

61574
O'zbekiston terapevtlar Assotsiatsiyasi
Ассоциация терапевтов Узбекистана

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), 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)	Усманов Р.И. (Ташкент)
Мамасолиев Н.С. (Андижан)	Зияев Ю.Н. (Ташкент)
Бахрамов С.М. (Ташкент)	Фозилов А.В. (Ташкент)
Назаров О.А. (Ташкент)	Зуфаров М.М. (Ташкент)
Гафуров Б.Г. (Ташкент)	Хужамбердиев М.А. (Андижан)
Раимжанов А.Л. (Ташкент)	Искандарова С.Д. (Ташкент)
Губергриц Н.Б. (Донецк)	Шек А.Б. (Ташкент)
Рустамова М.Т. (Ташкент)	Карпов Ю.А. (Москва)
Джумагулова А.С. (Бишкек)	Якубов А.В. (Ташкент)
Закирходжаев Ш.Я. (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

У ПОДРОСТКОВ

Абдуллаев У.С., Салимова Н.Д.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Совершенствование диагностики эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны на основе тщательного изучения жалоб, анамнеза и клинических проявлений болезни в подростковом возрасте.

1. Изучение частоты встречаемости клинических симптомов эрозивного гастрита у подростков в сравнительном аспекте со взрослыми.

2. Изучение частоты проявлений клинических симптомов ЯБДПК (язвенной болезни двенадцатиперстной кишки) у подростков.

Материал и методы. Проведено обследование у 76 больных подростком в возрасте 14–17 лет (40 больных с эрозивным гастритом и 36 с ЯБДПК) и у 48 взрослых в возрасте 18–25 лет (сравнительная группа). В обследуемых группах больных клинический диагноз эрозивный гастрит и ЯБДПК устанавливали на основании тщательного изучения жалоб, анамнеза, объективного осмотра и ЭГДС.

Результаты исследования. Наше обследование показало, что у подростков, также как и у взрослых, субъективные ощущения боли в эпигастральной области встречаются в 100% случаев при эрозивном гастрите. Диарея 10%, запоры 62,5%. В отличие от взрослых, у подростков превосходила частота встречаемости таких симптомов как тошнота, рвота, снижение аппетита и боль при пальпации живота. Среди обследованных подростков только 12,5% жаловались на отрыжку, 29% на изжогу, тогда как у взрослых встречаемость этих симптомов составляет 62,5% и 75%, соответственно. Несколько другая клиническая картина наблюдалась у подростков с ЯБДПК. 100% подростков и взрослых жаловались на боли в эпигастральной области до еды. Ночные голодные боли чаще встречались у взрослых (36%: 81,8).

Выводы. Таким образом, эрозивный гастрит у подростков характеризуется частым проявлением таких симптомов как тошнота, рвота, снижение аппетита, боль при пальпации живота и менее значительным проявлением таких симптомов как голодные ночные боли, отрыжка, изжога и запоры.

ДИНАМИКА ИСЧЕЗНОВЕНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ СТАНДАРТНЫХ СХЕМ КВАДРИТЕРАПИИ

Абдусаматова Д.З., Пулатова Н.И., Zufarov П.С., Пулатова Д.Б., Акбарова Д.С., Саидова Ш.А.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Сравнительное изучение влияния стандартных схем квадритерапии на динамику исчезновения болевого синдрома у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы. Исследования проводили у 72 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в фазе обострения. Больные были разделены на 2 группы. Первая группа — 37 больных, которые получали стандартную схему квадритерапии второй линии, состоящую из омепразола, де-нола, амоксициллина и тетрациклина. Вторая группа состояла из 35 больных, которые получали другую схему квадритерапии второй линии, состоящую из омепразола, де-нола, тетрациклина и метронидазола. Дозировку препаратов проводили по стандарту. Изучали динамику исчезновения болевого синдрома.

