



**АКТУАЛЬНЫЕ
ПРОБЛЕМЫ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
КОНСУЛЬТАТИВНО-
ДИАГНОСТИЧЕСКИХ
ЦЕНТРОВ**

2013

**МАТЕРИАЛЫ
ЕЖЕГОДНОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ
ДиаМА**

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации

НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
«ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АССОЦИАЦИЯ» (ДиаМА)

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ
ЦЕНТРОВ**

Материалы ежегодной конференции ДиаМА

Москва
29 сентября – 4 октября 2013 года

ВЫПУСК XV

Под редакцией доктора медицинских наук, профессора
В. А. Серебrenникова

Екатеринбург
Издательство АМБ
2013

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аветисов Э.С., Розенблюм Ю.З. Оптическая коррекция зрения. М.: Медицина, 1981. 320 с.
2. Аветисов Э.С., Ковалевский Е.И., Хватова А.В. Руководство по детской офтальмологии. М.: Медицина, 1987. 495 с.
3. Вержанская Т.Ю., Тарутта Е.П. Влияние ортокератологических линз на клинико-функциональные показатели миопических глаз и течение миопии у детей // Глаз. 2007. № 2. С. 6–8.
4. Волков В.В., Горбань И.А., Джалиашвили О.А. Клиническая визо- и рефрактометрия. Л., 1976. С. 216.
5. Волкова Л.П. О профилактике близорукости у детей // Вестн. офтальмологии. 2006. № 2. С. 24–27.
6. Гланц С. Медико-биологическая статистика. М.: Практика, 1999. 459 с.
7. Горбань А.И. Роковое наследство // Окулист. 2002. № 7–8. С. 6–8.
8. Егорова А.В. Алгоритм аппаратного лечения аккомодационных нарушений при миопии // Клинич. офтальмология. 2007. Т. 8. № 1. С. 17–19.
9. Внутриглазное давление у детей с прогрессирующей миопией и оценка его динамики после комплексного функционального лечения / Е.Н. Иомдина [и др.] // Глаз. 2007. № 6. С. 11–13.
10. Копаева В.Г. Глазные болезни. М.: Медицина, 2002. 560 с.
11. Крыжановский Г.Н. Общая патофизиология нервной системы. М.: Медицина, 1997. 352 с.
12. Ланцевич А.В. Покой и паралич аккомодации // Глаз. 2006. № 5. С. 30–31.
13. Генетика миопии: современные аспекты проблемы // Г.А. Маркосян [и др.] // Глаз. 2005. № 6. С. 7–10.
14. Милованова З.П., Свириц А.В., Истранова Е.В. Морфологическое обоснование применения коллагенопластики при прогрессирующей близорукости // Архив патологии. 1990. № 1. С. 53–57.
15. Могилев Л.Н. Бинаример: авт. свид. СССР № 596220, опубл. «Открытия, изобретения, промышленные образцы, товарные знаки», 1978. Т. 70. № 8. С. 14.
16. Могилев Л.Н. Способ исследования пространственного зрения: авт. свид. СССР № 528929, опубл. 1976, Бюл. № 35.
17. Рефлекстерапия, массаж и мануальная терапия в лечении прогрессирующей близорукости у детей и подростков / В.В. Нероев [и др.] // Вестн. офтальмологии. 2006. № 4. С. 20–24.
18. Онуфрийчук О.Н., Розенблюм Ю.З. Закономерности рефрактогенеза и критерии прогнозирования школьной миопии // Вестн. офтальмологии. 2007. № 1. С. 22–24.
19. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTIKA. М.: МедиаСфера, 2003. 312 с.
20. Розенблюм Ю.З. Оптометрия. СПб.: Гиппократ, 1996. 272 с.
21. Тейлор Д., Хойт К. Детская офтальмология. М.: БИНОМ, 2002. 248 с.
22. Урмахер Л.С., Айзенштат Л.И. Офтальмологические приборы. М.: Медицина, 1988. 288 с.
23. Шашинова А.М. Наследственные и врожденные заболевания сетчатки и зрительного нерва. М.: Медицина, 2001. 375 с.
24. Шашинова А.М., Волков В.В. Функциональные методы исследования в офтальмологии. М.: Медицина, 1999. 415 с.
25. Шуко А.Г., Мальцев В.В. Теоретическая и клиническая бинаримерия. Новосибирск: Наука, 2006. 183 с.
26. Юнкеров В.И., Григорьев С.Г. Математико-статистические методы обработки данных медицинских исследований. СПб.: ВмедА, 2002. 266 с.
27. Lang J. Strabisme. Diagnostic, formes cliniques, traitement. Paris: Maloine, 1981. P. 79–80.

