

3. Кардаков, Н.Л. Уровень первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения в Российской Федерации за 10 лет (1996–2005 гг.) / Н.Л. Кардаков // Российский Кардиологический журнал. – 2007. – № 3. – С. 74–76.

4. Кардаков, Н.Л. Структура первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения в Российской Федерации / Н.Л. Кардаков // Российский Кардиологический журнал. – 2007. – № 2. – С. 87–90.

5. Автоматический анализ кардиосигналов для диагностики ишемической болезни сердца / И.Н. Блужас, А.И. Бастис, Л.И. Гаргасас и др. // Кардиология. – 2004. – № 12. – С. 23–26.

6. Виноградова, А.А. Роль стресс-эхокардиографии в диагностике гемодинамически значимого стеноза коронарных артерий и определении показаний к реваскуляризации миокарда / А.А. Виноградова, А.Л. Сыркин, М. Линс // Кардиология. – 2004. – № 11. – С. 13–16.

7. Рыбак, О.К. Математические методы оценки электрической активности синусового узла / О.К. Рыбак // Новые методы диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний. – Саратов, 1974. – С. 16–19.

8. Баевский, Р.М. Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе / Р.М. Баевский, О.И. Кириллов, С.З. Клецкин // М.: Наука, 1984. – 220 с.

9. Маколкин, В.И. Изменения первой производной ЭКГ при ишемической болезни сердца / В.И. Маколкин, О.Р. Носова, Н.С. Морозова // Кардиология. – 2009. – №1. – С. 14–18.

10. Клочков, В.А. Исследование скорости реполяризации у больных ишемической болезнью сердца при велоэргометрической пробе: Дисс. ... канд. мед. наук / В.А. Клочков. – Саратов, 1983. – 148 с.

11. Маколкин, В.И. Особенности скоростных и временных параметров при вторичных изменениях периода поляризации / В.И. Маколкин, Н.С. Морозова, Г.А. Нефедова // Кардиология. – 1988. – № 8. – С. 55–59.

12. Халфен, Э.Ш. Клиническое значение исследования скоростных показателей зубца Т ЭКГ / Э.Ш. Халфен, Л.С. Сулковская // Кардиология. – 1986. – № 6. – С. 60–62.

13. Волкова, Э.Г. Диагностические возможности первой производной ЭКГ в оценке состояния коронарной артерии у больных ишемической болезнью сердца / Э.Г. Волкова, О.Ф. Калаев, А.Р. Ковынев // Тер. архив. – 1990. – №3. – С. 35–38.

14. Халфен, Э.Ш. Диагностическое значение исследования скорости изменения разности потенциалов в период реполяризации желудочков у больных ишемической болезнью сердца / Э.Ш. Халфен, Л.С. Сулковская, В.А. Клочков // Кардиология. – 1978. – № 6. – С. 55–62.

15. Antzelevitch, C. Electrical heterogeneity within the ventricular wall / C. Antzelevitch, J. Fish // Basic Res. Cardiol. – 2001. – Vol. 96. – № 6. – P. 517–527.

УДК(616.36-002+616.37-002):615-032

Оригинальная статья

НАПРАВЛЕННЫЙ ТРАНСПОРТ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ БИЛИАРНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ В СОЧЕТАНИИ HCV-ИНФЕКЦИЕЙ

Алексей Л. Чарышкин — Институт медицины экологии и физической культуры Ульяновского государственного университета, профессор кафедры госпитальной хирургии, доцент, доктор медицинских наук; **О.В. Мидленко** — Институт медицины экологии и физической культуры Ульяновского государственного университета, кафедра госпитальной хирургии, доцент, кандидат медицинских наук; **В.И. Мидленко** — Институт медицины экологии и физической культуры Ульяновского государственного университета, заведующий кафедрой госпитальной хирургии, профессор, доктор медицинских наук; **Александр Л. Чарышкин** — Институт медицины экологии и физической культуры Ульяновского государственного университета, аспирант кафедры госпитальной хирургии.

