

**МЕЖНАРОДНЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР  
МЕЖНАРОДНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ**

**Сборник тезисов научных работ**

**МЕЖДУНАРОДНОЙ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ  
КОНФЕРЕНЦИИ:  
«НАУЧНЫЙ ДИСПУТ: АКТУАЛЬНЫЕ  
ВОПРОСЫ МЕДИЦИНЫ»**

**«28» октября 2015**

**Москва–Будапешт–Вена  
2015**

**МІЖНАРОДНИЙ НАУКОВИЙ ЖУРНАЛ**  
**МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ**

*Сборник тезисов научных работ*

МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ  
КОНФЕРЕНЦИИ

**«НАУЧНЫЙ ДИСПУТ:  
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНЫ»**

«28» октября 2015

*Збірник тез наукових робіт*

МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ  
КОНФЕРЕНЦІЇ

**«НАУКОВИЙ ДИСПУТ:  
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ МЕДИЦИНИ»**

«28» жовтня 2015

*Abstracts of scientific papers*

INTERNATIONAL SCIENTIFIC-PRACTICAL  
CONFERENCE

**«SCIENTIFIC DEBATE:  
ACTUAL ISSUES OF THE MEDICINE»**

«28» october 2015

Москва–Будапешт–Вена  
2015

ББК 20  
УДК 5  
Н-34

Н-34 Научный диспут: Актуальные вопросы медицины: сборник тезисов научных работ Международной научно-практической конференции (Москва–Будапешт–Вена, 28 октября 2015 года / Международный научный центр, 2015. — 50 с.

В сборнике представлены материалы Международной научно-практической конференции: «Научный диспут: Актуальные вопросы медицины».

Материалы публикуются на языке оригинала в авторской редакции.

Редакция не всегда разделяет мнения и взгляды автора. Ответственность за достоверность фактов, имен, географических названий, цитат, цифр и других сведений несут авторы публикаций.

При использовании научных идей и материалов этого сборника, ссылки на авторов и издания являются обязательными.

ББК 20  
УДК 5

© Авторы статей, 2015  
© Международный научный центр, 2015  
© Международный научный журнал, 2015

# Зміст

<b>СЕКЦІЯ 1. АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ.....</b>	<b>5</b>
Столбова Н.А. <b>Использование фитонутриентов при гиперплазии эндометрия .....</b>	<b>5</b>
<b>СЕКЦІЯ 2. ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА, СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА, ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА, КУРОРТОЛОГИЯ И ФИЗИОТЕРАПИЯ .....</b>	<b>7</b>
Мирхайдарова З.М. <b>Фармакопунктура биоматериалом «аллоплант» в консервативной терапии экссудативного среднего отита.....</b>	<b>7</b>
<b>СЕКЦІЯ 3. ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ .....</b>	<b>11</b>
Чичирельо-Константинович К.Д. <b>Негоспитальная пневмония на фоне персистирующей цитомегаловирусной инфекции: особенности распространения коморбидности и ее клинического течения .....</b>	<b>11</b>
<b>СЕКЦІЯ 4. КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА.....</b>	<b>17</b>
Альмухамбетова Р.К., Жангелова Ш.Б., Каражанова Н.Б., Курманалиева Н.Н., Абусейтова К.М., Абенова Т.Н. <b>Опыт лечения артериальной гипертензии при цереброваскулярных заболеваниях .....</b>	<b>17</b>
Жангелова Ш.Б., Альмухамбетова Р.К., Орсалиева Н. Ж., Молдабаева Ж.И., Тулегенова С.М., Нурланкызы Н. <b>Диагностика острой сердечной недостаточности .....</b>	<b>21</b>
<b>СЕКЦІЯ 5. НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ .....</b>	<b>25</b>
Загора О. А., Резниченко Е. К. <b>Применение статинов в профилактике церебро-васкулярной патологии — дилема современной медицины.....</b>	<b>25</b>
<b>СЕКЦІЯ 6. ПАТОЛОГІЧНА АНАТОМІЯ .....</b>	<b>27</b>
Бондарева В. О., Усова О. М., Прядко К. І. <b>Сучасні тенденції та особливості імуноморфологічної діагностики MALT-лімфом шлунково-кишкового тракту .....</b>	<b>27</b>
<b>СЕКЦІЯ 7. ПСИХІАТРІЯ .....</b>	<b>30</b>
Когутяк Н. М. <b>Соціально-когнітивні дефіцити при розладах спектру аутизму (РСА) ..</b>	<b>30</b>

<b>СЕКЦИЯ 8. ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ И ИСКУССТВЕННЫЕ ОРГАНЫ</b> .....	<b>34</b>
Омарова А.К., Доскалиев Ж. А., Кагр І., Балмаганбетова М.Х.	
<b>Организационные подходы в развитии координационного центра по трансплантации в республике Казахстан</b> .....	<b>34</b>
<b>СЕКЦИЯ 9. ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ХИМИЯ, ФАРМАКОГНОЗИЯ</b> ..	<b>44</b>
Третьякова Е.В.	
<b>Валидация методик количественного определения компонентов геля для лечения кариеса эмали</b> .....	<b>44</b>
<b>СЕКЦИЯ 10. ХИРУРГИЯ</b> .....	<b>47</b>
Пархоменко А.В., Чертков С.С., Марченко Д.В., Фоминов В.М.	
<b>Добркачественные очаговые образования печени: возможности оперативного лечения</b> .....	<b>47</b>

# Секція 1.

## АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

Столбова Н.А.

*магістрант кафедри акушерства, гінекології та дитячої гінекології  
Харківський національний медичинський університет  
г. Харків, Україна*

### ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИТОНУТРИЕНТОВ ПРИ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ

**Актуальность.** Высокая частота встречаемости гиперплазии эндометрия (ГЭ), отсутствие должной эффективности от гормональной терапии [1, с. 52; 4, с. 103], а также вероятность их озлокачествления ставит ГЭ в ряд наиболее актуальных проблем современной медицины [3, с. 134]. Важное клиническое значение ГЭ заключается в том, что она является одной из наиболее частых причин маточных кровотечений и госпитализации женщин в стационар. Применение фитонутриентов с целью нормализации гормонального фона [5, с. 102; 6, с. 591], способствуют нормализации и поддержанию на оптимальном уровне соотношения метаболитов эстрогенов, регулируют апоптоз опухолевых клеток, что делает их перспективными для более широкого использования в гинекологической практике [2, с. 56].

**Цель исследования:** совершенствование диагностики и лечения женщин с гипепластическими процессами репродуктивного возраста для дальнейшего выбора и применения комплексной консервативной терапии.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 30 женщин в возрасте от 25 до 40 лет с гиперплазией эндометрия. Основную (1-ю) группу составили пациентки, которые после выскабливания полости матки не получали фитонутриенты (препарат индол-Ф по 2 капсулы (1 капсула 0,4 г) 2 раза в день). 2-ю группу (сравнения) составили женщины, которые после выскабливания полости матки получали гормональные препараты (прогестины, комбинированные оральные контрацептивы антигонадотропные препараты, агонисты гонадолиберина). 3-ю группу (сравнения) составили женщины, которые после выскабливания полости матки не получали никакого лечения.

Обследование пациенток проводилось согласно клиническим протоколам по оказанию акушерско-гинекологической помощи (приказ МОЗ Украины № 676 от 31.12.2004 г.). Проводился анализ жалоб и клинического течения болезни, оценивался характер менструальной функции, гинекологический и соматический статус. Всем женщинам производили диагностическое выскабливание слизистой полости матки под

контролем гистероскопии с последующим морфологическим исследованием полученного материала.

Контроль за эффективностью проводимого лечения осуществили через 6 и 12 месяцев. Основным методом скрининга состояния эндометрия является трансвагинальное ультразвуковое исследование, с помощью которого изучались структура и толщина эндометрия. Ультразвуковое сканирование органов малого таза выполнялось с помощью аппарата фирмы Philips HD11 XE (США) и использованием трансвагинального датчика частотой 4,8 МГц до начала лечения и после через 3–6 мес. Определяли содержание гормонов в плазме крови ИФА методом: эстрадиол нг/мл. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием программных продуктов Microsoft Excel, Statistika 6.0.

**Результаты.** Критериями эффективности терапии было отсутствие ГЭ. В результате проведенной терапии, у женщин основной группы, получавших фитонутриенты (препарат индол-Ф), развития гиперплазии не было отмечено ни в одном случае, у 2-й группы женщин, получавших гормональную терапию, в наблюдалось рецидивирование процесса в 30% случаях, а у 3-й группы женщин, которые не получали никакой терапии наблюдалось рецидивирование процесса в 60% случаях.

**Выводы.** Проведенные исследования позволяют сделать вывод, что включение фитонутриентов в комплексную терапию ГЭ способствует повышению эффективности лечения и снижению рецидивированию ГЭ у женщин репродуктивного возраста. Таким образом, высокая клиническая эффективность применения фитонутриента — индола-Ф с целью коррекции гиперпластических процессов и снижения их рецидива делает его перспективным для более широкого использования в гинекологической практике.

### Литература

1. Артымук Н. В., Хоботкова Е. П. Эхографические особенности гиперпластических процессов эндометрия в перименопаузе // Ультразвуковая диагностика, — 2007. — № 4. — с. 52.
2. Киселев В. И. Индол — регулятор пролиферативных процессов в органах репродуктивной системы / В. И. Киселев, А. А. Лященко. — М., 2005. — 56 с.
3. Луценко Н. С., Гераскина Л. Р., Евтерева И. А., Островский К. В., Потёбня В. Ю. Некоторые механизмы активации пролиферативных процессов в органах репродуктивной системы // Медико-социальные проблемы семьи. — 2009. — Т. 14, № 4. — с. 134–139.
4. Татарчук Т. Ф., Задорожная Т. Д., Лисяня Т. О. Сучасні підходи до лікування гіперпроліферативних процесів ендометрія у жінок на тлі хронічного ендометриту / Репродуктивне здоров'я жінок. — 2014. — № 2. — с. 103–106.
5. Rahman K. M., Aranha O., Sarkar F. Indole-3-carbinol (I3C) induces apoptosis in tumorigenic but not in nontumorigenic breast epithelial cell / K. M. Rahman, O. Aranha, F. Sarkar // Nutr. Cancer. — 2013. — № 4. — P. 101–112.
6. Bradlow H. I., Michnovicz J., Halper M. et al. Long-term responses of women to indole-3-carbinol or a high fiber diet // Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev. — 2014. — № 3/ — H/591–595.

**Секция 2.**  
**ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА,  
СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА, ЛЕЧЕБНАЯ  
ФИЗКУЛЬТУРА, КУРОРТОЛОГИЯ  
И ФИЗИОТЕРАПИЯ**

**Мирхайдарова З.М.**

*Врач-физиотерапевт*

*Научно-исследовательский лечебно-оздоровительный центр  
«Здоровье и долголетие», г. Уфа, Россия*

**ФАРМАКОПУНКТУРА БИОМАТЕРИАЛОМ  
«АЛЛОПЛАНТ» В КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ  
ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА**

В последние годы наблюдается значительное увеличение воспалительной патологии среднего уха, в том числе экссудативного среднего отита (ЭСО) [1, с. 25]. Большое значение в патогенезе ЭСО имеет состояние локального иммунитета, при этом в развитии экссудативной фазы воспаления большую роль играет гуморальный иммунный ответ, а в пролиферативной фазе – элементы клеточного иммунитета. При функциональной несостоятельности клеточного иммунного ответа накапливается густой и вязкий секрет, который приводит к нарастанию обструкции полости среднего уха с последующим развитием тимпанофиброза. [7, с. 11]. Низкая эффективность консервативного и хирургического лечения хронической формы ЭСО обуславливает необходимость поиска рационального лечения на ранних стадиях, включающего методы профилактики фиброза барабанной полости. [2, с. 93; 7, с. 59]. Современная восстановительная терапия рекомендует применение природных биологически-активных веществ в комплексном лечении. Биоматериал «Аллоплант», изготавливаемый на основе измельченных биологических тканей, применяется для активации обменных процессов и стимуляции регенерации. Одним из эффективных способов введения «Аллопланта», является фармакопунктура (RU № 2238076, МПК А 61 Н 39/08, от 20.10.2004), которая воздействует на регуляцию секреторной активности слизистой оболочки и ее локальный иммунитет. [4, с. 37]. Изучение клинической эффективности фармакопунктуры биоматериалом «Аллоплант» в комплексной терапии экссудативного среднего отита представляется актуальным.