Результаты исследования. Как показали проведенные нами исследования, обе схемы квадритерапии оказывают почти одинаковое влияние на динамику исчезновения субъективного ощущения боли в эпигастральной области. В первой группе в течение первых трех суток 33 больных отмечали исчезновение боли (89,2%), а во второй группе — 32 больных из 35 (91,4%). В обеих группах максимальное количество больных, отмечавших исчезновение боли, приходилось на вторые сутки. Средний срок исчезновения боли в первой группе составлял $2,43 \pm 0,17$ дня, а во второй группе $2,40 \pm 0,17$ дня ($P > 0,05$).

Выводы. Схемы квадритерапии второй линии одинаково влияют на динамику исчезновения болевого синдрома у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

СОДЕРЖАНИЕ НЕРАСТВОРИМОГО СЛИЗИСТОГО ГЕЛЯ В ЖЕЛУДОЧНОМ СОКЕ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ СТАНДАРТНЫХ СХЕМ КВАДРИТЕРАПИИ

Акбарова Д.С., Мусаева Л.Ж., Пулатова Н.И., Zufarov П.С., Пулатова Д.Б.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить влияние стандартных схем квадритерапии на содержание нерастворимого слизистого геля у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы. Исследования проводили у 72 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в фазе обострения. Больные были разделены на 2 группы. Первая группа — 37 больных, которые получали стандартную схему квадритерапии второй линии, состоящую из омепразола, де-нола, амоксициллина и тетрациклина. Вторая группа состояла из 35 больных, которые получали другую схему квадритерапии второй линии, состоящую из омепразола, де-нола, тетрациклина и метронидазола. Дозировку препаратов проводили по стандарту. Контролем служили результаты исследо-

ваний 7 здоровых лиц. Содержание НСГ определяли по методу А.А. Фишера и соавт.

Результаты исследования. У больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки более чем в 2 раза увеличивается содержание НСГ в желудочном соке. При лечении омепразолом, де-нолом, амоксициллином и тетрациклином наблюдали снижение содержания НСГ в желудочном соке на 47,2% от полученного результата до лечения. А в группе больных, леченных омепразолом, де-нолом, тетрациклином и метронидазолом, эффективность квадритерапии была менее значительной. В этой группе содержание НСГ достоверно снижалось лишь на 20,4% от показателя до лечения.

Выводы. Квадритерапия с омепразолом, де-нолом, амоксициллином, тетрациклином более эффективно влияет на состояние слизистого барьера у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

ИММУНОКОРРИГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Аскарлов Т.А., Сулейманов С.Ф., Сулейманова Г.С.
*Бухарский государственный
медицинский институт,
Бухара, Узбекистан*

Цель исследования. Характеристика иммунной системы и проведение иммунокорректирующей терапии у больных хроническим панкреатитом (ХП).

Материал и методы. Обследованы 36 больных (33–65 лет) с ХП. Контрольная группа состояла из 32 здоровых лиц (25–55 лет). Концентрацию сывороточных иммуноглобулинов (СИ) классов А, М и G определяли методом Mancini. Параметры клеточного иммунитета идентифицировали с помощью моноклональных антител (ООО «Сорбент-Сервис», Россия). Количественная оценка уровней TNF α , IL-6, IL-4 в сыворотке крови проводилась с помощью набора реагентов ProCov (ООО «Протеиновый контур», г. Санкт-Петербург). Иммунокорректирующая терапия проведена у 15 больных с помощью тимоптина (Узбекистан) 0,8–1,0 мг на курс лечения (доза 100 мкг/в день, в течение 8–10 дней).

