

Хулоса

**АРЗЁБИИ САМАРАНОКИИ МУОЛАҶАИ ПРЕВЕНТИВИИ ИХТИЛОЛОТИ
ТАНЗИМИ ЭКСТРАКАРДИАЛӢ ВА ФАВТИ НОГАҶОНИИ БЕМОРОНИ
ГИРИФТОРИ САКТАИ МУШАКИ ДИЛ**

Н.Х. Олимов

Муаллиф муайян кардааст, ки эҳтимол дар заминаи муолаҷаи самарабахши тромболитикӣ беморони гирифтори сактаи мушаки дил танзими дохиликалбии асабгирӣ ва беруназқалбӣ бетағйир мемонад.

Истифодабарии саривактии стрептокиназа (1,5 млн. воҳид) дараҷаи интегратсияи танзими беруназқалбиро аз тарафи системаи марказии асаб (в) ва тағйирпазирии назми дилро (д) мӯътадил гардонида, ҳамчунин мӯътадилшавии назми дил, хусусиятҳои реологии хунро таъмин намуда, самаранокии табобати анъанавиро зиёд мекунад ва фавти ногаҳони беморони гирифтори сактаи дилро пешгирӣ менамояд.

Summary

**THE ESTIMATION OF EFFECT OF PREVENTIVE TREATMENT UNDER
DESTROYING OF EXTRACARDIAL REGULATION, SUDDEN DEATH IN
PATIENTS WITH MYOCARDIUM INFARCTION**

N.H. Olimov

The author observed that under effective thrombolitic therapy in patients with myocardium infarct hierarchical structure of the regulation of intracardial innervation and extracardial regulation was kept. Yearly use of streptokinase (1,5 mln ED) normalizes the degree of integration of extracardial regulation by CNS and variability of heart rhythm providing the normalization of cardiac rhythm, reological properties, increasing the effectivity of usual therapy, and prevents sudden death in the patients.

**ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ И ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ТРЁХДНЕВНОЙ
МАЛЯРИЕЙ**

Н.М. Ходжаева, А.К. Токмалаев, Н.А. Рахматов

Кафедра детских инфекционных болезней ТГМУ;

Кафедра инфекционных болезней с курсом эпидемиологии РУДН, г. Москва

Актуальность. Малярия продолжает оставаться одной из актуальных проблем здравоохранения республики и всего Центральноазиатского региона в связи с неизменным уровнем заболеваемости, ростом бессимптомного паразитоносительства, особенно среди детей, сохраняющимися очагами заболевания, преимущественно в южных регионах страны (1,5).

Данная проблема представляет государственный интерес, о чём свидетельствует принятие Второй национальной программы по борьбе с малярией на 2006-2010 гг.

Известно, что *Plasmodium vivax* хотя и не является причиной летальных исходов, тем не менее причиняет огромный ущерб здоровью жителей эндемичных по малярии стран. Предполагается, что вне тропической Африки трёхдневной малярией ежегодно заболевают от 15 до 30 млн. жителей, которые страдают от истощающего здоровье воздействия болезни, временной потери трудоспособности, снижения и ухудшения качества жизни и экономических потерь, вызванных масштабом этой инфекции (2). Кроме того, в печени

больного длительно сохраняются гипнозоиты, способные вызвать повторы паразитемии через много месяцев после заражения больного, что ведёт к длительному течению болезни (2, 3).

Все патологические реакции при малярии как кровяной инфекции, прямо или косвенно связаны с паразитированием бесполок стадий плазмодиев в эритроцитах и разрушением последних. Инфицированные плазмодиями эритроциты вызывают изменения эндотелия сосудов, нарушения микроциркуляции, развитие органических поражений и системных осложнений на фоне анемии, тканевой и органической гипоксии и повышенной продукции цитокинов. Эти негативные процессы наиболее выражено проявляются в случае поражения эритроцитов *P. falciparum* (2, 3).