**Цель исследования:** изучение эффективности фармакопунктурного введения биоматериала «Аллоплант» в комплексном лечении пациентов с ЭСО.

**Материалы и методы исследования.** Объектом исследования были 83 пациента с диагнозом экссудативный средний отит, из них 37 (44,5%) женщин и 46 (55,5%) мужчин в возрасте от 20 до 64 лет, средний возраст составил  $41,6 \pm 2,3$  лет, с длительностью заболевания от 2 недель до 3 месяцев. Диагноз экссудативный средний отит верифицировался согласно МКБ 10 (H65.2, H65.3). Контрольную группу составили 22 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. Проводился клинический осмотр с отомикроскопией барабанной перепонки и глоточного устья слуховой трубы назофарингоскопом XION (Германия). Вентиляционная функция слуховой трубы оценивалась с помощью акустической импедансометрии по методике ISO 8253-1 на аудиометре-тимпанометре AA-220xp Interacoustics (Дания). Оценка нарушения слуха проводилась по Международной классификации тугоухости, утвержденной ВОЗ (1997). Из лабораторных методов исследования проводился анализ мазков-перепечатков слизистой глоточного устья слуховой трубы. Показатель незавершенного фагоцитоза рассчитывали по методике:  $Nd/(Nc+Nd)100$ , где Nd – число деструктированных нейтрофилов, Nc – число целых нейтрофилов, содержащих в цитоплазме микроорганизмы, вакуоли и включения. [3, с. 89] Согласно протокола исследования все пациенты с ЭСО были разделены на 2 группы: I группа сравнения (n=40), получала базисную консервативную терапию (местные глюкокортикостероиды (мометазона фуолат), противовоспалительные (эреспал), адреномиметики (отривин); II группа основная (n=43), дополнительно к базисной терапии применяли акупунктурное введение диспергированного биоматериала «Аллоплант», который разводили в соотношении: 50 мг биоматериала на 10 мл физиологического раствора, количество инъекций за один сеанс составило 10–12 по 0,3–0,5 мл в одну точку, курс лечения 7 сеансов через день. Биологически-активные точки при лечении ЭСО подбирались согласно Международной акупунктурной номенклатуре [7]: SI4 (вань-гу), SI17 (тянь-жун), GB2 (тин-хуэй), GB8 (шуай-гу), GB10 (фу-бай), GB11(тоу-цяо-инь), GB12 (вань-гу), GV14 (да-чжуй), GV20 (бай-хуэй), GV22 (синь-хуэй), LI4 (хэ-гу), ST36 (цзусань-ли), TE20 (цзяо-сунь), TE21 (эр-мэнь). Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica V6.0 for Windows. Выборка исследовалась на нормальность по методике Колмогорова-Смирнова, значимость различий оценивали по критерию Стьюдента.

**Результаты и обсуждение.** Пациенты с ЭСО предъявляли жалобы на заложенность уха, чувство полноты в ухе, снижение слуха, у 32

(38,5%) отмечался шум в ушах, у 12 (14,4%) ощущение переливания жидкости, у 10 (11,9%) явление аутофонии. Отоскопическая картина барабанной перепонки у пациентов с ЭСО отличалась полиморфизмом: взбухание или втянутость, мутность барабанной перепонки, отсутствие светового конуса, изменение цвета барабанной перепонки (розовый, желтоватый), расширение сосудов по ходу рукоятки молоточка. Результаты аудиометрии у пациентов с ЭСО показали, что начальная степень снижения слуха (до 25 дБ) была выявлена у 25 (30,1%), I степень тугоухости (26–40 дБ) у 32 (38,6%), II степень (41–55 дБ) у 26 (31,3%) лиц. При оценке нарушения вентиляционной функции слуховой трубы по данным акустической импедансометрии у 32 (38,6%) пациентов с ЭСО выявили кривые типа «С» с отклонением пика в сторону отрицательного давления (до -200 даПа и более); у 51 (61,4%) отмечались уплощенные горизонтальные кривые типа «В» и акустический рефлекс не регистрировался, что соответствовало наличию экссудата в полости среднего уха. При исследовании мазков-перепечатков со слизистой устья слуховой трубы были обнаружены нейтрофилы и в незначительном количестве макрофаги, показатель незавершенного фагоцитоза в контрольной группе был на уровне 37,5%, а у пациентов с ЭСО составлял 68,4%, что отражало функциональную несостоятельность нейтрофилов и макрофагов. В процессе проведенного лечения у пациентов с ЭСО наблюдалась положительная клиническая динамика, на фоне фармакопунктурного введения биоматериала «Аллоплант» уменьшение дискомфортных ощущений отмечалось на 3–4 день, а в группе сравнения на 5–6 день. В результате лечения у пациентов с ЭСО наблюдалось улучшение функциональной активности клеток местного иммунитета: показатель незавершенного фагоцитоза в мазках-перепечатках в I группе снизился до 51,2%, а во II группе до 38,6%, что было сопоставимо с данными контрольной группы и свидетельствовало о клинической эффективности фармакопунктурного введения биоматериала «Аллоплант». Анализ проводимого нами лечения у пациентов с ЭСО показал хороший результат с улучшением отоскопической картины, полным восстановлением функции слуховой трубы и нормализацией порогов слуха по данным аудиометрии в I группе у 24 (60%) и во II группе у 30 (69,2%) лиц. Удовлетворительный результат лечения с улучшением функции слуховой трубы и уменьшением порогов слуха на 10 дБ и более отмечался в I группе у 9 (22,5%) и во II группе у 10 (23,3%) пациентов. Неудовлетворительный результат — при отсутствии положительной динамики, что отражало развитие фиброза и переход в хроническую стадию — в I группе был у 7 (17,5%), тогда как во II группе только у 3 (6,9%), что свидетельствует о положительном клиническом эффекте фармакопунктурного введения биоматериала «Аллоплант».

**Закключение.** Результаты проведенного исследования выявили нарушение локального иммунитета среднего уха у пациентов с ЭСО: отмечалось снижение функциональной активности фагоцитов (показатель незавершенного фагоцитоза 68,4%). У пациентов, которым применяли фармакопунктурное введение биоматериала «Аллоплант», наблюдалось более быстрое восстановление вентиляционной функции слуховой трубы и нормализация локального иммунитета среднего уха (показатель незавершенного фагоцитоза снизился до 38,6%), что позволяет рекомендовать фармакопунктурное введение биоматериала «Аллоплант» в комплексном консервативном лечении экссудативного среднего отита.

### **Литература**

1. Бурмистрова Т. В. Современные этиопатогенетические аспекты экссудативного среднего отита / Т. В. Бурмистрова // Российская оториноларингология. — 2004. — № 1(8). — 58 с.
2. Магомедов М. М., Никиткин А. Ю. Экссудативный средний отит. Современные представления и актуальность проблемы // Вестник оториноларингологии 2012. — № 5. — 96 с.
3. Маянский А. Н., Маянский Д. Н. Очерки о нейтрофиле и макрофаге. Новосибирск: Наука, 1989. — 254 с.
4. Муслимов С. А. Морфологические основы применения аллогенных биоматериалов в регенеративной хирургии: автореф. дис. — Уфа — 2001. — 45 с.
5. Овечкин А. М. Основы чжэнь-цзю терапии, Саранск. — 1991 г. — 316 с.
6. Стратиева, О. В. Сенсоневральная тугоухость в раннем периоде экссудативного среднего отита / О. В. Стратиева, Н. А. Арефьева, Г. М. Салакова // Новости оториноларингологии и логопатологии. — 1998. — № 1(13). — 58 с.
7. Williamson, I. Otitis media with effusion / I. Williamson // Clinical evidence. — 2001. — № 5. — 69 p.

## Секция 3. ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

**Чичирельо-Константинович К.Д.**  
*магистрант кафедры инфекционных болезней  
с курсом эпидемиологии  
Винницкого национального медицинского университета  
им. Н.И. Пирогова  
г. Винница, Украина*

### **НЕГОСПИТАЛЬНАЯ ПНЕВМОНИЯ НА ФОНЕ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ: ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ КОМОРБИДНОСТИ И ЕЕ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ**

**Введение.** Вопросы изучения особенностей течения острых и хронических заболеваний на фоне персистирующей цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ) до сих пор остаются нерешенными среди инфекционистов, несмотря на значительное количество работ, которые посвящены этому заболеванию [4, с. 71–79]. Существуют литературные данные, что ЦМВИ может быть как непосредственной причиной, так и фоном для многих соматических патологий, благоприятным фактором для реализации патологических иммунных и нейроэндокринных реакций и нередко служит причиной резистентности к терапии патологических процессов у лиц со скомпрометированным иммунитетом [2, с. 61–71]. В то же время, научный прогресс в диагностике негоспитальной пневмонии (НП) и разработки высокоэффективных антибактериальных препаратов для ее лечения не обеспечивают полного положительного эффекта, что может объясняться трансформацией условий возникновения НП, изменениями вирулентности возбудителей заболевания и иммунной реактивностью организма больного [1, с. 3–6]. До сегодняшнего дня ЦМВИ считалась индикаторным заболеванием иммунодефицитных состояний [2, с. 61–71]. Поэтому и пневмонии, которые наблюдались в подобной группе больных, расценивались чисто по вирусным этиологическим факторам. А следовательно, и распространенность латентной ЦМВИ у больных на НП не изучалась. Однако, существуют исследования о том, что вирус ЦМВИ может самостоятельно усугублять имеющиеся иммунологические расстройства без тяжелого иммунодефицита [6, с. 34–59]. Для

цитомегалии характерно угнетение функции Т-хелперов при сохранении или повышении активности Т-супрессоров [3, с. 64–68]. Также бесспорным является факт появления разнообразных нетипичных иммунологических реакций у лиц, которые часто болеют из-за наличия активного или латентного течения ЦМВИ [5, с. 1–10]. Такие иммунологические реакции являются предпосылками к осложнениям в течении многих острых или хронических патологий у лиц с персистирующей ЦМВИ и является обоснованием дифференцированного подхода к назначению иммунокорректирующей терапии. Наряду с этим, постоянное загрязнение окружающей среды, применение цитостатиков и иммунодепрессантов, постоянные стрессовые ситуации, приводящие к иммуносупрессии, вероятно, и будут способствовать росту частоты ЦМВИ среди общей популяции населения и частой реактивации инфекционного процесса, в том числе и респираторной системы. Поэтому вопросы исследования распространенности персистенции ЦМВИ у больных на НП с последующей оптимизацией как терапии, так и реабилитации пациентов является актуальной и своевременной, что и обусловило цель нашей работы: установить распространенность и особенности персистенции ЦМВИ у больных НП молодого возраста.

**Материалы и методы.** Было обследовано 43 больных на НП (21 (48,8%) мужчин и 22 (51,2%) женщин, которые лечились стационарно в пульмонологическом отделении городской клинической больницы № 1 г. Виннице в 2015 г. Для контроля было обследовано 32 (14 (43,8%) мужчин и 18 (56,2%) женщин как практически здоровых лиц. Средний возраст в группе больных НП составил (40,1±1,7) года, в группе контроля средний возраст пациентов составил (36,0±1,7) года. Диагноз НП устанавливали согласно требованиям Приказа МЗ Украины № 128 от 19.03.2007 г. (Приказ МЗ Украины, 2007) и государственной клинической установки «Негоспитальная и госпитальная (нозокомиальная) пневмония у взрослых лиц: этиология, патогенез, классификация, диагностика, антибактериальная терапия (Фещенко Ю.И и соавт., 2014).

Наличие ЦМВИ в основной и контрольный группах верифицировали путем определения специфических антител иммуноглобулинов класса М (Ig М CMV) и иммуноглобулинов класса G (IgG CMV) в сыворотке крови с помощью иммуноферментного анализа [6, с. 35–49]. Ig М CMV отвечают за острый период ЦМВИ, а также является показателем активной ее реактивации. Поэтому титр Ig М CMV до 0,9 ед. нами трактовался как отрицательный (отсутствие активной ЦМВИ). В титре Ig М CMV 0,91–1,1 ед. показатель расценивался как сомнительный и нуждался динамического контроля. При наличии Ig М CMV в титре 1,11 ед. и выше мы уверенно диагностировали активное течение ЦМВИ. Отрицательный результат IgG CMV (<0,9 ед.) говорил об отсутствии ранее

протекающей ЦМВИ. При наличии IgG CMV в сомнительном титре (0,91–1,1 ед.) пациенту было рекомендовано дообследование в динамике. Положительный показатель IgG CMV (>1,1 ед.) подтверждал наличие персистирующей ЦМВИ. Кроме того, мы поделили показатель персистенции ЦМВИ по степени выраженности. Следовательно, в категории респондентов с легкой персистенцией было отнесено лиц с титром IgG CMV 1,1–7,0 ед., умеренной персистенцией – 7,1–14,0 ед., тяжелой – 14,1 ед. и выше. Статистическая обработка полученных результатов выполнена на персональном компьютере с помощью пакета статистических программ SPSS12.0 для Windows (Grand Pack, Serial Number 9593869) (Бююль, Цефель, 2005, Наследов, 2007).

