

O'zbekiston terapevtlar Assotsiatsiyasi
Ассоциация терапевтов Узбекистана

O'ZBEKISTON TERAPIYA AXBOROTNOMASI

ilmiy-amaliy jurnal

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК УЗБЕКИСТАНА

научно-практический журнал

2014. №4

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор А. Л. Аляви

Абдуллаев А.Х. (заместитель главного редактора), Алиахунова 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)
Рустамова 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

средствами. При поступлении продолжающееся кровотечение (Forrest Ia) было выявлено у 6 больных, кровотечение из-под сгустка (Forrest Ib) — у 2, остановившееся на момент осмотра кровотечения (Forrest IIa) — у 14, с фиксированным тромбом (Forrest IIb) — у 8. Эндогемостаз в сочетании с внутривенным введением пантопризола у большинства больных привел к остановке кровотечения. Рецидив отмечен только у 2 человек. Летальный исход наступил у 5 пациентов от сопутствующих заболеваний — острый тромбоз легочной артерии, острый инфаркт миокарда.

Выводы. Парентеральное введение пантопризола с последующим приемом препарата per os в сочетании с эндогемостазом и антигеликобактерной терапией — эффективный способ лечения больных с язвенной болезнью, осложненной высоким риском рецидива кровотечения.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕКАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА У ЖЕНЩИН КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Юлдашев Ж.А., Матрасулова Д.М., Тагаева М.Х.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить особенности диагностики хронического некалькулезного холецистита в амбулаторных условиях.

Материал и методы. Под наблюдением находились женщины климактерического периода, больные хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ), в возрасте 45–65 лет, с давностью заболевания от 3 до 5 лет в количестве 30 человек, которые находились под диспансерным наблюдением в семейной поликлинике № 16 Алмазарского района города Ташкента. Диагноз устанавливали на основании жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни, объективных данных больной, общеклинических исследований: (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические анализы крови). Инструментальные методы исследования: электрокардиография, эзофагогастродуоденоскопия, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, УЗИ желчного пузыря до еды и после еды с нагрузкой.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что 28% больных с диагнозом ХНХ жаловались на боль в правом подреберье; 74% больных жаловались на диспептические нарушения; на основании вопросника 88% больных жаловались на психовегетативные нарушения. Объективное обследование больных показало, что при пальпации правого подреберья у 44% больных определяется болевой синдром, при эзофагогастродуоденоскопии у 64% больных определен хронический гастродуоденит. УЗИ желчного пузыря с нагрузкой пищей больных показал о, что при нагрузке пищей 25% остатка желчи отмечалось у 22 больных т.е. был ХНХ по гипомоторному типу, а у 8 больных по

сле нагрузки сразу же появился болевой синдром, который расценили как ХНХ по гипермоторному типу и у 58% больных были определены признаки хронического панкреатита.

Выводы. Таким образом, при исследовании в амбулаторных условиях хронический некалькулезный холецистит у женщин климактерического периода сопровождается в основном психовегетативными нарушениями, а в большинстве случаев ХНХ сопутствует хронический гастродуоденит, и выявляется ХНХ по гипомоторному типу больше, чем гипермоторный тип, который сопровождается диспептическими нарушениями.

ВЛИЯНИЕ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ МОНООКСИГЕНАЗНОЙ СИСТЕМЫ В СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ЯЗВЕ

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

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить влияние эрадикационной терапии на состояние монооксигеназной системы в слизистой желудка при экспериментальной язве.

Материал и методы. Исследование проводили на половозрелых белых крысах самках смешанной популяции с массой тела 150–190 гр. Модель экспериментальной язвы (ЭЯ) вызывали по методу В.А. Вертелкина в модификации И.А. Лосева. Животные были разделены на 4 группы, в каждой группе было по 6 животных. 1 гр. — интактная; 2 гр. — животные с ЭЯ, получавшие H₂O (контрольная), 3 гр. — ЭЯ + омепразол + амоксициллин + тетрациклин; 4 гр. — ЭЯ + омепразол + амоксициллин + фуразолидон. Все препараты вводили per os в виде водной суспензии, в течение 10 дней в следующих дозах: омепразол 50 мг/кг; тетрациклин 50 мг/кг; амоксициллин 40 мг/кг; фуразолидон 100 мг/кг. Для изучения состояния МОС животных забивали под эфирным наркозом путем одномоментной декапитации. Извлекали желудок, очищали и промывали холодным физиологическим раствором, удаляли преджелудок, слизистый слой выскабливали, гомогенизировали и центрифугировали. Состояние МОС в слизистой ткани желудка оценивали по активности амидопирин-N-деметилазы по методу Р. Попова и НАДФ-N-цитохром-с-редуктазы по методу С.Н. Williams.

