



WWW.IPOVSZRT.TJ/
JOURNAL



ТИПОГРАФИЯ
ООО «МАНСУН»

Редактор:
Р.Р.Рофиев
Технический редактор:
С. Юлдашева
Зав. редакцией:
Е.Н. Рубис
Корректор:
О.В. Шумилина
Переводчик:
Д.Хакимов

Зарегистрирован в Министерстве культуры Республики Таджикистан № 029/МЧ-97 от 04.12.2017 г.

УДК Тадж: 61
№ГР 34-02.1.216 TJ

Журнал зарегистрирован в ВАК РФ 3 июня 2016 года и является рецензируемым

Сдано в набор 28.06.2018 г.
Подписано в печать 14.07.2018 г.
Формат 60x84 1/8
Печать офсетная
Усл.печ.л. 7,5 (1+1) + 1 у.п.л. (4+4)
Уч. изд. л. 9,85
Заказ № 703

Подписной индекс для предприятий и организаций: 77719

ISSN 2414-0252

ДУШАНБЕ

Паёми таълимоти баъдидипломи
соҳаи тандурустӣ

Вестник последипломного образования
в сфере здравоохранения

Выходит один раз в 3 месяца

Основан в 2011 г.

1 • 2019

Сардабир Н.Д. Мухиддинов – д.и.т.

Главный редактор Н.Д. Мухиддинов – д.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

А. Ахмедов (член-корр. АМН РТ, д.м.н., профессор, редактор), **С.К. Асадов** (к.м.н., ответственный секретарь), **Г.Г. Ашуров** (д.м.н., профессор, заместитель главного редактора), **С.М. Ахмедов** (д.м.н., профессор), **А.Г. Гоибов** (д.м.н., профессор), **С.Б. Давлатов** (д.м.н., научный редактор), **М.Н. Джураев** (д.м.н.), **К.А. Закирова** (д.м.н.), **Х.И. Ибодов** (д.м.н., профессор), **Т.Ш. Икромов** (д.м.н.), **К.И. Исмоилов** (д.м.н., профессор), **О.И. Касымов** (д.м.н., профессор), **К.М. Курбонов** (академик АМН МЗ РТ, д.м.н., профессор), **З.А. Мирзоева** (д.м.н., профессор), **А.М. Мурадов** (академик Российской академии медико-технических наук, д.м.н., профессор), **Мухаммадали Музаффар** (д.ф.н., профессор), **С.М. Мухаммадиева** (д.м.н., профессор), **М. Нажмудинова** (д.м.н., профессор), **Ф.И. Одинаев** (д.м.н., профессор), **С.Р. Расулов** (д.м.н.), **З.Я. Рахимов** (к.м.н., доцент), **Р.Р. Рофиев** (к.м.н., доцент), **К.Х. Сироджов** (к.м.н.), **Хамидов Д.Б.** (к.м.н., доцент), **Д.И. Холматов** (д.м.н. доцент), **М.Н. Шакиров** (д.м.н.), **С.М. Шукурова** (член-корр. АМН РТ, д.м.н., профессор)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

А. Азизов (д.м.н., профессор), **Дж.А. Азонов** (д.м.н., профессор), **М.М. Алиев** (д.м.н., профессор; Ташкент), **В.Г. Баиров** (д.м.н., профессор; Санкт-Петербург), **Б.Б. Баховадинов** (д.м.н., профессор; Санкт-Петербург), **Р.Н. Бердиев** (д.м.н., доцент), **М.А. Гафарова** (д.м.н., профессор; Москва), **А.Д. Гоибов** (член-корр. АМН РТ, д.м.н., профессор), **Т.Г. Гульмурадов** (член-корр. АМН МЗ РТ, д.м.н., профессор), **Д.С. Додхоев** (д.м.н.), **М.Ф. Додхоева** (академик АМН МЗ РТ, д.м.н., профессор), **А.Р. Достиев** (д.м.н., профессор), **П.Т. Зоиров** (член-корр. АМН РТ, д.м.н., профессор), **М.С. Исаева** (д.м.н., профессор), **А.А. Исмаилов** (д.м.н.), **М.Я. Камилова** (д.м.н., доцент), **М.М. Каратаев** (д.м.н., профессор; Бишкек), **М.К. Кулджанов** (д.м.н., профессор; Алма-Ата), **Назаров Т.Х.** (д.м.н., профессор; Санкт-Петербург), **Ш.Ф. Одинаев** (д.м.н., доцент), **Р.А. Рахмонов** (д.м.н.), **Руммо О.О.** (д.м.н., профессор; Минск), **С.С. Сатторов** (д.м.н., профессор), **И.В. Тимофеев** (д.м.н., профессор; Санкт-Петербург), **И.Б. Холматов** (д.м.н., профессор)



