



2014, № 2

Doktor Axborotnomasi



O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash vazirligi
Министерство здравоохранения Республики Узбекистан

DOKTOR AXBOROTNOMASI

UCH OYLIK ILMIY-AMALIY JURNAL

1997 yilda T.F.D. J.A. Ahtamov tomonidan tashkil etilgan

ВЕСТНИК ВРАЧА

ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Основан в 1997 году Д.М.Н. Дж.А. Ахтамовым

Ответственный редактор данного номера – Д.М.Н. Сулейманова Д.Н. (Ташкент)

Главный редактор – А.А. Абдусаламов

Редакционная коллегия:

М.К. Агзамов, Ю.М. Ахмедов, У.К. Вахабова, М.Х. Каттаходжаева, Ф.Г. Назыров,
Б.Б. Негмаджанов, Н.Н. Парпиева, А.М. Хаджибаев, Н.М. Хаитова,
Г.А. Хакимов, Н.М. Шавази, А.М. Шамсиев

Учредитель:

Фонд содействия развитию
медицинских технологий
«Ибн Сино» (Самарканд)



2014, № 2

АНЕМИИ ПРИ КО-ИНФЕКЦИИ ВИЧ И ВГС У ДЕТЕЙ

Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент

В данной статье представлены данные о 72 детях с ко-инфекцией ВИЧ и ВГС в возрасте от 1 года до 18 лет. Проведенное исследование показало, что анемия у ко-инфицированных ВИЧ и ВГС встречается в 45,8%. Одним из возможных причин возникновения анемии является поражение эритроцитов вирусом гепатита С.

Ключевые слова: ВИЧ, ВГС, ко-инфекция, дети, анемия.

Ко-инфекция ВИЧ и ВГС характеризуется тяжелым течением. Многие исследователи считают, что ВИЧ и ВГС ко-инфицированные больные характеризуются более высоким уровнем вирусной нагрузки. Кроме того, исследованиями было установлено, что ко-инфекция ВИЧ и ВГС характеризуется более высоким уровнем вирусной нагрузки. Кроме того, исследованиями было установлено, что ко-инфекция ВИЧ и ВГС характеризуется более высоким уровнем вирусной нагрузки.

Материалы Конференции

«Международный опыт и опыт Республики Узбекистан с в борьбе с микронутриентной недостаточностью и анемией»

Место и дата проведения: НИИ Гематологии и Переливания Крови
12-13 июня 2014 года

Ответственная организация:

НИИ Гематологии и Переливания Крови

Г.Ташкент, ул.Усмон Носир, 138,

тел: 2736372

В данной статье представлены данные о 72 детях с ко-инфекцией ВИЧ и ВГС в возрасте от 1 года до 18 лет. Проведенное исследование показало, что анемия у ко-инфицированных ВИЧ и ВГС встречается в 45,8%. Одним из возможных причин возникновения анемии является поражение эритроцитов вирусом гепатита С.

В данной статье представлены данные о 72 детях с ко-инфекцией ВИЧ и ВГС в возрасте от 1 года до 18 лет. Проведенное исследование показало, что анемия у ко-инфицированных ВИЧ и ВГС встречается в 45,8%. Одним из возможных причин возникновения анемии является поражение эритроцитов вирусом гепатита С.

В данной статье представлены данные о 72 детях с ко-инфекцией ВИЧ и ВГС в возрасте от 1 года до 18 лет. Проведенное исследование показало, что анемия у ко-инфицированных ВИЧ и ВГС встречается в 45,8%. Одним из возможных причин возникновения анемии является поражение эритроцитов вирусом гепатита С.

В данной статье представлены данные о 72 детях с ко-инфекцией ВИЧ и ВГС в возрасте от 1 года до 18 лет. Проведенное исследование показало, что анемия у ко-инфицированных ВИЧ и ВГС встречается в 45,8%. Одним из возможных причин возникновения анемии является поражение эритроцитов вирусом гепатита С.

В данной статье представлены данные о 72 детях с ко-инфекцией ВИЧ и ВГС в возрасте от 1 года до 18 лет. Проведенное исследование показало, что анемия у ко-инфицированных ВИЧ и ВГС встречается в 45,8%. Одним из возможных причин возникновения анемии является поражение эритроцитов вирусом гепатита С.

В данной статье представлены данные о 72 детях с ко-инфекцией ВИЧ и ВГС в возрасте от 1 года до 18 лет. Проведенное исследование показало, что анемия у ко-инфицированных ВИЧ и ВГС встречается в 45,8%. Одним из возможных причин возникновения анемии является поражение эритроцитов вирусом гепатита С.

