-1 β клетками слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки [3, 6], снижающееся после проведения антихеликобактерной терапии.

Исследования содержания интерлейкина-1 β в крови пациентов, страдающих язвенной болезнью и хроническим гастритом, показали повышенное его содержание во время обострения заболевания и его нормализацию после адекватной терапии против *Helicobacter pylori*.

Интерлейкин-1 β также принимает участие в процессах репарации слизистой оболочки гастродуоденальной зоны, что является важной функцией, так как от качества восстановления слизистой оболочки зависит вероятность рецидива болезни. Вместе с другими цитокинами интерлейкин-1 β способствует очищению язвенного дефекта от некротических масс и формированию рубца [7].

Вместе с простагландинами интерлейкин-1 β стимулирует рост грануляционной ткани и ангиогенез. Снижение содержания этого цитокина в крови у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в период обострения рассматривается как неблагоприятный признак и говорит о высоком риске длительного рубцевания язвы [3].

Helicobacter pylori стимулирует также синтез и другого цитокина – фактора некроза опухоли α - ключевого провоспалительного цитокина системного действия, продуцируемого макрофагами, клетками Купфера, моноцитами, лимфоцитами, фибробластами и другими клетками. Многофункциональный цитокин играет доминирующую роль в развитии местных и общих патологических процессов. Туморнекротизирующий фактор α регулирует интенсивность воспаления, активирует Т- и В-лимфоциты, стимулирует синтез провоспалительных интерлейкинов, повышает фагоцитарную

активность моноцитов, образование оксида азота, также участвующего в осуществлении физиологических процессов и воспалительной реакции в слизистой оболочке желудка [8].

Исследования ученых показали, что уровень фактора некроза опухоли в сыворотке крови больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки подвержен значительным колебаниям. Общая тенденция динамики данного показателя сводится к повышению его содержания при развитии язвы [2, 5, 6, 11].

Повышение данного показателя является прогностически неблагоприятным признаком и свидетельствует о прогрессировании язвенного процесса. Можно полагать, что величина данного цитокина может выступать одним из критериев адекватности проводимого лечения.

Резюмируя вышеизложенный материал, можно сказать, что воспалительные заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки сопровождаются повышением содержания цитокинов в тканях, периферической крови и других биологических средах, а также нарушением цитокинового баланса, выраженным в различной степени в зависимости от этиологического фактора, формы, вариантов течения, фазы патологического процесса, активности, стадии, продолжительности заболевания, характера проводимой терапии. Определение цитокинового спектра при воспалительных заболеваниях пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки имеет важное прогностическое значение, так как позволяет судить об интенсивности воспалительных, иммунных, метаболических процессов, активности заболевания, его прогрессировании, прогнозе, а также эффективности проводимой терапии.

Вместе с тем, изучение цитокинового механизма поражения органов и тканей, в том числе органов пищеварения, и нормализации их функций имеет существенное значение в понимании процессов развития язвенной болезни, гастрита и эзофагита и обосновании подходов к персонализированной терапии. Этому будет способствовать проведение исследований по оценке значимости функциональных свойств цитокинов, для чего необходимо дальнейшее изучение их характеристик.

Литература.

1. И.Л. Денисов, В.Т. Ивашкин, Ю.В. Лобзин и соавт. Хронический гастрит с позиций взаимодействия иммунного, инфекционного и

- морфологического факторов // Рос. журнал гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2008. – Т.18, № 6. – С. 22 – 26.
2. Э.А. Кондрашина, Н.М. Калинина, Н.И. Давыдова и соавт. Особенности цитокинового профиля у пациентов с хроническим *H. pylori* – ассоциированным гастритом и язвенной болезнью // Цитокины и воспаление. – 2002. - Т. 4, № 4. – С. 3 – 11.
 3. И.В. Маев, Ю.А. Кучерявый, Т.С. Оганесян. Аллельный полиморфизм интерлейкин-1 β при геликобактериозе // Рос. журнал гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2008. – Т. 18, № 5. – С. 4 – 11.
 4. А.С. Симбирцев. Цитокины: классификация и биологические функции // Цитокины и воспаление. – 2004. – Т. 3, № 2. – С. 16 – 22.
 5. Н.Г. Степченко, Н.Г. Филиппенко, Н.Н. Прибылова, С.В. Поветкин. Уровень про - и противовоспалительных цитокинов у больных язвенной болезнью, ассоциированной с различными штаммами *Helicobacter pylori* // Курский научн. - практ. вестник «Человек и его здоровье». – 2010. - № 3. – С. 134 – 139.
 6. Т.М. Царегородцева, Т.И. Серова. Цитокины в гастроэнтерологии. – М.: «Анахарсис», 2003. – С. 96.
 7. Я.С. Циммерман, Е.Н. Михалева. Язвенная болезнь и иммунная система организма // Клин. медицина. – 2000. - № 1. – С. 61 – 64.
 8. Э.М. Эседов, А.С. Магомедэминова. Влияние эрадикационной терапии на активность оксида азота в желудочном соке у больных с хроническим гастритом и язвенной болезнью // Клин. медицина. – 2009. - № 7. – С. 50 – 52.
 9. Akdogan R. A., Ozgur O., Guguyeter S., Kaklikkaya N. A pilot study of *Helicobacter pylori* genotypes and cytokine gene polymorphisms in reflux oesophagitis and peptic ulcer disease // Bratis Lek Listy. – 2014. – Vol. 115, № 4. – P. 221 – 228.
 10. Prevete N., Rossi F. W., Rivellese F et al. *Helicobacter pylori* HP (2 – 20) induces eosinophil activation and accumulation in superficial gastric mucosa and stimulates VEGF – alpha and TGF – beta release by interacting with formyl – peptide receptors // Int J Immunopathol Pharmacol. – 2013. – Vol. 26, № 3. – P. 647 – 662.
 11. Rahimi H. R., Rasouli M., Jamshidzadeh A. et al. New immunological investigations on *Helicobacter pylori* – induced gastric ulcer in patients // Microbiol Immunol. – 2013. – Vol. 57, № 6. – P. 455 – 462.

М.Д. Шихнабиева.

**Оценка эффективности различных схем терапии
омепразолом гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
на фоне дисплазии соединительной ткани
у лиц подросткового возраста**

ГБОУ ВПО «Чеченский государственный университет» МЗ РФ,
кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсами общего
ухода за больными и клинической фармакологии, г. Грозный

Введение.

По данным литературы, среди лиц подросткового возраста (14-17 лет) до 35% случаев гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) развивается на фоне диспластикозависимых изменений. Последнее состояние, связанное с генетически детерминированным дефектом метаболизма волокнистых структур и основного вещества соединительной ткани, в литературе принято называть дисплазией соединительной ткани (ДСТ). ДСТ многими авторами рассматривается как фоновая основа, определяющая особенности течения ассоциированной патологии с тенденцией к частому рецидивированию и хронизации, участием в формировании клинической картины заболеваний практически всех органов и систем организма и меньшей эффективностью традиционных схем лечения.

Цель исследования: оценка эффективности различных схем поддерживающей терапии омезом (омепразолом) у подростков с ГЭРБ на фоне синдрома ДСТ.

Материал и методы исследования.

Под наблюдением находились 68 больных подросткового возраста с ГЭРБ на фоне ДСТ в возрасте 15-17 лет (42 мальчика и 46 девушек).

Диагностику ГЭРБ осуществляли на основании данных анамнеза, клинического осмотра и результатов эзофагогастродуоденоскопии (ЭФГДС), а проявления ДСТ оценивались по анамнестическим и клиническим данным путем

анализа ее фенотипических признаков (сколиоз, плоскостопие, аномалии развития полости рта и носа и др.), а также результатов ультразвукового исследования внутренних органов. Наиболее часто встречающимися маркерами ДСТ являлись сколиоз грудного отдела позвоночника, соответствующий I и II степеням, синдром гипермобильности суставов, астеническое телосложение, искривление носовой перегородки, плоскостопие I-II ст. без признаков деформирующего остеоартроза, различные кожные проявления (повышенная растяжимость кожи, тонкая кожа, ранняя седина, гемангиомы, витилиго), варикоз вен нижних конечностей, включая варикоцеле, паховые грыжи, аномалии ушной раковины, нефроптоз, гипоплазия почек.

Всем больным проводилось курсовое лечение омезом в дозе 20 мг 2 раза в сутки в течение 4 недель, затем им назначалась поддерживающая терапия омезом в одном из следующих режимов: 1-я группа (17 больных) – в дозе 20 мг/сут ежедневно; 2-я группа (18 больных) – в дозе 20 мг/сут через день; 3-я группа (16 больных) – в дозе 20 мг/сут «по требованию» (при появлении изжоги); 4-я группа (17 больных) – в дозе 20 мг/сут в режиме «выходного дня» (в пятницу, субботу и воскресенье). Оценку различных схем лечения омезом проводили через 3 и 6 месяцев.

Результаты исследования.

При сравнительном анализе основных клинических проявлений ГЭРБ симптом изжоги был установлен у больных всех групп. Изжога возникала каждый день у больных 1-й группы в 75%, 2-й группы – в 76%, 3-й группы – 73% и 4-й группы – 74% случаев. Боли за грудиной выявлялись соответственно у 58%, 57%, 56% и 55% случаев. В более половины случаев они беспокоили несколько раз в месяц, у около 20% случаев – раз в месяц. У более 40% больных боли беспокоили в любое время суток. Отрыжка наблюдалась по группам соответственно у 51%, 54%, 52% и 53% больных. В любое время суток этот симптом беспокоил 30-35% больных. Зачастую у больных исследованных групп отмечалось два, три и более симптомов одновременно. При ЭФГДС у больных 1-й

группы катаральный и эрозивный рефлюкс-эзофагиты были установлены соответственно в 51,9% и 26,9% случаев, 2-й группы – в 52,2% и 26,5%, 3-й группы – в 50,8% и 27,0% и 4-й группы – в 51,4% и 25,3% случаев. Как видно из этих данных, в целом сравниваемые группы больных по частоте и выраженности клинических симптомов были сопоставимы друг с другом.

У больных всех групп через 1 мес. после лечения омезом по 20 мг 2 раза в день была достигнута нормализация клинической картины – изжога, боли и отрыжка исчезли соответственно в 86%, 94% и 93% случаев. При исследовании через 3 мес. в 1-й группе число дней с изжогой составило $0,7 \pm 0,2$ дня, болями – $0,3 \pm 0,1$ дня, отрыжкой – $0,5 \pm 0,3$ дня, через 6 мес. изжога, боли и отрыжка беспокоили соответственно $0,9 \pm 0,3$, $0,5 \pm 0,2$, $0,7 \pm 0,2$ дня. Во 2-й группе через 3 мес. после лечения изжога, боли и отрыжка беспокоили в неделю соответственно $0,9 \pm 0,3$ дня, $0,6 \pm 0,1$ дня, $0,9 \pm 0,2$ дня, через 6 мес. – соответственно $1,3 \pm 0,3$, $0,9 \pm 0,2$, $1,2 \pm 0,2$ дня. В 3-й группе через 3 мес. изжога в течение недели беспокоила $1,8 \pm 0,2$ дня, боли – $1,2 \pm 0,3$ дня, отрыжка – 1,6 дня, через 6 мес. – соответственно $2,2 \pm 0,3$, $1,7 \pm 0,2$, $1,9 \pm 0,2$ дня. В 4-й группе через 3 мес. после лечения изжога, боли и отрыжка беспокоили в неделю соответственно $2,3 \pm 0,3$ дня, $2,1 \pm 0,2$ дня, $2,2 \pm 0,3$ дня, через 6 мес. – соответственно $2,9 \pm 0,3$, $2,5 \pm 0,2$, $2,6 \pm 0,2$ дня. При ЭФГДС у больных 1-й и 2-й групп рецидива эрозивного эзофагита отмечено не было. У больных 3-й группы рецидив заболевания был выявлен через 6 мес. в 42,4% случаев. У больных 4-й группы рецидив наблюдали в 63,7% случаев.

Таким образом, анализ влияния различных схем терапии омезом на клиническое течение ГЭРБ, ассоциированной с синдромом ДСТ, у лиц подросткового возраста позволяет прийти к следующему заключению: чаще всего нормализация или уменьшение основных клинико-эндоскопических проявлений наблюдалась в группе больных, которые получали поддерживающую терапию омезом по схеме: 20 мг/сут ежедневно.

Выводы.

Из различных схем поддерживающей терапии омезом ГЭРБ на фоне синдрома ДСТ наиболее эффективной является схема назначения его в дозе по 20 мг/сут ежедневно. Назначение препарата по такой схеме больным чаще способствует нормализации или уменьшению основных клинико-эндоскопических проявлений болезни.

УДК 616.33-002.44(23.0)

М.Г. Атаев М, У.М. Абусуева, К.А. Акибова, З.З. Сурхаева.
Язвенная болезнь в условиях горной местности

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия»
МЗ РФ, НИИ экологической медицины, г. Махачкала

Введение.

В ходе изучения патогенеза язвенной болезни (ЯБ) было высказано предположение о том, что язвы могут образовываться и при снижении защитных свойств слизистой оболочки [9].

Общая заболеваемость населения Российской Федерации по классу «Болезни органов пищеварения» (БОП) на 1000 населения возрасла с 99,4 в 1996 году до 112,4 в 2010 году. При этом ежегодный прирост в среднем составлял 1,14 на 1000 человек в год. В течение последних 15 лет сохраняются стабильными уровни первичной заболеваемости БОП: в 1995 году зарегистрировано 36,3 (на 1000 населения) больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, в 2010 году – 33,4 (на 1000 населения) пациентов впервые поставлен такой диагноз [3].

Подтверждено влияние основных факторов риска (курение, неумеренный прием алкоголя, нерациональное питание, низкий материальный статус) на формирование и развитие БОП. Большинство из перечисленных факторов относится к управляемым [3].

У детей больных ЯБ в горных условиях Кыргызстана достоверно чаще наблюдались наиболее яркие клинические симптомы болезни, также как ритмичные голодные и ночные боли, диспепсические проявления, вегетососудистая реакция и сопутствующая патология со стороны желчевыводящих путей [10].

За последние годы отмечается неуклонный рост распространенности ЯБ у детей школьного возраста, проживающих в горных условиях юга Кыргызстана и составляет 13,1 на 1000 детей, в том числе 9,9 в низкогорье, 15,4 в среднегорье и 17,1 в высокогорье [10].

После болезней печени в Чувашии по значимости в структуре причин смертности от БОП идут панкреатиты (14,8% в структуре БОП), далее язва желудка и двенадцатиперстной кишки (4,6%). При этом мужчины в трудоспособном возрасте болеют язвой желудка и двенадцатиперстной кишки в 17,9 раза чаще, чем женщины [7].

Существенное значение в развитии ЯБ играет алиментарный фактор, значение которого подчеркивал еще В. П. Образцов. Нарушение характера и режима питания может привести к истощению приспособительных реакций пищеварительной системы, возникновению патологических изменений, в том числе трофических расстройств [4].

В последние годы получены интересные данные о частоте выявления хеликобактерной инфекции при ЯБ, протекающей на фоне СД. Установлено, что у больных язвой двенадцатиперстной кишки, независимо от типа СД, степень инфицированности примерно одинакова: при СД 1-го типа - 75%, при СД 2-го типа - 81%. При сочетании ЯБ желудка с СД типа инфицированными оказались 86% больных, при СД 2-го типа - только 40% [6].

Наблюдающиеся в последние десятилетия негативные тенденции в структуре и уровнях заболеваемости, смертности населения всех стран, резкое омоложение хронических не-инфекционных заболеваний ставят проблему клинико-гигиенического изучения причинно-следственных связей наиболее распространенных болезней, в частности ЯБ, на один уровень с эколого-биогеохимическими факторами, так как интенсивное вмешательство человека в естественные циклы биогенной миграции макро- и микроэлементов закономерно привело к появлению искусственных биогеоценозов в антропобиосфере. [1, 2].

Цель исследования: оценка обращаемости ЯБ в различных высотных поясах Дагестана для планирования профилактики развития ЯБ.

Материал и методы исследования.

В исследование вошли данные из аналитического отдела Минздрава республики Дагестана (РД) за 1999-2011 годы.

Зарегистрировано за 13 лет наблюдения 2 021 749 обращений по поводу БОП.

Таблица 1

Абсолютное число обращений больных болезнями органов пищеварения в экологических зонах сельской местности Дагестана в 1999-2011 годы

Экологические зоны	Годы												
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
горы	31163	32423	34004	64463	63218	89039	120150	54244	74571	66898	46646	41156	40154
юг гор	19340	15896	16530	36100	33968	45351	65480	27035	36143	30940	15552	14260	13101
север гор	11823	16527	17474	28363	29250	43688	54670	27209	38428	35958	31094	26896	27053
равнина	34358	35431	36657	50562	54428	72483	79994	64133	74374	62151	40639	45508	49585
север равнины	27291	29385	29223	41132	42045	51273	52507	43656	53148	41639	27231	29045	28655
юг равнины	7067	6046	7434	9430	12383	21210	27487	20477	21226	20512	13408	16463	20930
предгорье	14516	17765	18823	45645	67000	96679	90815	35588	47209	33981	29356	28082	24582
север предгорья	8740	9182	8294	12433	14074	18332	22697	20691	29561	17461	16528	15900	13013
юг предгорья	5776	8583	10529	33212	52926	78347	68118	14897	17648	16520	12828	12182	11569

Доля обращений больных БОП, проживающих в горной местности, составляла 37,5% из всех обращений больных сельской местности, на равнине - 34,6%, а в предгорье - 27,2% (табл. 1).

Рассчитан интенсивный показатель обращаемости (ИПС) БОП на 100000 взрослого населения РД. Динамика и тенденции изменения обращаемости БОП за 13 лет оценивались по линейному тренду и

среднегодовому темпу прироста (СТП). Статистическую обработку данных проводили с использованием программы Microsoft Excel.

Результаты исследования.

Среднегодовое значение ИПО по горам статистически достоверно ниже, чем в предгорье. Медианные значения ИПО по экологическим зонам были практически одинаковыми (табл. 2).

Таблица 2.

Интенсивный показатель обращаемости с болезнями органов пищеварения по экологическим зонам сельской местности Дагестана за 1999 -2011 годы, тенденции (на 100 000 населения)

Экологические зоны	M	SD	ДИ 95%		Me	P25	P75	Тренд	СТ П
			от	до					
Горы	16029,1	6155,9	12309,1	19749,1	13239,9	11188,6	21099,0	-215,1	-1,3
север гор	15885,2	4941,1	11367,1	20908,5	14828,4	12621,4	19032,2	171,3	1,1
юг гор	16137,8	7894,6	12899,4	18871,1	13926,7	11010,8	22510,3	-624,3	-3,9
Предгорье	21841,9	14564,9	11126,1	15215,1	14947,3	11429,2	27309,3	-476,8	-2,2
север предгорья	19348,3	5488,2	11450,0	15929,3	18434,7	14778,9	22415,7	222,7	1,2
юг предгорья	23783,1	23439,7	9412,1	14531,7	12087,4	9291,8	32555,7	-1008,1	-4,2
Равнина	13170,6	3383,2	13040,5	30643,4	13398,9	10472,7	15403,9	-84,5	-0,6
север равнины	13689,7	3706,2	16031,8	22664,8	12949,9	11855,9	17088,5	-366,5	-2,7
юг равнины	11971,9	4236,0	9618,7	37947,6	11364,6	8827,5	14826,8	559,6	4,7

Тенденция обращаемости по поводу ЯБ на севере гор указывает на рост, а на юге гор – на снижение. В то время как на севере предгорья и равнины отмечалась тенденция к снижению, а на юге - прирост.

Значение ИПО по горам и равнине статистически ниже, нежели в предгорье. Медианное значение ИПО в предгорье несколько выше относительно гор и равнины. (табл. 3).

Таблица 3.

Интенсивный показатель обращаемости по поводу язвенной болезни по экологическим зонам сельской местности Дагестана за 1999-2011 годы (на 100 000 населения)

Экозоны	M	SD	95% ДИ		Me	Перцентили		Тенденция	
			от	до		P25	P75	Трен д	СТП , %
Горы	942,6	111,2	875,4	1009,8					
север гор	1217,2	215,1	618,8	686,4	1164,2	1091,5	1245,9	36,7	3,0
юг гор	652,6	55,9	1087,3	1347,2	645,5	606,8	689,4	-10,7	-1,6
Предгорье	1097,3	65,4	885,1	1018,1	1094,2	1080,8	1142,4	-2,2	-0,2
север предгорья	1339,8	116,0	887,2	996,7	1387,2	1295,2	1405,9	-20,1	-1,5
юг предгорья	933,0	90,0	812,3	1129,8	903,3	890,4	947,8	7,1	0,8
Равнина	951,6	110,1	1057,8	1136,8	958,3	869,7	1053,6	7,8	0,8
север равнины	942,0	90,5	1269,7	1409,9	976,6	882,4	985,0	-8,9	-0,9
юг равнины	971,0	262,7	878,6	987,4	1028,8	897,2	1127,8	45,9	4,7

Обращаемость по поводу гастрита имеет тенденцию к приросту по всем экологическим зонам (табл. 4).

По экологическим зонам значение ИПО в горах, а в частности на севере гор, относительно высокое, нежели на севере предгорья и равнины. На юге гор и равнины ИПО имеют практически одинаковые значения. На юге предгорья значение ИПО достаточно низкое по сравнению с севером.

Таблица 4.

Интенсивный показатель обращаемости гастрита по экологическим зонам сельской местности Дагестана за 1999-2011 годы (на 100 000 населения)

	М	SD	ДИ 95%		Me	P25	P75	Тренд	СТП
			от	до					
Горы	2259,0	719,9	1824,0	2694,0	2099,6	1731,0	2674,8	173,4	7,7
север гор	2478,9	906,6	1931,1	3026,7	2141,5	1827,9	3032,1	211,4	8,5
юг гор	2024,1	544,2	1695,2	2352,9	1982,2	1584,4	2265,9	130,7	6,5
Предгорье	1680,1	245,0	1532,0	1828,1	1714,3	1588,5	1829,4	47,5	2,8
север предгорья	2013,8	424,0	1757,5	2270,0	1958,5	1752,0	2246,1	58,4	2,9
юг предгорья	1441,2	204,5	1317,6	1564,7	1484,1	1263,8	1524,6	37,6	2,6
Равнина	1894,2	351,9	1681,5	2106,9	1966,2	1617,3	2148,4	66,6	3,5
север равнины	1759,9	316,1	1568,8	1950,9	1703,8	1589,9	1968,0	39,1	2,2
юг равнины	2202,0	729,3	1761,3	2642,7	2002,3	1633,3	2873,4	128,2	5,8

По всем экологическим зонам имеется прирост обращаемости энтерита.

В горах медианное значение ИПО наиболее высокое, чем на равнине и в предгорье. ИПО по равнине имеет меньшее значение по сравнению с горами и более относительно предгорья. В предгорье среднее значение ИПО по экологическим зонам наименьшее (табл. 5).

Таблица 5.

Интенсивный показатель обращаемости энтерита по экологическим зонам сельской местности Дагестана за 1999-2011 годы (на 100 000 населения)

			ДИ 95%		Me	P25	P75	Трен д	СТП
	M	SD	от	до					
Горы	1082,8	489,8	786,8	1378,8	956,2	754,3	1202,9	94,3	8,7
юг гор	846,6	237,7	703,0	990,2	793,7	685,9	911,2	52,7	6,2
север гор	1303,0	729,9	861,9	1744,0	1067,1	838,4	1520,6	131,4	10,1
Равнина	824,5	191,4	708,8	940,1	874,2	815,5	938,4	34,6	4,2
север равнины	734,0	177,2	627,0	841,1	750,6	646,9	825,3	21,6	2,9
юг равнины	1025,5	305,6	840,8	1210,2	1144,9	947,2	1219,3	63,7	6,2
Предгорье	1183,7	693,9	764,4	1603,1	757,1	649,2	1963,0	134,0	11,3
север предгорья	1934,7	1558,0	993,1	2876,2	1129,5	591,8	3757,0	280,7	14,5
юг предгорья	638,0	124,0	563,0	712,9	605,8	580,9	660,5	26,9	4,2

Обсуждение.

Проведенные наблюдения показали, что болезни органов пищеварения имеют различный характер в разных регионах РФ. Практически в каждом регионе повышается уровень заболеваемости с каждым годом. Общая заболеваемость в Российской Федерации возросла с 99,4 в 1996 году до 112,4 в 2010 году на 1000 населения. При этом мужчины в трудоспособном возрасте от язвы желудка и двенадцатиперстной кишки умирают - в 17,9 раза чаще, чем женщины [3].

