

O'ZBEKISTON TERAPIYA

AHVOROTNOMASI

ilmiy-amaliy jurnal

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК

УЗБЕКИСТАНА

научно-практический журнал

2014. №4

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор А. Л. Аляви

Абдуллаев А.Х. (заместитель главного редактора), Алияхунова М.Ю., Гадоев А.Г., Даминов Б.Т., Зуннунов З.Р., Каримов М.М. (заместитель главного редактора), Каюмов У.К., Каримов М.Ш., Камилова У.К., Курбанов Р.Д., Мавлянов И.Р., Ризамухамедова М.З., Убайдуллаев А.М., Хамрабаева Ф.И., Садыкова Г.А.
Ответственный секретарь: Расулова З.Д.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Арипов Б.С. (Ташкент)
Мамасолиев Н.С. (Андижан)
Бахрамов С.М. (Ташкент)
Назаров О.А. (Ташкент)
Гафуров Б.Г. (Ташкент)
Раимжанов А.Л. (Ташкент)
Губергриц Н.Б. (Донецк)
Рустомова М.Т. (Ташкент)
Джумагулова А.С. (Бишкек)
Закирходжаев Ш.Я. (Ташкент)

Усманов Р.И. (Ташкент)
Зияев Ю.Н. (Ташкент)
Фозилов А.В. (Ташкент)
Зуфаров М.М. (Ташкент)
Хужамбердиев М.А. (Андижан)
Искандарова С.Д. (Ташкент)
Шек А.Б. (Ташкент)
Карпов Ю.А. (Москва)
Якубов А.В. (Ташкент)
Ливерко И.В. (Ташкент)

Свидетельство о регистрации средства массовой информации № 0572 от 28.12.2010 г.
Учредитель — Ассоциация терапевтов Узбекистана

Редакция не всегда разделяет точку зрения авторов публикуемых материалов.
Ответственность за содержание рекламы несут рекламодатели.

По вопросам публикации, подписки и размещения рекламы обращаться по адресу:
100084, Узбекистан, Ташкент, ул. Хуршида, 4. Научно-организационный отдел.

Тел. : (998 71) 234-30-77. Факс: (998 71) 235-30-63 E-mail: tervestuz@mail.ru; Web: www.therapy.okis.ru
Формат А4. Усл. печ. л. 30. Заказ № 742/743/744. Общий тираж: 427 экз. Дата подписания в печать: 10.11.2014
Отпечатано в СП ЗАО «Seal Mag», г. Ташкент, ул. Афросиаб, 6

ние общего белка в сыворотке крови и лимфоцитов нормализовалось уже к 3–4 суткам. В контрольной группе нормализация общего белка крови происходила на 5–6 сутки, но содержание лимфоцитов не нормализовались даже к моменту выписки. Из больных контрольной группы у 6 отмечены послеоперационные осложнения и у 1 — с летальным исходом. В основной группе послеоперационные осложнения наблюдались у 2 больных. Летальных исходов в этой группе не было.

Выводы. Таким образом, применение питательных смесей из натуральных пищевых продуктов, а также детских питательных смесей для нутритивной поддержки способствует раннему восстановлению двигательной функции кишечника и благоприятному течению послеоперационного периода у больных с перфоративными ГДЯ. ЭЗП является простым, экономически выгодным и физиологичным методом нутритивной поддержки и может быть рекомендован широко в клиническую практику.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Муминов И.М.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Поиск путей оптимизации лечения и изучение параметров иммунного статуса у больных с эхинококкозом печени.

Материал и методы. Анализ подверглись 66 больных с эхинококкозом печени за период 2011–2014 г., поступивших на лечение в хирургическое отделение РКБ-1, в возрасте от 24 лет до 79 лет. Средний возраст больных составил 39 лет. В диагностике, кроме клинико-лабораторных исследований, использовали УЗИ, спиральную компьютерную томографию (СКТ), магнитно-резонансную томографию (МРТ), иммунологические тесты.

