

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ  
У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА  
Е. С. КЕСАЕВА, О. О. БАСИЕВА

DISEASES  
OF THYROID GLAND  
IN YOUNG PEOPLE  
KESAYEVA E. S., BASIYEVA O. O.

**Ключевые слова:** щитовидная железа, заболевания, региональные особенности

**Key words:** diseases of thyroid gland, regional peculiarities

© Коллектив авторов, 2012  
УДК 616.36-002-08

## ПРИМЕНЕНИЕ НОВЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНЫМ ГЕПАТИТОМ

А. В. Ткачёв, А. С. Макаренко, Т. А. Девликамова, З. Х. Яндиева  
Ростовский государственный медицинский университет

**А**лкогольная болезнь печени является важной медицинской и социальной проблемой. Актуальным остаётся разработка и внедрение новых препаратов, направленных на различные звенья патогенеза этой патологии [1, 2, 3]. Представляет интерес применение нового антиоксиданта Тиотриазолина (морфолиний-метил-триазиолилацетат). Показана высокая эффективность препарата при использовании у больных с различными видами поражения печени: вирусными и токсическими при гепатитах, циррозе печени [4, 5].

Цель исследования: оценить клиническую эффективность и безопасность препарата Тиотриазолин у больных острым алкогольным гепатитом.

**Материал и методы.** В исследование были включены 67 больных (47 мужчин и 20 женщин в возрасте  $52,25 \pm 12,03$  и  $54,82 \pm 10,14$  лет соответственно) с диагнозом острого алкогольного гепатита. Пациенты были разделены на 2 группы. Больные основной группы ( $n = 35$ ) получали традиционное лечение и тиотриазолин. Лечение начинали с инъекционной формы: 4 мл 2,5 % раствора тиотриазолина разводили в 150–250 мл 0,9 % раствора натрия хлорида, полученный раствор вводили внутривенно со скоростью 20–30 капель в минуту 1 раз в день. С 6-го по 21-й день от начала лечения тиотриазолин пациенты получали per os по 200 мг 3 раза в день. В составе традиционной терапии пациенты получали преднизолон 40 мг/сут (при индексе Мэддрей  $> 32$ ) с последующим снижением, а также инфузии кристаллоидных/коллоидных растворов, диуретики, антибиотики (метронидазол, ципрофлоксацин, цефалоспорины III, IV).

Больные группы сравнения ( $n = 32$ ) получали стандартную базисную терапию: S-аденозилметионин 400 мг в/в (5 дней), затем per os 400 мг/сутки, УДХК

Ткачев Александр Васильевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней Ростовского государственного медицинского университета, тел.: (8632)504174, 89185571173, e-mail: tkachev@aaanet.ru.

Макаренко Артем Сергеевич, аспирант кафедры пропедевтики внутренних болезней Ростовского государственного медицинского университета, тел.: (8632)504174, 89289094444, e-mail: makarenko\_doctor@mail.ru.

Девликамова Татьяна Александровна, кандидат медицинских наук, заведующая терапевтическим отделением МБУЗ «Городская больница № 20 г. Ростова-на-Дону», ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней Ростовского государственного медицинского университета, тел.: (8632)719700, e-mail: devlikamova56@mail.ru.

Яндиева Зарема Хусейновна, ординатор кафедры пропедевтики внутренних болезней Ростовского государственного медицинского университета, тел.: (8632)504174, 89281708058, e-mail: tkachev@aaanet.ru.

15 мг/кг/сутки, преднизолон 40 мг/сутки (при индексе Мэддрей  $> 32$ ) с последующим снижением, пентоксифиллин 400 мг в/в (5 дней), затем per os 400 мг 3 раза в сутки. При необходимости назначали инфузии кристаллоидных/коллоидных растворов, диуретики, антибиотки (метронидазол, ципрофлоксацин, цефалоспорины III, IV).

Обследование больных проводили трижды: до лечения, на 6-е и 21-е сутки от начала лечения. Выполняли общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, из которого были отобраны в исследование показатели щелочной фосфатазы (ЩФ),  $\gamma$ -глутамилтранспептидазы (ГГТП), аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), общего белка (ОБ) и альбумина (Ал), билирубина общего и его фракций.

Инструментальные методы включали ультразвуковое исследование печени, селезёнки, жёлчного пузыря и поджелудочной железы, эзофагогастроуденоскопию. По показаниям выполняли компьютерную томографию и МРТ-исследование.

