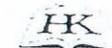

ВРАЧ- АСПИРАНТ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Основан в 2004 г.

2017
№ 6.2(85)

Издательство «Научная книга»



2017

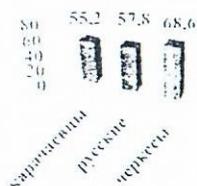


Рис. 3. Средний возраст (лет) обследуемых с хроническим калькулезным холециститом

Наибольшее количество холецистэктомий у трудоспособных больных проведено в 2013 г. (321), нетрудоспособных в 2014 г. (418). Общее количество холецистэктомий среди лиц старшего трудоспособного возраста, превышает количество операций у трудоспособных больных в среднем на 97 оперативных вмешательств (табл. 3, рис. 4, 5).

Таблица 3

Количество проведенных холецистэктомий в стационаре КЧРКБ

Возраст	Год				
	2011	2012	2013	2014	2015
Трудоспособный	176	68	32	98	103
Нетрудоспособный	161	117	380	418	150

Рис. 4. Сравнительная характеристика количества холецистэктомий среди трудоспособного населения

Рис. 5. Сравнительная характеристика количества холецистэктомий среди нетрудоспособного населения

Выводы

1. Достоверная клиническая вариабельность в течении хронического калькулезного холецистита прослеживается практически во всех основных симптомах.

1.1. Для русских характерно умеренное проявление по всем клиническим характеристикам, преобладают в большей степени диспепсические явления.

1.2. Для карачаевцев характерна выраженная ноцицептивная составляющая, с болевым синдромом, чувством тяжести в правом подреберье, и выраженные диспепсические проявления, однако редко встречаются случаи нарушения стула.

1.3. У черкесов преобладают нарушения стула в виде запора или диарси.

2. Вышеуказанные возрастные особенности свидетельствуют о более раннем развитии конкрементов холецистита у карачаевцев, чем у представителей других этногрупп, что часто приводит к холецистэктомии.

3. В Карачаево-Черкесской республиканской клинической больнице холецистэктомии преимущественно проводятся среди пациентов нетрудоспособного возраста. За 5 лет в стационаре КЧРКБ среди нетрудоспособных больных было проведено в 1,6 раза больше холецистэктомий, в сравнении с

трудоспособными больными. Трудоспособность населения вследствие проведенных холецистэктомий и отдаленных последствий оперативного вмешательства страдает незначительно.

4. Выявление этнических особенностей течения и дальнейшие исследования позволят развить новые аспекты персонализированной и превентивной медицины.

Список использованных источников

1. Виноградова С.В. Этнические проблемы тирозинемии и болезни как предмет исследований в социологии медицины: автореф. дис. ... канд. социол. наук. - Волгоград. - 2007. - 24 с.
2. Miquel J.F., Covarrubias C., Villaroel L. et al. Genetic epidemiology of cholesterol cholelithiasis among Chilean Hispanics, Amerindians, and Maoris [see comments] // Gastroenterology. 1998. Vol. 15. P. 937-943.
3. Мараховский Ю.Х. Желчнокаменная болезнь: современное состояние проблемы // Национальная школа гастроэнтерологов, гепатологов. - 2003. - №1. - С. 81-92.
4. Dowling R.H. Review: pathogenesis of gallstones // Aliment Pharmacol Ther. 2000 May; 14 Suppl 2:39-47.
5. Собина О.Г. Этнические особенности функционирования желчевыведительной системы у детей Севера и Восточной Сибири: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Красноярск. - 1996. - 26 с.
6. Филистович А.В., Чердашев Д.В., Филистович В.И. Сравнительный анализ показателей качества жизни у больных, перенесших холецистэктомию. // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. - 2011. - № 54. С. 110-11.
7. Мингушева Э.И., Сайфутдинов Р.Г., Шаймадинов Р.Ш., Бадретдинова А.Р. Изменения в органах гепатопанкреатобилиарной системы и качество жизни пациентов после холецистэктомии // Казанский медицинский журнал. - 2015. - №5. 1. 96. - С. 348-353.
8. Ступин В.А., Хонов А.М., Басарбошева Ж.В. и др. Влияние холецистэктомии на функцию сфинктера Одди // Современные исследования социальных проблем. 2015. 9 (53). С. 91-107.
9. Дидковская Н.И., Разумов А.С., Плотникова Т.Ю. Особенности вегетативной регуляции сердечного ритма у пациентов с желчнокаменной болезнью до и после холецистэктомии // Медицина в Кузбассе. 2009. №3. С. 31.
10. Таютина Т.В., Багмет А.Д., Рубан А.Н. Особенности развития вегетативной дисфункции у больных желчнокаменной болезнью до и после холецистэктомии // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2014. №2 (102). С. 21-24.