Результаты исследования. У больных ХП выявили иммунодефицит клеточного звена: 0,7-кратное снижение Т (CD3) — $35,3 \pm 2,6\%$ ($p < 0,001$), угнетение субпопуляций Т-лимфоцитов: Тх (CD4) — $29,5 \pm 1,1\%$ ($p < 0,001$) и $341,8 \pm 32,1$ клеток/1 мкл крови ($p < 0,001$) (в контроле $36,5 \pm 0,7\%$ и $616,4 \pm 44,3$ клеток/1 мкл крови, соответственно), содержание Тс (CD8) — $13,8 \pm 1,4\%$ ($p < 0,05$) и $127,3 \pm 9,8$ клеток/1 мкл крови ($p < 0,01$). Количество В (CD19)-клеток было повышено до $20,6 \pm 2,3\%$ ($p < 0,05$), что было в 1,4 раза выше значений контрольной группы, и 1,7-кратное возрастание — $385,8 \pm 33,4$ клеток/1 мкл крови (в контроле — $230,1 \pm 26,7$ клеток/1 мкл крови). У больных ХП наблюдали высокое содержание IgA — $3,97 \pm 0,41$ г/л ($p < 0,05$), IgG — $22,42 \pm 0,75$ г/л ($p < 0,001$). Концентрация IgM была в пределах нормы $1,7 \pm 0,2$ г/л ($p > 0,05$). Анализ

спектра цитокинов показал, что у больных ХП в период обострения заметно повышался уровень провоспалительных цитокинов: TNF α до $203,6 \pm 22,3$ пг/мл ($p < 0,001$), а IL-6 был увеличен в 6 раз ($317,4 \pm 53,5$ пг/мл; $p < 0,001$). Уровень противовоспалительного цитокина IL-4 у взрослых в 4,3 раза по сравнению с парной, что статистически подтверждалось ($157,5 \pm 36,7$ пг/мл и $32,6 \pm 14,3$ пг/мл, соответственно; $p < 0,001$). Иммунокорректирующая терапия способствовала восстановлению клеточного звена иммунной системы: Т (CD3), лимфо Т-клеточного звена иммунной системы: Тх (CD4) и Тс (CD8) дали повышение и стабилизацию Тх (CD4) и Тс (CD8) дали повышение и стабилизацию. Параллельно наблюдалось повышение и стабилизацию IgA умеренно понижалась в процессе лечения. Наблюдали тенденцию в увеличении IgM до $2,23 \pm 0,2$ г/л и IgG до $23,7 \pm 1,62$ г/л через 1 месяц после лечения. При проведении традиционного лечения у больных ХП отмечалось умеренное снижение уровней TNF α , IL-6 ($p > 0,05$) по сравнению с данными до лечения) и слабое возрастание IL-4 до $172,3 \pm 41,1$ пг/мл. Под влиянием иммунокорректирующей терапии, проведенной на фоне традиционного лечения, у больных ХП было выявлено заметное уменьшение провоспалительных цитокинов: TNF α до $118,4 \pm 29,1$ пг/мл, IL-6 до $133,6 \pm 51,8$ пг/мл. Кроме этого, наблюдали уменьшение продукции противовоспалительного цитокина IL-4 $95,2 \pm 27,4$ пг/мл.

Выводы. У больных ХП наблюдали расстройство большинства параметров системы иммунитета, тенденцию в возрастании показателей про- и противовоспалительных цитокинов, что в определенной степени характеризует данную патологию. Сочетание традиционного лечения и тимоптина обладало эффективностью у больных ХП, так как оно способствовало восстановлению и стабилизации большинства параметров иммунной системы.

ХАРАКТЕРИСТИКА БИОХИМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПРИ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОМ ХОЛЕСТАЗЕ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В

Аскарлов Т.А., Нурбоев Ф.Э.,
Сулейманов С.Ф., Сулейманова Г.С.
*Бухарский государственный
медицинский институт,
Бухара, Узбекистан*

Цель исследования. Оценка биохимических показателей при внутрипеченочном холестазе (ВПХ) у больных с хроническим гепатитом В (ХГВ).

Материал и методы. Изучены 70 пациентов от 32 лет до 61 года с ХГВ, из которых 56 — женщины, 14 — мужчины. В контрольной группе были 22 здоровых лица аналогичного возраста, не имевших в анамнезе вирусных гепатитов.

Исследовали уровень молекул средней массы (МСМ), малонового диальдегида (МДА). Общую активность ферментов — аспартатаминотрансферазы (АСТ), аланина-минотрансферазы (АЛТ), гамма-глутамил-