Результаты: Проанализировав полученные данные, можно сказать, что больные НП существенно отличались по своему вирусологическому статусом (на основании анализа содержания IgM CMV и IgG CMV). IgM выявлялся в 4 случаях (9,3%) в клинически незначительном титре и не был характерным для пациентов контрольной группы. С нашей точки зрения, отсутствие острого течения заболевания ЦМВИ исключает цитомегаловирусную природу как первичный этиологический фактор НП. Иная картина наблюдалась при анализе наличия антител класса IgG к ЦМВ у больных НП и лиц контрольной группы. Среднее значение титра антител класса IgG к ЦМВ в группе больных НП составляло (6,13±0,87) ед. и колебалось от 0 до 27,80 ед., в то время как в группе практически здоровых показатель среднего значения титра антител класса IgG к ЦМВ составляло (4,07±0,82) ед. и колебалось от 0 до 13,50 ед. (разница была  $t=1,664$ ,  $p=0,1$ ). Во всей выборке (75 наблюдений) среднее значение титра антител класса IgG к ЦМВ составляло (5,25±0,85) ед.

Также нами была изучена распространенность ЦМВИ у больных НП и лиц контрольной группы по количеству выработки анamnестических антител IgG CMV. Больные НП с высоким уровнем статистической достоверности ( $p=0,002$ ) отличались от здоровых лиц по показателям распространенности персистирующей ЦМВИ в зависимости от уровня выраженности – легкий уровень персистенции 53,5% против 25,0%, высокий уровень персистенции – 11,6% против 0. При проведении анализа распространенности показателя персистенции ЦМВИ в зависимости от пола, нами не было выявлено статистической достоверности различий показателя выраженности клинически значимой персистенции ЦМВИ по данным титра антител класса IgG в зависимости от пола в обеих группах сравнения ( $p>0,05$ ). В ходе исследования при оценке показателя распространенности ЦМВИ по его выразительности статистической достоверности показателя распространенности согласно его выраженности соответственно до пола не выявлено ( $p>0,05$ ), однако, по нашим данным, лица контрольной группы характеризовались отсутствием

тяжелой персистенции ЦМВИ, в то время, когда в группе больных НП на ее долю приходится 14%. Исследование показателя среднего значения титра антител класса IgG CMV показало, что в группе больных НП для женщин этот показатель был ниже и составил  $(5,37 \pm 1,05)$  ед., а у мужчин выше — соответственно  $(6,93 \pm 1,41)$  ед., при этом статистическая разница не была найдена ( $t=0,888$ ,  $p=0,379$ ). В группе практически здоровых женщин показатель среднего значения титра антител класса IgG CMV оказался выше и составил  $(4,76 \pm 1,17)$  ед., в то время как у мужчин он был ниже и составил  $(3,18 \pm 1,13)$  ед., при этом также различия были невероятные ( $t=0,950$ ,  $p=0,350$ ). При оценке распространенности показателя персистенции ЦМВИ согласно возрасту статистически значимого различия в обеих группах сравнения мы не выявили ( $p>0,05$ ), однако, в группе больных НП выявлена достоверно значимое возрастание выраженности тяжести по мере увеличения возраста пациентов ( $p=0,047$ ).

Распределение показателя распространенности персистенции ЦМВИ у больных НП в зависимости от класса риска пневмонии по шкале PORT было недостоверным ( $p>0,05$ ), однако если проводить соответствующие расчеты, принимая количество наблюдений в группах сравнения — соответственно тяжесть II и III класса по шкале PORT, то получим следующее. Для больных на НП II класса риска (30 пациентов) показатель распространенности составил 76,6% и наблюдался у 23 больных. Для больных НП III класса риска (13 пациентов) показатель распространенности персистирующей ЦМВИ составил 84,6% и наблюдался у 11 больных, что было достоверно выше по сравнению с группой больных, имеющих II класс риска негативного исхода по шкале PORT ( $p<0,05$ ) и выше средне группового показателя, который составил по группе в целом 79,1%. Данная закономерность требует дальнейшего изучения при большей выборке пациентов с III классом риска летальности по PORT-шкале. Кроме того, исследование показало, что для больных, которые имели III класс риска по шкале PORT, что соответствует более тяжелом клиническом понимании течения НП, показатель выраженности/тяжести персистенции, что соответствует количественной оценке имеющихся антител IgG к цитомегаловирусу в крови пациентов, составил в среднем  $(9,40 \pm 2,21)$  ед. против среднего показателя  $(4,71 \pm 0,69)$  ед. при  $p=0,012$ , который определялся у больных на НП с II классом риска по шкале PORT. Это еще раз подтверждает наше мнение о том, что тяжелое инфицирование вирусом ЦМВ и, как следствие, выраженная реакция организма по увеличению интенсивности выработки специфических АТ, в дальнейшем может повлечь нарушения со стороны иммунной системы, что приводит к снижению защитного барьера и развитию более тяжелого в клиническом понимании инфекционного поражения нижних дыхательных путей.

### Выводы

1. Больные НП существенно отличались по своим вирусологическим статусом (на основании анализа содержания IgM CMV и IgG CMV).

2. IgM к вирусу ЦМВИ определялись в 4 случаях (9,3%) в клинически незначительном титре и не были характерны в контрольной группе, что исключает острое течение ЦМВИ у этих пациентов, а следовательно, и опровергает цитомегаловирусную природу как первичный этиологический фактор НП.

3. Наблюдалась тенденция увеличения абсолютного показателя среднего значения титра антител класса IgG к ЦМВ в группе больных НП (составляло  $(6,13 \pm 0,87)$  ед. по сравнению с контрольной группой (составляло  $(4,07 \pm 0,82)$  ед. Разница была недостоверной ( $t=1,664$ ,  $p=0,1$ ), что можно объяснить небольшим количеством наблюдений.

4. Больные НП с высоким уровнем статистической вероятности ( $p=0,002$ ) отличались от здоровых лиц по показателям распространенности персистирующей ЦМВИ в зависимости от уровня выраженности — легкий уровень персистенции 53,5% против 25,0%, высокий уровень персистенции — 11,6% против 0. Следовательно, наличие в организме персистенции ЦМВИ является отягощающим фактором для присоединения сопутствующей патологии нижних дыхательных путей, что, вероятно, обусловлено сдвигами в иммунном статусе, которые провоцирует ЦМВИ.

5. Не найдено достоверной разницы при анализе распространенности персистирующей ЦМВ-инфекции в зависимости от возраста и пола респондентов.

6. Для больных, которые имели III класс риска по шкале PORT, что соответствует более тяжелом клиническом понимании течения НП, он составил в среднем  $(9,40 \pm 2,21)$  против среднего показателя  $(4,71 \pm 0,69)$  при  $p=0,012$ , который определялся у больных на НП с II классом риска по шкале PORT, и, которые характеризуются соответственно более легким в клиничному понимании течением НП.

7. Наличие персистенции ЦМВИ требует своевременной диагностики с параллельным изучением изменений иммунного статуса с целью иммунокоррекции и предотвращению присоединения сопутствующих инфекционных заболеваний с более сложным течением.



Література

1. Дзюблик, Я. О. Наукове обґрунтування та ефективність застосування алгоритму етіологічної діагностики негоспітальних інфекцій нижніх дихальних шляхів // Укр. хіміотерапевт. журн. — 2013. — № 3–4 (30). — С. 3–6. (Журнал зареєстровано в міжнародній наукометричній системі Index Copernicus).
2. Евстигнеев, И. В. Спектр легочной патологии у ВИЧ-инфицированных пациентов в зависимости от степени иммуносупрессии [Текст] / И. В. Евстигнеев // Журнал «Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология». — 2011. — № 3. — С. 61–71.
3. Кистенева, Л. Б. Особенности цитокинового статуса у детей с латентной и персистирующей формами цитомегаловирусной инфекции [Текст] / Л. Б. Кистенева // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2009. — Т. 54, № 4. — С. 64–68.
4. Чернышова, Л. И. Цитомегаловирусная инфекция (лекция) [Текст] / Л. И. Чернышова // Сучасні інфекції. — 1999. — № 3. — С. 71–79.
5. Cytomegalovirus surveillance protocol for Ontario hospitals. ОНА/ОМА Communicable disease surveillance protocol. // May, 2013. — P. 1–10.
6. National Committee for Clinical Laboratory Standards. Procedures for the collection of diagnostic blood specimens by venipuncture; approved standard. 4th ed. NCCLS Document H3-A4, Wayne, PA: NCCLS, 1998. — P. 35–49.

## Секция 4. КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

**Альмухамбетова Р.К.**

*Кандидат медицинских наук, доцент, профессор кафедры интернатуры и резидентуры по терапии № 3, Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан*

**Жангелова Ш.Б.**

*Кандидат медицинских наук, доцент, профессор кафедры интернатуры и резидентуры по терапии № 3, Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан*

**Каражанова Н.Б.**

*Врач Городского кардиологического центра, г. Алматы, Казахстан,*

**Курманалиева Н.Н.**

*Врач-интерн, Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан*

**Абусейтова К.М.**

*Врач-интерн, Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан*

**Абенова Т.Н.**

*Врач-интерн, Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан*

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Сердечно-сосудистые и цереброваскулярные заболевания — этио-патогенетически тесно взаимосвязаны: у большинства больных встречается сочетанное атеросклеротическое поражение артерий различных сосудистых бассейнов различной степени выраженности. Частота мультифокального атеросклероза достигает 75%.

Повышенное АД является предрасполагающим фактором развития деменции и расстройства когнитивных функций у пожилых пациентов, в возрасте 65 лет и старше примерно 15% пациентов страдают когнитивными расстройствами и 5% — деменцией.

Анализируя данные литературы, необходимо отметить высокую эффективность блокаторов медленных кальциевых каналов (БМКК) в предотвращении эпизодов инсульта в сравнении с другими классами антигипертензивных препаратов [1, с. 1001–1015.2; 2, с. 2981–2997].

**Целью нашего исследования** явилось изучение антигипертензивной эффективности и безопасности нитрендипина (нитресана) – БМКК последнего поколения и его влияния на качество жизни и частоту постинсультной деменции у пациентов с АГ и дисциркуляторной энцефалопатией и острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) в анамнезе.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находились 28 больных АГ с дисциркуляторной энцефалопатией и ОНМК в анамнезе в возрасте от 47 до 71 лет (средний возраст  $60,2 \pm 1,5$ ), из них 18 женщин и 10 мужчин, в исследование включались пациенты только с первичной АГ 2–3 ст., (2-ой – 19 больных и 3-ей ст. – 9), которые получали нитресан в дозе по 10–40 мг в сутки в течение 4-х недель. Показатели качества жизни у исследуемых больных оценивали при помощи международного сертифицированного опросника Medical Outcomes Study Form (SF-36), который включает 36 вопросов, составляющих 8 концепций здоровья (шкал).

В ходе анкетного опроса больному предлагалось выразить свое отношение к каждому из названных в анкете вопросов, выбрав одну из возможных альтернатив. Результаты обработаны параметрическими методами вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента.

Оценка производилась в баллах, более высокий балл соответствовал лучшему состоянию здоровья. Исследование когнитивной функции проводилось также с помощью шкалы MMSE. Для оценки эффективности антигипертензивной терапии использовались краткосрочные (в течение 4-х недель от начала лечения) критерии: снижение систолического и/или диастолического АД на 10% и более или достижение целевого уровня АД; отсутствие гипертонических кризов; сохранение или улучшение качества жизни; влияние на модифицируемые факторы риска. Переносимость препарата считали хорошей при отсутствии побочных эффектов, удовлетворительной – при наличии побочных эффектов, не потребовавших отмены препарата, неудовлетворительной, если возникшие побочные явления потребовали отмены препарата.