В данной статье представлены данные о 72 детях с ко-инфекцией ВИЧ и ВГС в возрасте от 1 года до 18 лет. Проведенное исследование показало, что анемия у ко-инфицированных ВИЧ и ВГС встречается в 45,8%. Одним из возможных причин возникновения анемии является поражение эритроцитов вирусом гепатита С.

В данной статье представлены данные о 72 детях с ко-инфекцией ВИЧ и ВГС в возрасте от 1 года до 18 лет. Проведенное исследование показало, что анемия у ко-инфицированных ВИЧ и ВГС встречается в 45,8%. Одним из возможных причин возникновения анемии является поражение эритроцитов вирусом гепатита С.

В данной статье представлены данные о 72 детях с ко-инфекцией ВИЧ и ВГС в возрасте от 1 года до 18 лет. Проведенное исследование показало, что анемия у ко-инфицированных ВИЧ и ВГС встречается в 45,8%. Одним из возможных причин возникновения анемии является поражение эритроцитов вирусом гепатита С.

В данной статье представлены данные о 72 детях с ко-инфекцией ВИЧ и ВГС в возрасте от 1 года до 18 лет. Проведенное исследование показало, что анемия у ко-инфицированных ВИЧ и ВГС встречается в 45,8%. Одним из возможных причин возникновения анемии является поражение эритроцитов вирусом гепатита С.

- Махмудова А.Д.,
Сабирзянова Л.Г.,
Турсунова Н.А. 59 АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ И ВОПРОСЫ ТЕРАПИИ (ОБЗОР)
- Махмудова М.А.,
Сулейманова Д.Н.,
Бытымбаева М.Н., Тешабоев
Б.,Р., Алмагамбетова У.,
Жаббарова Г., Махмудов Х.А., 62 ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ В
XX I ВЕКЕ И МЕТОД ТОТАЛЬНОЙ
ФЕРРОТЕРАПИИ
Гафуров С.,
Чориев Г.,Уралов А.М.,
Соломов И.И.
- Машарипов А.Х.,
Султанова У.А., 66 АПЛАСТИК АНЕМИЯ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН
БЕМОРЛАРДА ИНФЕКЦИОН АСОРАТЛАР
Рустамова Х.М.
- Нарметова М.У.,
Сулейманова Д.Н., 71 ОСОБЕННОСТИ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У ДЕТЕЙ
РАННЕГО ВОЗРАСТА И СОВРЕМЕННЫЕ
МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ
Таджиева Н.У.
- Раимкулова Д.Ф. 75 СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
ОСОБЕННОСТЕЙ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ
ИНДЕКСОВ ПРИ ПНЕВМОКОККОВОЙ
ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ
- Рустамов Б.Б. 78 МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КРАСНОГО ПАЛЬМОВОГО
МАСЛА ДЛЯ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ
- Сабитходжаева С.У.
Холматова Н.М., 82 ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ГЛОБЕКС ДЛЯ
ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АНЕМИЯМИ
СМЕШАННОЙ ФОРМЫ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ
ТЯЖЕСТИ
Махмудова А. Д.,
Нуриддинова У.Н.
- Саитмуратова О.Х.,
Якубова Ф.Т., 85 ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ VER-MOL-2 НА
ПОВЫШЕНИЕ
ГЕМОГЛОБИНА В ЭРИТРОЦИТАХ КРОВИ
Сагдиев Н.Ж.
- Sukenova D.A.,
Nurjanova K.C., 87 STUDY OF NUTRITIONAL RISK FACTORS OF
DEVELOPMENT OF IRON DEFICIENCY ANEMIA IN
5 YEARS-OLD CHILDREN IN ALMATY AND
ALMATY REGION
Kulsinbayeva M.
- Сулейманова Д.Н.,
Давлатова Г.Н., 88 ЗНАЧЕНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕФИЦИТА
ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ СРЕДИ ДЕВУШЕК ДО
ВСТУПЛЕНИЯ В БРАК
Наджмитдинова М.А.,
Алимов Т.Р.,
Таджиева Н.У.
- Сулейманова Д.Н.,
Давлатова Г.Н., 90 ПРОФИЛАКТИКА ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА СРЕДИ
ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА В

Сабитходжаева С.У.
Холматова Н.М.,
Махмудова А. Д.,
Нуриддинова У.Н.