**Результаты исследования.** К 21-му дню лечения у большинства больных обеих групп отмечали улучшение состояния. Так, выраженность болевого синдрома в группе тиотриазолина при поступлении больных в отделение в среднем составляла  $2,56 \pm 0,58$  балла, к 6 дню –  $1,82 \pm 0,64$ , а к 21-у дню –  $0,72 \pm 0,68$  балла ( $p < 0,05$ ). При базисной терапии также наступало заметное улучшение – динамика боли в процессе 3-недельного лечения была следующей:  $2,50 \pm 0,51$ ,  $1,95 \pm 0,5$  и  $0,83 \pm 0,54$  ( $p < 0,05$ ) балла, соответственно сроку исследования. Диспептический и астенический синдромы, оцениваемые в баллах, выраженные в начале лечения ( $2,26 \pm 0,69$  и  $1,84 \pm 0,81$  – в группе тиотриазолина и  $2,04 \pm 0,73$ ;  $2,42 \pm 0,56$  – в группе базисной терапии), к концу лечения в обеих группах беспокоили больных значительно меньше. Так, в группе пациентов, получавших тиотриазолин, эти показатели составили  $0,64 \pm 0,66$  ( $p < 0,05$ ) и  $0,5 \pm 0,64$  ( $p < 0,05$ ) балла, а в группе базисной терапии –  $0,6 \pm 0,5$  ( $p < 0,05$ ) и  $0,88 \pm 0,59$  ( $p < 0,05$ ) балла соответственно. Интенсивность кожного зуда при лечении тиотриазолином снизилась с  $2,0 \pm 0,77$  балла до  $0,55 \pm 0,89$  ( $p < 0,05$ ), а при базисной терапии – с  $1,92 \pm 0,7$  до  $0,43 \pm 0,52$  ( $p < 0,05$ ) балла. Выраженность желтухи в группе пациентов, получавших тиотриазолин, снизилась с  $2,16 \pm 0,62$  до  $0,83 \pm 0,64$ , в группе базисной терапии – с  $1,86 \pm 0,8$  до  $0,67 \pm 0,68$  ( $p < 0,05$ ) балла. Со стороны лабораторных показателей к концу третьей недели в обеих группах отмечалась положительная динамика. Более выраженное снижение активности цитолитических процессов отмечалось в группе больных с включением в базисную терапию препарата тиотриазолин. Так, в основной группе актив-

ность АСТ снизилась с  $2,27 \pm 0,43$  до  $0,91 \pm 0,66$  мкмоль/л ( $p < 0,05$ ), а в группе базисной терапии – с  $2,48 \pm 0,59$  до  $1,95 \pm 0,78$  мкмоль/л ( $p < 0,05$ ); активность АЛТ в основной группе снизилась с  $1,67 \pm 0,59$  до  $1,1 \pm 0,42$  мкмоль/л ( $p < 0,05$ ), а в группе базисной терапии – с  $2,10 \pm 0,79$  до  $1,74 \pm 0,43$  мкмоль/л ( $p < 0,05$ ). Статистически значимое снижение общего билирубина отмечено в группе пациентов, получающих тиотриазолин ( $p < 0,05$ ). В обеих группах больных к концу лечения отмечено снижение активности ГГТП: при лечении тиотриазолином активность ГГТП снизилась с  $652,57 \pm 354,74$  до  $363,88 \pm 178,32$  ЕД/л ( $p < 0,05$ ), а при базисном лечении – с  $778,21 \pm 679,25$  до  $479,0 \pm 378,73$  ЕД/л ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Эффективность лечения препаратом тиотриазолин, оцениваемая по интегральному показателю общей эффективности, сопоставима с таковой при базисной терапии, включающей традиционно применяемые гепатопротекторы (адемитионин, эссенциальные фосфолипиды УДХК, пентоксифиллин). Применение препарата тиотриазолин безопасно как при внутривенном введении, так и при приеме внутрь.

#### ПРИМЕНЕНИЕ НОВЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНЫМ ГЕПАТИТОМ

А. В. ТКАЧЁВ, А. С. МАКАРЕНКО,  
Т. А. ДЕВЛИКАМОВА, З. Х. ЯНДИЕВА

**Ключевые слова:** алкогольный гепатит, тиотриазолин, лечение

Нежелательных явлений и побочных эффектов не наблюдалось ни у одного больного, принимавшего Тиотриазолин и базисную терапию.