**Результаты и обсуждение.** По результатам нашего исследования в процессе лечения нитресаном снижаются уровни как САД (145,3 против исходного 168,6; снижение на 16%), так и ДАД (91,6 против 97,5 исходных; снижение на 6%). Целевого уровня АД достигли 19 пациентов (67,9%), в 4-х случаях доза нитресана была увеличена до 40 мг/сутки и в 2-х случаях потребовалось назначение другого антигипертензивного препарата. В процессе лечения произошло урежение ритма на 10% – ЧСС уменьшается с 89,1 до 80,0.

Все наши больные поступали с жалобами на головные боли, головокружение, шум в ушах, шаткость походки, утомляемость, слабость, депрессию, нарушение сна. В результате проведенного лечения уже

к концу 1-ой недели от начала лечения больные отмечали существенное улучшение самочувствия, что подтверждают результаты анкетирования по шкале MMSE. По результатам тестирования по шкале MMSE до лечения сумма баллов 30–28, что соответствовало норме, была обнаружена у 3 пациентов, когнитивные нарушения (27–24) у 8 и деменция легкой степени (23–20) у 5. К концу терапии отмечена позитивная динамика: только 2 больных сохраняли признаки легкой деменции, когнитивные расстройства — 6, в то время как нормальные показатели были выявлены у 10 пациентов.

В первую очередь это касалось состояния когнитивных расстройств: регрессировали общая слабость, депрессивный фон настроения. Исходно частая, интенсивная головная боль в процессе лечения исчезла у 12 (75%), стала умеренной и редкой у 4 (25%) больных. Головокружения уменьшились у 6 (60%) больных. Значительное большинство больных отмечали нормализацию сна, исчезновение слабости, утомляемости, улучшение настроения, исчезновение тревоги. Вероятно, это связано с влиянием нитрендипина на ЦНС. Согласно литературным данным, нитрендипин проходит гематоэнцефалический барьер и снижает распад нейромедиаторных моноаминов, нейротрансмиттеров, дефицит которых особенно выражен при дегенеративной деменции. Нитрендипин хорошо накапливается в отделах головного мозга, наиболее подверженных изменениям при болезни Альцгеймера: кора, таламус и гиппокамп. Проведенные эпидемиологические исследования показали не только связь АД с когнитивными нарушениями, но и то, что терапия по снижению АД может уменьшить риск деменции. В исследовании Systolic Hypertension in Europe trial на большом количестве пациентов, получавших в качестве антигипертензивной терапии БКК длительного действия — нитрендипин, риск развития деменции снижался на 55%. Также имеется целый ряд многоцентровых международных исследований, подтверждающих эффективность БКК, в частности, амлодипина в профилактике инсультов (FRAMINGHAM, EVA, Gothenburg, Honolulu — Asia Aging Study, VALVE, PREVENT, CAMELOT).

Оценивая показатели качества жизни у исследуемых больных при помощи международного сертифицированного опросника Medical Outcomes Study Form (SF-36), необходимо отметить также положительную динамику: снизились на 38% ролевые ограничения, обусловленные личными или эмоциональными проблемами (влияние эмоционального состояния на выполнение работы или повседневной деятельности), повысились на 27% социальное функционирование и на 36% эмоциональное самочувствие.

По результатам нашего изучения нитресан не вызывал каких-либо побочных эффектов, требующих отмены препарата, он хорошо переносится, в том числе в составе комплексной терапии.

Таким образом, применение блокатора кальциевых каналов дигидропиридинового ряда — нитресана фирмы Промед Прага в дозе по 20–40 мг/сутки в течение 4 недель наряду с антигипертензивным действием способствует улучшению когнитивных свойств у пациентов с АГ и цереброваскулярными заболеваниями. Побочного эффекта препарата не зарегистрировано.

#### Литература

1. Guidelines Committee. 2013 European Society of Hypertension — European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertension* 2013; 21: 1001–1015.2.
2. The ALLHAT Officers and Coordinators. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to ACE inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic (ALLHAT). *JAMA* 2002; 288: 2981–2997.

**Жангелова Ш.Б.**

*Кандидат медицинских наук, доцент, профессор кафедры интернатуры и резидентуры по терапии № 3, Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан*

**Альмухамбетова Р.К.**

*Кандидат медицинских наук, доцент, профессор кафедры интернатуры и резидентуры по терапии № 3, Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан,*

**Орсалиева Н. Ж.**

*Врач-интерн, Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан,*

**Молдабаева Ж.И.**

*Врач-интерн, Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан,*

**Тулегенова С.М.**

*Врач-интерн, Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан,*

**Нурланкызы Н.**

*Врач-интерн, Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан,*

## **ДИАГНОСТИКА ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

Острая сердечная недостаточность (ОСН) в настоящее время продолжает привлекать большое внимание, поскольку это угрожающее жизни состояние, требующее незамедлительного вмешательства. В большинстве случаев она возникает в результате ухудшения состояния больного с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) (ранее диагностированной и леченной), однако в ряде случаев она может быть впервые выявленной. Больные могут описывать ряд состояний, начиная от угрожающих жизни отека легких или кардиогенного шока до состояний, характеризующихся в основном появлением периферических отеков. Алгоритм первичного обследования при подозрении на сердечную недостаточность предполагает два подхода: первый, основанный на данных ЭхоКГ; второй, основанный на уровне натрийуретического пептида в сочетании с 12-канальной ЭКГ. Рекомендация определять уровень В-натрийуретического пептида (BNP) при сомнительной СН входит в современные клинические руководства с самым высоким грифом уровня доказательности А, что говорит о надежности теста, проверенной

в крупных многоцентровых исследованиях, выполненных по дизайну доказательной медицины [1, с. 70–76; 2, с. 651–653].

**Целью нашего исследования** явилось изучение уровня BNP у больных с острой сердечной недостаточностью.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением и лечением находились 56 больных с подозрением на ОСН в возрасте от 43 до 66 лет (средний возраст  $55,2 \pm 1,3$ ), из них 27 женщин и 29 мужчин, поступивших в экстренном порядке с болевым синдромом в ГКЦ в 2014 году. Всем пациентам проводились ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография органов грудной клетки, КАГ, общеклинические и биохимические исследования: липидный спектр, уровень глюкозы, кардиомаркеры (тропонин, миоглобин, BNP).

**Результаты и обсуждение.** Все больные поступали с жалобами на боли в области сердца, за грудиной, одышку, сердцебиение. На ЭКГ у всех больных были признаки ишемии, рубцовые изменения были обнаружены у 34 больных, которые были отнесены в 1-ую группу; остальные больные составили 2-ую группу. Рентгенологически были выявлены прикорневое усиление легочного рисунка у 23 пациентов (18 больных из 1-ой группы и 5 – из 2-ой группы).

Содержание тропонина варьировало от 0,09 до 2,34 нг/л и составило в среднем 1,35. Уровень BNP – у наших больных колебался в пределах от 88,0 до 395,0 и составил  $282,4 \pm 3,9$  нг/мл.

Таблица 1

**Лабораторно-инструментальные показатели  
при первичном исследовании**

Показатели	I группа (n=34)	II группа (n=22)
Тропонин, нг/мл	$2,09 \pm 0,01$	$0,18 \pm 0,01$
BNP, нг/мл	$262,0 \pm 2,9$	$235,3 \pm 2,6$
Локальная гипокинезия	4 (11,8%)	14 (63,6%)
Акинезия миокарда	30 (88,2%)	8 (36,4%)
Фракция выброса, %	$33,4 \pm 1,2$	$41,9 \pm 1,5$
Прикорневое усиление легочного рисунка	18 (52,9%)	5 (22,7%)

Как видно из данных таблицы 1, уровень BNP оказался достоверно выше у пациентов I группы ( $262,0 \pm 2,9$  против  $235,3 \pm 2,6$ ), что предполагает выраженность и тяжесть проявлений СН и подтверждается по результатам ЭхоКГ: фракция выброса  $33,4 \pm 1,2\%$  против  $41,9 \pm 1,5\%$  в 2-ой группе. Сочетание повышения тропонинов и ангинозного приступа считают

достаточным основанием для диагностики инфаркта миокарда (ИМ) без подъема сегмента ST. Анализируя клинические и лабораторно-инструментальные данные, первичный ИМ был выставлен в 15 случаях (68,2%) во 2-ой группе; повторный ИМ в 8 (23,5%) случаях во 1-ой группе. Нестабильная стенокардия в 33 случаях (26–76,5% в 1-ой гр. и 7–31,8% во 2-ой гр.). Динамическое исследование кардиомаркеров и показателей ЭхоКГ дало основание выставить инфаркт миокарда, осложненный острой сердечной недостаточностью, у 23 пациентов.

ЭхоКГ помогает не только в постановке диагноза ИБС и оценке функции левого желудочка, но и в определении причины болей в груди, а также степени риска развития ИМ и его осложнений. Безусловно, ЭхоКГ имеет первостепенное значение для диагностики осложнений ИМ. К факторам, способствующим развитию ОСН относятся возраст старше 65 лет, слабая функция левого желудочка (фракция выброса ниже 35%), большая зона инфаркта, женский пол, а также наличие в анамнезе инфаркта миокарда, сахарного диабета. Сахарный диабет в анамнезе был обнаружен у 17 пациентов (у 12 из 1-ой и у 5 — из 2-ой группы). При тщательном изучении данных ЭхоКГ и BNP при ИМ, осложненном развитием ОСН и нестабильной стенокардии было установлено, что гипокинезия у 12 пациентов с нестабильной стенокардией оказалась преходящей, фракция выброса левого желудочка и содержание BNP, соответствовали норме, тогда как в группе больных с ИМ ФВ была значительно ниже, а уровень BNP значительно ниже (табл. 2).

Таблица 2

**Уровень BNP и показатели ЭхоКГ при ИМ  
и нестабильной стенокардии**

Показатели	Первичный инфаркт миокарда (n=15)	Повторный инфаркт миокарда (n=8)	Нестабильная стенокардия (n=33)
Акинезия миокарда	11	8	-
Локальная гипокинезия	4	-	12
Фракция выброса, %	40,8±0,8	36,5±1,1	60,3±1,5
BNP, пг/мл	308,8±2,4	290,7±2,1	92,5±2,3

Для дифференциальной диагностики СН в настоящее время используется тест с определением — В-натрийуретического пептида (BNP) — одного из гормонов, секретируемых кардиомиоцитами. Относительно недавно, около 20 лет назад, было установлено, что сердце выполняет эндокринную функцию, синтезируя прогормоны, которые под влиянием определенных стимулов (например, растяжение предсердий и повышение трансмурального предсердного давления) высвобождаются,



расщепляются и поступают в циркулирующую кровь в виде пептидов. В клетках предсердий образуется преимущественно А-тип, желудочков — В-тип натрийуретического пептида. Они сходны по механизму действия и функционируют как двойная сердечная пептидная натрийуретическая система, но большей диагностической ценностью при СН обладает второй — BNP [3, с. 254–294].

Таким образом, у больных ИМ с ОСН протекающей по типу сердечной астмы, определение уровня BNP может быть рекомендовано при сомнительной клинической картине СН поскольку является достаточно информативным и ранним признаком выявления ОСН, в то же время не требуется дополнительной аппаратуры (в том числе и передвижной), лишено субъективизма, т.к. не зависит от квалификации специалиста.

### Литература

1. Джордж Дж. Тэйлор Основы кардиологии. перевод с англ. под ред. акад. РАМН проф. Р.Г. Оганова. — М., «Мед.Пресс-информ». — 2004, с. 70–76.
2. Кардиология. Национальное руководство. Краткое издание. М. «Гэотар — Медиа». — 2012. — с. 400, 651–653.
3. Горохова С. Г. Кардиология. 9 глав о диагностических ошибках. — Москва. — 2009, с. 254–294.

## Секция 5. НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ

**Загора О. А.**

*студент*

*Харьковский национальный медицинский университет*

*г. Харьков, Украина*

**Резниченко Е. К.**

*к.м.н., доцент кафедры неврологии № 1*

*Харьковский национальный медицинский университет*

*г. Харьков, Украина*

### ПРИМЕНЕНИЕ СТАТИНОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЦЕРЕБРО-ВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ – ДИЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

**Актуальность.** Согласно материалам ВОЗ смертность от инсульта составляет около 12% общей смертности, что позволяет инсультам стать второй по частоте причиной смерти в мире. Ежегодно частота новых случаев колеблется в разных странах от 1,27 до 7,4 на 1000 населения. Поэтому инсульт можно назвать всемирной пандемией современного общества.