Макаров П.В., Асеев А.В., Макаров В.К. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КО-ИНФЕКЦИИ ВИЧ В СТАДИИ 4А И ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЁГКИХ

Тверской государственной медицинской университет

Введение. В последнее десятилетие отмечается значительный рост сочетанной патологии - туберкулёз и ВИЧ-инфекция (ТВ/ВИЧ) [2, 3, 7]. Это приводит к формированию нового эпидемического процесса - ВИЧ ассоциированного туберкулёза. Ситуация приобретает характер эпидемии [1, 2].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) прогнозирует, что при повышении уровня распространенности ВИЧ-инфекции среди населения будет увеличиваться и заболеваемость туберкулёзом [11,12]. Туберкулёз остаётся второй ведущей причиной смертности при ВИЧ-инфекции [10].

Российская Федерация относится к числу стран с высоким уровнем заболеваемости и ухудшающейся эпидемиологической ситуацией по ВИЧ-инфекции и заболеваемости туберкулезом у пациентов с ВИЧ-инфекцией и 21-57 раз выше, чем у людей без ВИЧ-инфекции, а в отдельных исследованиях говорится о риске развития туберкулеза на ранних стадиях ВИЧ-инфекции и

113 раз [9].

У больных ВИЧ-инфекцией смертность от туберкулеза (ТБ) достигает 43-89% [5]. В 2006 г. у 59,1% умерших от ВИЧ-инфекции непосредственной причиной смерти был туберкулез (ТБ) [8]. Среди умерших пациентов с ТБ

большие сочетанной инфекцией ВИЧ/ТБ составляют более четверти, и доля их растет. В 2014 г. заболеваемость ТБ у больных ВИЧ-инфекцией в 35 раз, а смертность от ТБ в 28 раз превысила эти показатели среди всего населения России [4].

Липиды считаются одной из важнейших составляющих всех клеток человеческого организма. Участвуя в обеспечении целостности строения мембран, липиды поддерживают многие функции клеток. Отсюда представляется несомненным интерес изучение особенностей клиники лабораторных показателей, включая детальный липидный спектр у больных ко-инфекцией ВИЧ/туберкулез.

Цель работы - определить клинико-лабораторные особенности ко-инфекции ВИЧ в стадии 4А и инфилтративного туберкулеза легких.

Материалы и методы. Всего было обследовано 150 человек. В их состав: 50 здоровых лиц (контрольная группа) и 100 больных с ко-инфекцией лекарственно чувствительного инфилтративного туберкулеза и ВИЧ-инфекции в стадии 4А у лиц, не получавших антиретровирусную терапию.

Из исследования исключались больные с ВИЧ-инфекцией в стадии 4Б и диссеминированным туберкулезом, а также пациенты с тяжелой сопутствующей патологией (сахарный диабет, нарушенные функции печени, почек, онкологические процессы) и хроническими воспалительными заболеваниями в фазе обострения.

У всех больных ко-инфекцией ВИЧ в стадии 4А и инфилтративного туберкулеза легких была проанализирована клиническая картина, биохимические показатели, данные общеклинического исследования крови. Использовались методы определения иммунологического статуса больных путем определения количества CD4-Т-лимфоцитов, количественное определение концентрации вируса ВИЧ в крови методом полимеразной цепной реакции.