УДК 616.155.194.8-092+618+616.15+615.38
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ГЛОБЕКС ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АНЕМИЯМИ СМЕШАННОЙ ФОРМЫ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Ташкентская Медицинская Академия, НИИГ и ПК МЗРУз.

Железодефицитные состояния являются одной из важнейших и глобальных проблем здравоохранения. По данным ВОЗ (2001г.) 1,8 миллиардов людей страдают ЖДА, что составляет 20% населения земного шара [1,2]. Среди 38 наиболее распространенных заболеваний по ВОЗ - ЖДА занимает 1 место. Доказано также, что около 60% анемий составляет ЖДА в сочетании с В₁₂-фолиеводефицитной анемией, именуемые анемиями смешанной формы. В регионе Центральной Азии и в Узбекистане ЖДА в сочетании с В₁₂-фолиеводефицитной анемией встречается довольно часто [5]. Предметом нашего исследования явилось изучение эффективности препарата Глобекс для лечения анемии смешанной формы легкой степени тяжести. Под анемиями смешанной формы мы имели ввиду сочетание ЖДА и витамин В₁₂ и фолиеводефицитную анемию, что нередко встречается в практической деятельности гематолога [4].

Вспомним, что основной функцией гемоглобина является доставка, обеспечение организма кислородом, в связи, с чем снижение уровня гемоглобина есть не что иное, как генерализованная гипоксия. Уменьшение железа в составе гемоглобина некоторое время компенсируется его расходом из депо. Истощение депо железа, снижение его содержания в тканях, в составе ряда железосодержащих ферментов приводит к выраженным нарушениям метаболизма, обусловленным сидеропенией, гипоксией, нарушением деятельности железосодержащих и других ферментов. Витамин В₁₂ и фолиевая кислота участвуют в процессе образования эритроцитов. Если их мало или нет, то созревание эритроцитов не происходит, вследствие чего возникает анемия. В₁₂-фолиеводефицитные анемии входят в группу мегалобластных анемий. Известны они давно, но причину их уточнили в 40-е годы нашего столетия. По клиническим проявлениям и лабораторным характеристикам они очень похожи, их трудно дифференцировать. Витамин В₁₂ и фолиевая кислота играют важную роль в организме. Известно, что они участвуют в синтезе ДНК и РНК клеток. Кофермент Вит В₁₂ способствует превращению токсичного для нервной глии продукта метаболизма липидов - метилмалоновой кислоты - в янтарную, которая является одним из

ценнейших субстратов цикла кребса. Обмен веществ в организме тесно взаимосвязан и связь эта осуществляется через ключевые метаболиты. Пути катаболизма липидов, углеводов, белков интегрируются в цикл Кребса [8]. Оптимальное содержание и сочетание необходимых ингредиентов для активации гемопозза служат гарантией эффективности препарата не только при скрытых железодефицитных состояниях, железодефицитной анемии, но и при смешанной формы анемий, где имеется и мегалобластный компонент, обусловленный дефицитом витамина В₁₂ или фолиевой кислоты, а также нередким их сочетанием. Учитывая роль этих витаминов в синтезе ДНК и РНК становится очевидной опасность их дефицита для кроветворения, для формирования новых клеток. К сожалению, нелеченные или недостаточно эффективно леченные ЖДА нередко «обогащаются» присоединением мегалобластного компонента, в результате чего анемия приобретает смешанный характер.

В состав препарата Глобекс входят: Железа фумарат 304 мг, соответствующий 100 мг железа; Фолиевая кислота 1,5 мг; Витамин В₁₂ (в желатине) 10 мкг; Элементарный цинк 15 мг.

Выгодным отличием препарата Глобекс является не только наличие в его составе основных гемопозитических компонентов, что обуславливает его привлекательность для лечения анемий смешанного генеза, но и наличие именно фумарата железа. Каждый из субстратов цикла Кребса выполняет важнейшие функции интегративного, катаболического, анаболического, энергетического характера. Кроме того, именно цикл Кребса является основным донатором, генератором водорода для дыхательной цепи митохондрий, в связи с чем торможение его процессов в условиях гипоксии приводит к снижению или прекращению деятельности дыхательной цепи и, соответственно, к дефициту выработки энергии [6]. Фумарат в составе Глобекс, являясь естественным метаболитом цикла Кребса, поступая в организм органично включается в метаболизм, что обеспечивает не только восполнение фондов железа, витамина В₁₂, фолиевой кислоты, но и активацию реакций цикла Кребса, конечным результатом чего является улучшение метаболического, энергетического статуса организма. Исключительное значение цитохимиче-

ского изучения ряда ферментов в лейкоцитах периферической крови, доказано, кроме того являясь легкодоступными, клетки периферической крови по полной аналогии отражают все метаболические процессы, происходящие в организме, в связи, с чем могут служить в высшей степени информативными показателями метаболического состояния организма в период исследований [1, 2, 8].

