



ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ МЕДИЦИНА
ИНСТИТУТИ

ISSN 2181-5674

БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ МУАММОЛАРИ

ХАЛҚАРО ИЛМИЙ
ЖУРНАЛ

4

(80)
2014

PROBLEMS OF
BIOLOGY AND MEDICINE

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

**БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ
МУАММОЛАРИ**

**PROBLEMS OF
BIOLOGY AND MEDICINE**

**ПРОБЛЕМЫ БИОЛОГИИ
И МЕДИЦИНЫ**

**МАТЕРИАЛЫ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ
УЧАСТИЕМ
«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ,
ФИЗИОТЕРАПИИ И СПОРТИВНОЙ
МЕДИЦИНЫ»**

Научный журнал по теоретическим и практическим
проблемам биологии и медицины
основан в 1996 году
выходит ежеквартально

Главный редактор - А.М. ШАМСИЕВ

Редакционная коллегия:

*А.В. Алимов, А.И. Икрамов,
З.Б. Курбаниязов (зам. главного редактора), Ф.Г. Назиров,
У.Н. Ташкенбаев, Т.Э. Останакулов, А.М. Хаджибаев,
М.Х. Ходжибеков, Ш.А. Юсупов*

2014, № 4 (80)

УЧРЕДИТЕЛЬ ЖУРНАЛА:

Самаркандский Государственный
медицинский институт

Адрес редакции:

Республика Узбекистан, 140100,
г. Самарканд, ул. Амира Темура, 18.

Телефон:

(99866) 233-36-79

Факс

(99866) 233-71-75

(99866) 231-00-39

e-mail

sammi-jurnal-pbim@umail.uz

*Журнал зарегистрирован
в Управлении печати и информации
Самаркандской области
№ 09-26 от 03.10.2012 г.*

Подписано в печать 03.10.2014.

Сдано в набор 03.11.2014.

Формат 60x84 ^{1/16}

Усл. п.л. 19,5

Заказ 270

Тираж 100 экз.

Отпечатано

в типографии СамГосМИ.

140151, г. Самарканд,

ул. Амира Темура, 18

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Х.А. Акилов	(Ташкент)
Н.А. Абдуллаев	(Самарканд)
А.Н. Аллаяров	(Самарканд)
О.А. Атаниязова	(Нукус)
Т.А. Аскарров	(Бухара)
А.В. Девятов	(Ташкент)
И.И. Затевахин	(Россия)
С.И. Исмаилов	(Ташкент)
А.Ю. Разумовский	(Россия)
Rainer Rienmuller	(Австрия)
В.М. Розинов	(Россия)
Л.М. Рошаль	(Россия)
Р.Х. Хаитов	(Самарканд)
А.А. Хусинов	(Самарканд)

**Ответственный за выпуск номера:
З.Б. Курбаниязов**

фрустрирующая ситуация не рассматривается как нечто незначительное или неизбежное, а преодолемое со временем), так и смешанные стратегии (неустойчивый тип) представлены в данной возрастной группе невысокими показателями (по 14%).

Для спортсменов юношеского возраста характерно преобладание интропунитивных стратегий поведения (55,5%), при этом 41% спортсменов выбирают необходимо-упорствующий тип реакции, как потребность найти конструктивное решение в конфликтной ситуации, которая выражается в форме любого требования помощи от других лиц, либо принятие на себя обязанности разрешить ситуацию. Также для спортсменов этого возраста характерно слабая выраженность импунитивных стратегий (28,5%). Для большинства спортсменов (50%) юношеского возраста доминирующим типом реакции является самозащитная реакция, т.е. когда активность направлена на защиту своего «Я», путем порицания кого-либо, отрицания или признания своей вины. В то же время такой тип реакций как необходимо-упорствующий, характеризующий выраженность фрустрационной толерантности, имеет тенденцию к снижению проявления.

Для спортсменов возраста зрелой юности, характерно наличие всех трех стратегий поведения: экстрапунитивные (20%), интропунитивные (40%) и импунитивные (25%), с небольшим преобладанием интропунитивных стратегий поведения, при этом по типу реакций доминирующей является необходимо-упорствующая реакция (60%), т.е. спортсмен сам берется разрешить фрустрирующую ситуацию, открыто признавая или намекая на свою виновность.

Таким образом, для спортсменов всех возрастов характерны высокие показатели доминирования интропунитивных стратегий поведения, что указывает на чрезмерную самокритичность или неуверенность спортсмена, сниженный или нестабильный уровень общего самоуважения.

