

шинирование по Тигерштедту, однако смещение отломков не было устранено.

После обследования в нашей клинике 04.02.05 г. был проведен наружный остеосинтез с наложением компрессионно-дистракционного аппарата, однако смещение не было устранено, в связи с чем был проведен остеосинтез по описанной методике. Под общим обезболиванием предушиным доступом была обнажена линия перелома и произведена репозиция отломков с вправлением головки в суставную впадину. В малом отломке бором была сделана бороздка, через которую введена спица Киришнера в оба отломка, свободный конец спицы выведен наружу через задний край операционной раны. В малый отломок были введены еще 2 спицы Киришнера, концы спиц выведены через задний край операционной раны наружу. После ушивания мягких тканей концы спиц были зафиксированы в едином моноблоке из самотвердеющей пластмассы вместе со спицами и моноблоком в области угла нижней челюсти, наложена асептическая повязка. После консолидации перелома на 21 сут конструкция была удалена, функция нижней челюсти восстановлена в полном объеме, пациентка в удовлетворительном состоянии выписана из отделения.

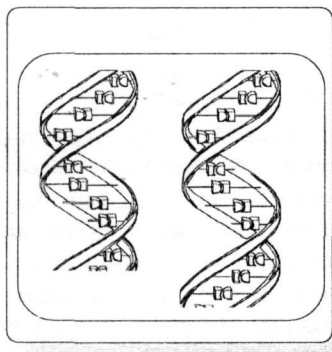
#### Выводы

1. Предлагаемый способ малотравматичен, обеспечивает сохранность трофики мышечка и близлежащих мягкотканых структур, что благоприятно сказывается на сроках регенерации.
2. Он позволяет добиться качественного восстановления анатомической формы и функции нижней челюсти, обеспечивает надежную иммобилизацию отломков, исключает необходимость повторных опе-

ративных вмешательств для извлечения металлических конструкций.

#### Л и т е р а т у р а

1. Агапов В.С., Васильев А.Ю. и др. // Институт стоматологии. 2004. №2. С. 30-33.
2. Агапов В.С., Багаутдинова В.И., Розильская О.Н. // Институт стоматологии. 2003. №2. С. 19-23.
3. Гершуни Ю.Д. Хирургическое лечение переломов мышечкового отростка нижней челюсти: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Киев, 1986. 24 с.
4. Иващенко Н.И. // Военно-медицинский журнал. 1996. №1. С. 38-41.
5. Камалов Р.К. Определение показаний к выбору метода и объема лечения переломов мышечкового отростка нижней челюсти: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Л., 1988. 16 с.
6. Медведев Ю.А., Темерханов Ф.Т., Малков Н.В. // Врожденная патология лицевого скелета. Патология височно-нижнечелюстного сустава: Сб. науч. тр. М., 1989. С. 147-149.
7. Сысолятин П.Г., Арсенова И.А. // Стоматология. 1999. №2. С. 34-39.
8. Сысолятин П.Г., Ильин А.А., Дергалев А.П. Классификация заболеваний и повреждений височно-нижнечелюстного сустава. М.: Мед. книга, НГМА, 2000. 79 с.
9. Хуснутдинов Р.И. Клинико-морфологическое обоснование остеосинтеза переломов нижней челюсти металлическими спицами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Куйбышев, 1972.
10. Черноус Л.А. Хирургическое лечение переломов суставного отростка нижней челюсти: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1978. 17 с.



УДК 612.015.1 : 616.89 (571.61/62)

И.П. Логинов

## ЗНАЧЕНИЕ ФЕНОТИПА АЦЕТИЛИРОВАНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У МОНГОЛОИДОВ ПРИАМУРЬЯ

Дальневосточный государственный медицинский университет,  
г. Хабаровск

Установлено, что предрасположенность к различным болезням связана с фенотипом ацетилирования [5, 14, 15]. Особый интерес в этом плане представляет N-ацетилтрансфераза - фермент, преимуществен-

но локализующийся в ткани печени и слизистой оболочке 12-перстной кишки и разрушающий ряд ксенобиотиков, содержащих аминогруппу. Соотношение медленных и быстрых ацетиляторов значительно ме-

няется в зависимости от этнической группы. Для европеоидов это соотношение близко к 1 : 1, а среди монголоидов преобладание быстрых ацетиляторов достигает 80% [11, 12].

Расовый состав коренного населения Приамурья представляют тихоокеанские монголоиды, к которым принадлежит дальневосточная раса, в свою очередь представленная двумя основными типами: северо-китайским и корейско-маньчжурским [9, 10]. В последний тип входят и ряд народов нижнего течения Амура: нанайцы, ульчи, орочи и удэгейцы [2, 4].