**¹М.А. Дудник¹, А.А. Коростелев¹,
²Р.В. Иванчук², И.В. Мартыненко²**

¹Кемеровская государственная медицинская академия,

²Клинический консультативно-диагностический центр, г. Кемерово

ИММУНОКОРРЕКЦИЯ И ИММУНОПРОФИЛАКТИКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

В настоящее время хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) занимает одну из лидирующих позиций среди причин болезненности и смертности во всем мире. В России согласно результатам проекта GARD 2010–2012 гг. распространенность ХОБЛ составила 23,8%. Ежегодно от ХОБЛ умирают около 2,75 млн человек, более того, наблюдается стойкая тенденция к росту летальности [1].

Хроническое прогрессирующее течение ХОБЛ часто утяжеляется за счет периодов обострения, когда происходит усиление симптомов, особенно кашля, одышки и продукции мокроты, которая становится гнойной. Доказано, что обострения ХОБЛ ускоряют темп снижения функции легких, негативно влияют на качество жизни пациента, ассоциируются с высокой летальностью и приводят к значительным социально-экономическим затратам [1]. В основе обострений ХОБЛ лежит усиление процесса воспаления, присутствующего и в стабильном состоянии. Пусковым фактором обострений ХОБЛ обычно оказывается эпизод трахеобронхиальной вирусной или бактериальной инфекции [1, 4, 5].

Закономерным при прогрессирующем течении ХОБЛ является развитие вторичной иммунной не-

достаточности. Как известно, вторичный иммунодефицит характеризуется склонностью к упорно текущим инфекционно-воспалительным процессам любой локализации. Особенностью основного заболевания в таком случае являются частые рецидивы, вялое течение, неэффективность стандартной терапии, преобладание в качестве возбудителей оппортунистических или условно-патогенных микроорганизмов, а также патогенной флоры с атипичными биологическими свойствами, наличие антибиотикорезистентности. Таким образом, большое значение иммунологических механизмов в развитии инфекционно-воспалительного процесса в бронхолегочной системе, признаки вторичной иммунной недостаточности, имеющиеся у больных ХОБЛ, снижение эффективности этиотропных лечебных препаратов обуславливают правильность целенаправленного воздействия на иммунную систему с профилактической и лечебной целями [2, 3].

Целью исследования явилось изучение иммунного статуса у пациентов с ХОБЛ, а также патогенетическое обоснование и клиническое апробирование схемы коррекции нарушений в клеточном и гуморальном звене иммунной системы. В исследовании участвовало 53 пациента (в возрасте от 38 до 66 лет), имеющих диагноз ХОБЛ I–II стадии, установленный в соответствии с критериями программы GOLD. Заболевание протекало с частыми обострениями (2–3 раза в год), требующими неоднократного проведения курса антибактериальной, противовоспалительной и постоянной бронхолитической терапии.

Исследование клеточного иммунитета пациентов проводилось на проточном цитофлюориметре "Simultest IMK-Lymphocyte" (Becton Dickinson, США) согласно рекомендациям производителя.