Многочисленные клинические исследования доказывают эффективность применения в профилактике развития инсультов статинов, что обусловлено механизмом действия препарата на подавление синтеза холестерина в печени. Также ряд исследований продемонстрировал, что статины обладают многими дополнительными эффектами и могут оказывать нейропротекторное действие. Полученные данные позволили экспертам *American Heart Association* и *American Stroke Association* рекомендовать интенсивную статинотерапию для вторичной профилактики инсульта у больных, перенесших инсульт.

**Цель работы:** определить зависимость увеличения риска возникновения геморрагических инсультов и онкопатологии от применения высоких доз статинов.

**Материал и методы:** обработка, анализ научных клинических и экспериментальных публикаций.

**Результаты исследования.** В результате исследования, были обнаружены противоречия в доказательной базе — так эффективность профилактики ишемического инсульта и транзиторной ишемической атаки коррелируется с тенденцией к повышению риска геморрагических

инсультов на фоне приема статинов. Эти данные также перекликаются с результатами ряда исследований, указывающих на парадоксальную зависимость риска геморрагических инсультов от уровня липидов крови — чем более низким является содержание липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), тем выше риск геморрагического инсульта. Кроме этого мета-анализ Alawi Alsheikh-Ali и Richard Karas (*Tufts University School of Medicine, Boston 2007*) показал, что существует связь между низким уровнем ЛПНП и повышенным риском развития злокачественных опухолей. *A Journal of the American College of Cardiology* в 2008 опубликовал результаты исследования, которое выявило связь между употреблением высоких доз статинов и увеличением риска онкологических заболеваний.

Вывод: проведенный нами анализ зарубежной литературы показал, что вопрос о положительном влиянии статинов на организм человека является неоднозначным и требует глубокого научного исследования.

### Литература

1. Alawi A. Alsheikh-Ali. Statins, Low-Density Lipoprotein Cholesterol, and Risk of Cancer // *The Journal of the American College of Cardiology*. — 2008. — № 14.

2. [Электронный ресурс] / 10 ведущих причин смерти в мире за период с 2000 по 2012 год. — 2000. — Информационный бюллетень № 310. — Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/ru/>, свободный.

## Секція 6. ПАТОЛОГІЧНА АНАТОМІЯ

**Бондарева В. О.**

*Кандидат медичних наук,  
доцент кафедри патологічної анатомії та судової медицини  
ДЗ «Дніпропетровська медична Академія МОЗ України»  
М. Дніпропетровськ, Україна*

**Усова О. М.**

*Студентка, 4 курс  
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»  
М. Дніпропетровськ, Україна*

**Прядко К. І.**

*Студентка, 4 курс  
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»  
М. Дніпропетровськ, Україна*

### СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІ ТА ОСОБЛИВОСТІ ІМУНОМОРФОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ МАЛТ-ЛІМФОМ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

На даний момент своєчасна онкодіагностика та встановлення правильного діагнозу має надзвичайно важливе значення як для пацієнтів, так і для профільних спеціалістів — онкологів та патоморфологів, тому що ключовим моментом є визначення діагнозу та прогнозу захворювання. Для сучасної патоморфології та онкології актуальним є дослідження особливостей виникнення, розвитку, диференціальний алгоритм, а також визначення можливостей біологічної поведінки екстранодальних варіантів лімфом із клітин маргінальної зони, які асоційовані зі слизовою оболонкою (MALT-лімфоми, мальтоми), адже захворюваність на неї складає майже 12% від усіх випадків захворюваності на неходжкінські лімфоми за останні 5 років [3, с. 629–638; 6, с. 27–33]. Щодо епідеміології захворювання, слід звернути увагу на те, що у молодому та середньому віці хворіють переважно жінки, тоді як серед людей похилого віку частота захворюваності серед жінок та чоловіків майже однакова (53% та 47% відповідно), що пов'язано з трансформативними змінами в організмі, зокрема в імунній системі. Відомо, що мальтома відноситься до лімфом із переважно індолентним клінічним перебігом, проте вкрай важливе своєчасне її діагностування, тому що є дані про підтверджений ризик

можливої трансформації MALT-лімфоми у дифузну В-крупноклітинну лімфому з високим ступенем злоякісності у зв'язку з накопиченням генетичних мутацій [3, с. 629–638]. Виявлення MALT-лімфоми за допомогою інструментальних методів дослідження (езофагогастроуденоскопія) складає проблему для клініцистів, оскільки є необхідність диференціювати її з такими патологіями шлунково-кишкового тракту, як запальна гіперплазія лімфоїдної тканини, рак, дрібно- та крупноклітинна лімфоми, ерозії та виразки шлунку та кишечника, саме тому провідним методом верифікації виявляється імуногістохімічне дослідження біоптатів різних відділів шлунково-кишкового тракту із використанням розширеного спектру антитіл до антигенів В-лімфоцитів [1, с. 24; 4, с. 336–346]. Важливо підтвердити асоціацію мальтоми з такими інфекційними агентами, як *Helicobacter Pylori*, *Chlamydia psittaci*, вірус гепатиту С, а також аутоімунними захворюваннями (синдром Шегрена, тиреоїдит Хашимото), адже вчасна ерадикація збудника чи етіопатогенетична терапія провідного захворювання сприяють суттєвому покращенню клінічного перебігу та прогнозу новоутворення [2, с. 101–108; 5, с. 565–572].

В нашому дослідженні була проведена гістологічна та імуноморфологічна оцінка експресії маркерів CD20, CD30, CD79а, маркерів клітинної проліферації Ki-67, блоку апоптозу Bcl-2, а також антитіл до Т-антигенів — CD5, CD10, та маркерів епітеліального походження — цитокератинів AE 1/AE 3 у якості негативного контролю на біопсійному та постопераційному матеріалі 54 пацієнтів, який було отримано протягом 5 років із міської клінічної лікарні № 4 м. Дніпропетровська, обласної клінічної лікарні ім. І. І. Мечникова, міського та обласного диспансерів м. Дніпропетровська з 2011 по 2015 р.

У результаті проведеного дослідження встановлено, що рівень експресії маркеру клітинної проліферації Ki-67 корелював із віком пацієнтів (у хворих, старших за 60 років був вищим — більше, ніж 50%; у хворих віком від 30 до 60 років мав значну розбіжність та становив у середньому 7–24%). У літніх хворих визначено значну зміну діаметрів В-лімфоцитів, які в окремих випадках складали понад 15 мкм ( $\pm 2$  мкм). За даними імуноморфологічного дослідження експресію маркерів клітинної проліферації Ki-67 та блоку апоптозу Bcl-2 було виявлено у 42 зразках біоптатів, у цих зразках було також встановлено позитивну реакцію з антитілами до антигенів В-лімфоцитів CD20, CD30, CD79а та негативну реакцію з антитілами до антигенів Т-лімфоцитів CD5, CD10 та цитокератинами AE 1/AE 3, що підтверджує розвиток MALT-лімфоми, на відміну від інших 12 зразків, у яких реакція з Ki-67 і Bcl-2 була негативною, що свідчить скоріше про запальну гіперплазію лімфоїдної тканини, ніж про розвиток пухлини.

Таким чином, подальше імуноморфологічне дослідження MALT-лімфом, особливо нетипових локалізацій, є вкрай важливим як для ранньої

діагностики захворювання, так і для можливого передбачування трансформації мальтоми у дифузну крупноклітинну В-клітинну лімфому, що суттєво впливає на прогноз конкретного пацієнта та сприяє індивідуалізації терапевтичних заходів.

### Література

1. Кокосадзе Н. В. MALT-лимфома желудка: морфоиммунологические основы диагноза на материале гастробиопсии: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук: спец. 14.00.15 «Патологическая анатомия» / Н. В. Кокосадзе. — Москва, 2005. — 25 с.
2. Choi Y.J. Low Grade Gastric Mucosaassociated Lymphoid Tissue Lymphoma: Clinicopathological Factors Associated with Helicobacter pylori Eradication and Tumor Regression / Y.J. Choi, D. H. Lee, J.Y Kim [at al.] // Clin Endosc. — 2011. — Vol. 44, № 2. — P. 101–108.
3. Olszewski A.J. Survival of patients with marginal zone lymphoma: analysis of the Surveillance, Epidemiology, and End Results database / A.J. Olszewski, J.J. Castillo // Cancer. — 2013. — Vol.119, № 3. — P. 629–638.
4. Sagaert X. Gastric MALT lymphoma: a model of chronic inflammation-induced tumor development / X. Sagaert, E. Van Cutsem, G. De Hertogh [at al.] // Nat Rev Gastroenterol Hepatol. — 2010. — Vol.7, № 6. — P. 336–46.
5. Zucca E. Addition of rituximab to chlorambucil produces superior eventfree survival in the treatment of patients with extranodal marginalzone Bcell lymphoma: 5year analysis of the IELSG19 Randomized Study / E. Zucca, A. Conconi, D. Laszlo [at al.] // J Clin Oncol. — 2013. — Vol. 31, № 5. — P. 565–572.
6. Zullo A. Gastric MALT lymphoma: old and new insights / A. Zullo, C. Hassan, L. Ridola [at al.] // Ann Gastroenterol. — 2014. — Vol.27, № 1. — P. 27–33.

## Секція 7. ПСИХІАТРІЯ

**Когутяк Н. М.**

*Докторант, доцент кафедри педагогічної та вікової психології  
Прикарпатського національного університету імені В. Стефаника  
М. Івано-Франківськ, Україна*

### СОЦІАЛЬНО-КОГНІТИВНІ ДЕФІЦИТИ ПРИ РОЗЛАДАХ СПЕКТРУ АУТИЗМУ (РСА)

Локус інтересу когнітивних дослідників, що вивчають особливості РСА, зосереджується довкола особливостей організації та дисфункцій пізнавальних процесів, проблеми гнучкості і довільності поведінки, проблеми побудови цілісної картини світу, яка виникає через труднощі із символізацією та метарепрезентаціями і призводять до фрагментації образів. Сучасні дослідження дозволяють говорити вже про типовий для аутистів впродовж цілого життя «когнітивний стиль» [7]. Пізнавальні дефіцити різної форми та інтенсивності проявляються в усіх осіб з РСА, навіть у групі осіб, інтелектуальний рівень яких відповідає нормальному розвитку.

Отже, особливими соціально-когнітивними дисфункціями дітей з РСА є:

- Сенсорно-перцептивні особливості. Специфічний, іноді навіть випереджаючий норму, сенсорний розвиток дітей-аутистів проявляється у хорошій орієнтації в просторі, легкій диференціації фігур, схем, кольорів і напрямків. Проте він не здатний компенсувати затримку розвитку уявлень про звичне, щоденне оточення, недостатній розвиток функціонально організованої картини світу. За О. А. Янушко [5], діти-аутисти на тривалий час зупиняються на етапі вивчення предметного світу. До того ж, діти з РСА, діючи з предметами, часто відмовляються використовувати їх за функціональним призначенням, оскільки соціальне значення предметів для них менш важливе, ніж деякі сенсорні властивості.

Сенсорні автостимуляції аутистів тісно пов'язані із захисними функціями. Стереотипізації можуть нести адаптивне значення, дозволяючи уникати гіперстимуляції різноманітними факторами зовнішнього світу та стабілізуючи вхідна сенсорні стимули.

Існує думка, що складовою сенсорних дисфункцій є змінена чутливість (гіпер- або гіпо-) та, як наслідок, загальне зниження порогу

дискомфорту [1]. Така сприйнятливість до деталей призводить до труднощів поєднання відчуттів у цілісний образ. При нормальному розвитку діти здатні інтегрувати зорову і слухову інформацію в просторовий і часовий порядок, абстрагуючись від модальності каналу сприйняття. Але, ще Б. Хермелін і Н.О'Коннор (1970, 1971, 1975) показали, що діти з аутизмом мають проблеми з таким об'єднанням інформації різних модальностей. Так, спостереження вказують, що у дитини з РСА проблемно формується координація рухів руки і погляду. Такі особливості поширюються і на реакцію-відповідь, тобто, типовою для аутистів є відповідь на подразник у тому ж, заданому певним впливом, сенсорному коді [2].