В горной местности Дагестана заболеваемость ЯБ составляет 172,8 случая на 100000 населения. Распространенность заболевания составляет 127,5 на 100000 населения [5].

Выводы.

За длительное время наблюдения за болезнями органов пищеварения динамика заболевания, а именно язвенной болезни, в горной местности умеренно уменьшалась.

Литература.

1. А.П. Авцын, А.А. Жаворонков, М.А. Риш, П.С. Строчкова. Микроэлементозы человека. М.: Медицина, 1991. 496 с.
2. Н.А. Агаджанян, А.В. Скальный. Химические элементы в среде обитания и экологический портрет человека. М.: КМК, 2001. С. 83.
3. Ю.Н. Беляева. Болезни органов пищеварения как медико-социальная проблема // Bulletin of Medical Internet Conferences Vol. 3, Issue 3, 2013, pp. 566-568.
4. И.Г. Бурчинский. Причины развития язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (язвенной болезни).
5. Заболеваемость населения России в 2006 году. Статистические материалы. Часть 1. Министерство здравоохранения России. Москва 2007. С.120.
6. Ю.Л. Федорченко и соавт., 2002 Эндокринные заболевания и патология органов пищеварения. Мистецтво Лікування. Украина. 2006. 8(34). <http://www.gastroscan.ru/literature/authors/2025>
7. Л.В. Стекольников. Болезни органов пищеварения как причины смертности населения трудоспособного возраста http://giduv.com/journal/2011/3/bolezni_organov_pischevarenija (02.10 2014)
8. Д. Д. Субеди. Клинико-гигиеническое обоснование причинно-следственных связей язвенной болезни с эколого-биогеохимическими факторами // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2010. № 5. С. 23-29.
9. В.И. Филин, А.Д. Толстой. Язвенная болезнь // Энциклопедия боли. URL: <http://www.medline-catalog.ru/medstat/gastroenterologija/jazva.html> (дата обращения 26.09.2014).
10. А. А. Эшбаев. Язвенная болезнь у детей юга Кыргызстана: автореф. дис. ... канд. медицинских наук. Бишкек, 2006. 24 с.

УДК 616.155.02-055(470.67)

***Л.Т. Керимова, И.М. Юнусова, С.А. Абусуев,
Дж.Г. Хачиров, Н.А. Джапилова.***

**Гендерные особенности заболеваемости гемобластозами
подростков и взрослых Дагестана**

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия»
МЗ РФ, НИИ экологической медицины, г. Махачкала

Введение.

Заболеваемость лейкозами в различных странах отличается значительной вариабельностью. Так, в Канаде заболеваемость лейкозами составило в 1987 году 11,6 на 100 000 мужчин, в Новой Зеландии – 10,3 для женского населения, а в Индии была наименьшей (2,2 и 1,1 для мужского и женского населения, соответственно) [1, 2].

По данным МНИОИ им. П.А. Герцена [2], за последние 31 год наблюдается неуклонный рост доли лейкозиев (С81-96 по МКБ-10) в структуре заболеваемости ЗНО на фоне стабильной доли лейкозиев в структуре смертности от ЗНО. Доли заболеваемости и смертности от лейкозов сравнялись по 2009 году [3, 4].

Цель исследования: сравнительная оценка заболеваемости гемобластозами мужского и женского населения Республики Дагестан за 12 лет.

Материал и методы исследования.

В настоящее исследование вошли данные о вновь выявленных случаях гемобластозов за 1999-2010 гг. по РД, полученные из канцер-регистра РОД МЗ РД.

Результаты исследования.

Удельный вес заболеваемости лейкозами населения РД в структуре злокачественных новообразований за 12 лет с 1999 по 2010 годы имел трехлетнюю цикличность с тенденцией к снижению с 2006 года. Удельный вес смертности от лейкозов в структуре смертности от злокачественных новообразований с 1999 по 2006 годы снизился в 1,5 раза с последующим ростом за 4 года в 1,4 раза (рис. 1).

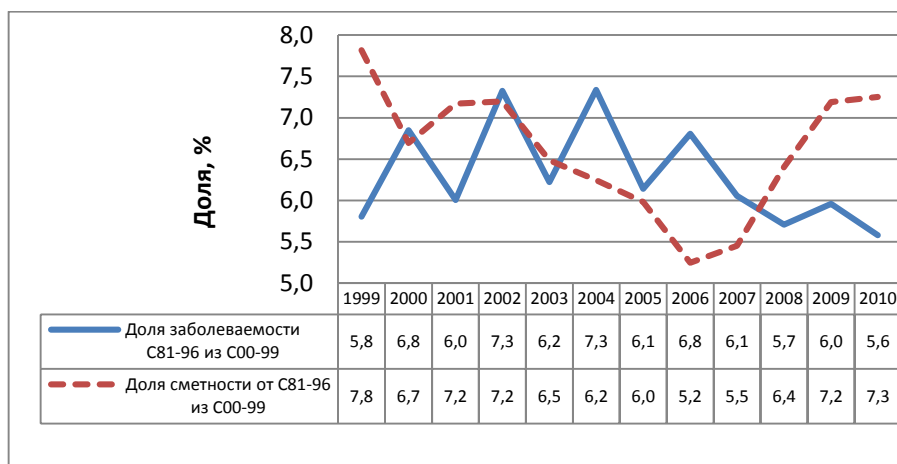


Рис. 1. Динамика долей злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной ткани (С81-96) в структуре заболеваемости и смертности от всех злокачественных новообразований (С00-99) населения Дагестана за период с 1999 по 2010 годы.

Таким образом, доля новообразований лимфоидной и кроветворной ткани (С81-96) в структуре заболеваемости растет по РФ зв течение 30 лет, а по РД удельный вес новообразований лимфоидной и кроветворной ткани значительно колеблется из года в год на уровне, превышающем общероссийский, с тенденцией к снижению с 2006 года.

Удельный вес лейкозов в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями мужского населения РД за последние 12 лет превалирует над таковым показателем у женщин за исключением 2008 года, когда наблюдалась минимальная доля лейкозов у мужчин на фоне обычного уровня показателя для женщин (рис. 2).

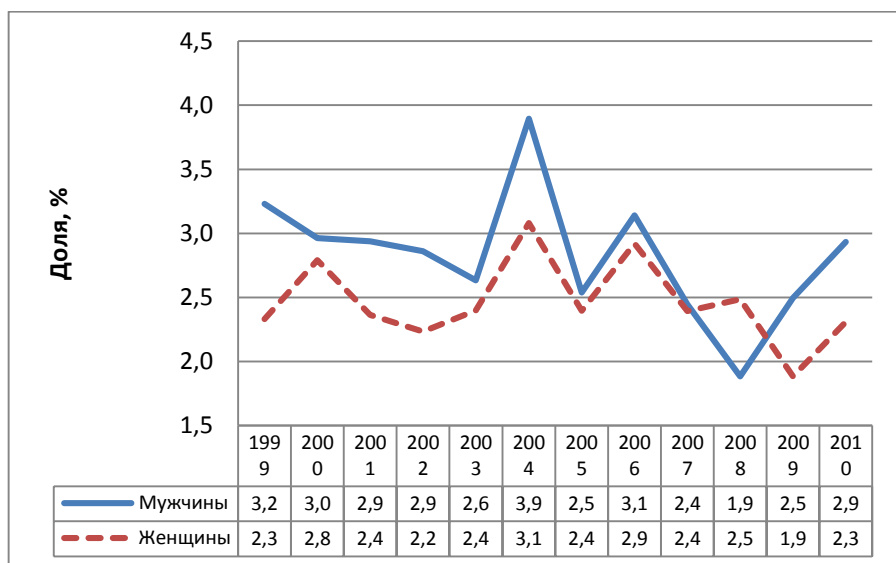


Рис. 2. Динамика долей лейкозов (С91-95) в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями (С00-99) населения Дагестана за период с 1999 по 2010 годы.

Стандартизированный ИПЗ злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани (С81-96) мужского и женского населения РФ за период с 1980 по 2010 годы характеризуется достоверным ростом. Разница между ИПЗ мужчин и женщин была стабильно равна 4 случаям на 100000 населения.

Стандартизированный ИПЗ злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани (С81-96) мужского и женского населения Дагестана за 1999-2010 годы также как удельный вес имеет трехлетнюю цикличность. При этом ИПЗ лейкозами женщин РД за 12 лет практически не изменился, а ИПЗ мужчин имел тенденцию к снижению (рис. 3).

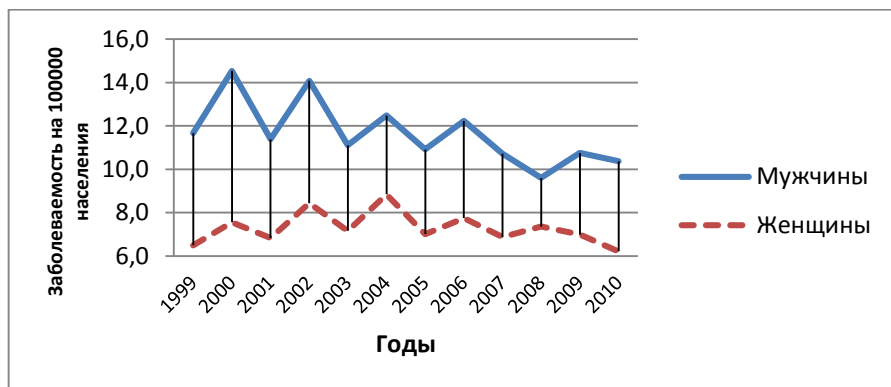


Рис. 3. Динамика стандартизированного (мировой стандарт) интенсивного показателя заболеваемости (на 100 000 населения) злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани (С81-96) мужского и женского населения Дагестана за 1999-2010 годы.

Сравнительный анализ стандартизированных ИПЗ лейкозами мужского и женского населения РД за 12 лет показал, что он у мужчин почти в 1,5-2 раза выше, чем у женщин, за исключением 2008 года, когда эти показатели сравнивались друг с другом (рис. 4).

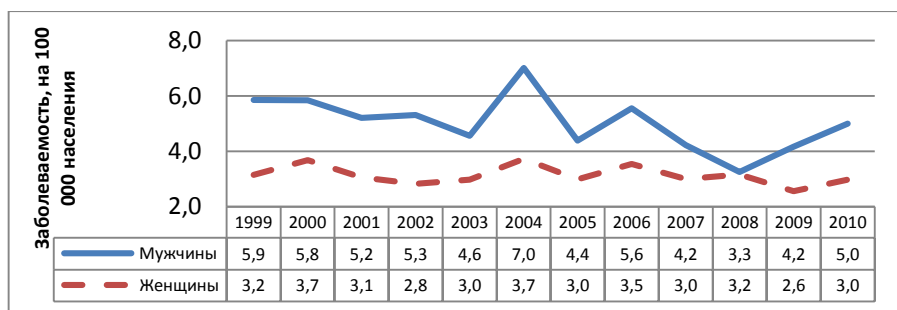


Рис. 4. Динамика стандартизированного (мировой стандарт) интенсивного показателя заболеваемости (на 100 000 населения) лейкозами (С91-95) мужского и женского населения Дагестана за 1999-2010 годы.

Выводы.

Итак, на фоне роста удельного веса неоплазий лимфоидной и кроветворной ткани в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями по РФ за последние 30 лет [1] отмечается высокая доля С81-96 по РД. Показатели заболеваемости лейкозами значительно выше у мужчин, чем у женщин как в РФ, так и в РД.

Учитывая изменчивость динамики заболеваемости лейкозами, можно считать актуальным изучение нозологической структуры заболеваемости лейкозами с целью поиска закономерностей на уровне отдельных видов лейкозов с учетом возраста больных.

Литература.

1. Д.Г. Заридзе. Профилактика рака: руководство для врачей. М., 2009. С. 221.
2. Г. В. Петрова, Н.В. Харченко, О.П. Грецова, В.В. Старинский, Ю.И. Простов, Л.Б. Привезенцева, И.С. Беряева, Н.В. Юркова, Н.В. Борисева, Е.С. Былкова. Основные показатели онкологической помощи населению России // Состояние онкологической помощи населению России в 2010 году / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М., 2011. С.188.
3. И.А. Шамов, Г.В. Унтилов, Дж.Г. Хачиров, Х.Э.Казиева Х.Э. Экологическое зонирование территории Дагестана и эпидемиология острых лейкозов в старших возрастных группах. // Клиническая медицина, 1998. № 2. С. 43-46.
4. Д.Г. Хачиров, Н.А. Джалилова, Х.Э. Казиева, М.Г. Атаев, А.Г. Терещенко, Н.Д. Байгишиева, Ш.М. Мусаева. Заболеваемость лейкозными населения субъектов Юга России // Фундаментальные исследования. 2013. № 12 (3). С. 554-562.

*Дж.Г. Хачиров, И.М. Юнусова, С.А. Абусуев,
Л.Т. Керимова, Н.А. Джалилова, М.Г. Атаев.*

**Возрастная структура заболеваемости гемобластозами
подросткового и взрослого населения Республики Дагестан**

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия»
МЗ РФ, НИИ экологической медицины, г. Махачкала

Введение.

Доля больных лейкемией в Республике Дагестан (РД) в структуре онкозаболеваемости в 1999 году значительно превышала аналогичный показатель по Российской Федерации (РФ) 3,25% и 1,8%, соответственно [1]. Эти особенности заболеваемости лейкемиями населения РД наблюдались на фоне достоверно меньшей онкозаболеваемости.

Сравнительный анализ заболеваемости лейкозами населения РД имеет практическое значение [2].

Цель исследования: сравнительная оценка заболеваемости лейкозами различных возрастных групп населения РД за 8 лет для выявления наиболее неблагоприятных возрастов.

Материал и методы исследования

Данные о заболеваемости лейкозами за 2000-2007 гг. по РД взяты из канцер-регистра Республиканского онкологического диспансера Минздрава РД и историй болезни госпитализированных больных в специализированные отделения. Рассчитана возрастная структура заболеваемости лейкозами по РД.

Результаты исследования.

Все 457 больных лейкозами в 2000-2007 годы были госпитализированы в гематологические отделения. Две трети зарегистрированных случаев лейкозов среди подростков и взрослых приходится на возраст старше 40 лет. В молодом возрасте пик значений приходится на возраст 20-29 лет. Годовые абсолютные показатели заболеваемости лейкозами были минимальными в 2003 и 2007 годы, максимальными - в 2004 и 2006 годы (табл. 1).

Таблица 1.

Количество подростков и взрослых, заболевших лейкозами (оба пола) за 2000-2007 годы в Дагестане

Возраст, лет	Годы								Всего	% от итого
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007		
15-19	5	2	5	2	3	4	6	1	28	6,1
20-29	9	7	13	5	9	8	11	2	64	14,0
30-39	8	10	4	3	11	9	8	1	54	11,8
40-49	2	6	8	10	14	13	17	2	72	15,8
50-59	10	9	8	3	15	10	15	1	71	15,5
60-69	9	15	10	12	18	15	15	1	95	20,8
70-86	5	8	14	7	17	8	10	4	73	16,0
Итого	48	57	62	42	87	67	82	12	457	100

За 8 лет зарегистрировано 250 случаев лейкозов у мужского населения Дагестана старше 14 лет. Возрастная структура заболеваемости всех подростков и взрослых по абсолютным показателям идентична структуре заболеваемости мужского населения (табл. 2).

Таблица 2.

Количество заболевших лейкозами мужчин в Дагестане в 2000-2007 годы

Возраст , лет	Годы								Всего	% от итого
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007		
15-19	2	1	5	2	1	2	3	0	16	6,4
20-29	3	5	9	3	3	5	4	0	32	12,8
30-39	2	2	2	1	6	6	2	1	22	8,8
40-49	1	3	3	5	9	4	12	1	38	15,2
50-59	4	5	3	2	9	5	6	1	35	14,0
60-69	5	11	6	9	9	8	6	1	55	22,0
70-86	5	5	11	5	13	7	4	2	52	20,8
Итого	22	32	39	27	50	37	37	6	250	100

Доли больных в 10-летних возрастных группах женщин от 20 до 79 лет характеризовались относительной стабильностью с охватом 84% случаев лейкозов (табл. 3).

Таблица 3.

Количество заболевших лейкозами женщин в Дагестане в 2000-2007 годы

Возраст, лет	Годы								Всего	% от итога
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007		
15-19	3	1	0	0	2	2	3	1	12	5,8
20-29	6	2	4	2	6	3	7	2	32	15,5
30-39	6	8	2	2	5	3	6	0	32	15,5
40-49	1	3	5	5	5	9	5	1	34	16,4
50-59	6	4	5	1	6	5	9	0	36	17,4
60-69	4	4	4	3	9	7	9	0	40	19,3
70-86	0	3	3	2	4	1	6	2	21	10,1
Итого	26	25	23	15	37	30	45	6	207	100

Итак, большая часть больных лейкозами была в возрасте 20-29 и 40-69 лет, что указывает на социальную и демографическую значимость проблемы заболеваемости лейкозами трудоспособного и детородного возрастов населения.

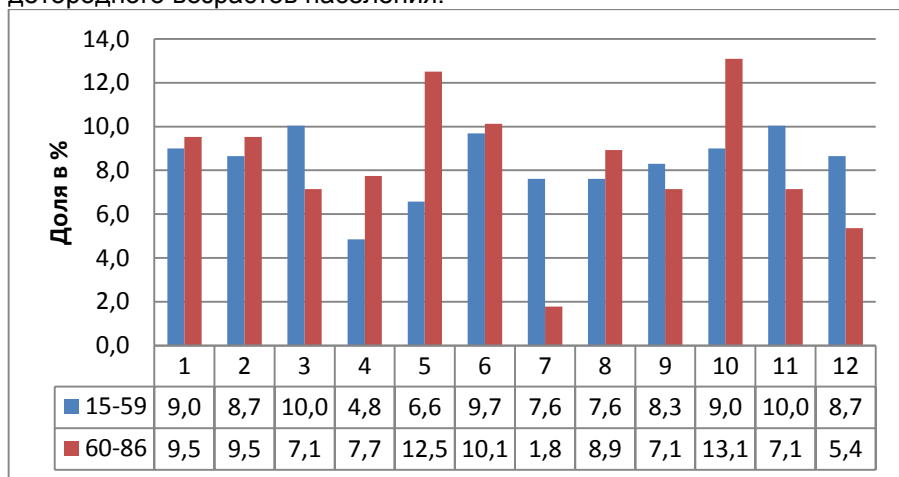


Рис. 1. Распределение больных (оба пола) лейкозами в возрастных группах 15-59 и 60-86 лет по месяцам поступления в стационар в 2000-2007 годы.

Проведен анализ госпитализаций больных лейкозами по месяцам года в зависимости от трудоспособного возраста. В 5 из 12 месяцев

года госпитализировалось больше больных в трудоспособном возрасте, чем в пенсионном. Пик госпитальной заболеваемости лейкозами населения трудоспособного возраста приходился на март и ноябрь, для пенсионного возраста – на май и октябрь (рис. 1).

Усредненная доля госпитализированных мужчин с лейкозами трудоспособного возраста была больше по сравнению с пенсионным возрастом в семи месяцах года за 8 лет наблюдения. Пиковые значения доли трудоспособного возраста больных лейкозами мужчин приходились на февраль и август, а для пенсионеров – на январь и октябрь (рис. 2).

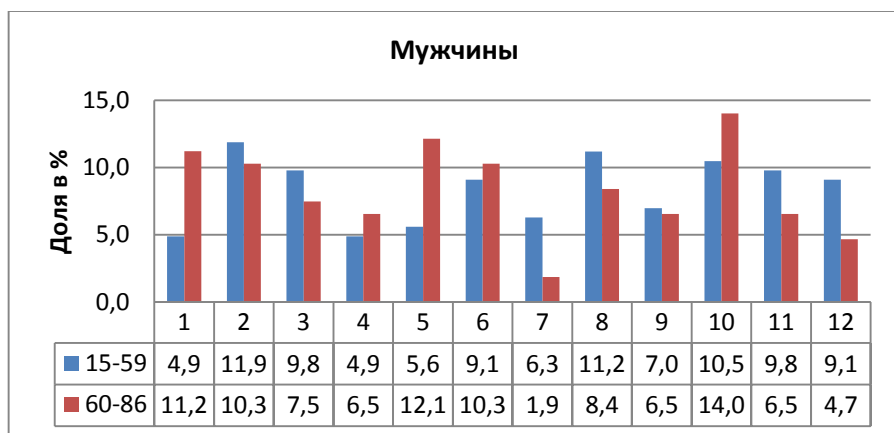


Рис. 2. Распределение больных (мужчины) лейкозами в возрастных группах 15-59 и 60-86 лет по месяцам поступления в стационар в 2000-2007 годы.

Распределение по месяцам года госпитализированных больных лейкозами женщин также показало, что в большинстве месяцев (7 из 12) превалирует доля больных трудоспособного возраста над пенсионным (рис. 3).

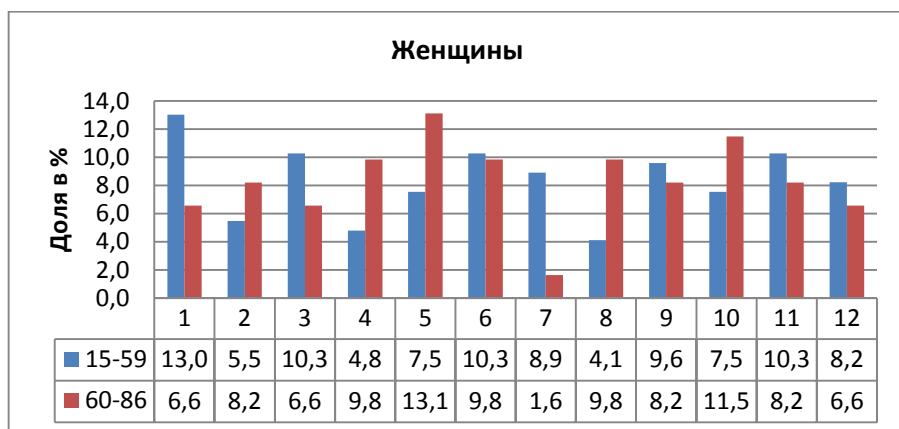


Рис. 3. Распределение больных (женщины) лейкозами в возрастных группах 15-59 и 60-86 лет по месяцам поступления в стационар в 2000-2007 годы.

Возрастная структура госпитальной заболеваемости лейкозами отличалась значительной вариабельностью, тем не менее, средние ИПЗ за 8 лет (2000-2007 годы) характеризовались наличием прямой значимой корреляции с возрастом больных ($R=0,955$; $P=0,002$), т.е. с увеличением возраста повышался ИПЗ лейкозами (табл. 4).

Таблица 4.

Динамика госпитальной заболеваемости лейкозами различных возрастных групп населения (оба пола) Дагестана в 2000-2007 годы (на 100 000 населения)

Возрастные группы, лет	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Всего	% больных / % населения
15-19	2,8	1,1	2,7	1,1	1,4	1,8	2,7	0,4	1,7	0,5
20-29	2,5	2,0	3,6	1,4	2,1	1,8	2,5	0,5	2,0	0,6
30-39	2,5	3,1	1,2	0,9	2,9	2,3	2,1	0,3	1,9	0,6
40-49	0,8	2,4	3,1	3,9	4,6	4,2	5,5	0,6	3,2	1,0
50-59	5,4	4,8	4,2	1,6	6,7	4,4	6,6	0,4	4,3	1,3
60-69	6,4	10,6	7,0	8,4	10,6	8,8	8,7	0,6	7,6	2,3
70-86	4,8	7,5	13,1	6,5	13,3	6,2	7,7	3,1	7,7	2,3

Итого	3,1	3,7	4,0	2,7	4,7	3,6	4,3	0,6	3,3	1,0
-------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Особенностью заболеваемости лейкозами мужского населения РД является значительное повышение ИПЗ в возрасте 70-86 лет (табл. 5). Корреляция между возрастом мужского населения и ИПЗ лейкозами сильная и достоверная ($R = 0,964$; $P = 0,002$).

Таблица 5.