DIRECTED ADMINISTRATION OF MEDICINES IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH BILIARY PANCREATITIS AND HCV- INFECTION

A.L. Charyshkin — Ulyanovsk State University, Institute of Medicine of Ecology and Physical Training, Department of Hospital Surgery, Professor, Doctor of Medical Science; **O.V. Midlenko** — Ulyanovsk State University, Institute of Medicine of Ecology and Physical Training, Department of Hospital Surgery, Assistant Professor, Candidate of Medical Science; **V.I. Midlenko** — Ulyanovsk State University, Institute of Medicine of Ecology and Physical Training, Head of Department of Hospital Surgery, Professor, Doctor of Medical Science; **A.L. Charyshkin** — Ulyanovsk State University, Institute of Medicine of Ecology and Physical Training, Department of Hospital Surgery, Post-graduate.

Дата поступления — 9.10.09 г.

Дата принятия в печать — 15.02.10 г.

Алексей Л. Чарышкин, О.В. Мидленко, В.И. Мидленко, Александр Л. Чарышкин. Направленный транспорт лекарственных веществ в комплексном лечении больных билиарным панкреатитом в сочетании HCV-инфекцией. Саратовский научно-медицинский журнал, 2010, том 6, № 1, с. 81–84.

Цель исследования. Оценка эффективности препарата фосфоглив путем направленного транспорта в комплексной терапии больных билиарным панкреатитом с HCV-инфекции. Материалы и методы исследования. Всего было обследовано 62 пациента с билиарным панкреатитом в сочетании HCV-инфекцией. Эти больные были разделены на 2 сопоставимые группы: контрольную (50 человек) и основную (12 человек). В первой группе сравнения (50 человек) традиционная базисная терапия билиарного панкреатита дополнена введением препарата фосфоглив внутривенно струйно. Больным основной группы (12 человек) внутривенно вводились эритроцитарные тени со средней терапевтической дозой препарата фосфоглив. Включение лекарственных средств в аутологичные эритроциты осуществляли методом гипотонического лизиса. Результаты исследования. Направленный транспорт препарата фосфоглив способствует снижению в крови уровня общего билирубина, активности АлАТ, АсАТ у пациентов в группе исследования. Побочные реакции на введение препарата фосфоглив не наблюдались ни у одного пациента. Выводы. Более эффективное воздействие препарата фосфоглив на темп снижения в крови уровня общего билирубина, активности АлАТ, АсАТ выявляется у пациентов при лечении направленным транспортом препарата фосфоглив на фоне традиционной базисной терапии.

Ключевые слова: билиарный панкреатит, HCV-инфекция, направленный транспорт лекарственных веществ.

A.L. Charyshkin, O.V. Midlenko, V.I. Midlenko, A.L. Charyshkin. Directed administration of medicines in complex treatment of patients with biliary pancreatitis and HCV- infection. *Saratov Journal of Medical Scientific Research*, 2010, vol. 6, № 1, p. 81–84.

The research goal was to estimate efficiency of medicine phosphogliv by the directed administration in complex therapy for patients with biliary pancreatitis and HCV- infection. 62 patients with biliary pancreatitis and HCV-infection were examined. These patients were divided into 2 comparable groups: control group I (50 persons) and basic group II (12 persons). In group I traditional basic therapy of biliary pancreatitis was carried out with injection of phosphogliv intravenously. Patients of group II were given erythrocytes intravenously with average therapeutic dose of phosphogliv. Introduction of medicines in autologous erythrocytes was performed by hypotonic lysis.

Effective influence of directed administration of preparation phosphogliv demonstrated decrease in level of bilirubin in blood, activity of AlAt, AsAt in patients of research group. Side-effects were not revealed.

In conclusion the investigation proved that more effective influence of phosphogliv on level of bilirubin in blood and activity of AlAt, AsAt can be reached in combination with traditional basic therapy.

Key words: biliary pancreatitis, HCV-infection, directed administration of medicinal substances.