С ростом импунитивных стратегий поведения при фрустрирующей или конфликтной ситуации наблюдается развитие фрустрационной толерантности, что означает появление возможности более эффективного межличностного взаимодействия в команде, активное становление спортивного мастерства, а также ориентации спортсменов на достижение значимого результата.

АНАЛИЗ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ОСТЕОПОРОЗУ

Л.С. Сосна

Международный государственный экологический университет им. А.Д. Сахарова (Беларусь)

Цель работы: Анализ частот полиморфных маркеров, ассоциированных с уровнем минеральной плотности костной ткани среди женщин с тяжелым постменопаузальным остеопорозом и группы сравнения.

Материал и методы исследования: Для оценки роли полиморфизмов в развитии остеопороза, были сформированы две группы: 1) основная группа, женщины с постменопаузальным остеопорозом (150 человек, средний возраст $58,3 \pm 6,2$ лет); 2) группа сравнения, женщины без клинически подтвержденного остеопороза (200 человек, средний возраст $56,7 \pm 7,42$ лет).

В качестве биологического материала для исследования использовалась ДНК, экстрагированная из пятен крови, высушенных на специальных бланках Whatman FTA. Для проведения генотипирования групп сравнения использовалось два метода ПЦР анализа: сайт-специфическая ПЦР (для однонуклеотидных полиморфизмов *Cdx2* гена VDR и *T-13910C* гена LCT) и ПЦР-ПДРФ (для полиморфизмов длин рестрикционных фрагментов *Apal*, *BsmI*, *TaqI* гена VDR).

Результаты: Установлено, что для лиц, гомозиготных по аллелю А (генотип AA) полиморфизма длин рестрикционных фрагментов *Apal* гена VDR, риск развития остеопороза в 2,23 раза выше по отношению к группе сравнения ($p < 0,01$). Кроме того, было показано, что среди женщин с ПМО частота аллеля А выше по отношению к группе сравнения ($OR = 1,73$, $p < 0,01$). Среди женщин с ПМО наличие аллеля В полиморфизма длин рестрикционных фрагментов *BsmI* гена VDR по-

вышает риск развития заболевания в 1,57 раза по отношению к группе сравнения ($p < 0,01$). При анализе частот распределения генотипов и аллелей однонуклеотидного полиморфизма *Cdx2* гена VDR среди основной группы и группы сравнения, не выявлено каких либо статистически достоверных отличий ($p > 0,05$). Среди женщин с ПМО наличие аллеля *t* полиморфизма длин рестрикционных фрагментов *TaqI* гена VDR повышает риск развития заболевания в 1,45 раза по отношению к группе сравнения ($p < 0,05$). Для лиц, гомозиготных по аллелю С (генотип CC) однонуклеотидного полиморфизма *T-13910C* гена LCT, риск развития остеопороза в 2,44 раза выше по отношению к группе сравнения ($p < 0,01$). Среди женщин с ПМО частота аллеля С выше по отношению к группе сравнения ($OR = 1,81$, $p < 0,01$).

Выводы: Результаты работы свидетельствуют о том, что полиморфизмы длин рестрикционных фрагментов *Apal*, *BsmI*, *TaqI* гена VDR и однонуклеотидный полиморфизм *T-13910C* гена LCT оказывают влияние на риск развития постменопаузального остеопороза. В то же время, для однонуклеотидного полиморфизма *Cdx2* гена VDR была показана статистически недостоверная взаимосвязь с риском развития постменопаузального остеопороза. Скрининг проанализированных генетических маркеров может позволить проводить раннюю идентификацию групп риска развития постменопаузального остеопороза для проведения своевременных превентивных мероприятий.

РОЛЬ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

В.А. Степаненко, М.М. Юрчук, И.В. Еременчук

Буковинский государственный медицинский университет

Проблема фармакотерапии туберкулеза как при проведении основного курса лечения, так и в период реабилитации приобретает в настоящее время приори-

тетное значение в связи с недостаточной эффективностью методов традиционной медицины. Патогенетическая терапия, направленная на повышение иммунитета,

резистентности организма по отношению к туберкулезной инфекции, становится обязательным компонентом комплексного лечения и реабилитации больных туберкулезом.

Для ускорения процессов заживления у впервые выявленных больных деструктивным туберкулезом, повышения иммунитета с целью реабилитации необходимо назначать препараты, способствующие более эффективному заживлению полостей распада, процессам уплотнения очагов и их дальнейшему обызвествлению.