Динамика госпитальной заболеваемости лейкозами возрастных групп мужского населения Дагестана (на 100 000 населения)

Возрастные группы, лет	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	Всего	% больных / % населения
15-19	2,1	1,0	5,2	2,0	0,9	1,7	2,6	0,0	1,9	0,5
20-29	1,6	2,7	4,8	1,6	1,3	2,2	1,8	0,0	1,9	0,5
30-39	1,2	1,2	1,2	0,6	3,0	3,0	1,0	0,5	1,5	0,4
40-49	0,8	2,4	2,4	3,9	5,9	2,6	7,8	0,6	3,4	0,9
50-59	4,7	5,9	3,5	2,3	8,7	4,8	5,7	1,0	4,6	1,2
60-69	8,3	18,2	9,8	14,6	12,4	10,9	8,1	1,3	10,2	2,7
70-86	15,6	15,5	33,8	15,2	33,4	17,9	10,1	5,0	18,1	4,8
Итого	3,0	4,3	5,2	3,5	5,5	4,1	4,0	0,7	3,8	1,0

Возрастная структура заболеваемости лейкозами женского населения Дагестана в 2000-2007 годы характеризовалась постепенным ростом показателя заболеваемости с подросткового до 50-59-летнего возраста (табл. 6). Хотя наблюдалось некоторое снижение ИПЗ к возрасту 70-86 лет у женщин, тем не менее связь между возрастом и ИПЗ лейкозами оказалась сильной ($R = 0,812$; $P = 0,03$).

Верификация диагнозов показала, что 95% случаев лейкозов у мужчин приходятся на лимфо- и миелолейкозы. При этом эритремии и неутонченные клеточные лейкозы в основном выявлялись в возрасте мужчин старше 40 лет.

Таблица 6.

Динамика госпитальной заболеваемости лейкозами различных возрастных групп женского населения Дагестана в 2000-2007 годы (на 100 000 населения)

Возрастн ые группы, лет	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	Всего	% больных / % населен ия
15-19	3,5	1,2	0,0	0,0	1,9	1,9	2,8	0,9	1,6	0,5
20-29	3,5	1,2	2,3	1,1	2,9	1,4	3,3	0,9	2,1	0,7
30-39	3,9	5,1	1,3	1,3	2,7	1,6	3,2	0,0	2,3	0,8
40-49	0,8	2,4	3,9	3,8	3,3	5,8	3,2	0,6	3,0	1,0
50-59	5,9	3,9	4,9	1,0	4,9	4,0	7,2	0,0	4,0	1,4
60-69	5,0	5,0	4,9	3,7	9,3	7,2	9,1	0,0	5,6	1,9
70-86	0,0	4,1	4,0	2,7	4,5	1,1	6,6	2,2	3,2	1,1
Итого	3,3	3,1	2,9	1,8	3,9	3,1	4,6	0,6	2,9	1,0

Выводы.

Наибольшая госпитальная заболеваемость лейкозами наблюдается в возрасте 20-29 и 40-69 лет, что указывает на социальную и демографическую значимость проблемы заболеваемости лейкозами трудоспособного и детородного возрастов населения.

Максимальные значения заболеваемости для трудоспособного возраста больных мужчин лейкозами приходились на февраль и август, а для пенсионеров – на январь и октябрь.

Возрастная структура госпитальной заболеваемости лейкозами отличалась значительной вариабельностью, тем не менее, средние интенсивные показатели заболеваемости за 8 лет (2000-2007 годы) характеризовались наличием прямой значимой корреляции с возрастом больных ($R=0,955$; $P=0,002$), т.е. с увеличением возраста повышался показатель заболеваемости лейкозами.

Литература.

1. Г.В. Петрова, Н.В. Харченко, О.П. Грецова, В.В. Старинский, Ю.И. Простов, Л.Б. Привезенцева, И.С. Беряева, Н.В. Юркова, Н.В. Борисева, Е.С. Былкова. Основные показатели онкологической помощи населению России // Состояние

онкологической помощи населению России в 2010 году / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М., 2011. 188 с.

2. И.А. Шамов, Г.В. Унтилов, Дж.Г. Хачиров, Х.Э. Казиева. Экологическое зонирование территории Дагестана и эпидемиология острых лейкозов в старших возрастных группах. // Клиническая медицина, 1998. № 2. С. 43-46.

УДК 616.155.16-056.7-085

И.А. Шамов, З.А. Курбанова, К.Т. Сунгуров, М.Н. Магомедов.

Эколого-генетические болезни - гемоглобинопатии.

Эффективность стационарного лечения

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, кафедра пропедевтики внутренних болезней, г. Махачкала

Введение.

Дагестан – небольшая горная страна, расположенная на западном берегу Каспийского моря. Он протянулся по оси Север-Юг на 420 км, а Восток-Запад - на 216, территория 50,3 тыс. м². С восточной стороны естественной границей является Каспийское море, с юго-восточной и южной сторон Дагестан граничит с Азербайджаном, с западной – с Грузией, с северо-западной - с Чеченской Республикой и Ставропольским краем, с северо-восточной – с Калмыкией.

В Дагестане проживает около 3 млн. человек и до 32 наций и народностей. Наиболее крупными нациями являются аварцы, даргинцы, кумыки, лезгины, лакцы, табасаранцы, азербайджанцы и ногайцы [4].

В основном гемоглобинопатиями болеют дагестанские азербайджанцы.

Дагестанские азербайджанцы – этнос, испокон веков живущий на данной территории. В конце средних веков группа азербайджанцев вела кочевой образ жизни, и когда пришла эра осёдлости, она осела на территории Дагестана.

Почему именно гемоглобинопатии встречаются в основном на юге и преимущественно в Дербентском и прилегающих к нему районах РД? Тому есть историческое объяснение.

Во-первых, в Дербентском районе проживает вся группа дагестанских азербайджанцев. Как известно, среди коренных

азербайджанцев, населяющих ныне Азербайджан, имеется значительное количество больных различными формами гемоглобинопатии. Именно здесь в древние времена под влиянием каких-то внешних факторов возникли патологические мутации в генах и их дрейф по настоящее время поддерживает в этой популяции достаточно высокую заболеваемость.

Во-вторых, Дербент и прилегающие к нему районы исторически многократно оказывались вовлеченными в миграционные события.

В III веке нашей эры Прикаспийская низменность и предгорная полоса Дагестана были захвачены иранцами из династии Сасанидов. Последние, на самом узком месте Прикаспийского прохода, построили знаменитую Дербентскую крепость (рис. 1).

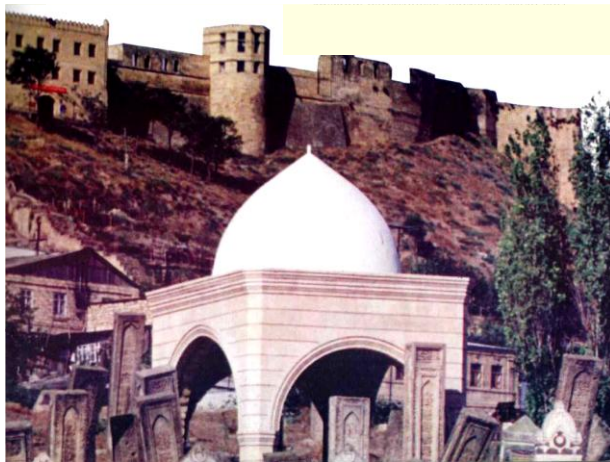


Рис. 1. Панорама Дербентской крепости.

Для защиты этой крепости и освоения захваченных земель иранцы переселили сюда более 10 тысяч семей из своей страны. Их поселения располагались на территории нынешних Дербентского, Табасаранского и Хивского районов.

В VIII веке иранцы были вытеснены из этого района арабами – пришельцами из Средиземноморья и Передней Азии. Последние также переселили сюда примерно такое же количество семей из своей страны и построили значительное количество поселений и мелких крепостей, отголоски названий которых и поныне сохранились в названиях населенных пунктов Табасарана.

А, как известно, гемоглобинопатии, в том числе и серповидноклеточная болезнь и талассемии, широко распространены

и среди иранцев, и среди народов Средиземноморья и Передней Азии.

В последующем эти переселенцы ассимилировались с местным населением, переняли их язык, обычаи и внесли ген гемоглобинопатий в эти национальности, который даёт о себе знать и по сегодняшний день.

Вот это и есть основные причины концентрации гемоглобинопатий в этом регионе РД.

В Дагестане встречаются самые разнообразные анемии, в том числе и гемоглобинопатии [2-5, 7]. Данные по ним представлены в нижеприведенной таблице 1.

Таблица 1

Гемоглобинопатии среди этносов Дагестана

Ethnic group	Number surveyed	Thalassemia						Sickle cell anemia				Hb D
		Beta-thal.		Delta-beta thal.		Alfa- thal.		Hb S		S/thal.		Aбс .
		Абс .	%	Абс .	%	Абс .	%	Абс .	%	Абс .	%	
1. Avarinian	1775	48	2,7	5	0,28	3	0,16					1
2. Aserbaid.	260	36	13,8	6	2,3	1		39	15	24	12,1	
3. Darginian	1026	44	4,2	8	0,78	1		6	0,5			2
4. Kumuc	757	32	4,2	4	0,5							1
5. Laki	518	14	2,7	4	0,77	1						
6. Lezginian	488	19	3,9	4	0,8			4	0,8	4		
7. Nogainian	417	18	4,3	9	2,1	3	0,7					6
8. Russish	740	16	2,1	2	0,2	1						
10. Tabasarian	722	47	6,6	15	2,2							

Гемоглобинопатии – достаточно тяжёлые наследственные болезни. Болеющие ими нуждаются в длительном, дорогостоящем и пожизненном лечении [2, 4, 5, 7]. Время от времени такие больные поступают в стационар.

Цель данного исследования: Проанализировать эффективность стационарного лечения гемоглобинопатии. Гемоглобинопатии вносят определённые особенности в диагностику и

лечение болезней крови в Дагестане. В данной статье мы проанализировали как и насколько эффективно проводится стационарное лечение таких больных. Для этого мы изучили истории болезни 22 больных гемоглобинопатиями, преимущественно бета талассемией, поступивших в гематологическое отделение РКБ МЗ РД в течение 2013 года.

Результаты в целом по группе

При поступлении в стационар.

Анализ показал следующее: гемоглобин (Hb) 62,96 г/л, эритроциты $2,48 \times 10^{12}$ г/л ЦП 0,79. ретикулоциты 3,1%.

Железо сыворотки крови 19,23 мкмоль/л, ферритин 273,08 пмоль/л. Лейкоциты $9,68 \times 10^9$ /л. Тромбоциты $240,33 \times 10^9$ /л.

Из вышеуказанного можно видеть, что у пациентов при нормальных показателях обмена железа имелаась нормохромная анемия тяжелой степени. Регенеративная функция сохранена – ретикулоцитов в 2 раза больше нормы, то есть эритропоэз оживлён, функция костного мозга сохранена.

Проводимое лечение.

Больным назначались следующие препараты: витамин В₁₂ подавляющему большинству 500 мкг в сутки. Фолиевая кислота 100 % больным в дозе в среднем 6 мг в сутки. Кроме того, больным назначены витамин С от 5 до 10 мг парентерально, витамин В₆ по 2 мл/сутки (48% больных). Корсил 3 таблетки в день получали 11 человек. Верозептин трем больным 10, 20 и 30 тыс. МЕ соответственно. 100 % всем больным перелита 5% глюкоза или декстраны. Реамберин перелит 4 больным, предуктал получали 4 человека, деферосирукс (эксиджад) - 1 пациент.

Результаты исследования.

Время пребывания в стационаре в среднем 14 дней. Результаты, полученные за этот срок, были следующими.

Гемоглобин поднялся до 83,06 г/л, то есть ежедневное его прибавление было равно 1,5 г, что считается вполне эффективным. Эритроциты также увеличились - $4,42 \times 10^{12}$ /л; ретикулоцитоз сохранился - 3,13 %, лейкоциты $7,71 \times 10^9$ /л, тромбоциты $237,14 \times 10^9$ /л.

Экономические расчёты.

Сегодня бюджет здравоохранения является мизерным, а Правительство РФ намечает ещё его сократить на грядущие близкие годы. В связи с этим каждый медик должен знать экономические выкладки своего лечения.

Лечение данной группы анемий в стационаре пока является самой низкокзатратной. Даже по коммерческим ценам: 15 ампул витамина В12 – 30 рублей, 30 таблеток фолацина – 136 рублей, 10 флаконов 5% глюкозы – 230 рублей. Сюда следует приплюсовать стоимость шприцов, систем для переливания, труд врача и медсестры. **Итого примерно 1000 рублей за весь курс лечения.** Едва ли есть другое какое-либо заболевание, которое так дешево обходилось бы стационару за время лечения больного.

К сожалению одно обстоятельство может перечеркнуть всё сказанное. В нашей группе 1 больной получил деферосирукс (эксиджад). Если просмотреть цифры ферритина у этих больных, то ещё 2-е могли бы претендовать на такое лечение, но оно потребовало бы 300 тысяч рублей и стало бы высокзатратным. Но среди взрослых больных гемоглобинопатиями таких очень мало, поэтому о больших затратах говорить пока не стоит.

Кроме основного лечения, о котором мы уже говорили выше, некоторым больным назначен и целый ряд других препаратов, которые резко не поднимают стоимости лечения, всё же, считаем необходимым коротко остановиться на данном вопросе.

3 пациента получали эритропоэтин 10, 20 и 30 000 МЕ. Это достаточно затратное средство. И его назначение здесь едва ли обосновано. В показаниях для назначения эритропоэтинов этих форм анемий нет. Следовательно, назначение этих препаратов следует считать необоснованным.

Кроме того, в стационаре всем этим больным назначали внутривенно 5 % глюкозу. Ни в каких доказательных исследованиях необходимость такого лечения не показана. В связи с этим вопрос остаётся дискуссионным. Пока же нет никакого сомнения, что здесь имеет место феномен «влияния больного на врача». Многие больные считают хорошим только такого врача, который назначает им лекарства внутрь, парентерально, т.е. обязательно уколы и «капельницы». Именно такой врач среди пациентов считается умелым и квалифицированным. Если же он назначает только 1-2 действительно нужных лекарства и отказывается назначать капельницы и уколы, то он рискует нарваться на недовольство и жалобы. Назначение глюкозы у анализируемых нами больных отражает именно такой феномен.

Сложным остаётся вопрос в отношении назначения гепатопротекторов, в нашем случае – корсила. Не существует доказательных данных, что применение современных

гепатопротекторов удлиняет срок жизни больных. Следовательно, эти препараты не могут считаться абсолютно показанными. Поэтому следует провести научные исследования, которые установили бы критерии необходимости назначения гепатопротекторов больным гемоглобинопатиями.

Кстати, в ранее проведенном анализе (10) нами также была отмечена необоснованная полипрогмазия при лечении больных железододефицитной анемией в стационаре.

Нельзя не сказать несколько слов о лечении этих больных в целом. Анализированное нами выше лечение – это поллиатив. Радикальное же лечение таких больных, относящихся к орфанным болезням [6, 7, 8, 9], имеет совсем другие пути. Это, во-первых, оздоровление поражённой популяции через пренатальную диагностику и прерывание беременности в случаях гомозиготности. Во-вторых, для популяризации этой проблемы среди молодёжи, людей репродуктивного возраста – преподавание основ наследственных гемоглобинопатий в школах и широкая просветительная работа среди населения районов дрейфа гена. В-третьих, социальная реабилитация этих больных.

Для выполнения всех этих целей необходимо принятие на уровне правительства Дагестана программы, которая была разработана была нами ещё 30 лет назад - в 1985-86 гг. (1,4). Разумеется, что на оздоровление всей популяции требуются достаточно серьезные финансы, хлопотливая и трудная конфессионально-гражданская просветительно-воспитательная работа. К сожалению, ни того ни другого ожидать в обозримое время не приходится. Отсюда следует пессимистический вывод о том, что проблема гемоглобинопатий в нашей республике и в будущем окажется на том же самом месте, что и в день сегодняшний.

Выводы.

1. За 14 дней лечения больных гемоглобинопатиями произошло существенное улучшение в гемоглобиновом здоровье этих пациентов.

2. Вся группа больных в целом из разряда «тяжелая анемия», перешла в разряд «среднетяжёлая».

3. Срок пребывания в стационаре 14 дней можно считать достаточным, чтобы этих больных можно выписывать на дальнейшее амбулаторное долечивание.

Литература.

1. И.А. Шамов, Х.Э. Казиева. Программа по оздоровления генофонда ряда этносов Дагестана от гемоглобинопатий. Махачкала. 1985. 4 с (рукопись).
2. И.А. Шамов. К проблеме наследственных гемоглобинопатий в Дагестане. Махачкала: Госкомитет по печати. 1986. 55 с (актовая речь).
3. И.А. Шамов. Наследственные гемолитические анемии. Махачкала: ИПЦ ДГМА. 61 с.
4. И.А. Шамов, А.Ш. Хасаев, Х.Э. Казиева. Гемоглобинопатии Дагестана. Махачкала: Дагкнигоиздат, 1986. 174 с.
5. И.А. Шамов, Н.Дж. Байгишиева. Серповидноклеточная болезнь. Махачкала. ИПЦ ДГМА, 2006. 157 с.
6. И.А. Шамов. Орфанные (редкие) болезни. Махачкала: ИПЦ ДГМА. 2012. 190 с.
7. И.А. Шамов, Н.Дж. Байгишиева. Серповидноклеточная болезнь. Германия, Saarbrücken: Palmarium academic publishing. 2012. 145 с.
8. И.А. Шамов. Орфанные болезни «болезни сироты». Махачкала: Лотос. 2013. 518 с.
9. И.А. Шамов. Орфанные болезни – болезни сироты. Германия, Saarbrücken: Lambert Academic Publishing. 2013. 355 с
10. И.А. Шамов, М.Н. Магомедов, К.Т. Сунгуров. Железодефицитная анемия экологически рискованного региона: гематологические изменения и эффективность стационарного лечения. Махачкала. ИПЦ ДГМА, 2013.192-202.

УДК 618.173-085:618.19

З.А. Абусуева, Т.Х.-М. Хашаева, А.Э. Эседова.

**Стратегия лечения менопаузальных расстройств и состояние
молочных желез**

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия»
МЗ РФ, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета, г.
Махачкала

Вопрос об использовании заместительной гормональной терапии (ЗГТ) у женщин постменопаузального возраста до сих пор остается актуальным из-за риска возникновения неоплазий молочных желез. Основная свежая информация по риску рака у женщин, принимавших комбинированную ЗГТ, взята из WHI [1], рандомизированного контролируемого испытания по изучению первичной профилактики, охватывающего 8056 женщин в возрасте 50-70 лет, которые получали ЗГТ, и 8102 неизлеченных женщин. Комбинированное лечение прекратили 9 июля 2002 года, когда национальный институт здоровья США выпустил брошюру [2], в которой говорилось о том, что риски ЗГТ перевешивают ее преимущества. Эта информация была основана на повышении риска развития инвазивного рака молочной железы, заболеваний ССС, инсульта и тромботических осложнений.

В течение 7 лет наблюдения в группе получавших ЗГТ было зарегистрировано 166 случаев рака молочной железы, по сравнению с 124 в контрольной, ОР составил 1,24. При проведении 3-х рандомизированных исследований по использованию комбинированных ЗГТ (BeralV. et al. 2002) было зарегистрировано 205 случаев рака молочной железы по сравнению с 154 случаями в контрольной группе (ОР 1,24). Данные позволили сделать заключение, что комбинированная ЗГТ связана с умеренно повышенным риском рака молочной железы, который становится явным через несколько лет лечения [2].

Цель исследования: изучение влияния экзогенных гормональных факторов на риск развития рака молочной железы у женщин постменопаузального возраста, получавших гормональное лечение, либо использовавших гормональную контрацепцию.

Материал и методы исследования.

Были обследованы и опрошены 650 пациенток в возрасте 45-75 лет с первичным раком молочной железы (РМЖ) и 250 пациенток в возрасте 45-64 лет, лечившихся по поводу гиперпластических процессов эндометрия, имевших в анамнезе доброкачественные заболевания молочных желез, которые составили вторую группу. Контрольную группу составили 700 женщин в постменопаузе без патологии молочных желез, подтвержденной рентгеномаммографическим исследованием.

Полученные данные показывают, что среди пациенток с РМЖ преобладают женщины с поздним наступлением менархе (>15) - 41,5%. Среди женщин с доброкачественными заболеваниями молочных желез - 38,8%, а среди здоровых - 34,5%. Статистическая достоверность ($p<0,001$) была только с группами РМЖ и контрольной. Большинство женщин при опросе не помнили точного возраста менархе, что может явиться причиной неопределенности в оценке связи риска РМЖ по этому признаку. Возраст наступления менопаузы женщины называли точно.

После 50 лет менопауза наступила у 52,3% больных РМЖ по сравнению с 44,6% здоровых женщин ($<0,05$) и 45,7% женщин с доброкачественными заболеваниями молочных желез.

Ряд исследователей (HuangW.J. et al. 2000; Stallardetal 2000) ассоциируют риск развития РМЖ с поздней менопаузой, наличием ановуляторных циклов в репродуктивном возрасте, а также ожирением, отсутствием половой жизни.

Ранние клинко-эпидемиологические исследования показывают, что возникновению опухоли предшествует то или иное предопухолевое состояние или изменение тканей и клеток. Основные виды морфологических изменений в молочной железе человека рассматриваются как возможные предопухолевые изменения - кисты, эктазии протоков, аденоз, склерозирующий аденоз, эпителиоз, фокусы лактации, жировой некроз, фиброаденоматоз, гиперплазия, внутрипротоковая папиллома (MajerJ. et al 2001). Выделяют также клинические формы доброкачественных заболеваний молочных желез (ДЗМЖ), к которым относятся хронические кистозные маститы, очаговые и очагово-диффузные мастопатии, кисты, фиброаденомы, сецернирующие молочные железы (секреторная мастопатия), масталгия.

Нами было проведено ретроспективное изучение частоты ДЗМЖ в анамнезе больных раком молочной железы. Наличие доброкачественных заболеваний молочной железы устанавливалось

на основании опросов женщин, изучении их амбулаторных карт и историй болезни. Полученные данные представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Частота ДМЗЖ в группах больных РМЖ и контрольной группе

Возраст, лет	Больные РМЖ (n=650)		Контроль (n=700)	
	Число больных	Доля лиц с ДМЗЖ в анамнезе	Кол-во больных	Доля лиц с ДМЗЖ в анамнезе
45-49	102	16-15,8%	320	34-10,6%
50-54	148	17-11,4%	140	15-10,8%
55-59	175	17-9,7%	130	13-10%
60 и более	100	12%	110	6-5,4%
Всего	650	66-10,2%	700	67-9,6%

По данным, представленным в таблице, не было выявлено существенных различий в частоте доброкачественных заболеваний молочных желез в анамнезе у женщин основной и контрольной групп, что согласуется с данными других авторов (ManjerJ. etal. 2000). Что касается характера доброкачественных заболеваний молочных желез в анамнезе у больных раком молочной железы, то у 46 (7%) была диффузная мастопатия (в контрольной - 6,2%), у 11 (1,7%) – узловая форма мастопатии (в контроле - 1,4%), у 10-и (1,5%) – фиброаденома (в контроле - 1,2%), мастит – у 209 (3,2%), (в контроле - 21%) ($p<0,001$), у 20 (3,4%) – травма молочной железы (в контроле - 2,1%) ($p<0,001$).

Существенных различий в частоте доброкачественных заболеваний молочных желез в анамнезе в обеих группах также не было выявлено. Однако оказалось статистически значимой частота травм молочных желез у женщин с РМЖ в сравнении с контролем - 3,4% против 2,1%.

Анализ возможной связи между применением гормонального лечения по поводу гиперпластических процессов половых органов и риском развития РМЖ убедительных данных не дал. Анализ связи использования оральных контрацептивов– для принимавших КОК составил 0,4; для принимавших гормональное лечение – 0,7. Всего 3 женщины, заболевшие РМЖ, в проведенном исследовании, до наступления менопаузы использовали оральные контрацептивы и 9 лечились гормональными препаратами. Диагноз РМЖ был установлен

у женщин в возрасте не старше 50 лет. Среднее время с момента использования гормональных препаратов 5,8 лет, т.е. из 650 женщин с установленным диагнозом рака молочной железы 12 использовали в течение своей жизни гормональные препараты, что составляет 1,8%.