Результаты исследования. Анализ данных предоперационного обследования показал, что кисты локализовались в правой доле у 28 (42,4%) больных, в левой доле 23 (34,8%) и в обеих долях печени 15 (22,7%). Неосложнённая форма эхинококкоза печени была у 47 (71,2%) больных, в том числе солитарные кисты — у 12 (18,1%), множественные — у 14 (21,2%) больных. У всех больных, помимо клиническо-лабораторных и диагностических методов исследования, изучали иммунный статус до и после операции. У больных с эхинококкозом печени отмечали глубокую супрессию Т-звена иммунитета $37,2 \pm 0,5\%$ ($p < 0,001$). Количество В-лимфоцитов (CD19) возрастало $22,4 \pm 0,6\%$. Кроме этого, наблюдали существенное возрастание IgA — $5,12 \pm 0,57$ г/л. IgG — $21,18 \pm 0,83$ г/л у больных ЭП. Концентрация же IgM не отличалась от контрольных значений — $1,72 \pm 0,35$ г/л ($p > 0,05$). Ранняя диагностика предоставляет дополнительные возможности для выбора более щадящего метода лечения. Выбор тактики лечения эхинококкоза нами определяется в зависимости от размеров паразитарных кист и стадии заболе-

вания, отдавая предпочтение малотравматичным методам. При наличии эхинококковых кист до 20 мм отдавали предпочтение консервативной терапии. Она успешно проведена у 10 пациентов с эхинококковыми кистами печени и в 5 случаях при сочетании эхинококкоза печени и лёгких. При эхинококковых кистах больших и гигантских размеров, при множественном поражении органа и при локализации паразитарной кисты в глубине паренхимы проводили традиционную эхинококкэктомии с ликвидацией остаточной полости. В составе комплексной терапии 36 больным после операции дополнительно назначали иммунопротектор отечественного производства иммуномодулин 2,0 мл внутри/мышечно и противопаразитарный препарат албендазол. Препаратом выбора для проведения противорецидивного лечения является альбендазол в среднесуточной дозировке 10–13 мг/кг. На фоне данного иммунопротектора и противопаразитарной терапии наблюдалось восстановление иммунной системы. Повышение общего пула Т (CD3)-клеток, снижение IgA и IgG. Анализ результатов лечения больных показал, что за период наблюдения за этими пациентами осложнений, связанных с эхинококкэктомией, не наблюдалось. Продолжительность послеоперационной реабилитации колебалась от 28 до 47 дней и в среднем составила 34 дня.

Выводы. При эхинококковых кистах до 20,0 мм показано консервативное лечение. Традиционные операции выполняются при больших, гигантских кистах и множественном поражении органа. Использование в комплексе лечения препарата «Иммуномодулин» приводит к стабилизации иммунной системы и увеличению уровня противовоспалительного цитокина, что является благоприятным прогностическим критерием.

ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ КОМПОНЕНТОВ ПРОТИВОЯЗВЕННОЙ ТЕРАПИИ НА СОДЕРЖАНИЕ СЛИЗЕВЫРАБАТЫВАЮЩИХ КЛЕТОК В СЛИЗИСТОЙ ТКАНИ ЖЕЛУДКА

Мусаева Л.Ж., Пулатова Н.И., Акбарова Д.С., Саидова Ш.А., Пулатова Д.Б.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить влияние компонентов противоязвенной терапии на содержание слизеобразующих клеток в слизистой ткани желудка при экспериментальной язве.

Материал и методы. Модель ЭЯ вызывали на половозрелых крысах — самцах смешанной популяции по методу В.А. Вертелкина в модификации И.А. Лосева. Эксперименты проводили в 9 группах. В каждой группе было по 6 животных. 1 гр. — интактная; 2 гр. — животные с экспериментальной язвой (ЭЯ); 3 гр. — животные с ЭЯ, получавшие H_2O (контрольная); 4–9 группы получали омепразол 50 мг/кг; де-нол 10 мг/кг; метронидазол 50 мг/кг; тетрациклин 50 мг/кг; амоксициллин 40 мг/кг; фуразолидон 100 мг/кг. Все препараты вводили *per os* в виде водной суспензии, в течение 10

дней. Содержание слизиыварбатывающих клеток подсчитывали на кусочке слизистой ткани из антрального отдела желудка с использованием гистохимического метода выявления гликопротеинов (ШИК-реакция).

Результаты исследования. В группе с омепразолом наблюдали уменьшение количества клеток на 24,0% от количества клеток в группе без лечения ($37,1 \pm 2,18$ при $48,8 \pm 2,35$) ($p < 0,001$). Более значительное уменьшение содержания клеток наблюдалось в группах с метронидазолом ($34,5 \pm 1,78$) и фуразолидоном ($30,1 \pm 2,15$). В группе с де-нолом количество клеток увеличилось на 44,7% ($70,6 \pm 3,67$) ($p < 0,001$). При лечении с тетрациклином и амоксициллином изменения были незначительными ($52,3 \pm 3,36$ и $47,3 \pm 2,53$ соотв.).