Саме особливості сприйняття і спонукали вчених до досліджень когнітивних процесів при аутизмі. Так, аналізуючи результати психометричного тестування дітей раннього віку, було з'ясовано, що діти з аутизмом, розвиваючись, проходять стадії розуміння константності об'єкта так, як і діти, що розвиваються нормально. Особливості візуально-моторної координації у даних методиках все ж були помічені: при складанні розрізаних картинок діти-аутисти менше опирались на зміст малюнку, а орієнтувались на співпадіння його ліній (Н. Tager-Flusberg, 1981). У зв'язку з цим, автори досліджень роблять припущення, що саме аномальна фіксація на первинному схопленні загального контуру враження, а також труднощі його диференціації і перегрупування не дозволяють дітям перетворювати візуальні образи у цілісності більш високого порядку [цит. за 7].

- Організації уваги аутичної дитини. У Джеймс пояснював увагу як канал, що з'єднує нас з світом, оскільки саме увага визначає результат виокремлення необхідного стимулу з різноманіття зовнішнього світу. І важливою властивістю уваги є її постійна переорієнтація. Саме переорієнтація, переключення уваги порушена у дітей з аутизмом. Такі розлади виникають наприкінці 1-го року життя і полягають у тому, що дитина перестає реагувати на периферійні стимули. Такий дефіцит називають синдромом ігнорування.

Також впродовж першого року життя помітно, що дитина мало приділяє уваги соціальним стимулам, як от нездатна розділяти із близькими дорослими спільне поле уваги; не слідкує за поглядом дорослого у процесі інтеракцій; не використовує вказівний жест чи інші заклики для координації уваги. [цит. за 9]. Характерною властивістю уваги дітей-аутиків є здатність сприймати і запам'ятовувати пасивно, без активної уваги (Обухова Е. Ю., Строганова Т. А., В. В. Гречев, 2008) [цит. за 3].

- Мнемічні особливості: аутистів вирізняє хороша музична пам'ять, можливість запам'ятовувати складні орнаменти, точно відтворювати написання слів («абсолютна грамотність»), номери і схеми маршрутів транспорту. На результативність запам'ятовування дітей з РСА не впливає



фактор осмисленості матеріалу, на відміну від дітей із нормальним розвитком. Важливою характеристикою мнемічних процесів є дефіцит операційної пам'яті. Цей вид пам'яті дозволяє інтегрувати істотні в конкретний момент дані та ігнорувати інші стимули ситуації. Він відіграє істотну роль в організації пізнавальної функції, адаптаційних процесів, психічної пластичності і свідомості [6, с. 108]. Найбільш виразними проявами дефіциту операційної пам'яті та функцій контролю у осіб з РСА є персевераційні (циклічно повторювані) дії.

- Специфічними є і мисленнєві процеси. Діти з РСА не здатні розрізняти такі мисленнєві стани як, знання і уявлення; не здатні гратись в ігри «начебто», з удаванням, символічні; приписувати предметам ті властивості, яких вони не мають; не розуміють інтенціональності (намірів) дій; не розрізняють цілеспрямованої поведінки від випадкової; не розуміють, що хтось може обманювати, і не здатні маніпулювати іншими; не розуміють іронії, метафор; тільки дослівний переказ є для них доступним (за S. Baron-Cohen, C. Lord, M. Sigman, D. Bowler, E. Pisula, R. Goodman, L. Colle) [6].

- Серед значущих симптомів аутизму, які утворюють «діагностичну тріаду» чільне місце займає дисфункція уяви. Оскільки аутисти сприймають життя буквально, то й уява, яку можна охарактеризувати як «додавання смислового значення до сприйняття» є проблемою для них [4]. Характерною ознакою є відсутність символічної гри, яка вимагає від дитини достатньо високого рівня уяви і є сходинкою для рольових і соціодраматичних ігор. Схеми ігор дітей з РСА є, зазвичай, простими і вони не включають одночасне поєднання декількох іграшок. Механічні дії з предметами позбавлені соціального значення, виконують захисну функцію.

Отже, діагностичними соціально-когнітивними дефіцитами при РСА є знижений сенсорний поріг дискомфорту; фіксація на первинному враженні й нездатність до його трансформації у цілісний гештальт; труднощі із довільним переключенням уваги, зокрема на нові стимули; дефіцит операційної (короткотривалої) пам'яті; низький рівень інтенціональності та здатності творити уявні образи.

Література

1. Богдашина О. Б. Особенности сенсорного воспитания при аутизме: введение в проблему / Ольга Богдашина // Сибирский вестник специального образования. – № 2 (6). – 2012. – [E resource]. – Mode of access: <http://www.sibsedu.kspu.ru>
2. Никольская О. С. Особенности психического развития детей с аутизмом / О. С. Никольская, М. И. Ведена // Альманах Института коррекционной педагогики, сетевое издание – 2014. – № 19. – [E resource]. – Mode of access: <http://childrens-needs.com/>
3. Марценковский И. А. Гиперкинетичный и аутистичный спектры психических нарушений у детей: особенности дифференциальной диагностики / Игор Марценковский // НейроNews. – 2013. – № 9 (54). – P. 46–49.
4. Питерс Т. Аутизм: от теоретического понимания к педагогическому воздействию / Тео PETERS. – СПб.: Институт специальной педагогики и психологии, 1999. – 192 с.
5. Тарасун В. Концепция розвитку, навчання та соціалізації дітей з аутизмом / В. Тарасун, Г. Гворова. [за наук. ред. В. Тарасун] – К.: 2004. – 103 с.
6. Autyzm – epidemiologia, diagnoza i terapia. – Wrocław: Conlinuo, 2010. – 240 p.
7. Happe F.G.E. Autism: Cognitive deficit or cognitive style? // Trends Cogn. Sci. – 1999. – 3(6) – P. 216–222.

## Секция 8. ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ И ИСКУССТВЕННЫЕ ОРГАНЫ

**Омарова А.К.**

*докторант PhD*

*АО «Медицинский Университет Астана»*

*г. Астана, Казахстан*

**Доскалиев Ж. А.**

*д.м.н. профессор, академик*

*Национальный Координатор по трансплантации органов*

*Республики Казахстан*

*Учреждение «Республиканский координационный центр*

*по трансплантации»*

*г. Астана, Казахстан*

**Карп I.**

*PhD, professor*

*Of University of Montreal,*

*Montreal, QC, Canada*

**Балмаганбетова М.Х.**

*Заведующая отделением ВОП № 2 ГКП на ПХВ*

*«Городская поликлиника № 7»*

*г. Астана, Казахстан*

### ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ В РАЗВИТИИ КООРДИНАЦИОННОГО ЦЕНТРА ПО ТРАНСПЛАНТАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

**Аннотация.** Проанализировать и сравнить организационные и методологические решения по развитию организационных подходов к эффективной деятельности Координационного центра по трансплантации, что позволит провести ряд мероприятий по совершенствованию системы трансплантологии в Республике Казахстан

**Ключевые слова:** трансплантация, доноры, реципиенты, этапы трансплантации, трансплантология, трансплантологическая служба, передовые трансплантационные технологии, координационный центр по трансплантации, стационарные (госпитальные) трансплантационные координаторы.

### Актуальность исследования

В последние годы статистические данные показывают, что число больных, нуждающихся в пересадке донорских органов, ежегодно растет. На сегодня потребность в трансплантологии и нуждающиеся в этих операциях более 3 тыс. человек в Республике Казахстан. Система трансплантологии начала развиваться лишь несколько лет назад в Республике Казахстан, и эта сфера здравоохранения требует научно-практических исследований [1 сайт].

На текущий момент лишь небольшое количество исследователей ищут пути увеличения продолжительности оптимального функционирования трансплантатов, оптимизации процессов организации оперативной трансплантации органов, пропаганды донорства и прочее.

Таким образом, можно выделить следующие проблемы развития системы трансплантологии в Республике Казахстан:

- не желание граждан Республики Казахстан заключать договор – разрешение на трансплантацию органов после смерти (религиозные и прочие мотивы), что порождает дефицит донорских органов;
- низкий уровень логистики модели системы трансплантологии Республики Казахстан;
- нехватка специалистов для успешной трансплантации органов, оборудования для медицинских организаций.

Считаем, что дальнейшее развитие трансплантологии как клинической отрасли медицины напрямую связано с попыткой решения проблемы «дефицита донорских органов для трансплантации». Данная проблема усугубляется также тем, что трансплантаты необходимы как можно раньше после наступления у больных терминальной степени недостаточности того или иного органа, поскольку результаты лечения зависят от времени проведения трансплантации [2, с. 173]. Как известно, органы для трансплантации могут быть получены от умерших и живых доноров.

В настоящее время значительные усилия сконцентрированы на интенсификации работ по получению органов от живых доноров (в основном в США) и умерших доноров (в странах Европы) [3, с. 96].

На сегодняшний день, показатель уровня оказания высокоспециализированной медицинской помощи в стране определяется уровнем развития трансплантация органов и тканей в ней. Как известно, деятельность трансплантационных служб регулируется международными законодательными актами, которые требуют внедрения высоких стандартов защиты здоровья населения, развития прав человека и утверждение его достоинства в области пересадки органов и тканей.

В Казахстане основы развития трансплантационной службы укреплены следующими нормативно-правовыми документами: Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009, Государственная программа развития здравоохранения

Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011–2015 годы, приказами Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2009 года № 623 «Об утверждении Правил изъятия, консервации, проведения трансплантации тканей и (или) органов (части органов) от человека к человеку и от животных человеку», от 11 августа 2010 года № 622, «Об утверждении Правил констатации биологической смерти или необратимой гибели головного мозга (смерти мозга), от 29 марта 2013 года № 199 «О мерах по развитию службы трансплантации органов и тканей в Республике Казахстан», от 18 мая 2015 года № 360 «Об утверждении Правил прижизненного добровольного пожертвования тканей (части ткани) и (или) органов (части органов) после смерти в целях трансплантации», от 29 июня 2015 года № 534 «Об утверждении Правил формирования перечня организаций здравоохранения по изъятию, заготовки, хранению, консервации, транспортировке тканей (части ткани) и (или) органов (части органов)», от 29 мая 2015 года № 422 «Об утверждении Правил формирования и ведения регистров реципиентов тканей (части ткани) и (или) органов (части органов), а также доноров тканей (части ткани) и (или) органов (части органов)». [4, с.; 5, с.; 6, с.; 7, с.; 8, с.; 9, с.; 10, с.; 11, с.].

Центральное место в системе трансплантологии Республики Казахстан занимает Республиканский координационный центр по трансплантации в Республике Казахстан, который был открыт 20 июня 2012 года.

Основной целью Центра является: создание эффективной национальной системы органного донорства и развитие науки трансплантологии в Республике Казахстан.

В то же время, анализ литературных данных мирового опыта и результатов социологического опроса населения и специалистов в области трансплантологии показал, что существует необходимость совершенствования элементов модели национальной системы трансплантологической службы.

В этом плане интерес представляет разработка организационных подходов к совершенствованию Республиканского координационного центра по трансплантации в Казахстане и в дальнейшем может решить некоторые проблемы в вопросах развития системы трансплантологии.

### **Цель исследования**

Разработать организационные подходы по совершенствованию элементов модели Республиканского координационного центра по трансплантации в Республике Казахстан.

### **Задачи исследования**

1. Изучить зарубежный опыт развития и совершенствования модели координационных центров по трансплантологии.

2. Изучить основные научно-методические, правовые и организационные подходы к трансплантации органов в медицинской практике.

3. Изучить деятельность и проблемы трансплантации органов в Республике Казахстан.

4. Разработать рекомендации к организационным подходам по совершенствованию элементов модели Республиканского координационного центра по трансплантации в Республике Казахстан.

#### **Научная новизна исследования**

- на основании анализа международного опыта определены группы факторов, влияющих на оценку уровня организации Координационного центра по трансплантации в Республике Казахстан;
- на основании социологического опроса населения и специалистов в области трансплантологии были выявлены основные принципы и факторы, влияющие на развитие трансплантологии;
- разработаны рекомендации к организационным подходам по совершенствованию элементов модели Координационного центра по трансплантации в Республике Казахстан.

#### **Материалы и методы исследования**

Для проведения исследования были использованы ресурсы Республиканского координационного центра по трансплантации Республики Казахстан, научной библиотеки Медицинского университета Астаны, Национальной Казахстанской библиотеки, Интернет-ресурсы: Web of Knowledge, Web of Science, PubMed, Google Scholar. Результаты социологического опроса по изучению информированности населения донорству органов и тканей.