Кроме того, мы провели наблюдение над 64 женщинами с доброкачественными изменениями молочных желез, получавших гормональное лечение в связи с климактерическим синдромом. В процессе лечения определяли интенсивность перекисного окисления липидов по его конечному продукту - малоновому диальдегиду (МДА). Использование МДА в качестве контроля в процессе лечения ЗГТ обусловлено тем, что перекисное окисление липидов рассматривается как универсальный механизм повреждения биологических мембран при различных патологических состояниях [3, 4]. Интенсивность ПОЛ представляет собой интегральный показатель, отражающий состояние систем адаптации и резко возрастающий при снижении резервов последних [5].

Все больные были разделены на три подгруппы: 1) женщины с диффузной мастопатией - 28; 2) диффузная мастопатия с преобладанием фиброзного компонента - 24; 3) диффузная мастопатия с преобладанием кистозного компонента - 12. Контрольную группу составили 16 здоровых женщин.

Таблица 2.

Показатели перекисного окисления липидов у женщин с диффузной мастопатией

Показатель	1-я подгруппа n=28	2-я подгруппа n=24	3-я подгруппа n=12	Контрольная группа n=16
МДА в плазме крови, мкмоль/л	4,60±0,25*	4,26±0,34*	4,19±0,20*	3,45±0,6*

*Примечание. * - разность показателей в 1-й, 2-й и 3-й подгруппах по сравнению со значениями в контрольной группе достоверна ($p < 0,05$).*

Из представленных данных следует заключить, что МДА статистически достоверно превышает таковой у женщин с диффузной мастопатией, что является признаком возможных клеточных повреждений [6] и развития пролиферативных процессов.

Различия концентраций МДА в плазме крови в наблюдениях с ДЗМЖ зависели от длительности заболевания. Диапазон концентраций МДА в плазме крови колебался от 4,40 мкмоль/л у женщин, страдающих диффузной мастопатией около года, до 4,10 мкмоль/л болевших до 5 лет и 4,60 мкмоль/л, страдающих более 5 лет (табл. 2).

Во второй группе из 23 женщин постменопаузального возраста с климактерическим синдромом и диффузной мастопатией, с преобладанием фиброзного компонента в анамнезе, страдающих не менее 5 лет, при исходном рентгенологическом обследовании молочных желез возрастная норма в виде полной фиброзно-жировой инволюции установлена у 3 пациенток (13%), остальные женщины имели признаки диффузных доброкачественных изменений молочных желез.

У женщин с климактерическим синдромом интенсивность перекисного окисления липидов (МДА) статистически достоверно ($p < 0,05$) выше по сравнению с этим показателем у женщин с физиологическим течением постменопаузального периода (табл. 3).

Таблица 3.

Показатели ПОЛ в плазме крови у женщин с климактерическим синдромом и физиологическим течением постменопаузы

Показатель	Климактерический синдром n=23	Физиологическое течение, постменопаузальный период, n=20
МДА, мкмоль/л	5,07±0,67	3,87±0,48

При анализе результатов рентгенологического исследования в группе без клинических проявлений климактерического синдрома, на фоне проводимой терапии клиогестом и фемостоном с исходно низким МДА у 6 пациенток с фиброзно-жировой инволюцией структура молочных желез не изменилась. У 14 женщин, с сохраненными участками железистых структур, на фоне проводимой терапии наряду с проявлениями симптомов мастодинии отмечено незначительное усиление экзогенности железистой ткани в течение первых 2-3 месяцев лечения. ГТ была продолжена под тщательным наблюдением за состоянием молочных желез с параллельным применением лечебных

средств растительного происхождения антиоксидантного, седативного и мочегонного действия. У 13 пациенток данной группы состояние молочных желез нормализовалось, болевой синдром исчез.

В группе пациентов с климактерическим синдромом в сочетании с диффузной мастопатией в анамнезе и высоким МДА, ультразвукографическое исследование проводилось через 6 месяцев с момента начала проведения ЗГТ. Положительная динамика в виде уменьшения диаметра протоков, уменьшения диаметра кист отмечалась в 3-х наблюдениях (13%). Прогрессирование заболевания в виде дальнейшего расширения протоков и кистозных полостей определялось в 6 наблюдениях (26%). Результаты пневмокистографии и цитологического исследования пунктатов позволили исключить атипичские проявления в них.

Через 12 месяцев лечения ЗГТ отрицательная динамика на рентгенограммах была установлена уже в 12 наблюдениях, и только в 3-х наблюдениях с исходной фиброзно-жировой инволюцией структура молочных желез не изменилась. При анализе рентгенологической плотности молочных желез по Wolfe в 12 наблюдениях (55%) установлено увеличение оптической плотности молочных желез за счет увеличения железистого и кистозного компонентов. В одном наблюдении определялась тенденция к локализации процесса и возникновению узлового образования, в 7 наблюдениях рентгенологическая плотность не изменилась.

Выводы.

Несмотря на большое число исследований [10, 11], показавших высокую эффективность ЗГТ, в отношении таких проявлений климактерических расстройств как остеопороз, урогенитальные расстройства при решении вопроса о проведении гормональной терапии в постменопаузальном периоде необходимо тщательное обследование с целью исключения опухолевого процесса молочной железы. Поскольку рак молочной железы является наиболее частым злокачественным новообразованием в экономически развитых странах [6, 7, 9], даже небольшое увеличение частоты этой патологии затронет значительное число женщин.

Наше исследование показало, что интенсивность ПОЛ по его конечному продукту МДА статистически достоверно выше у женщин в постменопаузе с доброкачественными заболеваниями молочных желез в анамнезе. Под влиянием ЗГТ у пациенток с исходно повышенным МДА и доброкачественными заболеваниями молочных желез

отрицательная динамика состояния молочных желез через 6 месяцев обнаружена у 26% и через 12 месяцев лечения – в 76% наблюдений.

Эти данные позволяют полагать, что высокие концентрации МДА у женщин с климактерическим синдромом в сочетании с диффузной мастопатией, длящейся не менее 5 лет, и исходно повышенной оптической плотностью молочных желез являются основанием для включения этих пациенток в группу высокого онкологического риска по заболеванию молочных желез. В этих случаях целесообразно решать вопрос о предпочтительности альтернативного лечения.

Литература.

1. Writing Group for the Women healph Iniative Investigates. Risk and benefits of estrogen pens progestin in healphy postmenopausal women principal results from the women. Healph Initiative randomizet controlled. (Ibid.- p-321-333).
2. Digest Page: Postmenopausal Hormone Use. Hp: (www. Nei. Nin. Gov.) climacal trials.
3. Clark J.A., Cowclen W.B., Huwt N.H. Med. Res. Rev. 1985. vol., № 3. P. 297-332.
4. Wolfe J.N. Breast patterns as an index of risk for developing breast cancer\ AJR AM J Roentgenol 1976: 126: 1130-9.
5. Wolfe J.N. Risk for breast cancer developing determined by mammographic parenchymal pattern/cancer 1976: 37: 2486-92.
6. В.П. Сметник, О.В. Новикова, Н.Ю. Леонова. Динамика состояния молочных желез на фоне терапии ливиалом у женщин с мастопатией в постменопаузе. Проблемы репродукции. 2002, №2, С. 75-79.
7. Л.А. Нелюбина. Факторы, повышающие риск заболевания раком молочной железы, и перспективы профилактики. Проблемы репродукции. 2003. №1, С.20-27.
8. Г.М. Савельева, М.С. Габуния, Т.А. Лобова. Состояние молочных желез в аспекте гинекологической практики. Международный медицинский журнал №3. 2000г. С.62-67.
9. М.С. Гончаренко, А.М. Латипова. Метод оценки перекисного окисления липидов. Ж. Лабораторное дело №1, С.60-61.

Н.Д. Шихнабиева.

**Смертность женщин от злокачественных новообразований
половых органов в Республике Дагестан**

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов, г. Махачкала

Введение.

Злокачественные новообразования (ЗН) женских половых органов являются сложной и чрезвычайно актуальной проблемой онкологии, обусловленной стабильно высокой заболеваемостью и смертностью больных. Среди ЗН женщин России рак женских гениталий (тела матки, шейки матки и яичников) составляет более 17%, а в структуре общей онкологической смертности – 32,4%. В динамике показатели заболеваемости и смертности имеют тенденцию к росту. Такая неблагоприятная статистика показателей объясняется, в первую очередь, запоздалой диагностикой генитального рака. По данным литературы, среди больных с впервые в жизни установленным диагнозом генитального рака в амбулаторно-поликлинических условиях от 60 до 70% составляют больные с распространенными формами заболевания.

Проблемы ЗН женских половых органов по континентам, странам и административным территориям одной и той же страны, административным территориям одного и того же субъекта имеют существенные особенности, что обусловлено различной значимостью повсеместно действующих экзо- и эндогенных, в том числе и этнических, факторов риска онкогинекологических опухолей. К числу регионов, имеющих свои специфические факторы относится и Республика Дагестан (РД). Республика, на территории которой проживает более 33 этносов, имеет своеобразные высотно-климатические пояса (равнинная, предгорная и горная), а также северный,

центральный и южный регионы, для которых характерны принципиальные различия качества экосистемы по природным и антропогенным экологическим факторам. Эти факторы, сложившиеся в ходе исторического и эволюционного процесса в регионе, не могут не сказываться и на течении онкогинекологических заболеваний.

Цель исследования: изучение смертности от ЗН женских половых органов в РД за 1997-2006 гг.

Материал и методы исследования.

Источником информации служила документация Республиканского онкологического диспансера (данные журнала учета онкологических больных за 1997-2006 гг.). Рассчитывали интенсивные показатели (ИП) смертности от ЗН женских половых органов на 100 000 женского населения в целом по РД, по городам и сельским административным районам за каждый год, по пятилеткам (за 1997-2001 гг., 2002-2006 гг.) и за 1997-2006 гг. ИП по пятилетиям условно обозначили как среднегодовые, а за 1997-2006 гг. – как среднемноголетние. Кроме того, определяли базовый показатель прироста (БПП), среднегодовой темп прироста (СТП) и коэффициент регрессии (тренд). Материалы анализа обработаны статистическими методами и приемами, принятыми в эпидемиологии неинфекционных заболеваний.

Результаты исследования.

За 10 лет (1997-2006 гг.) в РД было зарегистрировано 1288 случаев смерти женщин от рака половых органов. Средний возраст умерших женщин составил 57,7 лет (при раке тела матки – 59,6, при раке яичников – 56,9, при раке шейки матки и прочих онкогинекологических заболеваниях – 54,4 лет). Средний возраст женщин за эти годы увеличился на 7,5 лет (с 55,6 до 63,1 лет), или на 13,5%.

Среднемноголетний ИП смертности женщин от ЗН половой сферы за анализируемые годы составил 10,8 на 100 000 женского населения, что в 2,2 раза ниже ИП заболеваемости – 23,3. Выявлен прирост среднемноголетнего ИП смертности на 17% (с 10,0 в 1997 г. до 11,7 в 2006 г.); среднегодового ИП – на 4,8% (с 10,4 в 1997-2001 гг. до 10,9 в 2002-2006 гг.).

Среднепоколенийный ИП смертности женщин от ЗН половых органов в сельской местности (10,7 на 100 000 женского населения) почти не отличался от такового у женщин, проживающих в городах (10,9). ИП смертности в городах имели тенденцию к росту (БПП – 17,2%, СТП – 4,8, тренд – 0,41), а в сельской местности – к снижению (БПП – минус 22,8%, СТП – минус 0,7, тренд – минус 0,14).

Из экологических зон сельской местности наиболее высокие показатели отмечены на равнине (среднепоколенийный ИП – 12,0 на 100 000 женского населения) и особенно в северном регионе (13,2). По предгорной зоне этот показатель составил 10,9, по горной зоне – 9,1, в центральной зоне – 10,9 и в южной зоне – 9,0. Рост показателей смертности отмечался по предгорной и южной экологическим зонам сельской местности, отрицательная динамика – по равнинной (в том числе и северной равнинной), горной, центральной экологическим зонам. БПП по предгорной зоне составил 37,5%, по южной – 49,1%, по равнинной – минус 8% (северной равнинной – минус 17,8%), по центральной зоне – 15,5%.

Наиболее высокая смертность выявлялась по следующим административным районам: по равнинной экологической зоне – в Бабаюртовском (среднепоколенийный ИП 20,6), Кумторкалинском (14,7) и Кизлярском (13,7) районах; по предгорной зоне в Казбековском (16,7), Буйнакском (14,9) и Сергокалинском (13,4) районах; по горной зоне – в Чародинском (16,9), Гунибском (16,5), Цунтинском (15,1) и Шамильском (13,5) районах.

Наиболее высокие среднепоколенийные показатели смертности женщин от рака гениталий отмечались в возрастных группах 60-69 лет, 70 лет и старше – соответственно 41,7 и 48,7. Рост смертности у женщин в основном отмечен в возрастных группах 50-59 (среднегодовые ИП по пятилетиям выросли с 28,1 до 35,7, или на 27%), 70 лет и старше (на 44,5%). СТП смертности от ЗН половых органов был наибольшим у женщин в возрастных группах 70 лет и старше (8%), 50-59 лет (6,1%) и 18-29 лет (4%).

Среднепогодный ИП смертности от рака шейки матки (4,6 на 100 000 женского населения) в 3 раза и рака яичников (4,0) в 2,7 раза превышал аналогичный показатель от рака тела матки (1,5). За анализируемый период среднегодовой показатель смертности от рака яичников имел тенденцию к росту с 3,5 в 1997-2001 гг. до 4,3 в 2002-2006 гг., при раке шейки матки снизился на 6,3%, а при раке тела матки особых изменений не претерпел.

Среднепогодный ИП смертности от рака шейки матки у жительниц сельской местности (4,9 на 100 000 женского населения) в 1,2 раза превышал таковой у жительниц городов (4,0). В то же время аналогичный показатель при раке тела матки у жительниц городов (2,1) в 2 с лишним раза выше, чем у жительниц сельской местности (1,0). У больных раком яичников и прочими онкогинекологическими заболеваниями, проживающими в городах и сельской местности, различия в показателях смертности были несущественными.

Выводы.

На основании результатов исследования выявлены следующие особенности смертности от ЗН половых органов у женщин в РД: показатель смертности в 2 с лишним раза меньше показателя заболеваемости; средний возраст умерших больных имеет тенденцию к росту; в структуре смертности преобладает рак шейки матки (второе и третье места занимают соответственно рак яичников и рак тела матки); наибольшая смертность отмечается в возрастных группах 50-59, 60-69, 70 лет и старше; отмечается тенденция к росту смертности от ЗН женских половых органов в возрастной группе 50-59 лет, 70 лет и старше; в целом не выявляется различий в ИП смертности у жительниц городов и сельской местности, однако у жительниц сельской местности отмечается наиболее высокий показатель смертности от рака шейки матки, а также неравномерность по экологическим зонам – большое неблагополучие на территории равнинной экологической зоны, особенно северных районов, более благополучная ситуация на территории южного Дагестана, однако по южной зоне отмечается тенденция к росту смертности.

Выявленные особенности смертности женщин от ЗН позволяют формировать группы риска смертности от рака гениталий женского населения РД и требуют усиления противораковых профилактических мероприятий в них.

УДК 618.3-06-022.1(470.67)

Г.А. Гатина.

Возрастные особенности госпитальной заболеваемости соматической патологией беременных женщин в Дагестане

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия»
МЗ РФ, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета, г.
Махачкала

Введение.

Проблемы воспроизводства населения сегодня составляют приоритетное направление политики нашего государства [1, 7]. В последнее время наблюдается тенденция к увеличению частоты экстрагенитальных заболеваний у беременных, что связывают с ухудшением общего здоровья женщин [4-6, 8]. Аксиома: «Только здоровая мать может иметь здоровое потомство» не потеряла своей актуальности и по сей день. Состояние здоровья матери, как доказано многими исследованиями, определяет здоровье населения [3-5, 8]. На состояние здоровья женщин оказывают влияние социально-экономические условия, которые определяют реализацию ее репродуктивной функции и процесс воспроизводства населения [1, 3, 7]. В Дагестане, как и в России, по-прежнему сохраняется высокий уровень безработицы, причем безработица, по данным Федеральной службы государственной статистики, является в значительной степени застойной [2].

Цель исследования: оценить возрастные особенности распространенности соматической патологии у госпитализированных женщин.

Материал и методы исследования:

Нами были проанализированы данные из медицинской карты и специального опросника 2173 женщин, госпитализированных в роддом № 2 г. Махачкалы за 3 года (2009-2011 гг.). Из 2173 женщин, госпитализированных по поводу беременности и ее осложнений, у 552 (25,4%) выявлены экстрагенитальные заболевания.

Для статистического анализа применялась программа MSExcel. Были рассчитаны экстенсивные показатели госпитальной заболеваемости экстрагенитальными болезнями беременных различных возрастных групп. Достоверность разницы частоты выявляемости болезней определяли по Z-критерию с преобразованием Фишера. За критический уровень критерия принимались значения, соответствующие $P=0,05$.

Результаты исследования.

Как видно из таблицы 1, удельный вес женщин с экстрагенитальной патологией составляет в среднем 25,4% для всех госпитализируемых и не зависит от возраста. Обращает на себя внимание то, что пик госпитализации приходится на возраст 20-24 года, следующая группа женщин, активно реализующая свой репродуктивный потенциал, пришлась на возраст 25-29 лет, однако к 30-35 годам реализация детородной функции снижается в 2 раза по сравнению с женщинами 25-29 лет и в 6,5 раз по сравнению с женщинами 20-24 лет.

Таблица 1.

Количество женщин, госпитализированных в роддом в 2009-2011 гг.

Возраст, лет	Женщины с экстрагенитальной патологией		Все обследованные женщины	
	п	%	п	%
15-20	43	26,3	163	7,5*
20-24	246	26,3	934	43,0
25-29	132	23,8	554	25,5
30-34	71	25,5	278	12,8*
35-39	36	24,8	145	6,7*
40-44	17	25,8	66	3,0*
>45	7	21,2	33	1,5*
Итого	552	25,4	2173	100,0

*- $P < 0,05$ по сравнению с возрастом 20-24 года для Z-критерия.

Таким образом, хотя в новых экономических условиях современные женщины репродуктивного возраста ориентированы на карьерный рост и все чаще откладывают время наступления первой беременности на более поздние сроки [5], у женщин Республики Дагестан максимум воспроизводства отмечается в возрасте 20-24 года.

Анализ возрастной структуры соматической патологии, представленный в таблице 2, показал, что самый высокий уровень соматической патологии наблюдается у беременных женщин в возрасте 20-29 лет. Болезни крови у женщин 20-24 лет встречались в 1,8 раза чаще, чем у женщин 25-29 лет, в 4,9 раза чаще, чем у 30-34-летних, в 11,8 раза их было больше у 35-39-летних и 22, 1 раза чаще, чем в возрастной группе женщин 40-44 лет. Выявлена примерно одинаковая частота болезней мочевыделительной системы и болезней глаз у женщин в возрасте 20-24 года, их частота в 2,6 и 3 раза была меньше у обследуемых в возрасте 25-29 лет, а у женщин в возрасте 30-34 года меньше в 3 и 2 раза.

Костно-мышечные болезни чаще встречаются у женщин в возрасте 20-29 лет (82,2%) и заболевания органов дыхания (81,9%), а у женщин в возрасте 30-34 лет они встречаются значительно реже (9,1%).

Заболевания желудочно-кишечного тракта приходятся в 57,5% случаев на возраст 20-29 лет, 27,5% – на 30-39 лет. Заболевания пищеварительной системы в 2 раза чаще выявляются в возрасте 20-29 лет. Эндокринные заболевания диагностировались, как правило, в возрасте 20-34 года, составляя в сумме 78,2 %. Обращает внимание то, что заболевания сердечно-сосудистой системы имеют тенденцию к росту от 15 до 39 лет со снижением их частоты в интервале от 40 до 49 лет (табл. 2).

Доля соматической патологии женщин в возрасте 20-29 лет для болезней органов пищеварения составила 57,5%, болезней системы кровообращения – 50%, болезней органов дыхания – 81,9%, болезней крови – 74,3%, эндокринных заболеваний – 56%, болезней уха, горла и носа – 60%, неврологических болезней – 66,6%, глазных болезней – 61,6%, костно-мышечных заболеваний – 82,2%, болезней мочевыделительной системы – 67,4%. Полученные результаты свидетельствуют о высокой частоте экстрагенитальной патологии у женщин в возрасте 20-29 лет, а ведь именно с этим возрастом связаны определенные ожидания.

Таблица 2.

**Возрастное распределение экстрагенитальных заболеваний у
госпитализированных женщин (%)**

Сопутствующие заболевания	Возраст, лет							Всего
	15- 20	20- 24	25- 29	30- 34	35- 39	40- 44	>45	
Болезни органов пищеварения	6,3	35,0	22,5	17,5	10,0	5,0	3,8	100,0
Болезни системы кровообращения	11,5	15,4	34,6	7,7	23,1	7,7	0,0	100,0
Болезни органов дыхания	9,1	36,4	45,5	9,1	0,0	0,0	0,0	100,0
Болезни крови	7,3	53,1	21,2	10,8	4,5	2,4	0,7	100,0
Эндокринные болезни	5,5	27,3	29,1	21,8	10,9	3,6	1,8	100,0
Болезни уха, горла и носа	20,0	60,0	0,0	0,0	0,0	20,0	0,0	100,0
Неврологически е болезни	0,0	33,3	33,3	0,0	33,3	0,0	0,0	100,0
Глазные болезни	15,4	46,2	15,4	23,1	0,0	0,0	0,0	100,0
Костно- мышечные болезни	7,1	39,3	42,9	3,6	7,1	0,0	0,0	100,0
Болезни мочевыделител ьной системы	11,6	48,8	18,6	16,3	0,0	2,3	2,3	100,0

Экстрагенитальная патология, являясь неблагоприятным фоном для вынашивания беременности, отягощает течение и исход беременности, способствует развитию акушерских осложнений [4-6, 8], что, в свою очередь, может привести к ухудшению репродуктивного здоровья женщин Республики Дагестан. Снижение репродуктивного здоровья женщин может нарушить процессы воспроизводства населения и усугубить неблагоприятную демографическую ситуацию и в республике, и России.

Выводы.

Распространенность экстрагенитальной патологии среди госпитализированных женщин составила 25,4%. Соматическая патология наиболее часто наблюдалась у женщин активного репродуктивного возраста 20-29 лет. Наиболее частой патологией были костно-мышечные заболевания – 82,2%, болезни органов дыхания – 81,9% и заболевания крови – 74,3%.

Литература.

1. О.Г. Борзова. Охрана материнства и детства - приоритетное направление социальной политики государства. URL: http://www.m-pravda.ru/index.php?option=com_content&task=view&id=271&Itemid=31 (дата обращения 10.07.2014).
2. Занятость и безработица в Республике Дагестан. URL: www.Dagstat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/dagstat/resurces/f89e5180416a149dofa6lf2d59c15b71/ЗАНЯТОСТЬ+И+БЕЗРАБОТИЦА+htm (дата обращения 09.07.14).
3. Н.Н. Каткова. Медико-социальная характеристика женщин репродуктивного возраста и перспективы реструктуризации акушерско-гинекологической службы на примере регионального центра и крупного индустриального города: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Екатеринбург, 2008. 25 с
4. И.В. Корда. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях. URL: http://intranet.tdmu.edu.ua/data/kafedra/internal/gynecology2/classes_stud/ru/med/lik/ptn/ (accessed 20 September 2014).
5. М.В. Майоров, С.И. Жученко. Беременность и экстрагенитальная патология: заболевания печени и желчевыводящих путей. Провизор. 2009. № 22. URL: http://www.provisor.com.ua/archive/2009/N22/ekstrp_229.php?part_code=1&art_code=7381
6. В.И. Медведь. Основные вопросы экстрагенитальной патологии. Медицинские аспекты здоровья женщины. 2011. 6 (46). С. 5-11
7. Социально-экономическое положение России – 2014 г. Федеральная служба государственной статистики. URL: http://www/grs.ru/bgd/regl/b14_01/Main.htm (дата обращения 09.06.14).
8. В.Е. Радзинский. Репродуктивное здоровье женщин России // Экология и жизнь. URL: <http://fotki.yandex.ru/next/users/alexecolife2008/view/547141/> (accepted 28 September 2014)

Р.И. Рагимова.

Комплексная профилактика нарушений в системе гемостаза после удаления придатков матки (аднексэктомии)

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия»
МЗ РФ, НИИ экологической медицины, г. Махачкала

Введение.