Введение. Актуальность изучения сочетания билиарного панкреатита с HCV-инфекции обусловлена широким распространением гепатита С и многолетним и бессимптомным течением HCV-инфекции с высокой частотой хронизации острого гепатита С (ГС) и дальнейшим развитием цирроза печени [1, 2, 3, 4, 5]. Так, по данным Федерального центра Госсанэпиднадзора, в РФ в 2002 году зарегистрировано 10298 больных ОГС, а в 2005 – 6455 пациентов ОГС [3]. В настоящее время противовирусная терапия больных ГС включает в себя комбинированное применение рекомбинантных α -интерферонов с аналогами нуклеозидов [2, 4]. Вследствие ограниченной эффективности интерферонов, наличия ряда противопоказаний, возможности развития побочных реакций, длительности курса терапии и высокой стоимости препаратов возникает необходимость поиска новых лекарственных средств [4]. В связи с этим особую важность приобретают исследования в лечении ГС препаратами из других фармакологических групп и способы их доставки к органу-мишени. Одним из перспективных направлений в терапии ВГ является использование препаратов растительного происхождения, в частности нового отечественного гепатопротектора с противовирусной активностью — фосфоглива [4]. Применение капсульной формы препарата фосфоглив выявили многостороннее позитивное действие на клиническое течение и процессы функционального восстановления печени при острых и хронических гепатитах В и С как у взрослых, так и у детей [4]. Разработка инъекционной формы фосфоглива позволила повысить биодоступность препарата. С целью коррекции печеночно-клеточной недостаточности, морфологической основой которой является гепатоцитолитиз, патогенетически оправдано применение средств, стабилизирующих метаболизм и мембрану гепатоцита [1, 5]. Однако не всегда общепринятые способы ведения медикаментов обеспечивают необходимую концентрацию активного агента в органе-мишени. Направленный транспорт лекарственных веществ (НТЛВ) в аутологических эритроцитарных телях возможен благодаря их тропности к клеткам Купфера [1, 5], что побудило нас использовать этот метод для ранней профилактики и лечения функциональной декомпенсации печени в комплексном лечении на начальных стадиях СЭИ.

Целью настоящей исследования являлось оценка эффективности парентеральной формы препарата фосфоглив путем направленного транспорта в комплексной терапии больных билиарным панкреатитом с HCV-инфекции.

Методы. Всего было обследовано 62 пациента с билиарным панкреатитом в сочетании HCV-инфекцией. Эти больные были разделены на 2 сопоставимые группы: контрольную (50 человек) и основную (12 человек). Обе группы составили пациенты, сопоставимые по полу и возрасту. Острый субкомпенсированный эндотоксикоз у больных обеих групп был обусловлен осложненным течением острого билиарного панкреатита. Тяжесть синдрома эндо-

генной интоксикации (СЭИ) и печеночно-клеточной недостаточности (ПКН) определяли по совокупности клинических и лабораторных данных. Пациентам как контрольной, так и основной группы проводили общепринятые методы комплексной терапии. Консервативное лечение билиарного панкреатита с HCV-инфекции включало в себя подавление панкреатической секреции, как опосредованно, через подавление желудочной секреции, аспирацию желудочного содержимого, так и напрямую (сандостатин). С целью подавления желудочной секреции назначали квамател по 20 мг внутривенно, капельно 2 раза в сутки, лосек 40 мг внутривенно, капельно 1 раз в сутки. С целью нейтрализации факторов панкреатической агрессии применяли ингибиторы протеаз (контрикал 30000-80000 ед. в сут.) В качестве обезболивающих средств мы применяли ненаркотические анальгетики (анальгин 50%-2мл.), спазмолитики (папаверин 2%-2 мл, но-шпу 2 мл), наркотические анальгетики, со спазмолитическим компонентом (промедол 2%-1 мл.). Учитывая важную роль в генезе боли при остром панкреатите различных кининовых субстанций, в частности брадикинина, использовали антибрадикининные средства: инфузия р-ра новокаина 0,25% в виде глюкозо-новокаиновой смеси. Проводимая инфузионная терапия была направлена на поддержание адекватной гемодинамики на системном и микроциркуляторном уровне, коррекцию электролитного состава крови, кислотно-щелочного состояния, анемии, гипопроотеинемии, поддержание адекватного ОЦК и создание умеренной гемодилюции. Так же проводилась профилактика тромбоэмболии (гепарин 5000 ЕД 4 раза в сутки, фраксипарин 0,3 мг. 1 раз в сутки), мероприятия, направленные на улучшение микроциркуляции и реологии крови (мексидол, реополиглюкин, и др.). Детоксикация проводилась посредством волемической нагрузки при инфузионной терапии, так же использовались экстракорпоральные методы (гемосорбция, плазмаферез). По показаниям проводилось УФО крови, внутрисосудистое лазерное облучение крови (чаще в комплексе с гемосорбцией и плазмаферезом). Проводилась антибактериальная терапия. Применялись цефалоспорины 4 поколений. С целью парентерального питания использовали растворы глюкозы, аминокислот (вамин), жировые эмульсии (интралипид, липофундин).