В наших предыдущих исследованиях доказано участие у монголоидов фермента N-ацетилтрансферазы в биохимических реакциях, "заинтересованных" в патогенезе опиоидного абстинентного синдрома, которые обуславливают доминирование определенных нарушений в каждом ацетиляторном фенотипе [3].

Учитывая, что полиморфизм фермента ацетилирования является генетически детерминированным, а сама реакция ацетилирования — это важная составная часть метаболического статуса у монголоидов, мы сочли необходимым выбрать этот метаболический компонент для изучения возможных ассоциаций с психопатологическими расстройствами при опиоидной зависимости и сравнить фенотипы ацетилирования в зависимости от времени появления первых признаков психопатологических расстройств. Это позволит вскрыть некоторые ранее не изученные фармакогенетические аспекты опиоидной зависимости и разработать наиболее эффективную систему метаболической коррекции.

#### Материалы и методы

Материалом для нашего исследования послужили 137 этнических монголоидов дальневосточной расы, представленной китайцами (98 чел.), корейцами (37 чел.) и нанайцами (2 чел.) — больных опиоидной зависимостью. Исследование проводилось на базе психиатрических больниц городов Хабаровска и Харбина (КНР) в период 1996-2001 гг. Оценка психопатологических, соматовегетативных симптомов и типа течения заболевания осуществлялась в зависимости от продолжительности эпизодического употребления опиоидов [8].

Фенотип ацетилирования определяли по интенсивности выведения с мочой принятого внутрь изониазида (ГИНК). Использовалась методика Wollenberg в модификации Гребенника, которая наиболее проста в использовании и позволяет достаточно точно охарактеризовать людей по активности полиморфной ацетилтрансферазы [1]. Количество ГИНК, выделенная в активном виде с мочой, позволяет судить о скорости ацетилирования [6, 7]. Таким образом, чем выше процент выделенного вещества, тем ниже скорость ацетилирования и тем медленнее фенотип ацетилирования, и наоборот, чем ниже процент выделенного вещества, тем выше скорость ацетилирования и быстрее фенотип ацетилирования.

Статистическая обработка результатов исследований проводилась параметрическим методом с использованием t-критерия Стьюдента. Различия считались

#### Резюме

Фенотип ацетилирования занимает особое место среди различных вариантов метаболизма у монголоидов. Соотношение медленных и быстрых ацетиляторов значительно меняется в зависимости от этнической группы. Преобладание быстрых ацетиляторов у монголоидов достигает 80%, что делает актуальным изучение новых закономерностей в области метаболизма у монголоидной расы на Дальнем Востоке. Одна из основных проблем наркологии — рост заболеваемости опиоидной зависимостью — не смогла не коснуться коренного населения Дальневосточного региона, где проживает основная масса тихоокеанских монголоидов. В наших предыдущих исследованиях доказано участие у монголоидов фермента N-ацетилтрансферазы в биохимических реакциях, "заинтересованных" в патогенезе опиоидного абстинентного синдрома, которые обуславливают доминирование определенных нарушений в каждом ацетиляторном фенотипе. В этом аспекте фенотип ацетилирования занимает определенное место среди маркеров опиоидной зависимости и определяет особенности течения психопатологической симптоматики.

I.P. Loginov

#### THE ROLE OF PHENOTYPE ACETYLATED IN THE PROCESS OF OPIOID ADDICTION FORMATION IN MONGOLOID POPULATION IN THE FAR EAST OF RUSSIA (PRIAMURIE)

*Far Eastern State Medical University, Khabarovsk*

#### Summary

The current research of Asian patients with opioid addiction, who live in the Far East of Russia (Priamuriye) from the point of view of their phenotype, the specifications of metabolic and biochemical processes of body cells are very important and perspective. At present in this part of Russia the majority of Pacific Mongoloids live. In the previous biochemical researches an activity of acetylating (N-acetyltransferase) was studied.

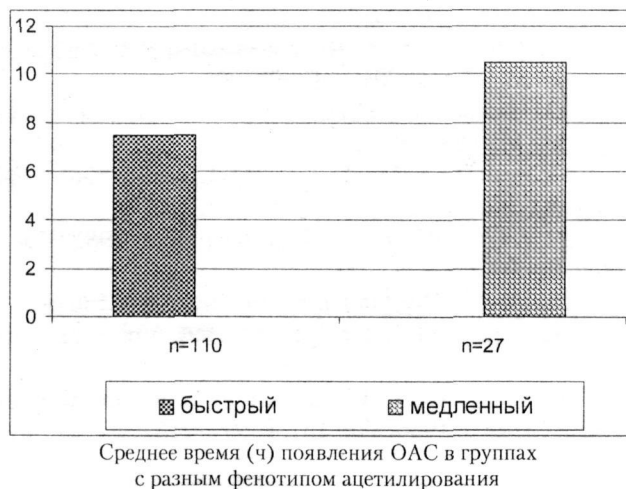
This study shows that the author has found new markers that will help in understanding biochemical mechanisms of opioid addiction.