Общая частота тромбозмболических осложнений после гинекологических вмешательств составляет от 4 до 22% по данным [8, 9, 11], а в общей хирургии – 30% (ТГВ). Летальность среди нелеченных достигает до 30% [2,6], но при рано начатой терапии антикоагулянтами не превышает – 10% (Rich.S.). Основой развития тромбозмболических осложнений (ТЭО) является хронический ДВС - синдром в стадии длительной гиперкоагуляции. Источником тромбообразования у женщин с гиперпластическими процессами и служат сосуды, ближайшие к зоне операции, что подтверждено патоморфологически [4]. Система гемостаза оказывает влияние на гемореологию, гемодинамику, проницаемость сосудистой стенки, участвует в заживлении ран, воспалений, и в то же время сама подвергается воздействию этих факторов [2, 3, 6, 11]. По данным литературы [1, 5, 7, 10], перфторан, растворяясь в мембране эритроцитов, делает их более эластичными и легко деформируемыми, уменьшая вязкость крови, что улучшает их прохождение через капилляры, а следовательно, и доставку кислорода тканям. Обладая дезагрегационным действием на тромбоциты, перфторан разрушает тромбоцитарные агрегаты, что также способствует реканализации сосудистого русла. Все это послужило основанием для включения плазмозаменителя перфторана в программу комплексной инфузионно-трансфузионной терапии для коррекции ранних гемореологических нарушений после обширных гинекологических операций.

Цель исследования: профилактика ранних нарушений в системе гемостаза после операции удаления придатков матки (аднексэктомии).

Материал и методы исследования.

Для решения поставленных задач нами выполнены эксперименты на многорожавших беспородных 27 собаках (самках) с массой от 13 до

20 кг с соблюдением всех этических норм. Под внутривенным тиопенталовым наркозом вскрывали брюшную полость - нижняя срединная лапаротомия. У всех животных удаляли яичники с маточными трубами (придатки). Операции выполнены в трех сериях: 1-я серия опытов (9 животных) – изучали показатели свертывающей и противосвертывающей систем крови в динамике после операции (при этом коррекцию не производили), во 2-й серии (9 животных) после операции для коррекции гемореологических нарушений использовали традиционный метод лечения (реополиглюкин вводили внутривенно капельно в дозе 5-7 мл на 1 кг веса, гепарин в дозе 5 тыс. ЕД 2 раза в день) – (контрольной группе), в 3-й серии (9 животных) после операции использовали комплексный метод лечения, суть которого заключается в следующем: перед зашиванием операционной раны в боковую клетчатку таза вводили раствор озонированного перфторана. В первые три дня после операции вводили гепарин в дозе 1,5-2,0 тыс. ЕД 2 раза в сутки, внутривенно капельно вводили раствор реополиглюкина в дозе 7-8 мл на 1 кг веса. На 1, 3, 5-е сутки после операции внутривенно вводили еще и раствор перфторана в дозе 10-15 мл на 1 кг веса (патент РФ на изобретение № 2375066) – основная группа. Дозы рассчитывались индивидуально. Перед введением основного объема перфторана, производили постановку биологической пробы: после введения первых 3-5 капель перфторана делали перерыв на 3 минуты, и после последующих 30 капель еще перерыв на 15-20 минут для выявления возможных аллергических реакций. При отсутствии последних продолжали вливание в произвольном темпе, в среднем со скоростью 50 капель в минуту.

У всех животных изучали некоторые показатели *коагулограммы* (время свертывания крови по Ли-Уайту; протромбиновый индекс (ПТИ, %) по Квику; тромбиновое время (ТВ, с); активированное парциальное тромбопластиновое время (АПТВ, с); растворимые фибрин – мономерные комплексы (РФМК, мг/100 мл); АТ-111 (%), фибринолитическая активность по Доннеру (мин); концентрация фибриногена «А» (мг/л) по Рутбергу; количество тромбоцитов по Фолио (в тыс.); реакция на фибриноген «В» по Лейоноу (в степени выраженности) (–, +, ++); антитромбин - 111 (в %); наличие продуктов паракоагуляции оценивали путем этанолового теста (–, +,++) до и всроки на 1, 3, 5, 7 и 14-е сутки после операции.

Результаты исследования.

Исследования показали, что удаление придатков матки у экспериментальных животных приводит к изменениям в системе

гемостаза, сопровождающимся повышением активности свертывающей системы крови в сроки до 2-х недель (табл. 1). До конца 1-й недели после операции выявили значимое укорочение ТВ с последующей тенденцией к восстановлению: через 1-е сутки ТВ укоротилось на 11,12% ($12 \pm 1,3$ с) ($p \leq 0,05$), на 3-и соответственно - на 28,8% ($9,6 \pm 1,07$ с) ($p \leq 0,05$). Спустя неделю, отмечали тенденцию к восстановлению и ТВ ($p = 0,05$) до - $11,6 \pm 1,2$ с и к 14 дню после операции составило - $12,9 \pm 0,7$ с, что ниже, чем исходные данные на 4,45% (при контроле $13,5 \pm 1,4$).

Наряду с этим наблюдали и значимое достоверное увеличение концентрации фибриногена А в ранние сроки после операции: на 1-е сутки на 62,6% до ($6,8 \pm 0,58$ мг/л), на 3-и сутки на 65,9%, что составило $7,02 \pm 0,79$ мг/л ($p \leq 0,05$). Начиная с 7-го дня и далее, наблюдали значимое снижение концентрации до $6,42 \pm 0,52$, и к двум неделям после операции концентрация составила ($5,9 \pm 0,42$ мг/л) ($p \leq 0,05$). Колебания фибриногена А во все сроки после операции достоверны по сравнению с исходными показателями (до операции $4,23 \pm 1,196$).

Через сутки после операции так же отмечали не значимое уменьшение АПТВ до $26,4 \pm 3,47$ с (на 9,6%). Дальнейшее снижение спустя 3-и и 5-е сутки, составило соответственно 20,55% - ($23,2 \pm 3,25$) и 18,2% - ($23,9 \pm 2,8$) ($p \leq 0,05$) и на 14-е сутки ещё ниже 6,5% ($27,3 \pm 2,0$) ($p \leq 0,05$) по сравнению с нормой ($29,2 \pm 3,79$ с). После операции удаления придатков матки отмечали значимое снижение АПТВ в динамике до 7-х суток после операции, кроме первых суток.

В динамике до 7-го дня после операции удаления придатков отмечали не значимое увеличение уровня РФМК: на 1-е сутки на 7,8% ($24,8 \pm 1,6$), на 3-и сутки на 16,95% ($26,9 \pm 1,1$), что значимо ($p \leq 0,05$) выше, чем исходные данные ($23 \pm 2,26$ мг/100 мл). Спустя 5-7 дней – на 18,26%, что составило - ($27,2 \pm 1,5$ мг/100 мл) в сравнении с контролем ($p \leq 0,05$). Через 7 дней отмечали снижение уровня РФМК и к 14 дню оно составило ($23,5 \pm 0,97$ мг/100 мл) ($p \leq 0,05$).

До конца 1-й недели после операции выявили значимое укорочение ВСК с последующей тенденцией к восстановлению: через 1-е сутки ВСК укоротилось на 9,25% и составило ($158 \pm 6,7$ с) ($p \leq 0,05$), на 3-и соответственно на 14% - до ($149,8 \pm 10,13$ с), при контроле ($174,1 \pm 12,5$) ($p \leq 0,05$). Через 7 дней после операции ВСК было укорочено до $116,9 \pm 13,27$ сек.), что меньше на 32,86% по сравнению с контрольными показателями ($p \leq 0,05$). Начиная с 7-го дня и далее, отмечено достоверное удлинение ВСК и к 2-м неделям после операции составило ($168,7 \pm 10,76$ с), что на 3,1% ниже данных ($174,1 \pm 12,5$).

Через сутки после операции отмечали значимое увеличение ПТИ на 21,34%, что составило $118,8 \pm 5,0$ (норма $97,9 \pm 7,7\%$) ($p \leq 0,05$). В дальнейшем наблюдали снижение ПТИ: на 3-и сутки на 8,5% ($106,3 \pm 7,46\%$) ($p \leq 0,05$), на 7-е на 2,3% ($100,2 \pm 6,9\%$) с последующим значимым снижением в динамике и к 14 дню составил ($93,6 \pm 5,0\%$) ($p \leq 0,05$) (табл. 1). Удаление придатков выявило достоверное снижение уровня АТ-III: через сутки на 4,1% ($73,7 \pm 6,9$), на 3-и – на 22,5% ($66,5 \pm 4,92$) и 5-7-е сутки на 15,4% ($72,6 \pm 5,5$), а начиная с 7-х суток выявили тенденцию к восстановлению и к 14 суткам уровень снижения – $76,2 \pm 5,13$, что значимо ниже на 11,2% ($p \leq 0,05$) по сравнению с контролем ($85,8 \pm 6,4\%$).

Таблица 1

Динамика показателей коагулограммы после операции удаления придатков ($M \pm m$; $n=9$; $p \leq 0,05$)

Показатели	Норма	На 1 сутки	На 3-е сутки	На 5-7 сутки	На 14 сутки
	$M + m$	$M + m$	$M + m$	$M + m$	$M + m$
Тромбоциты, 109/л	$275,4 \pm 8,4$	$339,1 \pm 13,4$	$392,1 \pm 8,5$	$407,5 \pm 16,6'$	$287,6 \pm 11,2$
Фибрин, нг/л	$4,23 \pm 1,196$	$6,88 \pm 0,58$	$7,02 \pm 0,79$	$6,42 \pm 0,52$	$5,9 \pm 0,4$
Фибриноген В	--	++(25%) +(75%)	++(41,6%) +(58,3%)	++(33,3%) +(66,6%)	++(16,6%) +(83,3%)
ВСК, с	$174,1 \pm 12,54$	$158 \pm 6,7$	$149,8 \pm 10,13$	$116,9 \pm 13,2'$	$168,7 \pm 10,76'$
Этаноловый тест	--	++(16,6%)) +(83,3%)	++(66,6%) +(33,3%)	++(50%) +(50%)	++(25%) +(66,6%)
РФМК, мг/100 мл	$23 \pm 2,26$	$24,8 \pm 1,6$	$26,9 \pm 1,1$	$27,2 \pm 1,5$	$23,5 \pm 0,97$
АТФВ, с	$29,2 \pm 3,8$	$26,4 \pm 3,47$	$23,2 \pm 3,25$	$23,9 \pm 2,8$	$27,3 \pm 2,0$
ПТИ, %	$97,9 \pm 7,7$	$118,8 \pm 5,0$	$106,3 \pm 7,5'$	$100,2 \pm 6,95$	$93,6 \pm 5,0$
АТ-III, %	$85,8 \pm 6,4$	$73,7 \pm 6,2$	$66,5 \pm 4,92$	$72,6 \pm 5,56$	$76,2 \pm 5,13'$
ФА, мин.	$91,3 \pm 3,7$	$102,7 \pm 4,8$	$113,3 \pm 3,9$	$125,5 \pm 4,3$	$95,9 \pm 3,4'$
ТВ, с	$13,5 \pm 1,4$	$12 \pm 1,33$	$9,6 \pm 1,07$	$11,6 \pm 1,3$	$12,9 \pm 0,73$

Примечание: ' - $P \leq 0,05$ - разница достоверна в сравнении с исходными значениями; $P \leq 0,05'$ - разница достоверна при сравнении в динамике.

Наблюдали значимое замедление фибринолитической активности ($p \leq 0,05$) до 7-го дня после операции: через 1-е сутки – на 12,48%, ($102,7 \pm 4,8$ мин.), 3-ьи – на 24,09% ($113,3 \pm 3,9$ мин.) и спустя 5-7-е – на 37,45 % ($125,5 \pm 4,3$ мин.) ($p \leq 0,05$). Начиная с 7-го дня после операции, наблюдали активацию фибринолитической системы крови, которая к 14-му дню составила $96,2 \pm 3,4$ мин. при норме $91,3 \pm 3,7$ мин. Количество тромбоцитов значимо увеличивается до 7-го дня после операции с последующей тенденцией к нормализации. Через 1-е сутки увеличение тромбоцитов составило 23,12% ($339,1 \pm 13,4$ тыс.), спустя 5-7-е сутки - на 47,96% ($407,5 \pm 16,6$ тыс.) ($p \leq 0,05$) (табл. 1). К концу 2-й недели количество тромбоцитов ещё выше на 4,42% ($287,6 \pm 11,2$ тыс.) по сравнению с исходными показателями ($275,4 \pm 8,4$ тыс.). Уже через сутки после операции в крови оперированных животных обнаруживали фибриноген В (++) у 25%, (+) у 75%; на 3-и сутки (++) соответственно у 41,6% и (+) у (58,3%) и на 14-е сутки (++) у 16,6%, (+) у 83,3%. Положительный этаноловый тест обнаруживали после операции на 1-е сутки: (++) у 16,6%, (+) у 83,3%; на 3-и сутки (++) у 66,6%, (+) у 33,3% и спустя 2 недели соответственно (++) у 25% и (+) у 66,6%, а у 8,3% случаев этаноловый тест отрицательный.

Коррекция показателей системы гемостаза после удаления придатков матки. ТВ время на 1-е сутки после операции в контрольной группе составило $10,7 \pm 1,34$, что на 10,84% ниже нормы ($13,5 \pm 1,35$), а в основной группе на 3,3% - $12,4 \pm 0,96$ с ($p \leq 0,05$). Через 3-е суток после операции отмечали тенденцию к удлинению ТВ в контрольной группе до $21,8 \pm 1,49$ с, и на 43,75% до $13,8 \pm 0,63$ ($p \leq 0,05$) в основной группе по сравнению с исходными данными ($9,6 \pm 1,07$ с). Спустя неделю, ТВ достоверно ($p \leq 0,05$) удлинялось в основной до $14,4 \pm 0,69$ с, а в контрольной группе до $12 \pm 0,66$ с. К концу 2-й недели после операции удаления придатков отмечено дальнейшее удлинение ТВ, особенно оно выражено в основной группе животных - $15,4 \pm 0,69$ с, что достоверно выше, чем в контрольной группе - $13,2 \pm 0,85$ с (норма $13,5 \pm 1,35$). При использовании инфузий ПФ отмечали значимое удлинение ТВ во все сроки исследования при сравнении исследуемых групп между собой (табл. 2).

На фоне введения ПФ, как видно из таблице 2, через 1-е сутки после операции выявили достоверное снижение концентрации фибриногена до $6,09 \pm 0,65$ г/л ($p \leq 0,05$) против контрольной группы до $7,13 \pm 0,77$ г/л. На 3-и сутки после операции снижение фибриногена составило в основной группе на 25,8%, против контрольной – на 9,26%.

Спустя 5-7 дней в динамике отмечено дальнейшее значимое снижение его концентрации в основной группе на $4,74 \pm 0,58$ г/л, а в контрольной группе до $6,26 \pm 0,78$ г/л, что ниже исходных данных на 26,17% и 2,5% соответственно ($p \leq 0,05$). Через 2 недели после операции в динамике отмечали более раннюю нормализацию концентрации фибриногена у оперированных животных в основной группе - снижение до $(3,9 \pm 0,6)$ против контрольной группы - $(5,64 \pm 0,39)$ г/л, что ещё выше на 4,6% от исходных данных ($p \leq 0,05$). Норма $(4,23 \pm 1,19)$. Отмечали значимое снижение фибриногена во все сроки наблюдения по сравнению с группой контроля ($p \leq 0,05$).

Показатель ПТИ повышался и спустя сутки после операции в контрольной группе составил $119,3 \pm 5,1\%$, а в основной группе до $111 \pm 4,6\%$ ($p \leq 0,05$). Через трое дней после операции отмечали достоверное снижение показателя ПТИ в контрольной группе до $115,5 \pm 3,8\%$, в основной группе до $101,8 \pm 5,2\%$ ($p \leq 0,05$), что выше от исходных данных соответственно на 8,65% и 4,24%. Значимое снижение ПТИ, спустя неделю ($p \leq 0,05$), в основной группе приближалось к норме ($97,9 \pm 7,75\%$), а в контрольной группе ПТИ составил $109,3 \pm 4,05$ ($p \leq 0,05$), что на 9,08% выше исходных данных ($106,3 \pm 7,46$). Дальнейшее снижение его уровня к концу 2-й недели в контрольной группе животных составило $100,5 \pm 6,48\%$, что выше нормы на 2,65%. Норма ($97,9 \pm 7,7$).

На фоне введения ПФ отмечали достоверное снижение уровня РФМК, начиная с 3-х суток после операции. На 3-и сутки после операции отмечено снижение уровня РФМК на 17,48%, что составило $22,2 \pm 1,39$ мг/100 мл в основной группе, а в контрольной группе до $(25,3 \pm 1,49)$, что ниже исходных данных ($26,9 \pm 1,1$) соответственно на 17,48% и 5,9%. Спустя 5-7 дней после операции, уровень РФМК в основной группе приблизился к нормальным показателям, а в контрольной группе стал ещё выше на 6,62% ($25,4 \pm 0,84$ мг/100 мл). На 14-е сутки после операции удаления придатков в динамике отмечали достоверное снижение, более выраженное в основной группе у оперированных животных на 6,8% и ниже нормы против контрольной группы ($23,4 \pm 1,07$), что выше нормы на 0,5%. Норма ($23 \pm 2,26$) (табл. 2). При использовании ПФ отмечали более значимое снижение РФМК при сравнении с традиционным методом ($p \leq 0,05$) во все сроки наблюдения.

В третьей серии опытов (основная группа) на фоне инфузии ПФ, ВСК достоверно удлиняется в динамике, начиная с 3-х суток до 2-х недель. На 1-е сутки после операции в контрольной группе удлинение составило $154,3 \pm 6,75$ с, в основной группе до $161,5 \pm 3,8$ с ($p \leq 0,05$). ВСК

животных, получавших традиционное лечение, на 3-е сутки после операции составила $159,2 \pm 4,94$ с, против животных, получавших в комплексе и раствор ПФ - до $167,4 \pm 4,7$ с ($p \leq 0,05$), удлинение составило, соответственно, на 6,3% и 11,74%, чем исходные данные ($149,8 \pm 10,13$). Через неделю время ВСК достоверно ($p \leq 0,05$) удлинялось соответственно в основной группе до $177,7 \pm 4,7$ с и контрольной до $163,1 \pm 3,28$ с. К концу 2-й недели после операции ВСК в контрольной группе составило $168,5 \pm 4,74$ с при норме $174,1 \pm 12,54$ с. При использовании ПФ наблюдали выраженное и значимое удлинение ВСК, чем при использовании традиционного метода лечения при сравнении между собой (на 3,7,14-е сутки) ($p \leq 0,05$). АПТВ после лечения на 3-и сутки ещё ниже контроля на 8%. В контрольной группе исследования отмечено ($p > 0,05$) не значимое удлинение АПТВ на 5-е сутки после операции на 0,83% выше исходных данных ($24,1 \pm 2,02$). К 2-м неделям отмечено не значимое удлинение АПТВ на 6,96% ($25,4 \pm 1,17$). У животных при использовании инфузий ПФ через 1-е сутки после операции отмечено удлинение АПТВ на 7,2% ($28,3 \pm 2,6$), 3-и сутки на 18,1% ($27,4 \pm 1,89$) и 5-е сутки на 17,9% ($28,2 \pm 1,3$) с последующей нормализацией. При сравнении между собой динамика изменений АПТВ во все сроки исследования достоверна ($p \leq 0,05$).

При использовании инфузий ПФ отмечали ранее и быстрое восстановление АПТВ, чем в группе контроля. Спустя 3-и сутки после использования традиционного метода лечения активность АТ-111 составила $72 \pm 4,19\%$, что выше на 8,27% по сравнению с исходными данными. К 5-7 дню - $73,5 \pm 3,68\%$ и к 14 дню - $75,3 \pm 4,02\%$. В этой группе животных отмечали не значимое повышение активности АТ-111 ($p > 0,05$). В третьей серии опытов у животных, получавших в комплексе и ПФ, спустя 1-е сутки активность АТ-111 повысилась на 4,9% и составила $77,3 \pm 2,98\%$, 3-и сутки - на 22,5% ($81,5 \pm 3,8\%$) и к 14 суткам повышение составило ($84,6 \pm 3,65\%$), что достоверно больше на 11,02% по сравнению с исходными данными. При сравнении между собой в сравниваемых группах активность АТ-111, начиная с 1-х по 14-е сутки достоверно выше в основной группе оперированных животных, где применяли в комплексе и инфузии перфторана (табл. 2).

В группе животных, получавших комплексное лечение, наблюдали ускорение фибринолитической активности в динамике до 2-х недель и к 14 суткам она составила $86,4 \pm 5,2$, что ниже на 10%, а в контрольной группе - $93,7 \pm 4,3$ мин, что выше на 3,7% чем исходные данные. Отмечали активацию фибринолитической системы крови в 3-й серии опытов, начиная с 3-х суток после операции до ($100,4 \pm 3,2$), на 7-е сутки

составила - $104,4 \pm 2,9$, что на 16,82% выше исходных данных, а в контрольной группе на 9,81% ($113,2 \pm 3,7$) ($p > 0,05$). Через две недели после лечения показатели в обеих группах имели тенденцию к нормализации ($p > 0,05$) (табл. 2).

В группе животных, получавших инфузии ПФ, показатели фибринолитической активности достоверно и значительно выше, чем при использовании традиционного способа лечения (при сравнении между собой и при одинаковых сроках наблюдения). На фоне комплексной профилактики отмечали уменьшение содержания фибриногена В до (++) у 9,09% на 1-е сутки после операции и (+) у 90,9% против контрольной группы, где (++) у 27,27% и (+) у 72,7%. Начиная с 3-х суток в основной группе отмечали отсутствие (++) , а (+) обнаруживали у 63,6% оперированных животных в основной группе против контрольной группы (+) у 72,7% (++) у 27,3%.

Таблица 2

Динамика показателей коагулограммы у животных 2-й серии опытов в обследованных группах ($M \pm m$; $n=9$; $p \leq 0,05$)

Показатели	Норма	Основная группа				Контрольная группа			
		На 1 сутки	На 3-е сутки	На 5-7 сутки	На 14 сутки	На 1 сутки	На 3-е сутки	На 5-7 сутки	На 14 сутки
		$M \pm m$	$M \pm m$	$M \pm m$	$M \pm m$	$M \pm m$	$M \pm m$	$M \pm m$	$M \pm m$
Тромб-ты, $10^9/\text{л}$	277 $\pm$ 11,7	*339,1 $\pm$ 8,4'	*352,1 $\pm$ 11,4	*327,2 $\pm$ 9,5	*279,8 $\pm$ 6,9'	*360 $\pm$ 13,1'	*395 $\pm$ 12,6'	*403,8 $\pm$ 15,3	*301,5 $\pm$ 11,7'
Фибрин-н, г/л	4,23 $\pm$ 1,19	*6,09 $\pm$ 0,65'	*5,21 $\pm$ 0,45	*4,74 $\pm$ 0,58'	*3,99 $\pm$ 0,6'	*7,13 $\pm$ 0,77'	*6,37 $\pm$ 0,58'	*6,26 $\pm$ 0,78'	*5,64 $\pm$ 0,39'
Фибрин-н В	--	++(9,09%) +(90,9%)	+(63,6%)	+(36,4%)-	--	++(27,3%) +(72,7%)	++(27,3%) +(72,7%)	++(9,09%) +81,8%)	++(9,09%) +(36,4%)
ВСК, с	174,1 $\pm$ 12,54	*161,5 $\pm$ 3,89'	*167,4 $\pm$ 4,76'	*177,7 $\pm$ 4,7'	*180,5 $\pm$ 3,7'	154,3 $\pm$ 6,75'	*159,2 $\pm$ 4,94	*163,1 $\pm$ 3,28'	*168,5 $\pm$ 4,74'
Этан. Тест, %	--	++(8,3) +(75)	+(58,3)	+(33,3)	--	++(8,3)+(91,6)	++(16,6)+(83,3)	++(8,3)+(66,6)	++(8,3)+(50)
РФМК	23 $\pm$ 2,26	*22,1 $\pm$ 1,66	*22,2 $\pm$ 1,39	*23,2 $\pm$ 1,68	*21,2 $\pm$ 1,68	*23,8 $\pm$ 1,31	*25,3 $\pm$ 1,49	*25,4 $\pm$ 0,84'	*23,4 $\pm$ 1,07'
АТПВ, с	29,2 $\pm$ 3,49	*28,1 $\pm$ 2,5	*26,8 $\pm$ 1,93	26,2 $\pm$ 3,22	*29 $\pm$ 1,05	*24,2 $\pm$ 2,8	*22,1 $\pm$ 1,7	23,5 $\pm$ 2,4	*24, $\pm$ 1,17
ПТИ, %	98,75 $\pm$ 7,85	*115,2 $\pm$ 3,58'	*104,6 $\pm$ 3,8'	*95,75 $\pm$ 3,7'	*91,3 $\pm$ 3,8	*120,8 $\pm$ 4,7	*117,2 $\pm$ 4,36'	*111,2 $\pm$ 3,27'	*101,5 $\pm$ 5,05
АТ- 111, %	85,8 $\pm$ 6,44	*77,3 $\pm$ 2,98'	*81,5 $\pm$ 3,8	*82,3 $\pm$ 4,57	*84,6 $\pm$ 3,65'	71,6 $\pm$ 2,4	*72 $\pm$ 4,19	*73,5 $\pm$ 3,68	*75,3 $\pm$ 4,02
ФА, мин.	91,3 $\pm$ 3,7	*94,6 $\pm$ 3,6	*100,4 $\pm$ 3,2	*104,4 $\pm$ 2,9	*86,4 $\pm$ 5,2	*97,5 $\pm$ 4,2	*105,3 $\pm$ 2,9	*113,2 $\pm$ 3,7	*91,7 $\pm$ 4,3
ТВ, с	13,5 $\pm$ 1,35	*12,4 $\pm$ 0,96'	*13,8 $\pm$ 0,63'	*14,4 $\pm$ 0,69'	*15,4 $\pm$ 0,69	*10,7 $\pm$ 1,34'	*11,7 $\pm$ 1,49	*12 $\pm$ 0,66'	*13,2 $\pm$ 0,85'

Примечание: ' $P \leq 0,05$ - разница достоверна в сравнении с исходными значениями; $P \leq 0,05$ ' - разница достоверна в сравнении в динамике в пределах одной группы; * $P \leq 0,05$ - разница достоверна между основной и контрольной группами при одинаковых сроках наблюдения.