Выводы. Компоненты тройной и квадритерапии оказывают разнонаправленные действия на состояние слизистого барьера. Омепразол, метронидазол и фуразолидон подавляют синтез слизистого барьера, и по такому эффекту наиболее сильными являются метронидазол и фуразолидон. Де-нол увеличивает количество слизиыварбатывающих клеток, а тетрациклин и амоксициллин не влияют.

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Нам Е.Л., Кадомцева Л.В.,
Рузметова И.А., Эгамбердиева Д.А.
*Ташкентский педиатрический
медицинский институт,
Ташкент, Узбекистан*

Цель исследования. Изучение эффективности и безопасности применения антидепрессанта у пациентов с тревожно-депрессивными нарушениями, протекающими на фоне язвенной болезни.

Материал и методы. Обследовано 34 больных с обострением язвенной болезни, поступивших на стационарное лечение в гастроэнтерологическое отделение 5-ой Городской клинической больницы. Диагноз «язвенная болезнь» подтверждался данными объективного осмотра, результатами лабораторно-инструментального исследования. Тревожно-депрессивные состояния оценивали по шкале Гамильтона.

Результаты исследования. После опроса и специализированного анкетирования (шкала Гамильтона) у 34 пациентов (56,7%) помимо обострения язвенной болезни были выявлены расстройства тревожно-депрессивного спектра. Уровень депрессивных расстройств по шкале Гамильтона составил $15,1 \pm 0,9$ баллов, тревожных — $15,8 \pm 1,1$ баллов, что соответствует амбулаторному уровню нарушений. Анализ шкалы депрессии по Гамильтону выявил большой разброс показателей в группе от 6 до 37 и составил $15,8 \pm 1,1$ баллов. В группе здоровых выявлен разброс показателей от 0 до 17, который составил в среднем $5,7 \pm 0,9$ баллов. При анализе структуры депрессии 35,2% пациентов с ЯБ отмечали подавленность настроения, ощущение несостоятельности, чувство усталости — 44,1%, беспо-

койство — у 61,8%, нарушение сна, психическую тревогу, проявляющуюся напряжением и раздражительностью у 52,9% пациентов, соматическая тревога различной степени выраженности — у 88,2%; поглощены собственным здоровьем 52,9%. Тревога проявлялась психическим напряжением, беспокойством, чувством внутренней дрожи, особенно усиливающимся под действием стрессовых факторов. В 14,7% случаев содержанием тревоги были реальные жизненные трудности и ухудшение собственного здоровья. При этом, физические симптомы тревоги преобладали над психическими. Тревожно-депрессивному состоянию была присуща особенно выраженная тревога. Астеническая симптоматика проявлялась в большей истощаемости, как при интеллектуальной, так и при физической нагрузке, а также включала повышенную сенситивность, ранимость, чувствительность к различным внешним факторам.

Выводы. На основании полученных результатов необходимо отнести больных язвенной болезнью к группе риска по развитию тревожно-депрессивных расстройств, которым целесообразно проводить консультирование психоневролога в процессе лечения.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Нишонбоева Н.Ю., Абдурахимова Л.А.
*Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан*

Цель исследования. Изучить клиническую картину, состояние билиарного тракта, состав и литогенность желчи, психологические характеристики, показатели качества жизни и приверженность к лечению женщин климактерического периода, страдающих ХБХ.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 30 женщин, больных ХБХ 45–65 лет с давностью заболевания от 3 до 10 лет. Пациентки наблюдались в семейной поликлинике № 9 Мирзо Улутбековского района г. Ташкента в 2013–2014 гг. Диагноз устанавливали на основании жалоб, анамнеза заболевания, объективных данных, клинико-биохимических исследований. Инструментальные методы исследования: электрокардиография, эзофагогастродуоденоскопия, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, УЗИ желчного пузыря до еды и после еды с нагрузкой.

Результаты исследования. 58% пациенток с ХБХ жаловались на боли в правом подреберье; 74% — на диспептические нарушения; 88% — на психовегетативные нарушения. Объективное обследование больных показало, что при пальпации правого подреберья у 84% больных определяется болевой синдром. При эзофагогастродуоденоскопии у 54% больных определялся хронический гастродуоденит. УЗИ желчного пузыря при нагрузке пищей у больных показал, что 25% остатка желчи отмечалось у 18 больных, т.е. ХБХ был по гипомоторному типу, а у 12 — после нагрузки сразу же появился болевой синдром, т.е. его мы расценили