Особого внимания заслуживают больные с химиорезистентным туберкулезом, где методы традиционной терапии недостаточно эффективны. В таких условиях большое значение приобретают препараты, которые повышают эффективность фагоцитоза и способствуют элиминации возбудителя, а также усиливают резистентность клеток макроорганизма к вредному влиянию и стимулируют процессы репарации. Подобным свойством обладает препарат Глутоксим (в/м 1 мл 3% раствора 2 раза в день на протяжении 2-х месяцев). Как дезинтоксикационный препарат с антиоксидантным эффектом применяется 1,5% раствор Реамбирин для инфузий. Укорачивает время заживления каверн препарат Вобензим (1 табл. 3 раза в день, курс лечения 4 месяца). В отдельных случаях применяются немедикаментозные методы лечения, к которым относится озонотерапия и коллапсотерапия. Озонотерапия проводится на фоне назначения антимикобактериальных препара-

тов (АМБП), к которым сохраняется чувствительность возбудителя (2 раза в неделю внутривенно капельно 200,0 мл озонированного физиологического раствора (ОФР) с концентрацией озона 1-2 мкг/мл или ректально капельно 40,0 мл ОФР с концентрацией озона 4-6 мкг/мл). Продолжительность курса озонотерапии от 20 до 40 процедур. При необходимости через 2 месяца можно назначить повторный курс.

Искусственный пневмоперитонеум накладывается и проводится по стандартной методике. Продолжительность поддержки пневмоперитонеума у больных – от 4 до 12 месяцев в зависимости от клинкорентгенологической динамики туберкулезного процесса. Применение озонотерапии, искусственного пневмоперитонеума, а иногда обеих этих методов одновременно на фоне химиотерапии снижает частоту развития побочных реакций, связанных со специфической терапией, сокращает срок абациллирования и заживления каверн.

Таким образом, максимальный клинический эффект при лечении туберкулеза может быть достигнут при применении антимикобактериальных препаратов, к которым сохранилась чувствительность возбудителя туберкулеза, вместе с препаратами патогенетического направления.

Все вышеизложенное дает возможность больному вернуть трудоспособность и избежать рецидивов процесса в последующие годы.

КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

Л.А. Сторожук, Г.В. Бессмертная, Т.В. Довгалюк

Научно-исследовательский институт реабилитации инвалидов Винницкого национального медуниверситета им. Н.И. Пирогова

Цель исследования: разработка дифференциальных программ реабилитации инвалидов с неврологическими проявлениями дегенеративно-дистрофических заболеваний.

Материалы и методы: на основе анализа результатов обследования 165 больных и инвалидов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника проведено деление больных на 5 клинкорезабилитационных групп. Определены объемы реабилитационных мероприятий для каждой клинкорезабилитационной группы и критерии эффективности реабилитации.

В качестве критериев эффективности реабилитационных мероприятий пациентов с вертеброгенными болями целесообразно использовать показатели регресса субъективной и объективной клинической симптоматики, степень восстановления нарушений жизнедеятельности и работоспособности.

Оценка результатов восстановительного лечения больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника основана на установлении динамики клинических проявлений, изменения характера течения заболевания, положительных изменений со стороны нарушения жизнедеятельности.

Результаты: в качестве эффективных показателей выступают, как правило, клинические симптомы заболевания, сроки возврата к труду и возможный объем выполняемой работы. Важна оценка как непосредственных, так и отдаленных результатов реабилитационных мероприятий. Оценка эффективности лечебного про-

цесса начинают с определения степени регресса болевого синдрома, поскольку именно боль при дистрофических поражениях позвоночника является наиболее значимым проявлением заболевания для самого пациента. Простейшими тестами для количественной оценки восприятия боли является визуальная аналоговая оценочная шкала.

Сравнение расстояния от начала шкалы до соответствующих отметок до и после проведения реабилитационных мероприятий позволяет оценить динамику восприятия больными своих болевых ощущений.

Количественная оценка показателей объективного статуса больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника затрудняется разнообразием клинических проявлений. Для характеристики эффективности медицинских реабилитационных мероприятий, по нашему мнению, целесообразно использовать единую пятибалльную систему оценки соответствующих параметров (мышечная сила, объем движений в суставах, мышечный тонус, степень деформации позвоночника и ограничение движений в нем, выраженность нейродистрофических и других нарушений), которая облегчает сравнение динамики различных симптомов заболевания в процессе соответствующего лечения.

Общая интегральная оценка эффективности реабилитации может быть определена не только динамикой морфофункционального дефекта (клинических синдромов), но и функциональными возможностями боль-