Через 5-7 дней после операции обнаруживали фибриноген В только у 36,36% животных основной группы против контрольной группы – (+) у 81,8% и (++) у 9,09%. В контрольной группе фибриноген В обнаруживали до 2-х недель (++) у 9,09% и (+) у 36,4% экспериментальных животных. К концу 2-й недели после использования перфторана фибриноген В не обнаруживали в крови у 100% животных, тогда, как в контрольной группе этот показатель составил 54,5%. Обнаружение (+) в те же сроки наблюдения составило соответственно 83,4% и 66,6%. На фоне комплексной профилактики обнаружили снижение показателя этанолового теста до (+) у 75% через 1-е сутки после операции против контрольной группы – 91,66%. Начиная с 3-х суток, в основной группе этаноловый тест отрицателен у 41,6% оперированных животных, а в контрольной группе (++) обнаруживали у 16,6% оперированных животных. Через 5-7 суток лечения положительный этаноловый тест обнаруживали в контрольной группе животных (+) у 66,6% против 33,3% основной группы. В группе животных, получавших в комплексе и инфузии перфторана, (++) не обнаруживали уже начиная с 3-х суток после лечения. К концу 2-й недели у 100% показатели были нормальные в основной группе, тогда как в контрольной этот показатель составил 41,6%.

Выводы.

Удаление придатков матки (аднексэктомии) вызывает изменения в свертывающей системе крови оперированных животных в ранние сроки, выражающиеся повышением активности свертывающей системы и угнетением активности противосвертывающей системы, что создает риск к возникновению ранних тромбозмболических (тромботических) осложнений. Использование перфторана в комплексной терапии ранних нарушений в системе гемостаза после обширных операций на придатках позволяет нормализовать показатели гемостаза значительно раньше и тем самым уменьшить риск возникновения тромбозмболических осложнений.

Литература.

1. Г.Р. Иваницкий и др.// Перфторуглеродные соединения в медицине и биологии- Пушино, 2004-С.10-17.
2. А.В. Иванов. Комплексное лечение острого тромбоза магистральных вен с коррекцией гемореологических нарушений: Автореф. ... канд.мед.наук. - М., 1985.
3. М.И. Кирсанова, С.Г. Карапетян. Коррекция гемореологических нарушений у больных с миомой матки в послеоперационном периоде. //Акушерство и гинекология- 1990- №2- С. 27-29.

4. М.П. Курочка. Прогнозирование послеоперационных тромбоэмболических осложнений у пациенток с гиперпластическими процессами органов репродукции: Дис... канд. мед.наук. - Ростов-на-Дону. 2002.
5. Перфторан в интенсивной терапии критических состояний. / Под ред. Л.В. Усенко, Е.Н. Клигуненко. – Днепропетровск. 1999.- С. 56.
6. Л.В. Поташов. Профилактика и лечение ТЭО у больных общехирургического профиля. // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости- 2001-№3- С.62-64.
- 7.Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации №223 от 9 июня 2003 г. «Об утверждении отраслевого стандарта «протокол ведения больных. Профилактика тромбоэмболии легочной артерии при хирургических и иных инвазивных вмешательствах».
8. Профилактика тромбоэмболических осложнений в гинекологии / О.В. Макаров, Л.А. Озолина и др. – М., 2004.
9. В.Н. Серов, А.Д. Макацария. Тромботические и геморрагические осложнения в акушерстве. – М.: Медицина. 1987.- 288с.
10. Физиологически активные вещества на основе перфторуглеродов в экспериментальной и клинической медицине. / Под ред. Г.А.Сафронова. - СПб, 2001. – С.129.
11. Т.П. Шевлюкова. Гемокоагуляционные сдвиги у больных с миомой матки до и после операции, их коррекция витаминами-антиоксидантами: Дис... канд.мед.наук. - Тюмень. 1995.

Г.А. Гатина, Д.Г. Юсупова, М.А. Одаманова.
Особенности осложнений родов у женщин
экологических зон Дагестана

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия»
МЗ РФ кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета, г.
Махачкала

Введение.

Рождаемость в стране определяется репродуктивным здоровьем женщин, которое вызывает серьезные опасения в связи со сложившейся в последние десятилетия демографической ситуацией [1, 2, 4]. Актуальной проблемой в охране здоровья женщины является охрана здоровья беременных, охрана здоровья плода до его рождения с целью предупреждения осложненного течения родов [3, 6, 7]. Осложненное течение родов во многом определяет здоровье населения [4, 5, 8,]. В связи с этим особое значение для регулирования рождаемости приобретает здоровье будущих родителей, особенно будущих матерей.

Цель исследования: изучение частоты осложнений родов у госпитализированных женщин села и города.

Материал и методы исследования.

Для решения поставленной цели были проанализированы данные из медицинской карты и специального опросника 2173 женщин, госпитализированных в роддом №2 г. Махачкала за 3 года (с 2009 по 2011 гг.) по поводу беременности и ее осложнений. Основной контингент обследованных представляли городские женщины – 1943 (89,5%), сельских жительниц было 229 (10,5%). Из общего количества обследованных с осложнениями родов было 53 (2,4%), с осложнениями плода – 98 (4,5%). Для анализа использовались элементы описательной и сравнительной статистики.

Результаты исследования.

Изучение распределения осложнений родов среди женщин села и города Республики Дагестан показало (табл. 1), что осложнения родов в одинаковом проценте и больше всего наблюдались у женщин 20-24 лет и 25-29 лет, в сумме составляя 61,8%. У 30-39-летних осложнений было 26%, т.е. в 2,4 раза меньше, чем у 20-29-летних. В возрастной группе женщин 15-19 лет чаще из всех осложнений и примерно в одинаковом проценте встречались преждевременные и запоздалые

роды. Оперативное родоразрешение путем операции «кесарево сечение» наиболее часто имело место у 20-29-летних обследуемых, что составляет 57,8%. Прослеживается тенденция уменьшения частоты «кесарево сечение» с возрастом. У 30-39-летних его частота была 30,4%, в 1,9 раза меньше, чем у 20-29-летних. Запоздалые роды в равноценном проценте выявлены у 20-24-летних и 25-29-летних пациенток, суммарно 85,8%, в 3 раза реже они наблюдались у 15-19-летних. Преждевременные роды чаще обнаруживались у 20-24-летних пациенток, в 3 раза реже у 15-19-летних и 30-34-летних, в 1,8 раза реже у 25-29-летних женщин.

Таким образом, осложненное течение родов у женщин Республики Дагестан наиболее чаще встречается в возрасте 20-29 лет.

С целью изучения влияния места жительства на частоту осложнений родов проведен сравнительный анализ частоты осложнений родов у женщин села и города (табл. 1).

Таблица 1.

Распределение осложнений родов по возрасту и месту жительства

Возраст	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	>40	Всего
Дагестан	7,2	30,9	30,9	17,7	8,3	5,0	100,0
Кесарево сечение	4,7	25,8	32,0	19,5	10,9	7,0	100,0
Слабость родовой деятельности	0,0	0,0	50,0	50,0	0,0	0,0	100,0
Запоздалые роды	14,3	42,9	42,9	0,0	0,0	0,0	100,0
Преждевременные роды	13,6	45,5	25,0	13,6	2,3	0,0	100,0
Село	4,3	47,8	13,0	17,4	13,0	4,3	100,0
Кесарево сечение	5,3	42,1	15,8	15,8	15,8	5,3	100,0
Слабость родовой деятельности	0	0	0	0	0	0	0
Запоздалые роды	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Преждевременные роды	0,0	66,7	0,0	33,3	0,0	0,0	100,0

Города	7,6	28,5	33,5	17,7	7,6	5,1	100,0
Кесарево сечение	4,6	22,9	34,9	20,2	10,1	7,3	100,0
Слабость родовой деятельности	0,0	0,0	50,0	50,0	0,0	0,0	100,0
Запоздалые роды	16,7	33,3	50,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Преждевременные роды	14,6	43,9	26,8	12,2	2,4	0,0	100,0

В сельской местности осложненное течение родов чаще всего наблюдалось у 20-24-летних женщин, в 2,7 раза реже у 30-34-летних и в 3,6 раза реже у 15-19 и 35-39-летних обследуемых других. В сумме частота осложнений у 20-29-летних была 60,8%, у 30-39-летних – 30,4%, т.е. в 2 раза меньше, чем у 20-29-летних. Оперативное родоразрешение с помощью операции «кесарево сечение» констатировалось чаще у 20-24-летних, в 2,7 раза реже и с одинаковой частотой оно встречалось у 25-29, 30-34 и 35-39-летних женщин. Как единственное осложнение оно было выявлено у 15-19-летних пациенток. Самая высокая частота преждевременных родов была обнаружена у 20-24-летних обследуемых, в 2 раза реже преждевременных родов было у 30-34-летних.

Полученные данные говорят о том, что осложнения родов у сельских женщин чаще наблюдались в возрасте 20-29 лет (60,8%), с преобладанием их числа у 20-24-летних (47,8%). В 2 раза реже осложнения родов выявлялись у 30-39-летних пациенток, что составляет 30,4%.

В городской местности осложненное течение родов чаще встречалось и примерно с одинаковой частотой у 20-24 и 25-29-летних, что в сумме составляя 62%, в 2,5 раза реже осложнения родов встречались у 30-39-летних, составляя 25,3%. «Кесарево сечение» чаще наблюдалось у 25-29-летних женщин, у 20-24 и 30-34-летних в 1,5 и 1,7 раза реже, чем у 25-29-летних.

Частота «кесарева сечения» в сумме у 20-29-летних составила 57,8%, у 30-39-летних – 25,3%, что в 2 раза меньше, чем у 20-29-летних. Запоздалые роды в 1,5 раза чаще наблюдались у 25-29-летних, чем у 20-24-летних пациенток. Суммарно у 20-29-летних их частота была 83,3%. Преждевременные роды в 1,6 раза чаще выявлялись у 20-24-летних обследуемых, чем у 25-29-летних. Общая частота их у 20-29-

летних составила 70,7%, в 4,8 раза меньше она была у 30-39-летних (14,6%).

Таким образом, осложненное течение родов у городских женщин наблюдалось чаще всего у 20-29-летних – 62%, частота осложнений не имела достоверных различий у 20-24 и 25-29-летних женщин. У 30-39-летних частота осложнений родов составила 22,8%, т. е. была в 2,7 раза меньше, чем у 20-29-летних.

Выводы.

Изучение частоты осложненного течения родов у женщин села и города показало, что у сельских и городских женщин довольно высокий процент осложнений родов и он равноценен 60,8% и 62%, что позволяет прийти к заключению, что частота осложнений родов не зависит от места жительства. Наибольший процент осложнений приходится на женщин активного репродуктивного возраста – 20-29 лет. Наиболее частыми осложнениями в селе и в городе явились «кесарево сечение», преждевременные и запоздалые роды. Частота осложнений увеличивается с возрастом, за исключением частоты преждевременных родов у городских женщин, которая уменьшается с возрастом.

Обращает внимание, что из числа всех осложнений по Республике Дагестан самым частым является «кесарево сечение». Доля кесарева сечения среди осложнений родов составила 70,7%. Рост патологии органа репродуктивной системы может повлечь нарушения репродуктивного здоровья женщин, что приведет к изменению процессов воспроизводства поколений и отрицательно скажется на демографической обстановке.

Литература.

1. В.Ю. Альбицкий, А.Н. Юсупова, В.И. Шарапова, И.М. Волков. Репродуктивное здоровье и поведение женщин России. М., 2001.
2. И.И. Белобородов. Демографическая ситуация в мире. Прогнозы и решения // Демография. 24.05.2011.
3. К.Д. Данишевский. Наиболее важные для России приоритеты в области здоровья населения трудоспособного возраста // Проблемы управления здравоохранением. – 2010. С. 13 - 19.
4. Демографический кризис в Российской Федерации. URL: [http://ru.wikipedia.org/wiki/Демографический кризис в Российской федерации](http://ru.wikipedia.org/wiki/Демографический_кризис_в_Российской_федерации) (08.04.2014).

5. В.И. Кулаков. Руководство по охране репродуктивного здоровья. – М.: Триада – X, 2001.
6. О.В. Медведева, О.Е. Коновалов, Д.И. Кича. Здоровье и демографические процессы в России. М., 2010. С. 83-92.
7. Охрана здоровья населения в России: Материалы Межведомственной комиссии Совета безопасности Российской Федерации по охране здоровья населения, март 1994 г. М.: Юрид.лит-ра, 1995. URL: [boors/google.ru/ books?isbn=572600793X](https://books.google.ru/books?isbn=572600793X) (08.04.2014).
8. Г.А. Ушакова, Л.Б. Николаева. Репродуктивное здоровье и репродуктивное поведение женщин высоко урбанизированного региона // Здравеохранение Российской Федерации. – 2010. - №3. С. 14 - 17.

УДК 618.12-06-089.1

Рагимова Р.И.

Коррекция ранних гемореологических нарушений после удаления придатков матки

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

Введение.

Общая частота тромбоэмболических осложнений после гинекологических вмешательств составляет от 4 до 22% по данным [5,6,7], а в общей хирургии –30% (ТГВ). Летальность среди нелеченных достигает до 30% [2], но при рано начатой терапии антикоагулянтами не превышает 10% (RichS.).

Основой развития тромбоэмболических осложнений (ТЭО) является хронический ДВС - синдром в стадии длительной гиперкоагуляции. Источником тромбо-образования у женщин с гиперпластическими процессами служат сосуды, ближайшие к зоне операции, что подтверждено патоморфологически [4]. Система гемостаза оказывает влияние на гемореологию, гемодинамику, проницаемость со-судистой стенки, участвует в заживлении ран, воспалений и в то же время сама подвергается воздействию этих факторов [2, 3, 7]. По данным литературы [1], перфторан, растворяясь в мембране эритроцитов, делает их более эластичными и легко деформируемыми, уменьшает вязкость крови, что улучшает

прохождение эритроцитов через капилляры, а следовательно, и доставку кислорода тканям. Обладая дезагрегационным действием на тромбоциты, перфторан разрушает тромбоцитарные агрегаты, что также способствует реканализации сосудистого русла. Все это послужило основанием для включения плазмозамениителя перфторана в программу комплексной инфузионно-трансфузионной терапии для коррекции ранних гемореологических нарушений после обширных гинекологических операций.

Цель исследования: коррекция ранних гемореологических нарушений после удаления придатков матки.

Материал и методы исследования.

Для решения поставленных задач нами выполнены эксперименты на многопородных беспородных 27 собаках (самках) с массой от 13 до 20 кг с соблюдением всех этических норм. Под внутривенным тиопенталовым наркозом вскрывали брюшную полость - нижняя срединная лапаротомия. У всех животных удаляли яичники с маточными трубами (придатки). Операции выполнены в трех сериях: 1 серия опытов (9 животных) – изучали показатели гемореологии крови в динамике после операции (при этом коррекцию не производили), во 2-й серии (9 животных) после операции для коррекции гемореологических нарушений использовали традиционный метод лечения (реополиглюкин вводили внутривенно капельно в дозе 5-7 мл на 1 кг веса, гепарин в дозе 5 тыс. ЕД 2 раза в день), в 3-й (контрольной) серии (9 животных) после операции использовали комплексный метод лечения, суть которого заключается в следующем: перед зашиванием операционной раны в боковую клетчатку таза вводили раствор озонированного перфторана. В первые три дня после операции вводили гепарин в дозе 1,5-2,0 тыс. ЕД 2 раза в сутки, внутривенно капельно вводили раствор реополиглюкина в дозе 7-8 мл на 1 кг веса.

На 1, 3, 5-е сутки после операции внутривенно вводили еще и раствор перфторана в дозе 10-15 мл на 1 кг веса (патент РФ на изобретение № 2375066) – основная группа. Дозы рассчитывались индивидуально. Перед введением основного объема перфторана производили постановку биологической пробы: после введения первых 3-5 капель перфторана делали перерыв на 3 минуты, после последующих 30 капель еще перерыв на 15-20 минут для выявления возможных аллергических реакций. При отсутствии последних продолжали вливание в произвольном темпе, в среднем со скоростью 50 капель в минуту. У всех животных изучали некоторые показатели реологии крови: вязкость, гематокрит и скорость капиллярного

кровотока. Вязкость крови определяли капиллярно - водяным вискозиметром «ВК-4»; гематокрит на гематокритной центрифуге «Красногвардеец» при частоте 2000 об/мин в течение 15 минут (в %); скорость капиллярного кровотока определяли с помощью лазерного доплеровского флоуметра «ЛАКК-1» до операции и в динамике послеоперационного периода на 1, 3, 5, 7, 14-е сутки.

Результаты исследования.

Исследования показали, после операции удаления придатков в крови оперированных животных отмечали изменения в реологии крови в виде повышения вязкости, увеличения гематокрита и уменьшения скорости капиллярного кровотока в динамике до 5-7 суток ($p \leq 0,05$) после операции с последующей тенденцией к восстановлению.

На 1-е сутки после операции выявили значимое повышение вязкости крови на 82,12% ($8,05 \pm 0,658$ мм вод.ст.) и гематокрита на 33,16% ($52,2 \pm 3,7\%$) ($p \leq 0,05$). Спустя 3 суток после операции отмечено повышение вязкости на 48,4% что составило $6,56 \pm 0,62$ мм вод.ст., и гематокрита на 40,56% ($55,1 \pm 3,44\%$) ($p \leq 0,05$). Через неделю после удаления придатков показатель вязкости увеличился на 31,4%, а гематокрита на 19,89% по сравнению с исходными данными ($4,4 \pm 0,45$ и $39,2 \pm 3,08$) ($p \leq 0,05$). К концу 2-й недели эти показатели имели тенденцию к снижению до $4,58 \pm 0,3$ и $41,4 \pm 2,76$ (табл. 1).

Таблица 1

Состояние некоторых показателей реологии крови после операции удаления придатков ($M \pm m$; $n=10$; $p \leq 0,05$)

Показатели гемореологии	Норма	На 1-е сутки	На 3-е сутки	На 5 -7-е сутки	На 15 -е сутки
Вязкость крови, мм вод. ст.	$4,42 \pm 0,45$	$8,05 \pm 0,66$	$6,56 \pm 0,62$	$5,81 \pm 0,38$	$4,58 \pm 0,32$
Гематокрит, %	$39,2 \pm 3,08$	$52,2 \pm 3,7$	$55,1 \pm 3,4$	$47 \pm 3,2$	$41,4 \pm 2,76$
Скорость кровотока, усл. ед.	$18,1 \pm 1,19$	$15 \pm 1,25$	$13,1 \pm 1,19$	$16,2 \pm 1,48$	$17,8 \pm 1,23$

Примечание: ' $p \leq 0,05$ - разница достоверна в сравнении с исходными значениями

Скорость капиллярного кровотока достоверно снижалась в динамике до 5-7 суток. Спустя сутки, снижение составило 17,23% ($15 \pm 1,25$), на 3-е сутки – на 27,63% ($13,1 \pm 1,19$) ($p \leq 0,05$). Через неделю значимое снижение составило 10,5% ($16,2 \pm 1,48$) от исходных данных ($18,1 \pm 1,19$). Начиная с 7-ых суток после операции наблюдали тенденцию к восстановлению. В ранние сроки после операции удаления придатков матки отмечено значимое увеличение вязкости крови и гематокрита и уменьшение скорости капиллярного кровотока ($p \leq 0,05$) с последующей тенденцией к нормализации в динамике (рис. 1).

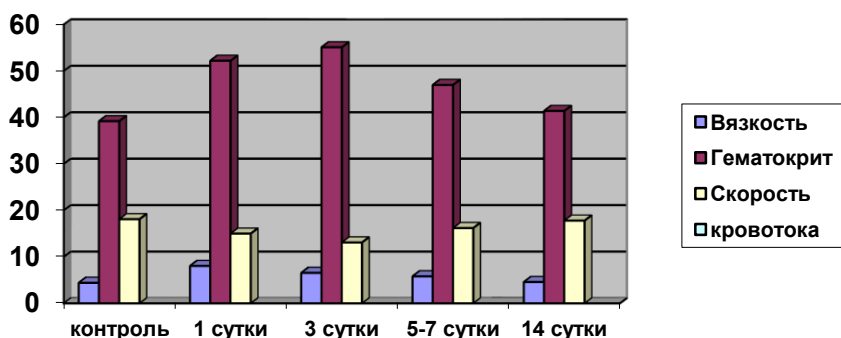


Рис. 1. Показатели реологии крови после удаления придатков матки.

Коррекция показателей гемореологии крови после удаления придатков матки: в основной группе животных (3- серия опытов) на фоне инфузий ПФ вязкость крови снижалась на 21,37% (с $8,10 \pm 0,34$ мм вод.ст. до $6,33 \pm 0,47$ мм вод.ст.) и значительно больше относительно показателей контрольной группы на 9,17% (с $8,13 \pm 0,21$ до $7,32 \pm 0,8$ мм вод.ст.) через сутки исследования ($p \leq 0,05$).

Вязкость крови животных (2-серия), получавших традиционное лечение, на 3-и сутки после операции составила $6,04 \pm 0,71$ мм вод.ст. против животных, получавших в комплексе и раствор ПФ - $4,79 \pm 0,5$ мм вод.ст. ($p \leq 0,05$). Через неделю показатели достоверно снижались в контрольной группе на 9,64% до $5,25 \pm 0,46$ мм вод.ст. и основной - на 30,47% до $4,04 \pm 0,33$ мм вод.ст. ($p \leq 0,05$), соответственно. Спустя 2 недели после операции вязкость крови у животных (3-серия) основной группы составила $3,42 \pm 0,38$ мм вод.ст. против контрольной группы - $4,58 \pm 0,47$ мм вод.ст. ($p \leq 0,05$) (при контроле $4,42 \pm 0,45$) (рис. 2).

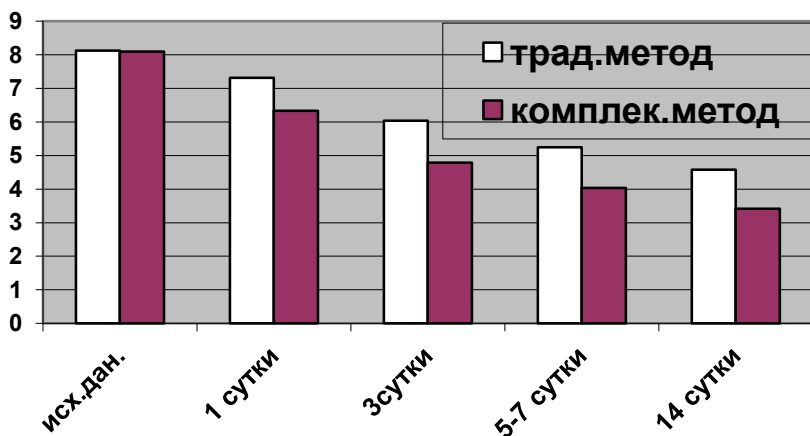


Рис. 2. Динамика вязкости крови после коррекции у животных, перенесших удаление придатков.