Показатели пациентов проверялись на предмет выявления эмпирических функций их распределения и соответствие этих функций нормальной функции распределения (функция Гаусса). Применялся критерий согласия Пирсона-Уилка, который применим при небольшом количестве измерений ($n < 50$). Для нормально распределенных показателей сравнение групп проводилось с применением t-критерий Стьюдента. Обработку результатов проводили на персональном компьютере с использованием программ Microsoft Excel и Biostat.

Результаты и их обсуждение. Анализ генерного состава пораженных ВИЧ туберкулез показал, что 65% обследованных были мужского пола. Средняя масса больных (табл. 1) находилась в возрастном интервале 30-59 лет

Таблица 1

Пол	Распределение больных ВИЧ/туберкулез по возрасту	
	Количество больных в возрасте (%)	Число
Мужчины	20-29	10
	30-39	19
Женщины	17	39
	26	10
Всего	8	59

Анализ социальных факторов проживания пациентов показал, что жители города Тарпино составили среди больных 57%. Работают население среди ВИЧ туберкулеза составило 36%. Среднее и среднее специальное образование имели 30% пациентов, высшее и незаконченное высшее получили 4%. Около 30% имели начальное или незаконченное среднее образование. Не имели семьи 53% пациентов.

Необходимо отметить, что у 86% обследованных неблагоприятный фактор являлась курение.

Среди обследованного населения наиболееую долю составляли лица рабочих профессий (26%), служаших было 7%, а неработающее население составило 6%. Большинство больных (более 60%) проживают в частных домах, 30-55% в благоустроенных квартирах и менее 4% в общежитиях. Контакт с туберкулезными больными в анамнезе установлен у 57% пациентов.

Острое начало заболевания наблюдалось редко (15%), подострое при-лизитично у трети больных ко-инфекцией ВИЧ туберкулеза. Лечение почти в половине случаев началось заблевание было бессимптомным, жалобы на слабость, плохой аппетит артеваяли около половины больных, а на потерю массы тела - более 80%.

Что касается бронхолегочной симптоматики, необходимо отметить, что кашель с выделением слизистой и слизисто-гноной мокроты у пациентов наблюдался в 42%. сухой кашель - в 15%. Одышка при физической нагрузке выявлена у 19%, боли в грудной клетке наблюдались у 22%, кровохарка у 5% обследованных. При аускультации жесткое дыхание над зоной поражения легочной ткани было у 32%, ослабленное и бронхоальное у 19% пациентов.

Анализ показателей обычных биохимических тестов (табл. 2) показал отсутствие повышения уровня общего билирубина, креатинина, активности аланинаминотрансферазы (АлТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), креатинина. Обращает на себя внимание повышенный уровень активности щелочной фосфатазы (173±8,2 ЕД/л).

Известно, что щелочная фосфатаза обеспечивает нормальный обмен веществ во всех тканях человеческого организма. Поэтому при поражении клеток какого-либо из органов механического, воспалительного, дегенеративно-го или неопластического характера часть ферментов из пораженных тканей попадает в кровяное русло, при этом определяется повышение активности щелочной фосфатазы в плазме крови.

В данной ситуации повышение активности щелочной фосфатазы может быть связано как с воспалительным процессом в легких туберкулезной этиологии, так и с дегенеративными процессами разрушения иммунокомпетентных клеток, индуцированных вирусом ВИЧ.

Уровень активности лактатдегидрогеназы (ЛДГ) повышен практически при любых патологических процессах, которым сопутствует воспаление и гибель клеточных структур, поэтому причинами увеличения данного показателя у больных с ко-инфекцией ВИЧ/туберкулёз можно считать функциональную недостаточность органов дыхания (легкие), вовлечение в процесс легочной ткани и развитие недостаточности кровообращения в малом круге кровообращения.