В первой группе (50 человек) сравнения традиционная базисная терапия билиарного панкреатита, учитывая наличие HCV-инфекции была дополнена введением препарата фосфоглив внутривенно струйно, в виде растворенного в 10 мл апиrogenной воды 2,5 г сухого лиофилизированного порошка, 1 раз через день, всего 12 инъекций, 30 г на курс.

Больным основной группы (12 человек) внутривенно вводились эритроцитарные тели со средней терапевтической дозой препарата фосфоглив. Включение лекарственных средств в аутологичные эритроциты осуществляли методом гипотонического лизиса. Курс лечения при направленном транспорте препарата фосфоглив длительностью 12 суток включает 6 сеансов через день 15 г на курс.

Результаты. У всех больных, получавших базисную терапию и внутривенно фосфоглив в первой

Ответственный автор — Чарышкин Алексей Леонидович
432073 г. Ульяновск, ул. Рябикова, д. 75, кв. 86,
Тел.: 89510966093,
E-mail: charyshkin@yandex.ru

группе и во второй базисную терапию с направленным транспортом препарата фосфоглив, наблюдалась положительная динамика основных клинических симптомов (табл. 1). Однако при лечении в группе исследования отмечалась достоверно меньшая длительность слабости у пациентов ($3,7 \pm 0,2$; $p < 0,05$), по сравнению с продолжительностью у больных в контрольной группе $9,6 \pm 1,1$ дней. Анорексия также достоверно быстрее исчезала в основной группе больных с ХГС ($3,6 \pm 0,6$ дней; $p < 0,05$), по сравнению с пациентами из группы сравнения ($9,3 \pm 0,3$ дней).

Длительность тошноты была достоверно короче в основной группе и в среднем составляла $3,1 \pm 0,3$; $p < 0,05$ дней, а в контрольной группе $8,1 \pm 1,1$ дней. Боли в правом подреберье достоверно быстрее регрессировали только у пациентов ($3,9 \pm 0,2$ дней; $p < 0,05$) на фоне направленного транспорта препарата фосфоглив, по сравнению с пациентами, получа-

шими базисную терапию и внутривенно фосфоглив ($8,7 \pm 0,3$ дней).

Длительность желтухи была достоверно меньше у больных ($p < 0,05$) в основной группе $6,1 \pm 0,3$ дней, по сравнению с группой контроля $11,5 \pm 0,2$ дней. Более быстрое сокращение размеров печени отмечалось в группе исследования $8,4 \pm 0,3$ дней; $p < 0,05$, по сравнению с длительностью гепатомегалии в группе сравнения, $17,1 \pm 1,3$ дней. Достоверное снижение уровня общего билирубина, активности АлАТ и АсАТ в сыворотке крови отмечается у всех пациентов. Однако показатель билирубинемии (табл. 2) у больных после базисной терапии с направленным транспортом препарата фосфоглив ($18,2 \pm 0,8$ мкмоль/л; $p < 0,001$) в основной группе был достоверно ниже, чем в контрольной ($56,5 \pm 1,9$ мкмоль/л). Темп снижения общего билирубина выше у больных при направленном транспорте препарата фосфоглив.