достоверными при доверительной вероятности  $p < 0,05$ .

#### Результаты и обсуждение

Известно, что одной из основных характеристик любой зависимости, помимо ее стадий, является степень прогрессивности этого заболевания. Для оценки степени прогрессивности важно, в частности, определить, как быстро происходит становление болезни, то есть формирование ее основной симптоматики. Для опиоидной зависимости особый интерес представляет быстрота возникновения психопатологической симптоматики в структуре абстинентного синдрома.

Все больные по скорости ацетилирования были разделены на две группы: 1 группа — больные с быстрым фенотипом ацетилирования и 2 группа — больные с медленным фенотипом ацетилирования. С це-



люю изучения динамики формирования абстинентного синдрома при употреблении героина нами проанализирована его клиника у больных на этапе 2 стадии зависимости с давностью заболевания свыше 3 лет.

Оценивая скорость формирования ОАС, мы выделили два этапа: 1 этап характеризовался нарастанием симптомов абстиненции, 2 этап — максимальной их выраженностью. При этом быстрота появления первых симптомов абстинентного синдрома зависела от интервалов между приемами наркотика, и чем они были короче, тем быстрее появлялись первые симптомы, однако при простом увеличении дневной дозы такой закономерности не отмечалось.

Как видно из рисунка, формирование основной симптоматики ОАС в группе с быстрым фенотипом ацелирования происходило в среднем на 3 ч быстрее, чем в группе с медленным фенотипом (при  $p < 0,02$ ).

У больных 1 группы симптомы начального этапа абстиненции появлялись спустя 6-8 ч после последнего приема наркотика (во 2-й группе — через 10-12 ч) и были представлены астеническими расстройствами в виде недомогания, усталости, слабости, повышенной утомляемости, вплоть до утраты способности к непродолжительному физическому и умственному труду. Нейровегетативные симптомы проявлялись в виде зевоты, слюно- и слезотечения, усиления пототделения, насморка с чиханием и кашлем. Вслед за этим обнаруживались расширение зрачков, "гусиная кожа" (пилоаррекция), анорексия, больные испытывали психический дискомфорт, были раздражительны, напряжены, беспокойны, у них нарушался сон, отмечался озноб и тахикардия (до 120 уд./мин). При большой давности зависимости в структуре ОАС присоединялось токсливо-злобное настроение, депрессия с высказываниями безысходности и суицидальными мыслями, тревога и крайне мучительные боли в коленных суставах, мышцах рук, ног, спины, поясницы и живота, обуславливающие стремление больных постоянно находиться в движении, переворачиваться с боку на бок в постели, вставать и затем снова ложиться.

Указанное состояние сопровождалось учащением дыхания (20-22 в мин), тахикардией (до 110 уд./мин), повышением артериального давления (130/80-150/100 мм рт. ст.). Соматовегетативные и психические нарушения сочетались с неврологическими в виде

мелкоразмашистого горизонтального нистагма, пирамидных и мозжечковых нарушений, мышечной гипотонии, угнетения сухожильных рефлексов.

Во 2 группе в структуре ОАС преобладали соматовегетативные симптомы, причем наряду с количественными отмечались и качественные отличия, проявляющиеся в диспептических расстройствах (тошнота, рвота, понос с тенезмами, болями в кишечнике), падении сосудистого тонуса, вплоть до развития коллаптоидных состояний, повышении температуры тела (до 38°C).

Наблюдаемая психопатологическая симптоматика не выявляла специфики в зависимости от этнической идентификации пациентов.

С целью изучения динамики типа ацелирования на различных этапах опиоидного абстинентного синдрома, регистрация в суточной моче ГИНК производилась на следующих этапах течения ОАС: в 1 день поступления в стационар, на 3 день и перед выпиской.

Полученные данные свидетельствуют, что статистически достоверные различия между группами быстрых и медленных ацелираторов наблюдались при сопоставлении больных на 3 день лечения в стационаре и перед выпиской. При сопоставлении больных в 1 день лечения между группами быстрых и медленных ацелираторов различия не значимы.

### Выводы

1. Участие фермента N-ацетилтрансферазы в биохимических реакциях, "заинтересованных" в патогенезе абстинентного синдрома, обуславливает доминирование определенных нарушений в каждом ацелираторном фенотипе. Опиоидная зависимость, по типу ацелирования, является гетерогенным патологическим состоянием.