#### Литература

1. Ивашкин, В. Т. Дифференцированный подход к лечению алкогольной болезни печени / В. Т. Ивашкин, А. О. Буеверов, М. В. Маевская // Клинический перспект. гастроэнтерол. гепатол. – 2005. – № 5. – С. 8–13.
2. Калинин, А. В. Вопросы патогенеза, клиники и лечения алкогольной болезни печени / А. В. Калинин // Клинический перспект. гастроэнтерол. гепатол. – 2001. – № 4. – С. 8–14.
3. Маевская, М. В. Алкогольная болезнь печени / М. В. Маевская // Consilium medicum. – 2001. – Т. 3, № 6. – С. 256–260.
4. Мазур, И. А. Тиотриазолин: фармакологические аспекты и клиническое применение / И. А. Мазур, Н. А. Волошин, И. С. Чекман, Б. С. Зименковский, В. Р. Стец. – Запорожье. – 2005. – 146 с.
5. Циркунов, В. М. Фармакологические эффекты тиотриазолина в гепатологической клинике / В. М. Циркунов // Рецепт. – 2008. – № 1. – С. 69–74.

#### APPLICATION OF NEW TREATMENT METHODS IN PATIENTS WITH ALCOHOLIC HEPATITIS

TKACHEV A. V., MAKARENKO A. S.,  
DEVLIKAMOVA T. A., YANDIYEVA Z. KH.

**Key words:** alcoholic hepatitis, thiotriazolin, treatment

© Коллектив авторов, 2012  
УДК 616.3-056.3:616-07

## СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ IN VITRO

В. А. Батури<sup>1</sup>, Е. В. Колодийчук<sup>1</sup>, В. П. Тельбух<sup>2</sup>, Т. Е. Малашенкова<sup>2</sup>,  
Е. В. Алиева<sup>1</sup>, О. В. Малецкая<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Ставропольская государственная медицинская академия

<sup>2</sup> ООО Центр клинической фармакологии и фармакотерапии, Ставрополь

<sup>3</sup> Научно-исследовательский противочумный институт, Ставрополь

Батури Владимир Александрович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой клинической фармакологии, бактериологии, аллергологии и иммунологии ИПДО Ставропольской государственной медицинской академии, тел. (8652)352524, e-mail: v\_baturin@mail.ru.

Колодийчук Елена Владимировна, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой клинической фармакологии Ставропольской государственной медицинской академии, тел. (8652)713466, e-mail: kolodichuk@mail.ru.

Тельбух Валерия Павловна, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, заведующая иммунологическим отделением ООО Центр клинической фармакологии и фармакотерапии, тел. (8652)947230.

Малашенкова Татьяна Евгеньевна, кандидат медицинских наук, врач клинической фармакологии ООО Центр клинической фармакологии и фармакотерапии, тел. (8652)947230, e-mail: ya217@yandex.ru.

Алиева Елена Васильевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической фармакологии, бактериологии, аллергологии и иммунологии ИПДО Ставропольской государственной медицинской академии, тел. (8652)713466, e-mail: elalieva.ru@rambler.ru.

Малецкая Ольга Викторовна, доктор медицинских наук, старший научный сотрудник, заведующая лабораторией эпидемиологии, заместитель директора по науке и противоэпидемической работе Научно-исследовательского противочумного института, Ставрополь, тел. (8652)260383, e-mail: maletskaya@rambler.ru.

**С**ущественный рост аллергических заболеваний в мире является общепризнанным фактом и представляет собой глобальную медико-социальную проблему. Пищевая аллергия (ПА) в структуре аллергопатологии составляет 5,5 %, ей страдает 10 % детского населения [1]. В основе ПА лежит сенсibilизация и иммунный ответ на повторное введение пищевого аллергена. ПА может развиваться по механизмам гиперчувствительности немедленного и замедленного типов и быть обусловленной наряду с IgE-реактивностью IgG-ответом [2, 3]. Однако при обследовании больных для диагностики обычно прибегают к определению титров специфических IgE.

Цель исследования: оценить перспективы использования для диагностики ПА in vitro анализа уровней специфических IgE- и IgG-антител.

**Материал и методы.** Исследование аллергенспецифических IgE- и IgG-антител проводили в сыворотках крови 52 больных, направленных из детских стационаров г. Ставрополя с диагнозом «пищевая аллергия». Уровни аллергенспецифических IgE- и IgG-антител изучали с использованием коммерческих отечествен-