Несмотря на достигнутые успехи в изучении патогенеза, диагностики и лечении малярии, отдельные вопросы патогенеза остаются нерешёнными; к ним, в частности, которым следует отнести состояние системы гемостаза. В литературе имеются противоречивые данные о развитии у больных феномена гипокоагуляции или гиперкоагуляции (2,4). Имеются данные о крайней степени нарушений в системе гемостаза с развитием диссеминированного внутрисосудистого свёртывания (ДВС-синдрома), которое может явиться непосредственной причиной органических поражений и летальных исходов у больных со злокачественной формой тропической малярии (4). Маеграйт (1984, 1998) рассматривает диссеминированную внутрисосудистую коагуляцию при малярии не как основной патологический процесс, а как следствие развития паразитарных тромбов и нарушения биохимизма крови (3, 4). Изменению показателей периферической крови при малярии уделяется большое внимание, учитывая особенности генеза развития паразита в её эритроцитах. Но в то же время остаётся практически неизученным характер изменений гемостаза у больных с различными формами тяжести в зависимости от периода болезни, т.е. в динамике.

Целью настоящей работы являлась оценка состояния периферической крови и гемостаза у больных трёхдневной малярией в зависимости от тяжести процесса и периода болезни для обоснования адекватной патогенетической терапии.

Материалы и методы исследования. Нами были проведены исследования общеклинического анализа крови 545 больных трёхдневной малярией. Забор крови проводился в момент поступления в стационар и соответствовал, как правило, 3-5 дню от начала болезни.

Пациенты преимущественно поступали в первую неделю болезни, а 48,7 % - в первые три дня; паразитемия была невысокой - от 45 до 3560 паразитов в 1 мкл крови.

Для уточнения характера и степени гемокоагуляционных нарушений было проведено комплексное лабораторное обследование, включающее следующие показатели: время рекальцификации плазмы, концентрация фибриногена крови, тромбиновое и протромбиновое время, толерантность плазмы к гепарину, тромботест, фибринолитическая активность крови, количество тромбоцитов по общепринятым методикам.

Комплексное исследование состояния гемостаза с использованием всех указанных показателей проводилось больным только с клиническими проявлениями болезни в динамике: в остром периоде - до лечения и после приёма делагила; затем через 6-7 дней после начатого лечения примахином (период ранней реконвалесценции); перед выпиской домой на 13-14 день лечения примахином (период поздней реконвалесценции).

Исследование гемостаза проведено 126 больным в возрасте от 1 года до 14 лет. Из 126 детей в остром периоде обследовано 78 человек, в периоде ранней реконвалесценции – 108, перед выпиской домой (поздняя реконвалесценция) – 50 детей.

Результаты и их обсуждение. Показатели периферической крови у больных трёхдневной малярией (табл.1) характеризовались преимущественно анемией (снижением числа эритроцитов и гемоглобина), ретикулоцитозом, лейкопенией, эозинопенией, относительным лимфо- и моноцитозом, повышением СОЭ. У отдельных больных (39,1%) выявлялся лейкоцитоз с нейтрофилёзом, эозинофилия.

Таблица 1

Состояние периферической крови в зависимости от степени тяжести трёхдневной малярии