Некоторое повышение уровня ГТТП отражает поражение печёночных клеток, которое имеет место у больных ко-инфекцией ВИЧ/ туберкулёз.

Качественный анализ характера адаптационных реакций в ответ на воздействие микобактерий туберкулёза и вируса ВИЧ невозможен без учета иммунологических реакций (табл. 3).

Таблица 2

Средние показатели биохимических тестов у больных с ВИЧ/туберкулёз

Биохимические тесты	Группы обследованных лиц (M±m) с ко-инфекцией ВИЧ/туберкулёз, n=100
Билирубин общий (в мкмоль/л)	18,5±0,8
Креатинин (в ммоль/л)	69,0±1,4
Активность АЛТ (в ед/л)	30±0,6
Активность АСТ (в ЕД/л)	32,4±1,4
Щелочная фосфатаза (Ед/л)	173±8,2
Лактатдегидрогеназа (Ед/л)	379,4±9,9
Глюкоза (в ммоль/л)	4,9±0,8
Гамма-глутамил-транспептидаза (Ед/л)	38,9±6,2 (до 32)

Таблица 3

Показатели лейкоцитарной формулы крови у здоровых лиц и больных с ко-инфекцией ВИЧ/туберкулёз

Показатель лейкоцитарной формулы	Группы обследованных лиц (M±m)		P
	Здоровые лица, n=50	ко-инфекция ВИЧ / туберкулёз, n=100	
Лейкоциты (в 10 ⁹)	6,6±0,2	3,4±0,3	<0,001
Эозинофилы (в отн. %)	2,1±0,1	1,8±0,2	>0,05
Палочкоядерные нейтрофилы (в отн. %)	3,1±0,3	1,6±0,2	<0,001
Сегментоядерные нейтрофилы (в отн. %)	57,8±0,5	79,1±3,2	<0,001
Лимфоциты (в отн. %)	30,3±0,5	14,2±1,0	<0,001
Моноциты (в отн. %)	6,5±0,4	3,3±0,3	<0,001
Скорость оседания эритроцитов - СОЭ (в мм/ч)	7,6±0,6	29,3±1,5	<0,001

Примечание: здесь и далее P - достоверность различий между больными с ко-инфекцией ВИЧ/туберкулёз и здоровыми лицами

Помимо исследования содержания иммунокомпетентных клеток, для определения состояния иммунореактивности до сих пор не потерял актуальности общеклинический анализ крови, так как известно существование корреляционной зависимости между отдельными параметрами лейкоцитарной формулы и содержанием иммунокомпетентных клеток [6].

Анализ показателей лейкоцитарной формулы выявил (табл. 3), что содержание лейкоцитов у больных с ко-инфекцией ВИЧ/туберкулёз оказалось

существенно ниже, чем у здоровых лиц. Относительное содержание эозинофилов не отличалось от аналогичного показателя у здоровых лиц. Процентное содержание палочкоядерных нейтрофилов, лимфоцитов, моноцитов оказалось практически в 2 раза ниже нормы. Напротив уровень сегментоядерных нейтрофилов и СОЭ значительно превышали цифровые значения у здоровых лиц.

Следовательно, у больных с ко-инфекцией ВИЧ/туберкулёз имеет место значительное изменение иммунологических реакций, которые преимущественно проявляются лейкопенией, лимфо-моноцитопенией, увеличением СОЭ.

Стандартной процедурой обследования больных ВИЧ-инфекцией является определение иммунного статуса, в частности уровня CD4-лимфоцитов (табл. 4). Было установлено уменьшение содержания CD4-лимфоциты у больных с ко-инфекцией ВИЧ/туберкулёз почти в 5 раз по сравнению со здоровыми лицами.