Методы исследования: документально-исторический (информационный анализ, литературных источников, материалы государственных и статистических данных, нормативных правовых актов), аналитический, экспертный, математический, структурный, сравнительный и статистический анализ и наблюдение.

*Таблица 1*

#### **Шкала значений интегральной оценки эффективности трансплантологии**

<b>Границы интервала</b>	<b>Интерпретация интегральной оценки</b>
От 0 до 0,3	Зона кризисного состояния
От 0,31 до 0,6	Зона неудовлетворительного состояния
От 0,61 до 1	Зона удовлетворительного состояния

Как видно из таблице 1, зона кризисного состояния ( $i < 0,3$ ) иллюстрирует негативный показатель, который требует разработки мероприятия, направленных на существенное повышение результативной составляющей организационной эффективности в трансплантологии.

Получение результатов в зоне неудовлетворительного состояния ( $0,3 < i \leq 0,6$ ) указывает о недостаточном уровне управления и необходимости поиска путей улучшения и активизации интегральных результатов организационной деятельности.

Получение результатов в зоне удовлетворительного состояния ( $0,6 < i \Rightarrow 1$ ) свидетельствует о хорошем уровне развития организационных процессов. Для поддержания данного уровня и позитивной динамики необходимо разработать соответствующие мероприятия.

### Результаты

Трансплантологией называют – «раздел медицины, изучающий проблемы трансплантации органов, а также перспективы создания искусственных органов».

Основная цель любой трансплантационной программы – минимизировать донорских органов и обеспечить распределение органов клинический наиболее подходящим реципиентам.

Трансплантация органов – комплексный процесс, состоящий из определенного числа взаимосвязанных между собой организационных и медицинских процедур.

Изучен зарубежный опыт следующих стран: США, Испания, Германия, Израиль, Сингапур, Корея, Беларусь, Англия, Россия и т.д лидирующие по количеству трансплантаций органов наиболее развиты в США, Испания и Германия.

Исходя из зарубежного опыта наиболее эффективной моделью применимая в Казахстане является Испанская модель. Где рассмотрены основные принципы: централизованного управления, качество медицинских услуг, национальной 3х уровневой системы, профессионализм, финансовая устойчивость, пропаганды, социальности и поддержки донорства трансплантологии.

Для реализации формирования и развития трансплантологии в Республике Казахстан разработана цель и задачи. К внешним задачам относятся развитие конкурентоспособную на мировом уровне трансплантологию в Республике Казахстан, создание центра по трансплантологии на Азиатском пространстве и внутренним задачам относятся развития здоровой казахстанской нации, развития качества медицинских услуг, развития профессионализма, развития новейших инновационных медицинских технологий, создания по этапного медицинского кластера по трансплантологии .

Изучены основные принципы в Республике Казахстан, которые были разбиты на социально-нормативные, нормативно- организационные, профессионально-специализированная группа и финансовая группа, что дает фактическое состояние в трансплантологии Республике Казахстан.

Проведен анализ количества трансплантационных операций, проводимых отдельными медицинскими учреждениями в Республике Казахстан за период 2012 по 2015 годы. Всего было выполнено 523 операций, в основном операции выполнены родственные.

Рассмотрена структура существующего Республиканского координационного центра по трансплантологии, проведен анализ региональных и стационарных координаторов где выявлено различные виды распределения координаторов, психологов. На основании исследования этапов развития системы трансплантологии в Республике Казахстан были изучены более 30 нормативно-правовых актов, статистические данные за период 1979 по 2014 год.

Выявлено два (2) этапа становления трансплантологии в Республике Казахстан, первый этап начальный с 1979 по 2011 год, где операции по трансплантологии выполнял институт им. Сызганова, проводились единичные операции, нет координационного центра по трансплантации. Второй этап формирования и развития с 2012 года по настоящее время, характеризуется большей активностью выполнения трансплантации органов с привлечением зарубежных специалистов. Создан Республиканский координационный центр по трансплантации в Республике Казахстан.

Увеличилось количество медицинских учреждений выполняющие трансплантацию органов, повысился уровень квалификации кадров и достаточное техническое оснащение, т.е фактически организационная деятельность Республиканского координационного центра по трансплантации только формируется и данное исследование является актуальным.

Несмотря на положительные сдвиги и динамичное развитие трансплантологии в стране имеются нерешенные проблемы

На основании всей деятельности трансплантологии показана организационное современное состояние учреждения участвующие в трансплантологии в Республике Казахстан которое можно разделить на 3-х уровневую модель.

Аналитико-экспертная комплексная оценка групп факторов, отношения населения и медицинских работников, влияющих на развитие трансплантологии в Республике Казахстан показала зону кризисного состояния ( $i < 0,3$ ) иллюстрирует негативный показатель, который требует разработки мероприятия, направленных на существенное повышение результативной составляющей организационной эффективности в трансплантологии.



На основании изученных методик, учета факторов, влияющих на организационные и методологические решения и оценку центров трансплантологии предлагается методология в виде рекомендаций по разработке выявления организационных походов к эффективной деятельности координационного центра по трансплантации.

### **Практическая значимость работы**

Проведенное исследование позволит провести ряд мероприятий по совершенствованию системы трансплантологии, а также результаты исследования могут явиться основой для совершенствования и развития Координационного центра по трансплантации в Республике Казахстан.

### **Выводы**

1. Выявлено что трансплантация органов – это комплексный подход в котором включаются взаимодействие между собой организационные и медицинские процедуры. Исходя из зарубежного опыта наиболее эффективной моделью применимая в Казахстане является Испанская модель, основной особенностью являются соблюдение международных принципов включающих правовую, социальную, этическую и информационную.

2. Установлена необходимость того, чтобы нормы закона реализовывались, необходимо предусмотреть систему мониторинга и санкции за неисполнение. Мониторинг исполнения необходимо возложить на Координационный центр по трансплантации и Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельности. Для этого необходимо разработать индикаторы, по которым указанные органы могли бы подвергаться проверке. Также необходимо разработать санкции за неисполнение указанных выше норм – в виде дисциплинарной или административной ответственности.

3. Установлено, что в некоторых областях имеются различные виды и распределения работников существующих региональных, стационарных координаторов, включая психологов. Кроме того, количество координаторов не соответствует количественному составу населения областей, что доказывает о не эффективном распределении медперсонала координационного центра соотношения 1:1 (координаторов: населению, чел: чел).

4. На основании установленной зоны кризисного состояния ( $i < 0,3$ ) иллюстрирует негативный показатель, который требует разработки мероприятия, направленных на существенное повышение результативной составляющей управленческой эффективности трансплантологической службы

Получение результатов в зоне неудовлетворительного состояния ( $0,3 < i \leq 0,6$ ) указывает о недостаточном уровне управления и

необходимости поиска путей улучшения и активизации интегральных результатов управленческой деятельности, тогда как в зоне удовлетворительного состояния ( $0,6 < i = > 1$ ) свидетельствует о хорошем уровне развития управленческих процессов. Для поддержания данного уровня и позитивной динамики разработаны методические рекомендации по решению проблем развития системы трансплантологической службы в Республике Казахстан.

### **Практические рекомендации**

1. В целях сокращения списка ожидания донорских органов и тканей необходимо внедрить командный метод руководства включающий в себя координацию всех этапов трансплантологии, то есть эффективное распределение ответственностей и обязанностей между всеми участниками процесса (трансплантологии, врачи-реаниматологи, руководители медучреждений, в которых осуществляется забор донорских органов) и вовлечение главных врачей в процесс работы Координационного центра.

2. Разработать санкции за неисполнение нормативно правовых актов в области трансплантологии — в виде дисциплинарной или административной ответственности.

3. Трансферт современных медицинских технологий для поддержания и увеличения жизни донорских органов.

4. Необходимо увеличение финансирования и как следствие увеличение количества мастер-классов с участием иностранных специалистов.

5. Создание Совета по мониторингу и аудиту всех потенциальных доноров которые прибывают в стационаре с целью идентификации пациентов с наиболее серьезными повреждениями головного мозга.

6. Совершенствования информационной базы данных доноров и реципиентов.

7. В целях эффективной работы трансплантологии, необходимо создание кафедры трансплантологии и искусственных органов на базе медицинских вузов.

8. Сотрудничество с международными организациями в области трансплантологии и смежных областях в целях привлечения зарубежных специалистов и владения актуальной информацией о современных методах работы Координационного центра. Вместе с тем, создание смежной базы данных доноров с азиатскими странами.

9. Создание постоянно действующих обучающих программ для врачей всех специальностей, участвующих в процессе органного донорства.

10. Создание постоянно действующих обучающих программ в области организации трансплантологии для специалистов координаторов, медработников, всех медучреждений, организаций, которые связаны со

смертельными случаями, участвующих в процессе координации органного донорства на базе Координационного центра по трансплантации.

11. Развитие связей с организациями, связанными с возможными рисками и смертью людей — ГАИ, милиция, страховыми организациями, благотворительными организациями и т.д.

12. Развитие правильно ориентированной государственной информационной политики со средствами массовой информации по организации и проведению информационно-просветительских программ, взаимодействие с представителями основных религиозных конфессий: православная, мусульманская, иудаизм, римско-католическая и др.

13. Организация, координация и проведение научных исследований в области трансплантологии и содействие осуществлению иной научной и научно-исследовательской деятельности.

14. Разработка критериев и индикаторов для реализации норм законодательства в области трансплантологии (предложены индикаторы).

15. Разработка критериев, при которых необходимо проводить обязательное тестирование на проверку предположения о смерти мозга. Внести в компетенцию анестезиологов и реаниматологов обязательное уведомление стационарных трансплантационных координаторов о пациентах со смертью мозга.

16. Развитие и совершенствование общественных и благотворительных организаций, например: «Общество трансплантологов и координаторов Казахстана» и других, в целях усиления пропаганды органного донорства.

17. Развития связей между медучреждениями с научными, учебными вузами внутри страны, в том числе Назарбаев Университет, а также с зарубежными вузами по решению различных научно-методических и организационно-управленческих аспектов в трансплантологии.

18. Создание единой информационной базы со всеми казахстанскими и зарубежными медучреждениями по вопросам координации и трансплантации. (внедрение).

### Литература

1. Официальный сайт Координационного центра по трансплантации <http://www.transplant.kz/o-tsentre.html>.
2. Garrison RN, Bentley FR, Raque GH, et al., 2011. — С. 173.
3. Troppman C, Gillingham KJ, Benedetti E, et al., 2010. — С. 962.
4. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 г.
5. Указ Президента Республики Казахстан, № 1113 «Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011–2015 годы», г. Астана, 29.11.2010 г.

## Секция 8. Трансплантология и искусственные органы

---

6. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан, № 623 «Об утверждении Правил изъятия, консервации, проведения трансплантации тканей и (или) органов (части органов) от человека к человеку и от животных человеку», г. Астана, 30.10. 2009 г.

7. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан, № 622 «Об утверждении Правил констатации биологической смерти или необратимой гибели головного мозга (смерти мозга)», г. Астана, 11.08. 2010 г.

8. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан № 199 «О мерах по развитию службы трансплантации органов и тканей в Республике Казахстан», г. Астана, 29.03. 2013 г.

9. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан № 360 «Об утверждении Правил прижизненного добровольного пожертвования тканей (части ткани) и (или) органов (части органов) после смерти в целях трансплантации», г. Астана, 18.05. 2015 г.

10. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан, № 534 «Об утверждении Правил формирования перечня организаций здравоохранения по изъятию, заготовки, хранению, консервации, транспортировке тканей (части ткани) и (или) органов (части органов)», г. Астана, 29.06. 2015 г.

11. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан № 422 «Об утверждении Правил формирования и ведения регистров реципиентов тканей (части ткани) и (или) органов (части органов), а также доноров тканей (части ткани) и (или) органов (части органов)», г. Астана, 29.05.2015 г.