Показатель крови	Статист. показатели	Степень тяжести заболевания			Всего:	Рецидив
		Лёгкая	Средняя	Тяжёлая		
		1	2	3		4
Гемоглобин	M	120,61	112,36	90,6	94,78	98,6
	m	1,2	2,2	1,8	1,3	2,4
	p	<0,001	<0,001	<0,001		<0,001
Эритроциты x 10 ¹² /л	M	3,9	3,91	3,1	3,38	3,98
	m	1,3	1,5	1,2	1,4	1,3
	p	>0,05	<0,02	<0,02		>0,05
Цветной показатель	M	0,92	0,89	0,81	0,84	0,86
	m	0,02	0,03	0,06	0,02	0,04
	p	>0,05	>0,02	<0,02		>0,05
Лейкоциты	M	8,2	5,6	4,8	5,22	5,1
	m	0,39	0,2	0,37	1,1	1,1
	p	<0,001	<0,02	<0,001		>0,05
Эозинофилы	M	2,31	2,01	0,89	1,34	2,9
	m	0,02	0,03	0,07	0,05	0,3
	p	>0,05	<0,001	<0,001		<0,001
Палочкоядерные	M	2,1	4,2	5,7	3,4	4,0
	m	1,2	1,3	1,8	1,4	1,2
	p	<0,05	<0,05	<0,05		>0,05
Сегментоядерные	M	64	62,8	61,92	62,3	60,7
	m	1,2	1,4	1,02	1,4	1,2
	p	>0,05	>0,05	<0,05		>0,05
Лимфоциты	M	24,68	25,44	28,6	26,8	26,2
	m	2,3	1,8	1,4	1,2	1,3
	p	<0,05	<0,02	<0,05		>0,05
Моноциты	M	5,24	5,86	7,89	6,22	6,1
	m	0,2	0,22	0,04	0,3	0,3
	p	>0,05	<0,05	<0,05		>0,05
СОЭ	M	8,28	12,64	20,3	14,56	15,34
	m	1,1	1,2	1,6	1,5	1,8
	p	<0,001	<0,001	<0,001		>0,05
Количество больных	n	287	200	58	545	24

ПРИМЕЧАНИЕ: p₁ – сравнение показателей лёгкой и среднетяжёлой формы;
 p₂ – сравнение показателей среднетяжёлой и тяжёлой формы;
 p₃ – сравнение показателей лёгкой и тяжёлой формы;
 p₄ – сравнение показателей рецидивирующей формы и основной волны болезни

Выявлены достоверные различия между показателями периферической крови у больных трёхдневной малярией в зависимости от формы тяжести, а при рецидиве основной волны болезни различия не установлены.

У 16 больных тяжёлой формой трёхдневной малярии и 28 больных среднетяжёлой формой исследовали показатель гематокрита. Показатель гематокрита использовали для дополнительного суждения о степени анемии и гемоконцентрационных сдвигов. При анемии наблюдалось его снижение. У практически здоровых детей (n=30) гематокрит венозной крови соответствовал $38,4 \pm 3,5\%$.

У больных тяжёлой формой трёхдневной малярии снижение гематокрита отмечалось у 13 из 16 обследованных. У этой категории больных он составил $30,18 \pm 2,8\%$, $p < 0,05$. В это же время средний показатель гемоглобина и эритроцитов периферической крови был достоверно ниже нормы.

У больных средней тяжести изменения гематокрита регистрировались у 1/3 обследованных (у 9 из 28), и его уровень соответствовал $34,6 \pm 3,2\%$. Однако, снижение уровня гематокрита у этих больных по сравнению с тяжёлой формой оказалось недостоверным.

Таким образом, для суждения о степени выраженности гемоконцентрационных сдвигов и анемии у больных малярией, независимо от формы её тяжести, целесообразно проводить в динамике заболевания исследование гематокрита.

Комплексное исследование показателей свёртывающей системы крови и её фибринолитической активности показало, что у больных трёхдневной малярией, обследованных в остром периоде болезни до лечения, отмечаются изменения системы гемостаза. Эти изменения характеризуются угнетением процесса свёртывания и активацией фибринолиза. Так, на основании исследования коагулограммы было установлено статистически достоверное по сравнению с контрольной группой увеличение времени рекальцификации плазмы ($208,96 \pm 12,0$ сек, $p < 0,01$), толерантности плазмы к гепарину ($7,27 \pm 0,24$ мин, $p < 0,005$), времени свёртывания крови ($3,4 \pm 0,15$ мин, $p < 0,01$), тромбинового времени ($28,8 \pm 2,3$ мин, $p < 0,01$). Отмечалось также снижение значения тромботеста у большинства больных до I – III степени. Наряду с этим было обнаружено уменьшение общего количества тромбоцитов ($2,08 \pm 0,1 \times 10^9$ л, $p < 0,001$). У большинства обследованных отмечалось снижение протромбинового индекса ($76,5 \pm 7,04\%$, $p < 0,01$) и уменьшение концентрации фибриногена крови ($10,78 \pm 1,0$ г/л, $p < 0,001$). Фибринолитическая активность крови в этот период болезни значительно повышалась ($36,68 \pm 3,9\%$, $p < 0,01$).