Таблица 4

Показатели иммунного статуса у больных ВИЧ/туберкулёз в абсолютных единицах

Показатели CD4-лимфоцитов	Группы обследованных лиц		P
	Здоровые лица, n=50	Больные с ко-инфекцией ВИЧ / туберкулёз, n=100	
CD4-лимфоциты, клеток/мм ³	988±23,4	233,3±13,9	<0,001

Данное наблюдение в виде снижения содержания CD4-лимфоцитов подтверждает значительное нарушение иммунореактивности при ко-инфекции ВИЧ/туберкулёз, представленное выше на примере изменений лейкоцитарной формулы крови.

Учитывая современные представления о липидах, фосфолипидах и их метаболитах можно заключить, что в лабораторной диагностике эти соединения с высокой точностью могут отражать патологические процессы в организме человека.

Так, содержание общих липидов у больных с ко-инфекцией ВИЧ/туберкулёз были выше (430,4±8,4 мг%) по сравнению со здоровыми лицами (353,1±13,1 мг%). Разница достоверна (P<0,001).

В результате изучения состава липидного спектра у больных с ко-инфекцией ВИЧ/туберкулёзу наблюдалось (табл. 5) существенное увеличение относительного содержания общих фосфолипидов (ФЛ), свободного холестерина (СХ), свободных жирных кислот (СЖК) и достоверное снижение уровня эфиров холестерина (ЭХ), почти в 2 раза более низкий уровень триглицеридов (ТГ).

При изучении абсолютного содержания фракций общих липидов обнаружено (табл. 6), что у больных ВИЧ/туберкулёз уровень всех фракций, за исключением ТГ был выше, чем у здоровых лиц, что можно связать с исходно более высоким уровнем общих липидов у больных с ко-инфекцией ВИЧ/туберкулёз по сравнению со здоровыми лицами.

Выводы

Ко-инфекция в стадии 4А и инфильтративного туберкулёза лёгких чаще (82%) наблюдается в возрасте от 30 лет до 59 лет, неработающее население

составило 67%, клинически характеризуется почти в половине случаев бессимптомным началом, потерей массы тела, кашлем с выделением слизистой и слизисто-гноющей мокроты. Со стороны лабораторных тестов проявляется повышенным уровнем активности щелочной фосфатазы лактатдегидрогеназы и гаммаглутамилтранспептидазы, лейкопенией, лимфо-моноцитопенией, увеличением СОЭ, значительным понижением уровня CD4.

Таблица 5

Липидный состав сыворотки крови у здоровых лиц и у больных с ко-инфекцией ВИЧ/туберкулёз

Общие липиды	Показатели липидов (M±m) в отн. %		
	Здоровые лица, n=50	Больные с ко-инфекцией ВИЧ / туберкулёз, n=100	
Общие фосфолипиды	18,4±0,6	32,7±0,4	<0,001
Свободный холестерин	13,1±0,5	16,5±0,4	<0,001
Свободные жирные кислоты	4,6±0,3	6,4±0,2	<0,001
Триглицериды	24,3±0,7	12,6±0,5	<0,001
Эфиры холестерина	39,1±1,0	31,2±0,6	<0,001

Таблица 6

Липидный состав сыворотки крови у здоровых лиц и у больных с ко-инфекцией ВИЧ/туберкулёз

Общие липиды	Показатели липидов (M±m) в мг %		
	Здоровые лица, n=50	Больные с ко-инфекцией ВИЧ / туберкулёз, n=100	
Общие фосфолипиды	64,9±2,1	137,5±19,5	<0,001
Свободный холестерин	46,2±1,7	70,5±12,4	<0,001
Свободные жирные кислоты	16,2±1,0	27,5±0,2	<0,001
Триглицериды	85,8±3,1	54,2±4,1	<0,001
Эфиры холестерина	138,5±3,9	133,5±22,7	<0,001

Наблюдается повышение содержания общих липидов, существенное увеличение относительного содержания общих фосфолипидов, свободного холестерина, свободных жирных кислот и достоверное снижение уровня эфиров холестерина и почти в 2 раза более низкий уровень триглицеридов по сравнению со здоровыми лицами.