Показатель гематокрита на 1-е сутки после операции в контрольной группе составил $54,8 \pm 1,9\%$ в основной группе $-52 \pm 1,75\%$ ($p \leq 0,05$). Спустя 3 суток после операции, отмечали тенденцию к снижению гематокрита в контрольной группе (2-серия) на 6,5% ($52,17 \pm 1,6\%$), а в основной группе - на 12% до $49,4 \pm 1,56\%$ ($p \leq 0,05$). Через неделю этот показатель значимо ($p \leq 0,05$) снижался в основной группе (3-серия) по сравнению с контрольной группой, соответственно на 23,47% - $45,9 \pm 1,5\%$ и на 16,5% - $49,3 \pm 1,5\%$ (рис. 3). К концу 2-й недели после операции удаления придатков отмечено дальнейшее снижение показателя гематокрита, выраженное в основной группе животных - $42,8 \pm 1,52\%$, что достоверно ниже, чем в контрольной группе - $46,5 \pm 1,5\%$ при контроле – норма ($40,08 \pm 3,7\%$).

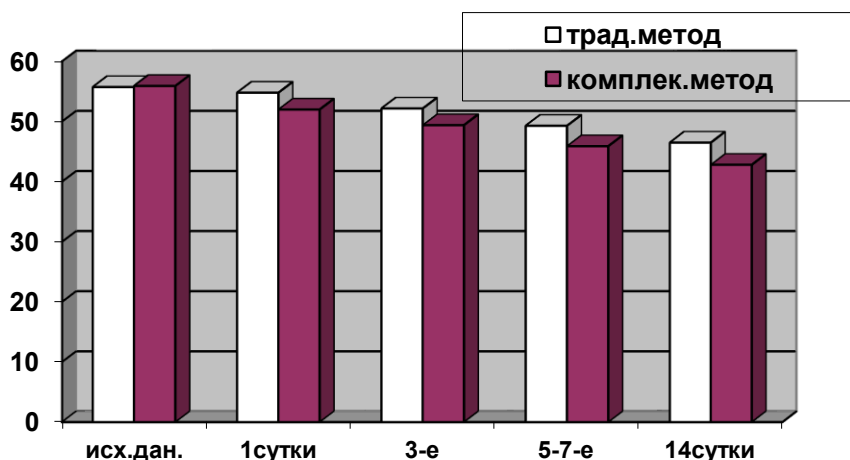


Рис. 3. Динамика гематокрита после коррекции у животных, перенесших удаление придатков.

На фоне введения ПФ ч спустя 1-е сутки после операции, отмечали увеличение СКК до $15,5 \pm 0,97$ у.е. ($p \leq 0,05$), а в контрольной группе до $14,1 \pm 0,73$ у.е. при исходных данных $15 \pm 1,25$ у.е. Спустя 3 сутки после операции отмечено достоверное увеличение скорости кровотока в основной группе на 25,95%, что составило $16,5 \pm 1,18$ у.е., а в контрольной группе до $15,1 \pm 0,56$ у.е. - на 15,2% ($p \leq 0,05$). Через 2 недели после операции удаления придатков в динамике отмечали более раннюю нормализацию СКК у оперированных животных в основной группе (3-серия) - $18,5 \pm 0,85$ у.е., а в контрольной группе (2-серия) - $16,2 \pm 1,03$ у.е. ($p \leq 0,05$) (рис. 4).

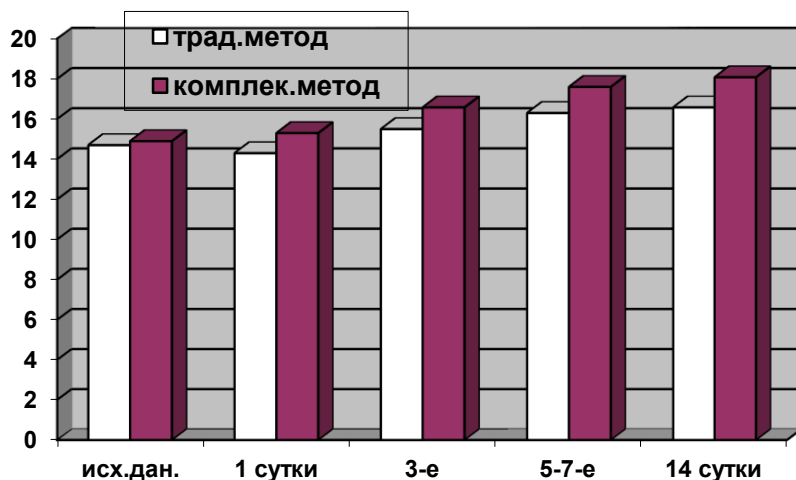


Рис. 4. Динамика скорости кровотока после лечения у животных, перенесших удаления придатков.

Выводы.

Удаление придатков матки (аднексэктомии) вызывает изменения в гемореологии крови оперированных животных в ранние сроки, выражающиеся повышением вязкости, гематокрита и снижением скорости капиллярного кровотока, что создает риск к возникновению ранних тромбозомболических осложнений. Комплексная профилактика ранних гемореологических нарушений с использованием инфузии ПФ позволяет нормализовать эти нарушения к 5-7 дню после операции.

Литература.

1. Г.Р. Иваницкий и др.// Перфторуглеродные соединения в медицине и биологии- Пузино, 2004-С.10-17.
2. А.В. Иванов. Комплексное лечение острого тромбоза магистральных вен с коррекцией гемореологических нарушений: Автореф. ... канд.мед.наук. - М., 1985.
3. М.И. Кирсанова, С.Г. Карапетян. Коррекция гемореологических нарушений у больных с миомой матки в послеоперационном периоде. //Акушерство и гинекология- 1990- №2- С. 27-29.

4. М.П. Курочка. Прогнозирование послеоперационных тромбоэмболических осложнений у пациенток с гиперпластическими процессами органов репродукции: Дис... канд.мед.наук. - Ростов-на-Дону. 2002.
5. Профилактика тромбоэмболических осложнений в гинекологии /О.В. Макаров, Л.А. Озолина и др. – М., 2004.
6. В.Н. Серов, А.Д. Макацария. Тромботические и геморрагические осложнения в акушерстве. – М.: Медицина. 1987.- 288 с.
7. Т.П. Шевлюкова. Гемокоагуляционные сдвиги у больных с миомой матки до и после операции, их коррекция витаминами-антиоксидантами: Дис. ...канд. мед.наук. - Тюмень. 1995.

УДК 613.99-055.2

***Т.Х. Хашаева, М.А. Одаманова, С.З. Аллахкулиева,
Г.А. Гатина, С.А. Алиева.***

**Влияние характера трудовой деятельности на состояние
здоровья пожилых женщин**

Дагестанская государственная медицинская академия,
кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультет
г. Махачкала

Здоровье граждан является одним из наиболее важных составляющих национального богатства. Реальная оценка влияния на здоровье различных факторов создает предпосылки для разработки программы управления собственным здоровьем [6].

На состояние здоровья накладывают отпечаток многие факторы, обусловленные как биологическими, так и социально-экономическими предпосылками [4].

Между возрастом и состоянием здоровья человека существует определённая зависимость, которая характеризуется тем, что с увеличением возраста здоровье постепенно угасает. Но эта зависимость не является строго прямолинейной, она имеет вид своеобразной кривой. Определенную роль в этом играет и характер трудовой деятельности в предыдущие годы жизни [2, 5].

Характер трудовой деятельности может быть связан с физическим и нервным перенапряжением, когда работа требует пристального внимания, связана с пребыванием в неблагоприятных погодных условиях, подъемом тяжестей, с ядохимикатами. При наличии этих неблагоприятных факторов существует вероятность нервного истощения, снижения иммунного ответа [3, 4].

К сожалению, в настоящее время показатели здоровья населения ухудшаются. Критическая демографическая ситуация в стране в значительной степени обусловлена нарушениями репродуктивного здоровья женщин. А одна из основных причин роста патологии репродуктивного здоровья женщины – вредное влияние условий труда, тяжести и напряженности трудового процесса [1].

Сегодняшние проблемы улучшения здоровья населения и роста продолжительности жизни в России – это прежде всего проблемы дальнейшего ограничения воздействия на здоровье человека неблагоприятных экзогенных факторов [6].

Цель исследования: было изучение влияния характера трудовой деятельности на репродуктивную функцию, гинекологическую и соматическую заболеваемость женщин.

Материал и методы исследования.

В соответствии с целью исследования нами были обследованы 122 пожилые женщины, проживающие в г. Дербент и Дербентском районе. В зависимости от характера трудовой деятельности они были распределены на две группы:

1-ю группу составили 77 женщин, занятых умственным трудом, характер работы которых требовал нервного напряжения, концентрации внимания, был связан с частыми выступлениями, стрессовыми ситуациями и т.д. Средний возраст женщин в этой группе составил $64,22 \pm 3,7$ лет.

2-ю группу составила 51 женщина, занятая физическим трудом. Этим женщинам приходилось переносить тяжести, работать при высокой или низкой температуре, проводить обработку растений ядохимикатами и т.д. Средний возраст пациенток этой группы составил $63,82 \pm 3,7$ лет.

Таким образом, по возрастной характеристике группы сопоставимы. Все обследованные пациентки проживали в низменных районах.

Применяемые нами методы исследования состояли в опросе, сборе анамнеза, гинекологических осмотрах женщин, выкопировке данных историй болезни и амбулаторных карт. Использовались результаты проведенных УЗИ, ЭКГ, лабораторных анализов и данные осмотров специалистов.

Была разработана и заполнялась для каждой пациентки унифицированная информационная карта, результаты которой вводились в компьютерную программу для последующей обработки. Результаты исследования обрабатывали при помощи пакета статистических программ Microsoft Excel и специально созданной программы "Medicol", при этом соблюдались общие рекомендации для медицинских и биологических исследований.

Результаты исследования.

При изучении социально-бытовых факторов выявлено, что среди пациенток, занятых умственным трудом, большинство составляли городские жительницы - 49 (63,3%). В тоже время среди женщин, занятых физическим трудом, преобладали жительницы села – 38 (74,5%).

Большинство городских жительниц (68,1%) имели высшее или среднее образование, занимались ранее и продолжали заниматься умственным трудом. Что касается сельских жительниц, то только 25,6% из них имели преимущественно среднее специальное образование. Большинство сельчанок были заняты физическим трудом -74,4%, в то время как среди горожанок таких было 31,9%.

Репродуктивную способность женщин во многом определяет характер менструальной функции, поэтому нас интересовал возраст менархе и наличие нарушений менструального цикла в анамнезе обследуемых женщин.

При изучении возраста менархе было установлено, что в обеих группах наибольшее число обследованных начали менструировать в возрасте 12-14 лет: 49 женщин (63,6%) - в первой группе и 37 (72,5%) - во второй.

Установлено также, что нарушения менструальной функции имели место у 29,9% пациенток, занятых умственным трудом и у 33,3%, занятых физическим трудом ($p > 0,05$).

Дисфункциональные маточные кровотечения наблюдались в перименопаузе у 16 женщин (20,8%) первой группы и у 12 пациенток (23,5%) второй группы. В связи с этим пациенткам было произведено выскабливание эндометрия.

Средний возраст менопаузы составил $49,5 \pm 3,8$ лет - в первой группе и $49,94 \pm 3,6$ лет - во второй группе. Причем у двух женщин из каждой группы, которым была проведена операция субтотальной гистерэктомии, наблюдалась хирургическая менопауза.

Климактерический синдром развился у 15 пациенток (19,5%) первой группы и только у 3 женщин (5,9%) второй группы ($p < 0,01$). Это свидетельствует о том, что умственное перенапряжение и хронический стресс более неблагоприятно сказываются на течение перименопаузы, чем чрезмерная физическая нагрузка.

В таблице представлено число беременностей и родов в двух группах наблюдения. Среднее число беременностей в первой группе составило $4,6 \pm 1,8$, а среднее число родов - $3,4 \pm 1,5$. Во второй группе эти показатели составили $4,94 \pm 0,3$ и $4,98 \pm 0,2$ соответственно.

Как видно из представленных данных, характер труда не сказывался на репродуктивном потенциале женщин, большинство из них реализовывали традицию многодетности, существующую в Дагестане.

Несмотря на то, что большинство пациенток исповедовали ислам, запрещающий прерывание беременности, в обеих группах имели место случаи ее добровольного прерывания. Однако среди женщин, занятых физическим трудом, их было достоверно меньше (37,3%), чем среди пациенток, занятых умственным трудом (50,8%) ($p < 0,05$). Что касается внебольничных аборт, то во второй группе эта ситуация имела место чаще (у 19,6%), чем в первой (14,3%) ($p < 0,05$). Возможно, это связано с характером работы пациенток или несвоевременным обращением за медицинской помощью.

Таблица 1.

Репродуктивный анамнез женщин, занятых умственным и физическим трудом

Репродуктивный анамнез	1-я группа N=77	2-я группа N =51
нет беременностей	1 (1,3%)	2 (3,9%)
1-3 беременности	19 (24,7%)	12 (23,5%)
4-6 беременностей	48 (62,3%)	26 (51,0%)
7-9 беременностей	9 (11,7%)	9 (17,6%)
более 10 беременностей	нет	2 (3,9%)
нет родов	1 (1,3%)	2 (3,9%)
1 роды	3 (3,9%)	2 (3,9%)
2 родов	19 (24,7%)	6 (11,8)
3 родов	22 (28,6%)	9 (17,6%)
4 родов	16 (20,8%)	18 (35,3%)
более 4 родов	16 (20,8%)	14 (27,5%)

Это предположение возникает при анализе ситуаций, связанных с угрозой прерывания беременности, но сохранившейся в результате соответствующей терапии. Несмотря на то, что в первой группе частота возникновения этого осложнения беременности была большей - 54,6% против 33,4%, беременность была сохранена ($p < 0,05$).

При изучении частоты других осложнений гестационного процесса нами установлено, что ранний токсикоз при одной беременности наблюдался у 39 (50,5%), при двух и более – у 10 (13,0%) женщин первой группы, аналогичная ситуация была соответственно у 26 (51,0%) и 3 (5,9%) пациенток второй группы. Таким образом, это осложнение беременности чаще имело место у женщин, занятых умственным трудом.

Что касается гестоза, то удалось установить достоверную разницу в частоте этой патологии в обеих группах: в первой

группе гестоз отмечался у 25 (32,5%) женщин, во второй – у 14 (27,4%) ($p < 0,05$)

Известно, что анемия, развивающаяся во время беременности, нередко связана с особенностями питания, поэтому можно было бы предположить, что женщины, занятые умственным трудом более рационально питаются. Однако наши исследования показали, что у женщин, занятых физической работой, живших преимущественно в сельской местности, анемия встречалась реже - у 62,8%, в то время как при интеллектуальном труде эта патология наблюдалась достоверно чаще - у 75,3% пациенток.

При сопоставлении особенностей течения родов у женщин с различным характером труда, нами было установлено, что частота преждевременных родов была достоверно большей у женщин, занятых физическим трудом и составила 23,5%. В то время как женщины, занимавшиеся умственной работой, имели это осложнение гестации достоверно реже (у 19,5%). Запоздалые роды вдвое чаще наблюдались у женщин второй группы - 5,9%, против 2,6 % - в первой.

Кровотечения во время беременности, обусловленные предлежанием или преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, одинаково часто наблюдались в обеих группах и составили соответственно 5,2% и 5,9%. Они послужили основанием для оперативного родоразрешения. Кровотечения в родах и в раннем послеродовом периоде чаще имели место у пациенток второй группы (21,6%) по сравнению с первой (20,8%). Однако разница статистически не значима.

Анализируя частоту оперативного родоразрешения в группах наблюдения, удалось установить, что операция кесарева сечения (КС) была проведена 10 (13%) женщинам первой группы, причем одной из них КС проводилось при двух беременностях. Среди пациенток, занятых физическим трудом, 8 (15,7%) также были оперативно родоразрешены.

Мы не выявили достоверной разницы в частоте послеродовых и послеабортных осложнений. Они наблюдались, со слов пациенток, у 9 женщин второй группы и составили

17,7%%, в то время как в первой группе подобная ситуация была у 12 женщин (15,6%).

На момент наблюдения был изучен гинекологический статус женщин путем бимануального исследования, УЗИ, изучения влагалищной флоры.

Анализ гинекологической патологии показал, что почти у каждой третьей женщины первой группы был диагностирован вульвовагинит (29,9%), в то время как во второй группе эта патология встречалась чуть реже и наблюдалась у 14 пациенток (27,5%).

В таблице 2 представлены результаты изучения гинекологической патологии на основании анамнестических данных, анализа амбулаторных карт и историй болезни.

Таблица 2.

Гинекологическая патология в анамнезе женщин в группах наблюдения

Гинекологическая патология	1-я группа	2-я группа
Псевдозрозия шейки матки	26 (33,8%)	6 (11,8%)
Миома матки	21 (27,3%)	18 (35,3%)
Дистопия половых органов	9 (11,7%)	8 (15,7%)
Эндоцервицит	18 (23,4%)	6 (11,8%)
Хроническое воспаление матки и/или придатков	25 (2,5%)	22 (43,1%)
Киста яичника	3 (3,9%)	

Как показано в таблице, достоверно чаще у женщин первой группы наблюдались псевдозрозия шейки матки и киста яичника. Что касается женщин, занятых физическим трудом, то в этой группе достоверно чаще наблюдался воспалительный процесс.

Необходимо отметить, что по поводу патологии шейки матки 14 (18,2%) женщинам первой группы проводились деструктивные манипуляции, что касается пациенток второй группы, то 6 (11,8%) из них проводилась диатермокоагуляция. Гинекологические операции по поводу патологии придатков матки были ранее

проведены 6 (7,8%) женщинам, занятым умственным трудом, в том числе двум пациенткам проведены urgentные операции по поводу эктопической беременности. Одной (2,0%), женщине, занятой физическим трудом, также была удалена маточная труба в связи с внематочной беременностью. По поводу дистопии половых органов ранее были оперативные вмешательства у 4 женщин первой группы.

Изучение характера сердечно-сосудистой патологии позволило выявить отсутствие сердечно-сосудистых заболеваний у 29,4 % женщин второй и у 18,2% пациенток первой группы ($p<0,05$). Частота гипертонической болезни (ГБ) в группах имела аналогичное соотношение. В первой группе (среди женщин, занятых умственным трудом) ГБ наблюдалась у 49 (63,6%) пациенток, во второй группе – у 52,9% ($p<0,05$). Достоверные различия были установлены при сравнении частоты ишемической болезни сердца (ИБС). Так, в первой группе ИБС наблюдалась у 16 (20,8%) женщин, в то время как во второй группе эта патология встречалась значительно реже – у 5 пациенток (9,8%) ($p<0,05$).

Хронический бронхит диагностирован у 22 (28,6%) и 10 (19,6%) женщин соответственно группам. У одной женщины второй группы выявлен туберкулез легких. По поводу бронхиальной астмы на диспансерном учете было 10 (13,0%) пациенток первой и 4 (7,8%) второй группы ($p<0,05$).

При сопоставлении частоты заболеваний желудочно-кишечного тракта было установлено, что диагноз колита выставлен гастроэнтерологами почти одинаково часто в группах наблюдения - 29,9% и 27,5% соответственно. Дискенезия желчных путей достоверно чаще отмечалась у женщин, занятых умственным трудом - 28,6%, против 21,6% ($p<0,05$).

Консультация нефролога показала, что, несмотря на комплекс неблагоприятных факторов, которым в процессе работы подвергались женщины, занятые физическим трудом, – переохлаждение, перегревание и т.п., частота некоторой патологии почек была выше в первой группе. Пиелонефрит диагностирован у 27 (35,1%) против 13 (25,5%), Хроническая

почечная недостаточность выявлена у 3 пациенток первой группы. Гломерулонефрит выявлен у 2 (2,6%) женщин, занятых умственным трудом. Цистит, напротив, чаще наблюдался у женщин второй группы: 24,2% против 15,2%.

Установлены также определенные различия в характере и частоте эндокринной патологии. Частота сахарного диабета I типа была почти одинаковой: им страдали 3 (5,9%) пациентки второй группы и 5 (6,5%) – первой. В то время, как инсулиннезависимый диабет чаще был диагностирован в первой группе – у 18,5%, а во второй – 13,7 %. Мы не выявили влияния характера работы на частоту патологии щитовидной железы.

Выводы.

Таким образом, сопоставление представленных показателей двух групп женщин, чья работа была связана с неблагоприятными условиями труда, показало, что более негативный статус в пожилом возрасте был у женщин с психическими перегрузками, чем у пациенток, занятых физическим трудом.

При нервном перенапряжении, напряженном внимании чаще возникает ГБ, ИБС, заболевания почек. В том случае, если женщина занята физическим трудом, повышается вероятность возникновения воспалительных заболеваний половых органов и цистита. Необходимо также учитывать то обстоятельство, что большинство пациенток первой группы были городскими жительницами, в то время как женщины, занятые физическим трудом, жили, в основном, в сельской местности, где более благоприятные климатические условия, отсутствует загазованность, в пищу используются натуральные продукты, меньше стрессовых ситуаций.

Литература.

1. Т.Г. Захарова, Г.Н. Гончарова. Репродуктивное здоровье юных матерей и их новорожденных. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2002. №3. С.11-14.
2. Л.И. Кательницкая. Тезисы конференции. Возрастные аспекты патологии внутренних органов. Ростов-на-Дону, 1998. С.46.

3. С.Ш. Какваева, Т.Х. Хашаева. Сравнительные данные репродуктивного анамнеза мало- и многорожавших женщин. // Медицина. Наука и практика. Махачкала, 2009. С.113-120.
4. Н.С.-М. Омаров, Т.Х. Хашаева, С.М. Гаджимурадова. Влияние паритета на соматический статус женщин. // Медицина. Наука и практика. Махачкала. 2009. С.57-68.
5. Т.Х. Хашаева, С.Ш. Какваева. Соматическая и гинекологическая патология у многорожавших женщин. // Медицина. Наука и практика. Махачкала. 2008. №1. С.89-100.
6. А.С. Юркевич. Влияние социально-экономических факторов на здоровье населения как условие формирования трудового потенциала России: автореф.дисс. канд. экон.наук. М.,1999. 175 с.

УДК 618.3-022.3-06(470.67)

Г.А. Гатина, Д.Г. Юсупова, М.А. Одаманова.

**Особенности распределения госпитальных осложнений
беременности у женщин города и села
Республики Дагестан**

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия»
МЗ РФ, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета, г.
Махачкала

Введение.

Многими исследованиями доказано влияние осложненного течения беременности и родов на состояние здоровья населения [1, 2, 3,6,7,9,10]. Оценка здоровья беременных женщин с учетом региональных особенностей приобретает особое значение, поскольку неблагоприятные последствия осложнений беременности и родов представляют риск как для женщины, так и для ее ребенка [4,5,8,11].

Цель исследования: оценить особенности структуры осложнений беременности у госпитализированных женщин села и города.

Материал и методы исследования.

Нами были проанализированы данные из медицинской карты и специального опросника 2173 женщин, госпитализированных в различные отделения роддома № 2 г. Махачкала за 3 года (с 2011 по 2013 гг.) по поводу беременности и ее осложнений. Среди обследуемых были выявлены 732 (33,7%) женщины с осложнениями беременности,

53 (2,4%), с осложненным течением родов и 98 (4,5%) с осложнениями плода (табл. 1). Для статистического анализа использовались элементы описательной и сравнительной статистики.

Таблица 1.

Количество женщин, госпитализированных в РД № 2 в 2009-2011 гг., с осложнениями беременности, родов и плода

Возраст, лет	Осложнения беременности	Осложнения родов	Осложнения плода
15-19	59	7	14
20-24	347	23	56
25-29	168	15	13
30-34	94	7	7
35-39	51	1	8
>40	13	0	0
Итого	732	53	98

Результаты исследования.