Цель исследования. Изучение эффективности полифункционального антианемического препарата Глобекс для лечения больных с анемией смешанной формы

Задачи: Изучение показателей гемопоэза в динамике. Изучение показателей феррокине-тики в динамике. Изучение содержания АТФ в сыворотке крови в динамике. Изучение активности окислительно-восстановительного фермента СДГ в лимфоцитах периферической крови в динамике. Изучение содержания витамина В₁₂ и фолиевой кислоты в сыворотке крови в динамике.

Пациенты и методы: Исследование эффективности препарата Глобекс проведено на 35 больных с анемией смешанной формы легкой степени. Верификация диагноза производилась по клинико-лабораторным критериям ВОЗ (2004). Исследования производились в исходном состоянии и в конце лечения. Дозировка препарата Глобекс составляла 1 капсула в сутки в течении 2 месяцев. Контрольную группу составили 20 здоровых женщин, а также группа больных с анемией смешанной формы леченных сульфатом железа (22 больных). Изучение периферической крови производилось на гемоглобинометре. Морфологическую оценку клеток периферической крови производили при помощи световой микроскопии. Сывороточное железо исследовали набором реактивов фирмы «Ла-Хема Био-Ла-Тест» «Железо» (Чехия). АТФ определяли тестами Test Boehinger Diagnostica Mannheim GmbH. Цитохимическое изучение фермента СДГ лимфоцитов периферической крови производили по методу Нарцисова Р.П. (1970) и выражали количеством гранул формазана в 50 клетках (у.е.). Определение ферритина и трансферрина было произведено с помощью тест системы Randox на автоматическом биохимическом анализаторе RXDaytona. Исследования витамина В₁₂ и фолиевой кислоты были проведены иммунофлуоресцентным методом. Статистическая обработка материала производилась методом вариационной статистики, достоверность различия определялась по критериям Стьюдента (Урбах

В.Ю., 1975). Различия считались достоверными при значении вероятности $P < 0,05$.

Результаты и обсуждение: Выявлены разнообразные изменения со стороны изучаемых показателей. У больных с анемией показатели гемоглобина и эритроцитов в исходном состоянии составили: $91,5 \pm 2,5$ г/л и $3,4 \pm 0,7 \cdot 10^{12}$. Содержание сывороточного железа составило в исходном состоянии $9,2 \pm 0,5$ – мкмоль/л, содержание АТФ составило $340,4 \pm 10,5$ мкмоль/л. Исследование активности сукцинатдегидрогеназы (СДГ) в лимфоцитах (фермента цитратного цикла, под влиянием которого янтарная кислота окисляется до фумаровой) показало снижение его активности. Показатель СДГ был равен $729,0 \pm 3,3$ (у.е.), содержание ферритина в крови у больных до лечения составляло – $28,0 \pm 0,05$ нг\мл, Содержание трансферрина показывало $382,0 \pm 10,0$ мг\дл, а содержание витамина В₁₂ в крови у больных до лечения показывало $174 \pm 0,5$ нг\мл и фолиевой кислоты $1,8 \pm 0,5$ нг\мл.

Показатели периферической крови после лечения препаратом Глобекс: Нв возрос до $125,0 \pm 2,5$ г/л, эритроциты до $3,4 \pm 0,5 \cdot 10^{12}$, (в контрольной группе Нв $109,6 \pm 0,5$ г/л, эритроциты до $3,1 \pm 0,5 \cdot 10^{12}$. Показатель сывороточного железа составил – $15,1 \pm 1,7$ мкмоль/л. (в контрольной группе $11,6 \pm 0,5$ мкмоль/л) Во избежание ошибок содержание сывороточного железа определялось через 10 дней после последнего приёма железа. Показатели сывороточного АТФ после лечения составили $595,3 \pm 10,8$ мкмоль/, (в контрольной группе $439,6 \pm 0,5$ мкмоль/л), что свидетельствуют о явном возрастании энергообразования.

