

гипоплазия у 23 больных. Красный росток сужен. Мегакариоцитарный росток у всех больных представлен единичными мегакариоцитами без отшнуровки тромбоцитов. Реакция на пероксидазу положительная.

Всем больным назначен индукционный курс полихимиотерапии по программе 01/99 (ГНЦ Россия). Для коррекции анемического синдрома назначили рекормон в дозе 30000 МЕ, подкожно, 2 раза в неделю в течение 16 недель.

При низком уровне гемоглобина менее 60 г/л терапию начинали, лишь компенсировав его содержание с помощью трансфузий эритроцитов, повышая уровень гемоглобина до 70 г/л.

**Результаты исследования и их обсуждение.** У 16-ти больных первой группы к началу 3-й недели уровень гемоглобина достиг выше 98-100 г/%, через 8-10 недель выше 110 г/%, Во второй группе через 4 недели уровень гемоглобина достиг 78-80 г/%, через 16 недель 95-98 г/%. У 9 больных третьей группы ощутимого эффекта от проводимой терапии со стороны красной крови не было. Уровень гемоглобина через 16 недель достиг максимум до 68 г/%. Нормализацию показателей красной крови добились гемотрансфузиями.

**Выводы.** Таким образом, анемию легкой стадии у больных с острым миелобластным можно корректировать без трансфузии эритроцитарной массы, с помощью рекормона. При анемии средней и тяжелой стадии рекормон позволяет значительно уменьшить объем трансфузий эритроцитов, что снижает риск развития посттрансфузионных осложнений, особенно таких заболеваний как вирусные гепатиты и ВИЧ-инфекция, а также значительно улучшает качество жизни больных.

Применение эритропоз-стимулирующих препаратов у онкологических пациентов с анемией является оправданной альтернативой стандартной терапии гемотрансфузиями.

#### **Список литературы.**

1. Волкова М.А. Клиническая онкогематология: руководство для врачей / под ред. проф. М.А. Волковой (2-е изд.). - М.: Медицина, 2007. - 1120 с.
2. Воробьев А.И. Руководство по гематологии / А.И. Воробьев. - М.: Ньюдиамед, 2007. - 1275 с.
3. Куркова А.А. Дифференциальная Диагностика острого лимфобластного и острого миелобластного лейкозов / А.А. Куркова, А.И. Григорьева // Смоленский медицинский альманах. - 2018. - №1. – С. 193-197.
4. Ходжиева Г.Б. Клинико-гематологические особенности острой лейкемии в Таджикистане / Г.Б. Ходжиева, М.К. Рахматов и др. // Вестник Авиценны. - 2013. - №4 (57). – С. 36-39.
5. Jalaiekhoo H, Kashfi SMH, Azimzadeh P, et al. Acute Myeloid Leukemia as the Main Cause of Pancytopenia in Iranian Population. Iran J Pathol. - 2017;12(3):265-271.

*Шапкин В.Е.*

### **СОФОРА ЯПОНСКАЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МАКРОАНГИОПАТИИ**

Кафедра общей практики – семейной медицины и внутренних болезней Харьковского национального медицинского университета.  
Украина

**Актуальность.** Сахарный диабет является одной из важных проблем современной медицины. Такие особенности сахарного диабета как значительная распространенность, неизлечимость, ранняя инвалидизация, высокий уровень смертности делают его весьма актуальным не только с медицинской, но и с социальной точки зрения [1]. По данным ВОЗ, представленным на официальном сайте этой организации в данное время 422 миллиона человек во всем мире болеют сахарным диабетом. Следует отметить, что значительное количество случаев инвалидизации и смертности в следствии данного заболевания является результатом развития различных сосудистых осложнений, в том числе диабетических макроангиопатий [1]. Поэтому представляется жизненно необходимым дальнейшая оптимизация методов лечения сосудистых проявлений диабета, что позволит сохранить больному жизнь и дееспособность в течение длительного времени.

Для профилактики и лечения диабетических макроангиопатий используется комплексный подход, включающий непосредственное лечение основного заболевания, оптимизацию режима жизни и питания, использование гиполлипидемических препаратов (в первую очередь - статинов). Но несмотря на имеющиеся достижения в этой области диабетологии современное состояние проблемы свидетельствует о необходимости поиска дополнительных средств. Одним из них может быть фитотерапия, которая может оказывать позитивное воздействие на нарушения липидного обмена [2, 3], играющие значительную роль в патогенезе диабетических макроангиопатий. Тем более, что препараты растительного происхождения издавна используется в народной медицине во многих странах [2].

**Цель исследования.** Целью работы явилось изучение эффективности гиполлипидемической активности спиртовой настойки плодов софоры японской в составе комплексной терапии диабетической макроангиопатии у больных сахарным диабетом II типа.

**Материалы и методы исследования.** Софора японская (*Styphnolobium japonicum*) культивируется на Украине с начала XIX века. В 1809 году ее начали выращивать в Краснокутском дендропарке (сейчас – это территория Харьковской области). В народной медицине стран Дальнего Востока настойка плодов и бутонов софоры японской употребляют внутрь при внутренних кровотечениях различного генеза, стенокардии, атеросклерозе, сахарном диабете, тиреотоксикозе, заболеваниях желудочно-кишечного тракта, болезнях печени [2, 3].

Собственно, плоды софоры японской обладают кровоостанавливающим, ангиопротективным, гипогликемизирующим, гипотензивным действием, также им присуща общеукрепляющая активность [3].