Проведенное исследование показало, что основными нарушениями являются изменения со стороны клеточных параметров: снижение числа Т-лимфоцитов ($CD3^+$), Т-хелперов ($CD4^+$), снижение иммунорегуляторного индекса ($CD4^+/CD8^+$), повышение количества лимфоцитов, несущих кластер $CD95^+$ (Fas-антиген). Нарушения гуморального звена проявились в повышении количества иммуноглобулинов класса М. У части пациентов (32%) изменений иммунного статуса (в реакциях клеточного и гуморального иммунитета) при наличии клинической картины не выявлено. В работе использовалась следующая схема проведения иммунокоррекции: «Ликопид» 1 мг 2 раза в день натощак, курс 10 дней; иммунофан 1 мл (0,005%), внутримышечно один раз в три дня, всего 5 инъекций. Через 3 месяца применяли такую же схему с добавлением полиоксидония по 6 мг внутримышечно через день, всего 5 инъекций. Для иммунопрофилактики применяли схему с «Ликопидом» и иммунофаном, один раз в три месяца, во время ремиссии заболевания. При про-

ведении иммунокорректирующей терапии отмечались положительные изменения гематологических и иммунологических показателей, увеличение исходно сниженного общего числа лейкоцитов: нейтрофилов, повышение общего числа лимфоцитов, Т-лимфоцитов ($CD3^+$, $CD4^+$), естественных киллеров, нормализация иммунорегуляторного индекса ($CD4^+/CD8^+$) и фагоцитарной активности нейтрофилов. Применение комплекса иммуномодулирующих препаратов разной направленности (стимуляция мононуклеарно-фагоцитирующей системы, восстановление функции и активация Т-хелперов) способствовало уменьшению частоты ОРВИ и связанных с ними обострений ХОБЛ, формированию более длительной ремиссии ХОБЛ. За время наблюдения у 72% пациентов с ХОБЛ II стадии обострение основного заболевания было не более двух раз; у 80% пациентов с ХОБЛ I стадии обострений не наблюдалось вообще, у 20% частота обострений снизилась до 1 случая в год. До иммунотерапии у 92% пациентов основная продолжительность ремиссии составляла 3–6 месяцев, после иммунотерапии продолжительность ремиссии 8–10 месяцев наблюдалась у 85% пациентов. Также было отмечено качественное изменение характера заболевания: пациенты легче переносили обострение, их состояние в 80% случаев не требовало применения антибактериальной терапии, снижалась потребность в бронхолитиках короткого действия.

Таким образом, установлено, что при ХОБЛ развиваются нарушения клеточного звена иммунной системы, которые проявляются уменьшением количества Т-лимфоцитов ($CD3^+$) за счет Т-хелперов ($CD4^+$), при этом снижается их функциональная активность (снижение экспрессии маркеров ранней и поздней активации). Применение схем иммунокорректирующей и иммунопрофилактической терапии в комплексном лечении пациентов с ХОБЛ оказывает нормализующее влияние на показатели иммунитета, что клинически выражается в уменьшении числа и тяжести обострений и в увеличении продолжительности ремиссии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Global initiative for chronic obstructive lung diseases. NLBJ/WHO. 2012.
2. Горностаева Ю.А. Иммуномодулирующая терапия у пациентов с неспецифическими инфекционно-воспалительными процессами в легких // Consilium medicum. 2008. № 11. С. 7–11.
3. Кострова Т.О., Лисаченко Г.В., Шабалдин А.В. Клинико-иммунологические аспекты хронической обструктивной болезни легких // Медицин. иммунология. 2010. № 3. С. 207–212.
4. Hurst J.R. Роль бронхиального и системного воспаления в патогенезе хронической обструктивной

- болезни легких Hot Topics in Respiratory Medicine 2010; 15; 17–21.
5. Hurst J.R., Wedzicha J.A. The biology of a chronic obstructive pulmonary disease exacerbation. Clin. Chest. Med. 2007; 28: 525–536.

З.М. Асельдерова, К.А. Алиметова
Республиканский диагностический центр,
г. Махачкала, Республика Дагестан

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В ГОРОДЕ ДЕРБЕНТЕ И ДЕРБЕНТСКОМ РАЙОНЕ

Сахарный диабет (СД) во всем мире признан одним из наиболее важных неинфекционных заболеваний. Он занимает четвертое место среди лидирующих причин смертности в развитых странах.