При исследовании коагуляционной активности крови на фоне лечения далагиллом (в периоде апирексии) показатели многих биохимических тестов сохраняли свою гипокоагуляционную направленность. Это подтверждалось достоверным увеличением средних величин времени рекальцификации плазмы ($190,2 \pm 12,58$ сек, $p < 0,001$), толерантности плазмы к гепарину ($9,26 \pm 2,1$ мин, $p < 0,01$). Остались повышенными тромбиновое время ($26,9 \pm 2,6$ сек, $p < 0,05$) и время свёртывания крови ($3,12 \pm 0,15$ мин, $p < 0,01$). У большинства больных сохранялся сдвиг значения тромботеста в сторону гипокоагуляции (I - III степень). Достоверных различий в показателях фибринолитической активности крови в этот период болезни не выявлено ($37,98 \pm 7,9\%$, $p > 0,05$). Наряду с активацией фибринолиза общее количество тромбоцитов в периферической крови ($2,68 \pm 0,12 \times 10^9$ л, $p < 0,001$) было уменьшено. Статистически достоверной оставалась уменьшенная активность факторов протромбинового комплекса ($86,8 \pm 7,46\%$, $p < 0,05$).

Нами установлено, что изменение факторов коагуляции выражено в разной степени в зависимости от тяжести болезни. При среднетяжёлом течении малярии по сравнению с лёгким отмечалось более выраженное усиление фибринолитической активности крови (на 10,2%), более значительное снижение числа тромбоцитов (на 5,1%) и протромбина крови (на 7,8%). На 12,6% был повышен показатель времени рекальцификации плазмы и на 1,7% - толерантность плазмы к гепарину.

Таким образом, в остром периоде болезни у большинства больных трёхдневной малярией выявленные изменения коагулирующих факторов свидетельствуют о преобладании гипокоагуляционных сдвигов в свёртывающей системе крови и активации фибринолиза. Вместе с тем отмечалась значительная тромбоцитопения, у некоторых больных развивалось потребление факторов свёртывания, что приводило к гипофибриногемии, гипопротромбинемии. Эти данные можно рассматривать как показатель развития у больных в остром периоде диссеминированной внутрисосудистой коагуляции крови, в основном, второй фазы.

При анализе коагулограмм у больных, обследованных в периоде ранней реконвалесценции, существенной динамики показателей свёртывающей системы крови не наблюдалось. У пациентов сохранялись гипокоагуляционные изменения, мало отличавшиеся от обнаруженных в остром периоде болезни, и имели место те же закономерности, связанные с тяжестью течения болезни.

У больных с трёхдневной малярией, обследованных в периоде поздней реконвалесценции, восстановилось до нормы большинство показателей. Вместе с тем при среднетяжёлом и тяжёлом течении остались достоверные гипокоагуляционные изменения показателей фибринолитической и протромбиновой активности крови. Всё это свидетельствует об отставании скорости восстановления этих показателей и сохранении у некоторых больных к моменту выписки из стационара гипокоагуляционных изменений крови.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранова А.М. – Малярия: возврат через 40 лет после ликвидации// Ж. «Качество жизни. Медицина», М., 2005, № 1(8), С.51 – 57
2. Лобан К. М. - Состояние гемостаза у больных завозной малярией, Ж. «Клиническая Медицина». 1988, №11. С. 110-114
3. Лысенко А.Я., Кондрашин А.В., М.Н.Ежов – Маляриология // Копенгаген, 2003
4. Половинкина Н.А. – Состояние свёртывающей системы крови у больных малярией (по данным тромбозластограммы) – В сб.: Материалы Второго всероссийского съезда инфекционистов, 1983, С. 348-349
5. Попов А.Ф., Токмалаев А.К, Никифоров Н.Д. – Малярия // М., 2004