2. У больных с быстрым фенотипом ацелирования преобладают психоэмоциональные и нейровегетативные симптомы, у больных с медленным фенотипом ацелирования на первый план выступают обменно-метаболические нарушения.

3. Быстрый фенотип ацелирования не является самостоятельным фактором риска развития опиоидной зависимости, но он создает в организме этнических монголоидов метаболические предпосылки для более быстрого возникновения психопатологической симптоматики и поэтому может считаться маркером риска опиоидной зависимости.

В патогенетическое лечение опиоидной зависимости у этнических монголоидов следует включать методы метаболической коррекции, заключающиеся в биохимическом управлении крайними фенотипами ацелирования, "сдвигать" их к среднему, более скомпенсированному фенотипу.

### Л и т е р а т у р а

1. Буловская Л.Н., Борисенко Т.Н., Дробаченко О.А. и др. // Лаб. дело. 1990. №10. С. 28-31.
2. Левин М.Г. Этническая антропология и проблемы энтогенеза народов Дальнего Востока. М., 1958. 359 с.
3. Логинов И.П. // Акт. вопр. психиатрии: Мат-лы Межд. науч.- практ. конф., посвящ. 100-летию пси-

хиатр. службы Амурской обл. Благовещенск, 2005. С. 201-204.

4. Рогинский Я.Я., Левин М.Г. Основы антропологии. М., 1955. 362 с.

5. Сулейманов С.Ш., Дьяченко В.Г., Кольцов И.П. // Здоровье населения Дальнего Востока. Региональная ассамблея. Владивосток, 1996. С. 4-9.

6. Соради И. Основы и педиатрические аспекты фармакокинетики. Будапешт, 1984. С. 82-91.

7. Тимофеева А.М. // Фармакология, токсикология. 1994. Т. 7, №2. С. 61-63.

8. Ураков И.Г. // Акт. вопр. наркологии. Омск, 1982. С. 161-164.

9. Хрисанова Е.Н., Перевозчикова И.В. Антропология. М.: Изд-во МГУ, 1999. 400 с.

10. Чебоксаров Н.Н. Этническая антропология Китая. М., 1982. 301 с.

11. Evans D.A., White T.A. // J. Lab. clin. Med. 1964. Vol. 63, P. 394-403.

12. Kalow. W // Clin. Pharmacokinet. 1982. Vol 7, P. 373-400.

13. Ma Ch. Drug in China. Peking, 1993. 180 p.

14. Samsioe G. // Int. J. Fertil. 1996. Vol. 41, P. 136-141.

15. Weber W.W., Cohen S.N. // Biochem. Biophys. Akta (Amst.). 1986. Vol. 151, P. 276-278.



УДК 614.27 : 615.03 : 364 - 214 (571.56/.6)

Е.В. Казакова, Н.А. Капитоненко

## ЭТАПЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ Льготного лекарственного обеспечения в дальневосточном федеральном округе

Дальневосточный государственный медицинский университет,  
г. Хабаровск

Первым шагом на пути реформирования системы лекарственного обеспечения явилась реализация Федерального закона от 22.08. 04 г. №122 в части дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО) отдельных категорий граждан.

Новые подходы к решению этой проблемы привели к определенным положительным результатам, а именно к повышению доступности лекарственной помощи, адресного представления лекарств на основе Федерального регистра лиц, имеющих право на государственную социальную помощь. Это позволило впервые в России осуществить персонифицированный учет выписки и оплаты лекарственных средств.

Реализация Федерального закона от 22.08.04 №122 в части дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО) гарантирует доступность бесплатного лекарственного обеспечения на уровне первичной амбулаторно-поликлинической помощи [1, 3]. Реформы в системе здравоохранения не могли не затронуть льготное лекарственное обеспечение, которое является важнейшей составляющей медицинской гарантированной помощи населению, и показать необходимые этапы ее усовершенствования.

В существующей территориальной модели отсутствуют единые принципы организации лекарственной помощи льготным категориям населения в объеме программы государственных гарантий, сохраняется низкий уровень ее эффективности — неукомплектованность кадрами амбулаторно-поликлинической службы, отсутствие автоматизированного рабочего места (АРМ) участкового врача и недостатки персонифицированного учета пациентов. С учетом тенденций негативных медико-демографических показателей, низкого уровня эффективности фармакотерапии, нерационального назначения медикаментов, увеличения числа нежелательных реакций при использовании лекарственных средств возникает необходимость оптимизировать работу системы льготного лекарственного обеспечения, ее нормативно-правовую базу, обеспечить контроль за рациональным назначением лекарственных средств и проведением экспертизы.

Лекарственное средство — товар социального назначения, но с учетом данных мировой статистики потребление медикаментов в Российской Федерации на душу населения остается чрезвычайно низким и составляет в среднем 42 у.е. [4], Хабаровский край и