Таблица 1

Продолжительность клинических симптомов (дни)

Продолжительность клинических симптомов (дни)	Базисная терапия и в/в фосфоглив	Базисная терапия и н/т фосфоглив
Слабость	$9,6 \pm 1,1$	$3,7 \pm 0,2$
Анорексия	$9,3 \pm 0,3$	$3,6 \pm 0,6$
Тошнота	$8,1 \pm 1,1$	$3,1 \pm 0,3$
Боль в правом подреберье	$8,7 \pm 0,3$	$3,9 \pm 0,2$
Длительность желтухи	$11,5 \pm 0,2$	$6,1 \pm 0,3$

Таблица 2

Результаты исследования динамики общего билирубина (мкмоль/л)

Сроки наблюдения	Базисная терапия и в/в фосфоглив	Базисная терапия и н/т фосфоглив
	Общий билирубин	Общий билирубин
До лечения	$121,6 \pm 12,7$	$154,9 \pm 11,4$
После лечения	$56,5 \pm 1,9$	$18,2 \pm 0,8$

Таблица 3

Результаты исследования динамики АлАТ и АсАТ (ед./л)

Сроки наблюдения	Базисная терапия и в/в фосфоглив		Базисная терапия и н/т фосфоглив	
	АлАТ	АсАТ	АлАТ	АсАТ
До лечения	$1956,1 \pm 138,5$	$1118,5 \pm 86,7$	$2491,7 \pm 131,2$	$1235,7 \pm 134,2$
После лечения	$223,6 \pm 15,8$	$69,2 \pm 11,8$	$108,1 \pm 21,3$	$42,6 \pm 12,3$

Таблица 4

Результаты исследования динамики ГГТ ЩФ

Сроки наблюдения	Базисная терапия и в/в фосфоглив		Базисная терапия и н/т фосфоглив	
	ГГТ	ЩФ	ГГТ	ЩФ
До лечения	$287,2 \pm 21,6$	$353,7 \pm 22,0$	$345,6 \pm 12,5$	$386,9 \pm 13,5$
После лечения	$118,3 \pm 10,1$	$211,2 \pm 21,3$	$82,3 \pm 11,4$	$153,2 \pm 11,7$

Таблица 5

Результаты исследования динамики амилазы крови (г/л*час)

Сроки наблюдения	Базисная терапия и в/в фосфоглив	Базисная терапия и н/т фосфоглив
	амилаза	амилаза
До лечения	$55 \pm 2,2$	$64 \pm 2,1$
После лечения	$38 \pm 2,5$	$23 \pm 1,4$

Активность АлАТ после лечения в основной группе ($108,1 \pm 21,3$ ед./л) была достоверно ниже, чем в группе сравнения у больных ХГС ($223,6 \pm 15,8$ ед./л) (табл. 3). Темп снижения АлАТ выше у больных в группе исследования. Уровень активности АсАТ после лечения в основной группе был достоверно ниже ($42,6 \pm 12,3$ ед./л), чем в группе сравнения ($69,2 \pm 11,8$ ед./л; $p < 0,05$).

Снижение активности ГГТ и уровня ЩФ в результате лечения отмечается у всех пациентов в контрольной и основной группах. Темп снижения активности ГГТ и уровня ЩФ выше у пациентов в основной группе (табл. 4).

Количество больных с повышенной амилазой было примерно равным во всех группах (табл. 5). Во 2-ой группе исследования нормализация показателей происходила на более ранних сроках, на шестые сутки $23 \pm 1,4$ (г/л*час; $p < 0,05$), тогда как в 1-ой группе сопоставления уровень амилазы крови, после лечения составил $38 \pm 2,5$ (г/л*час), что превышало нормальные показатели.

Обсуждение. При лечении направленным транспортом препарата фосфоглив на фоне традиционной базисной терапии у больных с острым панкреатитом и хроническим гепатитом С (ХГС), отмечалось достоверное сокращение длительности интоксикационного синдрома по сравнению с результатами, полученными только на фоне базисной терапии и внутривенным введением препарата фосфоглив. Также отмечено более эффективное воздействие направленного транспорта препарата фосфоглив на темп снижения в крови уровня общего билирубина, активности АлАТ, АсАТ у пациентов в группе исследования. С целью коррекции печеночно-клеточной недостаточности у пациентов с билиарным панкреатитом и хроническим гепатитом С (ХГС), морфологической основой которой является гепатоцитоплиз, патогенетически оправдано применение фосфоглива путем направленного транспорта, стабилизирующего метаболизм и мембрану гепатоцита, что обеспечивает необходимую концентрацию активного агента в органе-мишени. Побочные реакции на введение препарата фосфоглив не наблюдались ни у одного пациента. Инъекционная форма препарата фосфоглив

может быть рекомендована для комплексного лечения больных острым панкреатитом и хроническим гепатитом С (ХГС) для направленного транспорта лекарственного вещества.