Список использованных источников

1. Бартлетт Дж, Редфилд Р., ФАМ П., Мазус А.И. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. М.: ГРАНАТ; 2013.- 696 с.
2. Васильева, И.А., Таран Д.В. Проект по сбору и изучению лучших примеров организации лечения и клинического ведения больных туберкулёзом, в том числе с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя и сочетанным с ВИЧ-инфекцией// Туберкулёз и болезни лёгких. - 2014. - С. 3-6.
3. Зиминова В.Н., Кошечкин В.А., Кравченко А.В. Туберкулёз и ВИЧ-инфекция у взрослых. Руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 224 с.
4. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2015 году: Государственный доклад. N4.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. 2016. - 220 с.
5. Покровский В.В. ВИЧ-инфекция и СПИД: (Национальное руководство). М.: ГЭОТАР-Медиа; 2013. - 608 с.
6. Романовский А.В. Особенности иммунореактивности у больных варикозной бо-

лезью нижних конечностей, осложнённых трофическими язвами // Флебология. - 2009. - № 2, т.3. - С. 9-11.

7. Туберкулёз в Российской Федерации, 2012/2013/2014 гг. Аналитический обзор статистических показателей, используемых в Российской Федерации и в мире. - М., 2015. - 312 с.

8. Фролова О.Г., Щукина И.В., Фролов Г.Г. Анализ смертности от туберкулёза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией // Туберкулёз и болезни лёгких. 2014. - №7. - С. 32-36.

9. Чумаченко Г.В., Бабаева И.Ю., Авдеева М.Г. Актуальность проблемы сочетанной инфекции ВИЧ и туберкулёза в современных эпидемиологических условиях // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2016. - № 6. - С. 304-312.

10. Mayer-Barber K.D., Andrade B.B., Oland S.D. et al. Host-directed therapy of tuberculosis based on interleukin-1 and type I interferon crosstalk // Nature. - 2014. - V.511, N 7507. - P.99-103.

11. World Health Organization: Guidelines for National Programme. - Geneva, 2003. 40 p.

12. World Health Organization: «Report of Lessons Learned» Workshop on the six ProTEST Pilot Projects in Malawi, South Africa and Zambia. - Geneva, 2004. 40 p.

Морозов А.М., Мохов Е.М., Кадыков В.А., Ядыкин Н.А.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДОСТУПНОСТИ ПРЕПАРАТОВ БАКТЕРИОФАГОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НА ПРИМЕРЕ ПРЕПАРАТА «СЕКСТАФАГ»

Тверской государственный медицинский университет

Введение. Одной из наиболее важных и социально острых проблем развития современного российского фармацевтического рынка является проблема ценообразования на лекарственные препараты. Это связано с тем, что в фармацевтической отрасли цены помимо чисто экономического содержания играют важную социальную роль, поскольку определяют доступность и уровень удовлетворения потребности населения и учреждений здравоохранения в лекарственных препаратах, которые относятся к социально значимым товарам [1].

Ужесточение государственного регулирования ценообразования на лекарственные препараты не устранило причины завышения цен на них и не создало предпосылок для их снижения. В структуре товарооборота многих фармацевтических организаций произошли изменения, характеризующиеся уменьшением доли дешевых лекарственных препаратов, в первую очередь с регулируруемыми ценами и увеличением доли более дорогих лекарств [2].

Остановим свое внимание на одном из сегментов фармацевтического рынка - препаратах бактериофагов, а именно на конкретном - препарате «Секстафаг» производства компании ФГУП «НПО «Микроген».

Проблема антибиотикорезистентности, а в некоторых случаях и поливалентной антибиотикорезистентности весьма актуальна в настоящее время, в связи с чем, необходимы поиски новых решений профилактики и лечения гнойных абдоминальных процессов, одно из таких решений бактериофаги [3].

Бактериофаг (бактерии + греч. phagos - пожирающий) - вирусы, наиболее распространенные в биосфере биологический объект. Бактериофаг - это вирус, который инфицирует бактерию путем инъекции генома фага в цито-