Активность СДГ лимфоцитов периферической крови также достоверно возросла, $795,3 \pm 2,2$ у.е (в контрольной группе $650,6 \pm 0,5$ у.е), что свидетельствует о интенсификации реакций цикла Кребса ($p < 0,05$). Содержание ферритина в крови у больных после лечения составляло $150 \pm 10,0$ нг\мл (в контрольной группе $120,6 \pm 0,5$ нг\мл). Содержание трансферрина $181,0 \pm 10,0$ мг\дл (в контрольной группе $170,6 \pm 0,5$ мг\дл что также свидетельствует о позитивных сдвигах в феррокинетике под влиянием препарата «Глобекс». Содержание витамина В₁₂ в крови у больных после лечения составило – $267,8 \pm 0,5$ нг\мл ($P < 0,05$), (в контрольной группе – $139,6 \pm 0,5$ нг\мл и фолиевой кислоты $8,05 \pm 0,5$ нг\мл (в контрольной группе $5,6 \pm 0,5$ нг\мл), что также свидетельствует о позитивных сдвигах, обусловленных под влиянием препарате «Глобекс». Сравнение с группой аналогичных больных, леченных сульфатом железа, показало явное преимуще-

ство препарата «Глобекс», так как влиянием сульфата железа выраженных изменений со стороны исследуемых показателей не произошло. Таким образом, проведенные исследования показали, что у обследованных больных имеются выраженные нарушения эритропоэза, снижено содержание железа в организме, наблюдается дефицит энергообразования и значительное снижение активности окислительно-восстановительных процессов. Прием антианемического мультикомпонентного препарата Глобекс показал выраженный эффект коррекции вышеуказанных нарушений, что свидетельствует о патогенетическом, адресном, восстановительном характере его действия. Эффективность препарата во многом обусловлена наличием в его составе фумарата железа и оптимальным его содержанием, наличием гемопозитических компонентов – витамин В₁₂, фолиевой кислоты и цинка.

Выводы

1. Изучение показателей гемопоэза у больных с анемией смешанной формы свидетельствует о значительном снижении, нарушении эритропоэза. Применение препарата Глобекс для лечения этих больных показало выраженную его эффективность.

2. Содержание сывороточного железа, ферритина и трансферрина у больных с АСФ, до-

стоверно сниженное до лечения, после приема препарата Глобекс существенно возросло.

3. Изучение показателей содержания АТФ в сыворотке крови у больных с анемией смешанной формы легкой степени показало явное снижение энергообеспеченности организма. Применение препарата Глобекс в течении одного месяца показало явный эффект улучшения энергосинтетических процессов, о чём свидетельствует увеличение содержания макроэргов.

4. Изучение активности фермента СДГ, значительно сниженное до лечения, показало активацию окислительно-восстановительных процессов под влиянием лечения препаратом Глобекс, о чём свидетельствует повышение активности СДГ у всех леченных больных.

5. Содержание Витамина В₁₂ и фолиевой кислоты у больных с анемией смешанной формы, достоверно сниженное до лечения, после приема препарата Глобекс существенно возросло.

Использование препарата «Глобекс» для лечения анемии смешанной формы легкой степени тяжести, по всем показателям показало явное преимущество и большую полноту восстановления организма, что позволяет рекомендовать его для лечения анемии смешанной формы.

Литература

1. Воробьев А.И. Клиническая гематология / А.И. Воробьев. – М. : Медицина, 2004. – 210 с.
2. Горшунова Н. Синдром гипохромной анемии в практике ВОП / Н. Горшунова // Врач. – 2006. - №3. - С. 27 – 30.
3. Камышников В.С. Клинические лабораторные тесты от А до Я и их диагностические профили / В.С. Камышников. – М. МЕДпресс-информ, 2007. – 313 с.
4. Кишкун А.А. Клиническая лабораторная диагностика / А.А. Кишкун. М. : медицина, 2008. – 145 с.
5. Окорочков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов / А.Н. Окорочков – М. : Медицинская литература, 2005. – 250 с.
6. Хиггинс К. Расшифровка клинических лабораторных анализов / К.Хиггинс. – М. : Медицина, 2010. – 220 с.
7. Чиркин А.А. Клинический анализ лабораторных данных / А.А. Чиркин. – М. : Медицинская литература, 2005. – 156 с.
8. Холматова Н.М. Состояние клеточного метаболизма и пути его коррекции у женщин фертильного возраста, страдающих железодефицитной анемией. -Т.1999. Автореф. докт.дис.