Результаты исследования. Показали, что из стандартных схем тройной терапии схема, состоящая из омепразола, амоксициллина и тетрациклина, оказывала некоторое положительное влияние на активность фермента амидопирин-N-деметилазы, которое достоверно увеличивалась на 30,5%. В этой группе активность НАДФ-N-цитохром-с-редуктазы увеличивалась на 18,6%, и это изменение было статистически незначимым. При лечении тройной терапией, состоящей из омепразола, амоксициллина и фуразолидона, наблюда-

ли ингибирующий эффект на ферменты МОС. Активность амидопирин-N-деметилазы снижалась на 59,0%, а НАДФ-Н-цитохром-с-редуктазы на 39,3% от показателя группы без лечения.

Выводы. Эрадикационная схема тройной терапии с омепразолом, амоксициллином и тетрациклином оказывает положительное влияние на активность ферментов МОС в слизистой желудка. Схема тройной терапии с омепразолом, амоксициллином и фуразолидоном оказывает ингибирующий фармакодинамический эффект на активность ферментов МОС.

СОСТОЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИНТЕЗА ОКСИДА АЗОТА В СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ПРОТИВЯЗВЕННОЙ ТЕРАПИИ ВТОРОЙ ЛИНИИ

Якубов А.В., Пулатова Н.И., Мусаева Л.Ж., Саидова Ш.А., Пулатова Д.Б.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить влияние схем квадритерапии второй линии на показатели синтеза оксида азота в слизистой желудка при экспериментальной язве.

Материал и методы. Исследование проводили на половозрелых белых крысах самцах смешанной популяции с массой тела 150–190 г. Модель экспериментальной язвы (ЭЯ) вызывали по методу В.А. Вертелкина в модификации И.А. Лосева. Животные были разделены на 4 группы, в каждой группе было по 6 животных. 1 гр. — интактная; 2 гр. — животные с ЭЯ, получившие H₂O (контрольная); 3 гр. ЭЯ + омепразол + де-нол + амоксициллин + тетрациклин; 4 гр. ЭЯ + омепразол + де-нол + тетрациклин + метронидазол. Все препараты вводили per os в виде водной суспензии в течение 10 дней в следующих дозах: омепразол 50 мг/кг; де-нол 10 мг/кг; амоксициллин 40 мг/кг; тетрациклин 50 мг/кг; метронидазол 50 мг/кг. Для изучения состояния NO — образования животных забивали под эфирным наркозом путём одномоментной декапитации. Извлекали желудок, очищали и промывали холодным физиологическим раствором, удаляли преджелудок, слизистый слой выскабливали, гомогенизировали и центрифугировали. Образование NO в слизистой ткани желудка изучали путем определения содержания его продуктов — нитритов и нитратов в микросомальной фракции гомогената. Содержание аминокислоты L-аргинина в надосадочной фракции гомогената слизистой определяли по методу A. Steven и соавт. Активность маркера NO-синтазы — НАДФ-Н-диафоразы определяли по методу Норе V.T. и соавт. в модификации С.А. Комарина и соавт.

Результаты исследования. Проведённые исследования показали, что при лечении экспериментальной язвы схема квадритерапии с омепразолом, де-нолом, амоксициллином, тетрациклином увеличивает содержание продуктов NO на 146,0%. При этом наблюдали

увеличение содержания L-аргинина на 119,6% и увеличение активности НАДФ-Н-диафоразы на 99,7% от показателей группы без лечения. Менее эффективной оказалась другая схема квадритерапии с омепразолом, де-нолом, тетрациклином, метронидазолом. У животных, леченных этой схемой, содержание L-аргинина увеличивалось на 29,9%, при этом, содержание L-аргинина увеличивалось всего лишь на 34,5%, а активность НАДФ-Н-диафоразы снижалась на 31,4%.

Выводы. При лечении экспериментальной язвы в плане коррекции нарушения синтеза NO более эффективной является схема квадритерапии с омепразолом, де-нолом, амоксициллином, тетрациклином, чем схема с омепразолом, де-нолом, тетрациклином и метронидазолом. Полученные нами результаты необходимо учесть при выборе схем противоязвенной квадритерапии второй линии.