Таким образом, применение направленного транспорта фосфоглива сопровождается более быстрой (на 4-5 дней, чем у больных контрольной группы) нормализацией цифр показателей интоксикации и цитолиза, что связано с восстановлением детоксицирующей функции печени за счет стабилизации мембран гепатоцитов, улучшения их метаболизма.

Заключение

1. У больных с билиарным панкреатитом и гепатитом С, при лечении направленным транспортом препарата фосфоглив на фоне традиционной базисной терапии, отмечается достоверное сокращение длительности интоксикационного синдрома по сравнению с результатами, полученными только на фоне базисной терапии и внутривенным введением препарата фосфоглив;

2. Более эффективное воздействие препарата фосфоглив на темп снижения в крови уровня общего билирубина, активности АлАТ, АсАТ выявляется у пациентов при лечении направленным транспортом препарата фосфоглив на фоне традиционной базисной терапии.

Библиографический список

1. Поражение печени в наркологической практике (патогенез, клиника, диагностика, лечение) / Е.В. Волчкова, Т.Н. Лопаткина, В.А. Сиволап, В.А. Савченков. – М.: Анахар-сис, 2002. – 92 с.
2. Змызгова, А.В. Интерферонотерапия вирусных гепатитов: Пособие для врачей / А.В. Змызгова. – М.: Вектор-Фарм, 1999. – 109 с.
3. Инфекционная заболеваемость в Российской Федерации за январь–декабрь 2005 г. РФ, Федеральный центр гигиены и эпидемиологии. II Эпидемиология и инфекционные болезни. – М., 2006. – № 1. – С. 64-65.
4. Ипатова, О.М. Фосфоглив: механизм действия и применение в клинике / О.М. Ипатова. – М., 2005. – 318 с.
5. Шеянов, Д.С. Особенности клинического течения и лечебной тактики при остром панкреатите у пациентов старшей возрастной группы: Автореферат дис. ... канд. мед. наук / Д.С. Шеянов. – СПб., 2003.

УДК[616.233/.24-007.272-036.12+616.248]:[616.127-008.1:612.13]-07-08(045)

Оригинальная статья

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ И СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, СОЧЕТАННОЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Т.Г. Шаповалова – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, профессор кафедры терапии педиатрического и стоматологического факультетов, доктор медицинских наук; **М.В. Волкова** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ В.И. Разумовского Росздрава, клинический ординатор кафедры терапии педиатрического и стоматологического факультетов; **Н.В. Шелобанова** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ В.И. Разумовского Росздрава, клинический ординатор кафедры терапии педиатрического и стоматологического факультетов; **А.Ю. Рябова** – Саратовский военно-медицинский институт, ассистент кафедры терапии, доктор медицинских наук; **Л.И. Лекарева** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ В.И. Разумовского Росздрава, ассистент кафедры терапии педиатрического и стоматологического факультетов, кандидат медицинских наук.

HEMODYNAMICS FEATURES AND CONTRACTIVE MIOCARDIAL FUNCTION IN PATIENTS WITH CHRONICAL OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASES ACCOMPANIED BY BRONCHIAL ASTHMA

T.G. Shapovalova – Saratov State Medical University n. a. V.I. Razumovskiy, Department of Therapy of Pediatric and Stomatological Faculties, Professor, Doctor of Medical Science; **M.V. Volkova** – Saratov State Medical University n. a. V.I. Razumovskiy, Department of Therapy of Pediatric and Stomatological Faculties, Attending Physician; **N.V. Shelobanova** – Saratov State Medical University n. a. V.I. Razumovskiy, Department of Therapy of Pediatric and Stomatological Faculties, Attending Physician; **A.Yu. Ryabova** – Ministry of Defense of the RF, Saratov Military Medical Institute, Department of Therapy, Assistant, Doctor of Medical Science; **L.I. Lekareva** – Saratov State Medical University n. a. V.I. Razumovskiy, Department of Therapy of Pediatric and Stomatological Faculties, Assistant, Candidate of Medical Science.

Дата поступления — 9.06.08 г.

Дата принятия в печать — 15.02.10 г.