Нами было обследовано 58 больных сахарным диабетом II типа в возрасте от 45 до 70 лет (средний возраст

58,2 года), из них 31 женщина (53,4%) и 27 мужчин (46,6%). У всех пациентов было выявлено повышение содержания липидов атерогенных классов в сыворотке крови и признаки диабетической макроангиопатии в виде поражений сосудов головного мозга, коронарных артерий, сосудов нижних конечностей. Всем больным назначалось комплексное лечение, включавшее оптимизацию режима жизни, лечебное питание и медикаментозную терапию, включающую сахароснижающий препарат гликлазид. С учетом гиполипидемической терапии все пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу составили 29 больных, получавших аторвастатин в дозе 10 мг и настойку плодов софоры японской. Во вторую вошли 29 пациентов, которым был назначен только аторвастатин. Настойка плодов софоры японской (1:10) принималась перорально с 100 мл воды по одной чайной ложке трижды в день за 30 минут до еды. Исследование проводилось в течение четырех недель.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Положительная динамика показателей липидного обмена имела место у большинства обследованных обеих групп - у 24 пациентов (82,8%) первой группы и 26 больных (89,7%) - второй группы. Отмечалась некоторая тенденция к более выраженному снижению содержания триглицеридов и липопротеидов низкой плотности в сыворотке крови при добавлении настойки плодов софоры японской в комплексную гиполипидемическую терапию. Так, после проведенного лечения уровень триглицеридов снизился на 13,5% (с  $1,85 \pm 0,12$  ммоль/л до  $1,60 \pm 0,14$  ммоль/л) в 1-ой группе и на 9,5% (с  $1,89 \pm 0,14$  ммоль/л до  $1,71 \pm 0,16$  ммоль/л) во второй. Величины липопротеидов низкой плотности уменьшились на 23,0% (с  $5,04 \pm 0,27$  ммоль/л до  $3,89 \pm 0,28$  ммоль/л) в 1-ой группе и на 20,7% (с  $4,84 \pm 0,29$  ммоль/л до  $3,84 \pm 0,29$  ммоль/л) - во второй. В то же время на динамику показателей общего холестерина, липопротеидов очень низкой плотности и липопротеидов высокой плотности настойка плодов софоры японской практически не влияла. Побочные эффекты при приеме исследуемого фитопрепарата не были отмечены.

**Выводы.** Настойка плодов софоры японской может использоваться в качестве дополнительного компонента комплексной гиполипидемической терапии диабетических макроангиопатий. Уже после четырехнедельного курса применения настойка плодов софоры японской оказала положительное влияние на динамику уровня триглицеридов и липопротеидов низкой плотности в сыворотке крови. Хорошая переносимость данного фитопрепарата открывает дополнительные возможности для больных, у которых имеются противопоказания для длительного применения статинов (например, поражение печени).

#### Список литературы.

1. Эндокринология: национальное руководство / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 1112 с.
2. Busia Kofi. Fundamentals of Herbal Medicine: Major Plant Families, Analytical Methods, Materia Medica. Volume 2. - Xlibris, 2016. - 1701 p.
3. Khan M. et al. New Look to Phytomedicine: Advancements in Herbal Products as Novel Drug Leads. - Academic Press, 2019. - 684 p.

*Н.Шарапов О<sup>1,2</sup>. Даминов.Т. Б<sup>1,2</sup>.*

### КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ Г. ТАШКЕНТ

<sup>1</sup>Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан.

<sup>2</sup>Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нефрологии и трансплантации почки, Ташкент, Узбекистан.

**Актуальность.** В недавно опубликованном, совместном докладе Европейской почечной ассоциации (ERA-EDTA), Американского общества нефрологии (ASN) и Международного общества нефрологии (ISN), заболевания почек были признаны одним из самых распространенных заболеваний в мире [1]. Согласно этому докладу, в мировом масштабе общее число людей с хроническим заболеванием почек (ХБП), острым повреждением почек (ОПП) и лицами, получающими заместительную почечную терапию (ЗПТ), превышает 850 миллионов человек, что действительно вдвое превышает оценочное число людей с диабетом во всем мире. ХБП в настоящее время является неоспоримым глобальным общественным приоритетом [2]. Несмотря на то, что распространенность ХБП и ее влияние на здоровье изучались в основном в экономически развитых странах, бремя этого заболевания еще больше в развивающихся странах [3].

**Цель исследования.** Изучение структуры сердечно-сосудистых патологий у пациентов с хронической болезнью почек 5 стадии получающих программный гемодиализ города Ташкент.

**Материалы и методы исследования.** В ходе научного исследования были обследованы 104 пациента постоянно проживающих в городе Ташкент. Исследование проводилось в отделениях гемодиализа Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре нефрологии. 49% (n=51) обследованных пациентов составило мужчины и 51% (n=53) составляли женщины. Средний возраст пациентов составил  $49,7 \pm 11,7$  лет. В исследование были включены пациенты с клинически установленным диагнозом ХБП V стадии (по NKF K/DOQI 2002)[4] в исходе нефропатий различного генеза. Скорость клубочковой фильтрации рассчитывали, основываясь на концентрации креатинина сыворотки по формуле СКД-Epi. Основными исходными заболеваниями явились - хронический гломерулонефрит (n=38), сахарный диабет (n=33), мочекаменная болезнь (n=11), системные васкулиты (n=5), аномалии развития и патология мочевыводящих путей (n=5), хронический пиелонефрит (n=4), системная красная волчанка (n=2), поликистоз почек (n=2), интерстициальный нефрит (n=1) и подагра (n=1). Длительность ГД составила 37 (6-89) месяцев. Сеансы гемодиализа проводили по схеме 4 часа 3 раза в неделю (720 часа/нед). Показатели Кt/V