Как следует из табл.1, самое большее число осложнений беременности наблюдалось у женщин 20-24 лет. Их частота была в 5,9 раз выше, чем у 15-19-летних женщин, в 2 раза выше чем у 25-29-летних женщин, в 3,6 раза выше, чем у 30-34-летних, 6,8 раза выше, чем у 35-39-летних. Осложнения родов наблюдались в 3 раза чаще у 20-24-летних женщин, чем у 15-19-летних, в 1,5 раза чаще, чем у 25-29-летних. Осложнения плода были отмечены в 4 раза чаще у 20-24-летних женщин, чем у 15-19-летних и 25-29-летних, в 8 раз чаще, чем у 30-34-летних и в 7 раз чаще, чем у 35-39-летних женщин.

Таким образом, осложнения беременности, родов и плода чаще всего имели место у женщин 20-24 и 25-29 лет.

Изучение распределения патологии беременности среди женщин села и города показало (табл. 2), что чаще всего у городских жительниц 15-19 лет течение беременности осложнялось угрозой прерывания, ранним и поздним токсикозом. Другие акушерские осложнения выявлены в единичных случаях, поэтому статистическому анализу не подлежат. Гестоз отягощал течение беременности в 2,6 раза чаще у 20-24-летних женщин, чем у 25-29-летних, в 3,8 раза чаще, чем у 30-34-летних и в 6 раз чаще, чем у 35-39-летних. Суммарно частота гестоза у

обследуемых 20-29 лет и 30-39 лет составила 71,6% и 20,1%, гестоз у 20-29-летних женщин встречался в 3,5 раза чаще, чем у 30-39-летних.

Угроза прерывания беременности констатирована в 2 раза чаще 20-24-летних наблюдаемых, чем у 25-29-летних, в 4 раза чаще, чем у 30-34-летних и 9,8 раза чаще, чем 35-39-летних. Общая частота угрозы прерывания беременности у 20-29-летних и 30-39-летних составила 72,9% и 21,9%, в возрастной группе пациенток 20-29 лет угрожающий аборт выявлялся в 3,3 раза чаще. Самопроизвольное прерывание беременности в 3 раза чаще наблюдалось у 20-24-летних, чем у 25-29-летних, в 2 раза чаще, чем у 30-34-летних и в 4,5 раза чаще у 35-39-летних. Самопроизвольный аборт в возрастной группе женщин 20-29 лет был отмечен в 66,7%, у 30-39-летних в 33,3% случаях, т.е. в 2 раза чаще у 20-29-летних женщин. Замершая беременность в 1,5 раза чаще наблюдалась у 20-24-летних, чем у 25-29-летних и в 3 раза чаще, чем у 30-34-летних. У женщин 20-29 лет частота замершей беременности была 83,3%, а у 30-39-летних – 16,7%, в 5 раз меньше, чем у 20-29-летних.

Ранний токсикоз несколько чаще наблюдался у женщин 25-29 лет, чем у 24-29-летних, хотя достоверных различий не получено, в 5 раз чаще, чем у 30-34-летних, в 2,5 раза чаще, чем у 35-39-летних. Общая частота токсикоза у обследуемых 20-29 лет – 73,3%, у 30-39-летних – 20%, т.е. в 3,6 раза меньше. Доля маловодия у 20-29-летних составила 50%, у 30-39-летних – 16,7%, т.е. в 3 меньше.

Отягощенный акушерский анамнез в 1,5 раза чаще выявлялся у 20-24-летних женщин, чем у 25-29-летних, в 1,7 раза, чем у 30-34-летних, в 3 раза чаще, чем у 35-39-летних. Сумма частоты отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза у 20-29-летних пациенток была 58%, у 30-39-летних – 31,9%, в 1,8 раза меньше. Другие выявленные акушерские осложнения были представлены единичными случаями, поэтому их статистический анализ не представляет интереса.

Таблица 2.

Распределение осложнений беременности по возрасту и месту жительства

Возраст	15-20	20-24	25-29	30-34	35-39	>40	Всего
Города	7,4	47,7	23,1	13,6	6,5	1,7	100,0
Гестоз	4,5	52,3	19,7	13,6	8,3	1,5	100,0
Угрожающий аборт	8,7	49,3	23,6	12,2	5,0	1,2	100,0
Самопроизвольный аборт	0,0	50,0	16,7	22,2	11,1	0,0	100,0
Погибшее плодное яйцо	0,0	50,0	33,3	16,7	0,0	0,0	100,0
Резус-иммунизация	50,0	0,0	50,0	0,0	0,0	0	100,0
Многоплодие	0,0	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Токсикоз	6,7	33,3	40,0	6,7	13,3	0,0	100,0
Олигогидрамнион	33,3	50,0	0,0	16,7	0,0	0,0	100,0
Многоводие	0,0	20,0	40,0	40,0	0,0	0,0	100,0
Предлежание плаценты	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез	4,3	34,8	23,2	20,3	11,6	5,8	100,0
Преждевременная отслойка плаценты	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Преждевременный разрыв плодных оболочек	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Село	14,1	45,1	21,1	5,6	11,3	2,8	100,0
Гестоз	26,7	26,7	26,7	0,0	20,0	0,0	100,0
Угрожающий аборт	13,2	50,0	18,4	7,9	7,9	2,6	100,0
Предлежание плаценты	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез	0,0	50,0	21,4	7,1	14,3	7,1	100,0
Самопроизвольный аборт	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Многоводие	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0

На основании полученных результатов можно сделать вывод, что наибольшая частота осложнений в довольно высоком проценте наблюдается у городских женщин в возрасте 20-29 лет, особенно у 20-

24-летних обследуемых. В целом у обследуемых 20-29 лет осложнения беременности наблюдались в 70,8% наблюдений.

Анализируя распределение осложнений беременности у сельских жительниц обнаружено, что у женщин 15-19 лет наиболее часто встречались угроза прерывания беременности и гестоз, который в одинаковом проценте случаев распределился как у женщин 15-19 лет, так и у 20-24 лет и 25-29-летних. В несколько меньшем проценте он обнаружен у 35-39 летних женщин. Общая частота гестоза у 20-29-летних и у 30-39-летних женщин составила соответственно 53,4% и 20%. Следовательно, гестоз у 20-29-летних встречается в 2,7 раза чаще. Угроза прерывания беременности в 2,7 раза чаще наблюдается у 20-24-летних, чем у 25-29-летних женщин и в 6 раз чаще, чем у 30-34-летних и 35-39-летних пациенток. Суммарно частота угрожающего аборта у 20-29-летних и 30-39-летних была соответственно 68,4% и 25,8%. При сравнении у 20-29-летних она была в 2,6 раза больше. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез был выявлен бы в 2,3 раза чаще у 20-24-летних женщин, чем у 25-29-летних, в 7 раз чаще у 30-34-летних и в 1 раз чаще у 35-39-летних обследуемых. Общая частота отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза у 20-29-летних констатирована 71,4%, а у 30-39 летних – 21,4%. Сопоставляя эти частоты было обнаружено, что у 20-29-летних отягощенный акушерско-гинекологический анамнез имел место в 3 раза больше.

У женщин 15-19 лет наиболее часто встречались угроза прерывания беременности и гестоз, который в одинаковом проценте случаев распределился как у женщин 15-19 лет, так и у 20-24 и 25-29 летних. В несколько меньшем проценте он обнаружен у 35-39 летних женщин. Общая частота гестоза у 20-29 летних и 30-39 летних женщин составила соответственно 53,4% и 20%. Следовательно, гестоз у 20-29 летних встречается в 2,7 раза чаще. Угроза прерывания беременности в 2,7 раза чаще наблюдается у 20-24 летних, чем у 25-29 летних женщин и в 6 раз чаще, чем у 30-34 летних и 35-39 летних пациенток. Суммарно частота угрожающего аборта у 20-29 летних и 30-39 летних была соответственно 68,4% и 25,8%. При сравнении у 20-29 летних она была в 2,6 раза больше. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез был выявлен бы в 2,3 раза чаще у 20-24 летних женщин, чем у 25-29 летних, в 7 раз чаще у 30-34 летних и в 1 раз чаще у 35-39 летних обследуемых. Общая частота отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза у 20-29 летних констатирована 71,4%, а у 30-39 летних – 21,4%. Сопоставляя эти частоты было обнаружено, что

у 20-29 летнихотягощенный акушерско-гинекологический анамнез имел место в 3 раза больше.

Выводы.

Таким образом, наше исследование позволяет утверждать, что наибольший процент осложнений беременности сельские женщины имеют в возрасте 20-29 лет и особенно в возрастных границах 20-24 лет. В общем процент осложнений беременности в группе женщин 20-29 лет составил 66,2.

Сопоставление распределения осложнений беременности у городских и сельских женщин позволяет прийти к умозаключению, что наибольший процент осложнений наблюдается у женщин 20-29 лет с преобладанием их числа у 20-24-летних женщин. Частота осложнений беременности как у городских, так и у сельских женщин колеблется примерно в одинаковых пределах, соответственно 70,8% и 66,2%. Однако в городе чаще встречались ранний токсикоз и самопроизвольное прерывание беременности. Для городских женщин характерно увеличение частоты осложнений с возрастом.

Литература

1. В.Ю. Альбицкий, А.Н. Юсупова, В.И. Шарапова, И.М. Волков. Репродуктивное здоровье и поведение женщин России. М., 2001.
2. И.И. Белобородов. Демографическая ситуация в мире. Прогнозы и решения // Демография. 24.05.2011.
3. Л.В. Бердникова. Охрана здоровья семьи и проблемы обеспечения родовспоможения в Нижегородской области // Актуальные проблемы управления здоровьем населения: сб. науч тр. Н. Новгород. 2009. Вып. II. С. 62-67.
4. Т.П. Васильева, В.Н. Булучевская, М.В. Чаплыгина и др. Поведенческие факторы, определяющие репродуктивные процессы у женщин в ранний репродуктивный период // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2007. № 5. С. 7-12.
5. К.Д. Данишевский. Наиболее важные для России приоритеты в области здоровья населения трудоспособного возраста // Проблемы управления здравоохранением. – 2010 . С. 13 - 19.
6. Демографический кризис в Российской Федерации. URL: <http://ru.wikipedia.org/wiki/> (08.04.2014).
7. Н.Н. Каткова. Медико-социальная характеристика женщин репродуктивного возраста и перспективы реструктуризации акушерско-гинекологической службы на примере регионального центра и крупного

индустриального города: автореф. дис. канд. мед. наук. Екатеринбург, 2008. 25с.

8. В.И. Кулаков. Руководство по охране репродуктивного здоровья. – М.: Триада – X, 2001.

9. О.В. Медведева, О.Е. Коновалов, Д.И. Кича. Здоровье и демографические процессы в России. М., 2010. С. 83-92.

10. Охрана здоровья населения в России: Материалы Межведомственной комиссии Совета безопасности Российской Федерации по охране здоровья населения, март 1994 г. М.: Юрид. лит-ра, 1995. URL: [boors/ google.ru/books?isbn=572600793X](https://books.google.ru/books?isbn=572600793X) (08.04.2014).

11. Г.А. Ушакова, Л.Б. Николаева. Репродуктивное здоровье и репродуктивное поведение женщин высокоурбанизированного региона // Здравоохранение Российской Федерации. – 2010. - №3. С. 14 - 17.

УДК 618.14-022.3:574.24(470.67)

Г.А. Гатина, Д.Г. Юсупова, Х.А. Уллубиева, У.А. Магомедова.
Особенности госпитальной заболеваемости болезнями матки
женщин экологических зон Дагестана

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия»
МЗ РФ, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета, г.
Махачкала

Введение.

Прогрессирующее сокращение общей численности населения из-за высокой смертности в России приводит к изменению демографического баланса между поколениями и нарушению воспроизводства поколений [2, 5, 6]. Репродуктивное здоровье женщин, имеет общественно - политическую значимость, определяет будущее государства и нации [9, 10]. Поэтому особое значение приобретает здоровье будущих матерей [1, 3, 7, 11]. Изучение нарушений репродуктивной системы с учетом региональных особенностей, обусловленных заболеваниями матки, является актуальной проблемой сегодняшнего дня [4, 7, 8, 11].

Цель исследования: изучить распространенность заболеваний матки у сельских и городских жительниц Республики Дагестан для оценки репродуктивного здоровья у госпитализированных женщин.

Материал и методы исследования.

Нами были проанализированы данные из медицинских карт 172 женщин, госпитализированных в различные отделения роддома №2 г. Махачкалы за 3 года (с 2009 по 2011 гг.) по поводу болезней матки. Для обработки данных применялась программа MSExcelXP.

Результаты исследования.

Обследованные распределились по месту жительства на городских и сельских женщин. Подавляющее большинство женщин, госпитализированных в роддом по поводу беременности и ее осложнений, - жительницы городов Республики Дагестан – 147 (85,4%), в сельской местности проживало лишь 28 (16,2%) наблюдаемых. Как следует из данных таблицы 1, обследуемые были в возрасте 15-49 лет, из них основной контингент представляли женщины активного репродуктивного возраста – 20-29 лет.

Таблица 1.

Распределение женщин с болезнями матки, госпитализированных в роддом за 2009-2011 гг. по месту жительства и возрасту

Возраст, лет	Сельская местность	Города	РД
15-19	0	2	2
20-29	10	46	56
30-39	8	63	71
>40	10	33	43
Итого	28	147	172

Анализируя распределение заболеваний матки у госпитализируемых женщин Республики Дагестан по возрасту можно увидеть (табл. 2), что частота заболеваний матки у 20- 29-летних (32,6%) и у 30-39-летних (41,2%) женщин колеблется примерно в одних и тех же пределах, в сумме составляя 73,8%. Обследуемые до 20 лет лишь в 1,2% имели заболевания матки, а у женщин старше 40 лет в 25% случаев наблюдались патологические состояния матки. Таким образом, основной процент распространенности заболеваний матки среди госпитализируемых женщин Республики Дагестан приходится на активный репродуктивный возраст т– 20-39 лет.

Оценивая распространение эндометриоза в возрастных группах 20-29 лет (30,8%) и 30-39 лет (30,8%) можно наблюдать одинаковую частоту распределения, с тенденцией увеличения к 40 годам.

Врожденные аномалии матки обнаруживались только у женщин до 24 лет. Выпадения женских половых органов в 3 раза чаще выявлялись у 35-39-летних, чем у 20-24-летних и 30-35-летних женщин и в 4 раза чаще они были у женщин старше 40 лет. Воспалительные заболевания в этих группах также наблюдались в 2 раза чаще, чем у 40-летних женщин, с одинаковым распределением у 20-29-летних и 30-39-летних, составляя 40%.

Железисто-кистозная гиперплазия была отмечена в одинаковом проценте у 30-39-летних и 40-летних женщин (50%). Дисфункциональные маточные кровотечения выявлены в одинаковом проценте у 30-34-летних и у 35-39-летних женщин, в сумме составляя 75 %, что в 3 раза меньше чем у женщин старше 40 лет. Миома матки распределилась примерно с одинаковой частотой в возрастных группах от 30 до 39 лет, с преобладанием в 2 раза у женщин старше 40 лет. Среди обследуемых 20-24 лет ее частота была в 4 раза меньше, а у 25-29-летних в 3 раза.

Полипы эндометрия в равноценном значении наблюдались у 35-39-летних и старше 40 лет женщин (50%). Послеоперационный рубец на матке чаще всего выявлялся у 25-29-летних (33,3%) и у 30-35-летних (28,8%) госпитализируемых, в сумме составляя 62,1%.

В сельской местности у женщин до 20 лет заболеваний матки не было выявлено. Одинаковая частота распределения заболеваний матки констатирована у 20-24-летних и 25-29-летних женщин (17,9%), в сумме составляя 35,8%, а у 30-39-летних – 28,5%.

Общий процент заболеваний у женщин 20-39 лет составил 64,3%. Выявляемость заболеваний у женщин старше 40 лет была 35,7%. Следовательно, заболевания матки в селе в основном распределились среди женщин, активно реализующих свой репродуктивный потенциал. Врожденные аномалии матки выявлены только у женщин до 24 лет.

Заболевания в селе распределились следующим образом. Эндометриоз в 2 раза чаще наблюдался у женщин 30-34 лет, чем у 25-29-летних. Его одинаковая частота выявлена для 30-34-летних и 40-летних обследуемых. Он не был обнаружен у женщин до 20 лет и у 20-24-летних.

Миома матки диагностируется с одинаковой частотой у обследуемых, начиная с 20 лет, достигая максимума к 40 годам – 60%. Воспалительный процесс матки, полипы эндометрия выявлялись у женщин старше 40 лет.

Таблица 2.

Распределение заболеваний матки по возрасту

Возраст	Возрастные группы, лет						Всего %
	<20	20-24	25-29	30-34	35-39	>40	
Республика Дагестан	1,2	13,4	19,2	23,8	17,4	25,0	100,0
Эндометриоз матки	0,0	15,4	15,4	23,1	7,7	38,5	100,0
Врожденные аномалии тела матки	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Выпадение женских половых органов	0,0	11,1	0,0	11,1	33,3	44,4	100,0
Воспаление матки	0,0	20,0	20,0	30,0	10,0	20,0	100,0
Железисто-кистозная гиперплазия эндометрия	0,0	0,0	0,0	25,0	25,0	50,0	100,0
Дисфункциональные маточные кровотечения	0,0	0,0	0,0	37,5	37,5	25,0	100,0
Миома матки	1,7	10,3	12,1	19,0	17,2	39,7	100,0
Полипс эндометрия	0,0	0,0	0,0	0,0	50,0	50,0	100,0
Послеоперационный рубец матки	0,0	16,7	33,3	28,8	15,2	6,1	100,0
село	0,0	17,9	17,9	21,4	7,1	35,7	100,0
Эндометриоз матки	0,0	0,0	20,0	40,0	0,0	40,0	100,0
Миома матки	0,0	10,0	10,0	10,0	10,0	60,0	100,0
Послеоперационный рубец матки	0,0	36,4	27,3	27,3	9,1	0,0	100,0
Города	1,4	12,5	19,4	24,3	19,4	22,9	100,0
Эндометриоз матки	0,0	25,0	12,5	12,5	12,5	37,5	100,0
Врожденные аномалии тела матки	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Выпадение женских половых органов	0,0	11,1	0,0	11,1	33,3	44,4	100,0
Воспаление матки	0,0	22,2	22,2	33,3	11,1	11,1	100,0
Железисто-кистозная гиперплазия эндометрия	0,0	0,0	0,0	25,0	25,0	50,0	100,0
Дисфункциональные маточные кровотечения	0,0	0,0	0,0	37,5	37,5	25,0	100,0
Миома матки	2,1	10,4	12,5	20,8	18,8	35,4	100,0
Послеоперационный рубец матки	0,0	12,7	34,5	29,1	16,4	7,3	100,0

Максимальная частота послеоперационного рубца на матке обнаружена в возрасте 20-24 года (36,4%), а у 25-29-летних и 30-34-летних женщин его частота была одинакова – 27,3%, но в 4 раза снижена у женщин 35-39 лет, в сравнении с 20-24-летними. Процент частоты послеоперационного рубца у 20-29 лет составил 63,7%, в 1,8 раза меньше он был у 30-39-летних – 36,4%.

У городских жительниц до 20 лет выявились только врожденные аномалии развития матки, которые были обнаружены лишь у 20-24-летних. Эндометриоз выявлялся с одинаковой частотой в возрастных группах 25-29 лет, 30-34 года, 35-39 лет (12,5%). В 2 раза чаще он наблюдался у 20-24-летних обследуемых (25%), наибольшая его частота (37,5%) выявлена у женщин старше 40 лет. При сравнении частоты эндометриоза у женщин 20-29 лет (37,5%) и у 30-39-летних (25%) обнаружено, что он 1,5 раза чаще встречался у 20-29-летних.

Выпадения женских половых органов в 3 раза чаще выявлялись у 35-39-летних, чем у 20-24-летних и 30-35-летних женщин. В сравнении с 40-летними женщинами выявляемость выпадения женских половых органов у 20-24-летних и 30-35-летних женщин была в 4 раза меньше.

Доля воспалительного процесса матки была равноценной у 20-29-летних и 30-39-летних наблюдаемых, составляя 44,4%. В 4 раза реже он встречался у женщин старше 40 лет.

Железисто-кистозная гиперплазия эндометрия обнаруживалась, начиная с 30 лет, составляя у женщин 30-39 лет 50%, такая же частота констатирована у обследуемых старше 40 лет.

Дисфункциональные маточные кровотечения выявлены в одинаковом проценте у 30-34-летних и 35-39-летних женщин, в сумме составляя 75 %, что в 3 раза меньше, чем у женщин старше 40 лет.

Миома матки у женщин 20-29 лет была отмечена в 22,9%, у 30-39-летних процент выявляемости составил 39,6%, т.е. был в 1,7 раза чаще. В сумме распространенность миомы матки среди госпитализируемых в возрасте 20-39 лет равна 62,5%. Прослеживается увеличение частоты заболевания к 40 годам.

Полипы эндометрия имели место у 34-39-летних пациенток в небольшом числе наблюдений. Послеоперационный рубец на матке у 20-29-летних обнаруживался у 47,2%, а у 30-39-летних – 45,5%, в сумме – 92,7%. Наибольшая его частота приходится на возраст 25-29 лет и 30-34 года.

Таким образом, на основании полученных данных можно заключить, что в городе выявляются различные патологические

состояния матки, подавляющее число которых обнаруживается у женщин 20-29 лет и 30-39 лет. Для большинства заболеваний матки характерно нарастание к 40 годам.

Выводы.

Изучение госпитальной выявляемости заболеваний матки у жительниц села и города позволило прийти к заключению, что в основном они распространены у женщин активного репродуктивного возраста в довольно высоком проценте (73,8%). Прослеживается четкая тенденция увеличения частоты патологических состояний матки с возрастом как у сельских так и у городских женщин. Рост патологии органа репродуктивной системы – матки у сельских и городских женщин детородного возраста приводит к нарушению здоровья, что в последствии может неблагоприятно отразиться на демографической ситуации, вызывая нарушение воспроизводства поколений.

Литература.

1. В.Ю. Альбицкий, А.Н. Юсупова, В.И. Шарапова, И.М. Волков. Репродуктивное здоровье и поведение женщин России. М., 2001.
2. И.И. Белобородов. Демографическая ситуация в мире. Прогнозы и решения // Демография. 24.05.2011.
3. Л.В. Бердникова. Охрана здоровья семьи и проблемы обеспечения родовспоможения в Нижегородской области // Актуальные проблемы управления здоровьем населения: сб. науч. тр. Н. Новгород. 2009. Вып. II. С. 62-67.
4. Т.П. Васильева, В.Н. Булчевская, М.В. Чаплыгина и др. Поведенческие факторы, определяющие репродуктивные процессы у женщин в ранний репродуктивный период // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2007. № 5. С. 7-12.
5. К.Д. Данишевский. Наиболее важные для России приоритеты в области здоровья населения трудоспособного возраста // Проблемы управления здравоохранением. – 2010. – С. 13 - 19.
6. Демографический кризис в Российской Федерации. URL: <http://ru.wikipedia.org/wiki/> (08.04.2014).
7. Н.Н. Каткова. Медико-социальная характеристика женщин репродуктивного возраста и перспективы реструктуризации акушерско-гинекологической службы на примере регионального центра и крупного индустриального города: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Екатеринбург, 2008. 25с.

8. В.И. Кулаков. Руководство по охране репродуктивного здоровья. – М.: Триада – X, 2001.
9. О.В. Медведева, О.Е. Коновалов, Д.И. Кича. Здоровье и демографические процессы в России. М.,2010. С. 83-92.
10. Охрана здоровья населения в России: Материалы Межведомственной комиссии Совета безопасности Российской Федерации по охране здоровья населения, март 1994 г. М.: Юрид. лит-ра, 1995. URL: [boors/google.ru/ books?isbn=572600793X](https://books.google.ru/books?isbn=572600793X) (08.04.2014).
11. Г.А. Ушакова, Л.Б. Николаева. Репродуктивное здоровье и репродуктивное поведение женщин высоко урбанизированного региона // Здравоохранение Российской Федерации. – 2010. - №3. – С. 14 - 17.

Проблемы
экологической медицины

Материалы
III Республиканской научно–практической конференции,
посвященной 75-летию профессора С.А. Абусуева

Часть 1

Научные редакторы: С.А. Абусуев, М.М. Бакуев, М.Г. Атаев Редактор
Л.И. Голубева

Сдано в набор 07.11.2014 г. Подписано в печать 10.11.2014 г. Формат
60x84 1/16. Бумага офсетная. Печ. л. 18,8.
Тираж 400. Заказ № 88.

Издательско–полиграфический центр ДГМА,
г. Махачкала, ул. Ш. Алиева, 1