## Секция 9. ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ХИМИЯ, ФАРМАКОГНОЗИЯ

**Третьякова Е.В.**

*аспирант кафедры фармацевтической технологии  
Пермской государственной фармацевтической академии  
г. Пермь, Россия*

### **ВАЛИДАЦИЯ МЕТОДИК КОЛИЧЕСТВЕННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОМПОНЕНТОВ ГЕЛЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЭМАЛИ**

Высокая распространенность кариеса зубов является актуальной проблемой в терапевтической стоматологии. Для успешного лечения кариеса эмали требуется активная реминерализующая терапия. В результате комплекса научно — экспериментальных исследований предложен состав геля для реминерализации эмали, разработана технология его изготовления. В предлагаемом средстве решена сложная задача одновременного присутствия ионов кальция и фосфора [2, с. 35–36]. В ходе подготовки нормативной документации на гель разработаны и валидированы методики определения количественного содержания основных действующих компонентов: кальция хлорида, калия фосфата двузамещенного и натрия фторида.

Целью работы являлась комплексная валидация характеристик разработанных методик количественного определения основных действующих веществ геле. Объектом исследования являлся гель для лечения кариеса эмали.

Определение количественного содержание кальция хлорида в геле проводили методом обратного комплексонометрического титрования. Высокая концентрация фосфат ионов не позволила провести прямое титрование, вследствие образования в щелочной среде кальция фосфата [3, с. 187]. Количественное содержание натрия фторида определяли фотозлектроколориметрическим методом при длине волны 520 нм, расчет проводили относительно рабочего стандартного образца [1; 4 с. 7]. Для количественного определения калия фосфата двузамещенного использовали ацидиметрический метод по варианту вытеснения [6]. Валидация проводилась в соответствии с характеристиками ОФС «Валидация аналитических методик».

Специфичность методов основана на возможности достоверно определять количественное содержание активных компонентов в присутствии сопутствующих компонентов и достигается путем сравнения результатов анализов реальных объектов [5]. Специфичность исследовалась на модельных смесях с чередующимися компонентами от заявленного состава. Использовали семь модельных смесей: 1 — полный состав геля, 2 — гель с кальция хлоридом, 3 — гель с калия фосфатом двузамещенным, 4 — гель с натрия фторидом, 5 — гель с кальция хлоридом и калия фосфатом двузамещенным, 6 — гель с натрия фторидом и калия фосфатом двузамещенным, 7 — гель с кальция хлоридом и натрия фторидом. Результаты количественного определения основных действующих веществ в модельных смесях находятся в пределах норм допустимых отклонений. На основании полученных результатов можно утверждать, что методики количественного определения активных компонентов являются специфичными.

Линейная зависимость метода показывает, что внутри заданного диапазона методик существует прямо пропорциональное соотношение между сигналом аналитической реакции и концентрацией исследуемого вещества [5]. Линейность исследовалась на модельных смесях в интервале 70–130% от заявленного содержания активных компонентов и представлялась графически в виде зависимости концентрации кальция хлорида и калия фосфата двузамещенного от расхода титранта при титриметрическом определении и в виде зависимости концентрации натрия фторида и оптической плотности при фотоэлектроколориметрическом определении на модельных смесях в диапазоне 70–130%.

Линейная зависимость характеризуется коэффициентом корреляции  $R$  и уравнением регрессии  $y = bx + a$ , где  $b$  — тангенс угла наклона прямой;  $a$  — точка пересечения прямой с осью  $y$ . Коэффициент корреляции регрессионного графика  $R$  составил: для натрия фторида — 0,9406; кальция хлорида — 0,9960; для калия фосфата двузамещенного — 0,9989.

На основании полученных результатов можно утверждать, что соблюдается линейная зависимость между величинами аналитических сигналов и концентрацией исследуемых веществ в геле в интервале 70–130% от декларируемой величины.

Правильность методик характеризуется близостью полученных результатов испытаний к действительному значению определяемой величины. Она показывает систематические погрешности методов и выражается как процент регенерации точно взвешенного количества анализируемого образца [5]. Данная характеристика установлена по результатам анализа модельных смесей с использованием рабочих стандартных образцов для трехразового определения 7 аналитических концентраций в интервале 70–130% от декларируемого состава.

Значения доверительных интервалов средних значений составили для кальция хлорида  $99,84 \pm 1,29$ , для калия фосфата двузамещенного  $99,71 \pm 1,02$ , для натрия фторида  $99,00 \pm 0,54$ . Как видно из приведенных результатов, все полученные данные находятся в интервале 97–101%.

Повторяемость (сходимость) методик характеризуется степенью совпадения результатов индивидуальных определений при многократном использовании [5]. Исследования проводили на пяти лабораторных сериях геля для лечения кариеса эмали, полученные результаты подвергали статистической обработке. Величина стандартного отклонения ( $S, \text{г}$ ) для кальция хлорида составила 0,058 г, для калия фосфата двузамещенного – 0,063 г, для натрия фторида – 0,004 г. Относительная погрешность среднего результата ( $\bar{\varepsilon}, \%$ ) для кальция хлорида составила 0,42% для калия фосфата двузамещенного – 0,65%, для натрия фторида – 0,02%. По представленным параметрам, характеризующим повторяемость методик ( $S, \text{г}; \bar{\varepsilon}, \%$ ) можно сделать заключение о хорошей повторяемости данных методик.

В результате проведенных исследований изучены валидационные характеристики количественного определения кальция хлорида, калия фосфата двузамещенного и натрия фторида в геле. По результатам валидации установлено, что приведенные методики могут быть использованы для достоверного количественного определения действующих веществ в геле для реминерализации эмали. Полученные данные будут использованы для составления методических указаний по изготовлению и контролю качества геля для лечения кариеса эмали.

### Литература

1. Березина Е. С., Голованенко А. Л. Разработка методик качественного и количественного определения фторидов в геле реминерализующего действия // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 6.
2. Голованенко А. Л., Третьякова Е. В. Рациональное использование реминерализующих лекарственных средств для лечения кариеса эмали и дентина // Актуальные проблемы медицины и фармации: Мат. III Всерос. науч. практ. конф. с межд. уч., посвящ. памяти И. А. Андреева Ученые записки Орловского государственного университета, научный журнал. – 2014. – № 7 (63) – 35–36 с.
3. Государственная фармакопея СССР Вып. 1. Общие методы анализа. – 11-е изд., доп. – М.: Медицина, 1987. – 187 с.
4. ГОСТ 23268.18–78. Воды минеральные питьевые лечебные, лечебно-столовые и природные столовые. – 8 с.
5. ОФС «Валидация аналитических методик».
6. ФС 42-1297-79. Калия фосфат (двузамещенный).

## Секция 10. ХИРУРГИЯ

**Пархоменко Анна Владимировна**  
*интерн-хирург 1 хирургического отделения ДоКТМО, г. Донецка*  
**Чертков Сергей Сергеевич**  
**Марченко Денис Вадимович**  
*студенты 4-го курса 3 мед.факультета ДонНМУ им. М. Горького*  
**Фоминов Виталий Михайлович**  
*врач-интерн*

### **ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОЧАГОВЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ПЕЧЕНИ: ВОЗМОЖНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ**

В структуре заболеваний печени очаговые образования до сих пор остаются сложными с точки зрения диагностики и определения тактики лечения. [1, с. 3; 3, с. 36]. Частота образований печени доброкачественного генеза значительно увеличилась, что связано с появлением и развитием новых, высокоинформативных технологий (ультразвуковое исследование, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, цифровая субтракционная ангиография, позитронно-эмиссионная томография, пункционная биопсия и др.) [4, с. 1263].

По данным литературы, непаразитарные кисты встречаются в 2,5–11,8% всех случаев, гемангиомы — 0,4–8,2%, абсцессы — 0,1–2,1%. Частота диагностических ошибок у больных абсцессами печени достигает 70%, а летальность в результате поздней диагностики может составлять от 11 до 80% [5, с. 181].

Предметом обсуждения остается определение тактики лечения кист и гемангиом печени — от динамического наблюдения (при кистах диаметром до 5 см) к резекции печени. Четких показаний к применению пункционных и лапароскопических вмешательств не существует [6, с. 1309, 2, с. 14; 1, с. 17]. Лишь оценивая разносторонние подходы, принципы лечения, а также опыт работы гепатологических центров, определяется способ и объем оперативных вмешательств [1, с. 18, 5, с. 182].

**Цель работы:** проанализировать и сравнить эффективность открытого хирургического вмешательства и миниинвазивного усовершенствованного лечения больных с доброкачественными очаговыми образованиями печени.



**Материал и методы.** Проведен анализ результатов лечения 340 больных с доброкачественными очаговыми образованиями печени за последние 20 лет. Возраст пациентов составил в среднем  $47, 5 \pm 2,2$  лет. Среди пациентов было 215 (63,2%) женщин и 125 (36,8%) мужчин. Непаразитарные кисты печени наблюдали у 164 (48,2%) пациентов, абсцессы — у 71 (20,9%), эхинококкоз — у 41 (12,1%), гемангиомы — у 48 (14,1%), аденомы — у 12 (3,5%), локальную узловую гиперплазию — у 4 (1,2%). С целью диагностики применяли (в различных сочетаниях) следующие методы исследования: лабораторные, ультразвуковой, компьютерную томографию (КТ) или магнитно-резонансную томографию, лапароскопию, цитологическое и бактериологическое исследование.

**Результаты.** Наиболее информативными диагностическими методами были сонографический, КТ, лапароскопия, биопсия печени. Миниинвазивные хирургические вмешательства (с применением 7 разработанных в клинике способов) выполнены у 230 больных I группы, различные лапаротомные операции — 110, среди которых: краевая или атипичная резекция печени — 27; эхинококкэктомия — 7; иссечение кисты, оментогепатопексия, дренирование — 8; пункция, дренирование кисты — 2; иссечение кисты, дренирование — 24; дренирование кисты или абсцесса печени — 20; энуклеация гемангиомы — 5; «идеальная» эхинококкэктомия — 3; правосторонняя гемигепатэктомия — 3; левосторонняя гемигепатэктомия — 1; перицистэктомия — 10.

В I группе послеоперационные осложнения составили 6%, во II — 24, 5%. После операций умерли 3 (1,3%) больных I группы и 5 (4,5%) — II группы от полиорганной недостаточности.

**Выводы.** Целесообразно шире применять в хирургических отделениях миниинвазивные и усовершенствованные способы операций для улучшения непосредственных результатов.

### Литература

1. Чжао А. В. Выбор объема оперативного вмешательства при очаговых поражениях печени / А. В. Чжао, Ю. А. Коваленко, А. О. Чугунов [и др.] // Хирургия. — 2010. — № 5. — С. 15–20.
2. Скипенко О. Г. Гемангиома печени: операция или наблюдение / О. Г. Скипенко, Н. К. Чардаров, Ф. А. Ганиев [и др.] // Хирургия. — 2012. — № 9. — С. 13–20.
3. Дереш Н. В. Принципи диференційної діагностики пухлинного ураження печінки за допомогою комп'ютерної томографії / Н. В. Дереш // Променева діагностика, променева терапія. — 2012. — № 2–3. — С. 34–41.
4. Galea N. Liver lesion detection and characterization: Role of diffusion-weighted imaging / N. Galea, V. Cantisani, B. Taouli // J. Magn. Reson. Imaging. — 2013. — N37 (6). — P. 1260–1276.
5. Romano G. Laparoscopic drainage of liver abscess: case report and literature review / G. Romano, A. Agrusa, G. Frazzetta [et al.] // G. Chir. — 2013. — N34 (5–6). — P. 180–182.
6. Yedibela S. Management of hemangioma of the liver: surgical therapy or observation? / S. Yedibela, S. Alibek, V. Müller [et al.] // World J. Surg. — 2013. — N37 (6). — P. 1303–1312.



**МІЖНАРОДНИЙ НАУКОВИЙ ЖУРНАЛ**  
**МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ**

*Сборник тезисов научных работ*  
МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ  
КОНФЕРЕНЦИИ

**«НАУЧНЫЙ ДИСПУТ:  
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНЫ»**

*Москва–Будапешт–Вена*

«28» октября 2015

**Издано в авторской редакции**

---

Адреса: Україна, м. Київ, вул. Павлівська, 22, оф. 23

Контактний телефон: +38(044) 222-5-889

E-mail: [info@international-sccience.com](mailto:info@international-sccience.com)

<http://international-sccience.com>

<http://www.inter-nauka.com>

Подписано в печать 13.11.2015 Формат 60x84/16  
Бумага офсетная. Гарнитура PetersburgC. Печать на дупликаторе.  
Тираж 50. Заказ № 339.

Цена договорная. Напечатано с готового оригинал-макета.

Напечатано в издательстве ООО «Спринт-сервис»

Свидетельство: Серия ДК №4365 от 17.07.2012

Телефон: +38(050) 647-1543