Количество больных СД постоянно увеличивается в связи с ростом численности и старением населения, урбанизацией территорий, увеличением распространенности ожирения и малоподвижного образа жизни.

По последним данным Международной диабетической федерации (IDF), число больных СД среди взрослого населения в мире к 2030 г. составит 439 млн человек.

В течение последних двух десятилетий в условиях неукротимого роста числа больных СД проблемой остается позднее выявление этого заболевания. По данным литературы, доля недиагностированного СД достигает 29–32% от общей распространенности диабета. В Республике Дагестан (РД) общее количество зарегистрированных больных с эндокринными болезнями на 01.01.2012 г. составило 110 597 человек. Из этого общего числа больных 24 986 — больные сахарным диабетом. За 2011 г. в республике выявлено 2 340 больных с впервые диагностированным диабетом. Показатель распространенности диабета в республике составляет 1 278,2 на 100 тыс. населения (для сравнения: в РФ — 2 126,6 на 100 тыс. населения, что в 1,7 раза больше). Заболеваемость СД в республике также ниже, чем в среднем по России, в 1,8 раза. В то же время значимость этой патологии и в Дагестане актуальна прежде всего в связи с ранней инвалидностью и летальностью. В течение 2011 г. по причине диабета первично зарегистрировано 303 инвалида. Всего инвалидность имеют 5 380 больных СД (21,5%). За 2011 г. по республике умерло 539 больных СД. Причинами смертности в 68,6% была патология сердечно-сосудистой системы, в 8,9% — онкология, в 4,6% — другие причины.

По данным Республиканского регистра СД в городе Дербенте зарегистрировано 1 500 больных СД. Показатель на 1 тыс. населения составляет 17,4. По городам республики он равен 15,8 на 1 тыс. населения.

В 2011 г. впервые зарегистрированы с диагнозом «сахарный диабет» 148 больных (1,6 на 1 тыс. населения; по РД — 1,4). Город Дербент относится к территориям с высокой распространенностью и являемостью диабета. Инвалидность имеют 444 больных. Умерло за 2011 г. 44 больных сахарным диабетом.

По Дербентскому району зарегистрировано 795 больных СД, что составляет 10,6 на 1 тыс. населения, что соответствует среднереспубликанскому показателю для сельских районов (10,3 на 1 тыс. населения).

Заболеваемость СД по Дербентскому району равна 1,0 на 1 тыс. населения, то есть на уровне нереспубликанского показателя.

Из общего числа всех больных СД 22% страдают 1-м типом диабета (2,8%). В мире доля 1-го типа диабета составляет, как правило, не более 10%. Большая доля больных 2-м типом СД (97,2%) свидетельствует о большей распространенности 2-го типа СД, так и об активном его выявлении на данной территории.

В Дербентском районе имеют инвалидность по СД 14,9% населения. Показатель инвалидности по СД в республике составляет 18,08 на 10 тыс. населения, по Дербентскому району он равен 15,9 на 10 тыс. человек.

Материалы и методы. Проанализированы медицинские карты пожилых пациентов из города Дербента и Дербентского района, обратившихся за консультацией к специалистам Республиканского эндокринологического центра. Всего из Дербента изучено 56 медицинских карт пожилых больных сахарным диабетом (18 (32,1%) мужчин и 38 (67,9%) женщин); из Дербентского района — 31 медкарта (19 женщин и 12 мужчин). Возраст пациентов до 79 лет. У всех диагностирован СД 2-го типа. Длительность заболевания от 1 года до 11 лет.

Состояние компенсации диабета оценивали по уровню гликемии натощак и гликированного гемоглобина в лабораторных анализах, а также наличие поздних осложнений заболевания. Кроме того, план обследования включал общий клинический и биохимический анализ крови, исследование массы тела, измерение АД и заключение специалистов (офтальмолога, кардиолога, невролога и др.).

Результаты и их обсуждение. В Республиканском эндокринологическом центре из города Дербента за консультативной помощью обратились все 1000 больных сахарным диабетом. Из них 56 (37,8%) больные 65 лет и старше, среди которых 18 мужчин (32,1%