Хулоса

ТАВСИФИ ИХТИЛОЛОТИ БАЪЗЕ НИШОНДИҲАНДАҲОИ ХУНИ КАНОРӢ ВА ҲЕМОСТАЗ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ВАРАЧАИ СЕРӢЗА

Н.М. Хочаева, А.К. Токмалаев, Н.А. Раҳматов

Дар мақолаи мазкур натиҷаҳои тадқиқоти хуни канорӣ ва системаи ҳемостаз дар 126 нафар беморони гирифтори вараҷаи серӯза дар мавриди шаклҳои гуногуни вазнинӣ ва давраҳои мухталифи беморӣ инъикос ёфтаанд. Тағйиротҳои назарраси системаи лахташавии хун, ки тамоюли гипокоагулясионӣ ва фаъолнокшавии фибринолиз дар авҷи беморӣ ва давраи ибтидоии реконвалесценсия доштанд, ошкор карда шудаанд.

Инчунин қафомонии суръати барқароршавии нишондиҳандаҳои таҳқиқшаванда ва нигоҳдории онҳо дар давраи реконволесценсияи интиҳойи нишон дода шудааст.

Summary

CHARACTERISTIC OF ALTERATIONS OF SOME INDEXES OF PERIPHERIAL BLOOD AND HEMOSTASE IN PATIENTS WITH MALARIA OF THREE DAYS

N.M. Hojaeva, A.K. Tokmalaev, N.A. Rahmatov

In the article the results of investigation of peripheral blood and hemostase system in 126 patients with malaria of three days at different forms and periods of disease were observed. Important alterations of blood coagulation system with had hypocoagulation indirection and phybrinolysis activation at pick of disease and yearly reconvalescence were showed. The increasing the speed of restoration of the indexes and keeping at period of reconvalescence were given.

**СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА
ПОТЕРПЕВШИХ С ТРАВМАМИ ГЛАЗА**

Ю.И. Пиголкин, Г.В. Золотенкова, З.К. Хушкадамов, Е.В. Соколова

**Кафедра судебной медицины Московской медицинской академии им. И.М Сеченова,
Российской Федерации**

Современный этап развития общества характеризуется существенным увеличением числа природных и промышленных аварий (катастроф), а также локальных военных конфликтов, приводящих к тяжёлым последствиям и, в первую очередь, к появлению большого числа раненых и поражённых [5]. Кроме того, в структуре общей заболеваемости населения России травмы занимают третье место, а среди лиц молодого возраста - второе. Среди общего числа пострадавших значительную долю занимают поражённые офтальмологического профиля. По данным отечественной и зарубежной литературы доля поражений органа зрения в общей структуре травматических поражений может быть значительной и составлять от 2% до 15% от общего числа травм [5, 7]. Травматизм органа зрения – одна из ведущих медико-социальных проблем, приводящая к слепоте и потере глаза как органа. Травмы органа зрения чаще встречаются в молодом, наиболее трудоспособном возрасте, являясь одной из причин слепоты и инвалидности, что значительно увеличивает социальную значимость данной проблемы. Так, например, анализ инвалидности вследствие повреждения органа зрения по материалам специализированного Бюро медико-социальной экспертизы при глазных заболеваниях г. Санкт-Петербурга показал, что за 10 лет (1991-2001гг.) удельный вес инвалидов в возрасте до 29 лет составил 42,5%, от 30 до 44лет -26,5%, от 45 лет и до пенсионного возраста – 13,9%, старше 60 лет – 17,1%. Результаты анализа групповой структуры инвалидности по этим же материалам показали, что повреждения органа зрения являются источником тяжёлых последствий, приводящих к стойкой утрате зрительных функций [10].

Среди многообразия вариантов повреждения органа зрения, возникающих при катастрофах, стихийных бедствиях и во время военных действий, наиболее неблагоприятный исход имеет механическая травма глаза, составляющая от 4,5 до 7% всех видов травм. Одно из первых мест принадлежит контузии глаза – 10,6%-64%,