WWW.IPOVSZRT.TJ/
JOURNAL



PRINTING HOUSE
«MANSUN»

Herald of the institute of postgraduate education in health sphere

Every 3 months Journal

Since 2011

1 • 2019

Chief editor N.D. Mukhiddinov
doctor of medical science

MEMBERS OF EDITORIAL BOARD

A. Akhmedov (Corresponding member of the Academy of medical science of Republic of Tajikistan, doctor of medical science, professor, editor), **Asadov S. K.** (candidate of medical science, executive secretary), **Ashurov G. G.** (doctor of medical science, professor, deputy of general editor), **Akhmedov S. M.** (doctor of medical science, professor), **Goibov A. G.** (doctor of medical science, professor), **Davlatov S. B.** (doctor of medical science, scientific editor), **Dzhuraev M. N.** (doctor of medical science), **Zokirova K. A.** (doctor of medical science), **Ibodov Kh. I.** (doctor of medical science, professor), **Ikromov T. Sh.** (doctor of medical science), **Ismoilov K. I.** (doctor of medical science, professor), **Kasymov O. I.** (doctor of medical science, professor), **Kurbonov K. M.** (Academician of Academy of Medical Sciences of Ministry of Public health of Republic of Tajikistan, doctor of medical science, professor), **Mirzoeva Z. A.** (doctor of medical science, professor), **Muradov A. M.** (academician of the Russian Academy of Medical and Technical Sciences, doctor of medical science, professor), **Muzaffari M.** (doctor of philosophy science, professor), **Mukhamadieva S. M.** (doctor of medical science, professor), **Nazhmudinova M.** (doctor of medical science, professor), **Odinaev F. I.** (doctor of medical science, professor), **Rasulov S. R.** (doctor of medical science), **Rakhimov Z. Ya.** (candidate of medical science, docent), **Rofiev R. R.** (candidate of medical science, docent), **Sirodzhov K. Kh.** (candidate of medical science), **Khamidov D. B.** (candidate of medical science, docent), **Kholmatov D. I.** (doctor of medical science, professor), **Shakirov M. N.** (doctor of medical science), **Shukurova S. M.** (Corresponding member of the Academy of medical science of Republic of Tajikistan, doctor of medical science, professor)

EDITORIAL COUNCIL

Azizov A. (doctor of medical science, professor), **Azonov Dzh. A.** (doctor of medical science, professor), **Aliiev M. M.** (doctor of medical science, professor; Tashkent), **Bairov V. G.** (doctor of medical science, professor; St. Petersburg), **Bakhovaddinov B. B.** (doctor of medical science, professor; St. Petersburg), **Berdiev R. N.** (doctor of medical science, docent), **Gafarova M. A.** (doctor of medical science, professor; Moscow), **Goibov A. D.** (Corresponding member of the Academy of medical science of Republic of Tajikistan, doctor of medical science, professor), **Gulmuradov T. G.** (corresponding member of Academy of Medical Sciences of Ministry of Public health of Republic of Tajikistan, doctor of medical science, professor), **Dodkhaeva M. F.** (Academician of Academy of Medical Sciences of Ministry of Public health of Republic of Tajikistan, doctor of medical science, professor), **Dodkhoev D. S.** (doctor of medical science), **Dostiev A. R.** (doctor of medical science, professor), **Zoirov P. T.** (Corresponding member of the Academy of medical science of Republic of Tajikistan, doctor of medical science, professor), **Isaeva M. S.** (doctor of medical science, professor), **Ismailov A. A.** (doctor of medical science), **Kamilova M. Ya.** (doctor of medical science, docent), **Karataev M. M.** (doctor of medical science, professor; Bishkek), **Kuldzhanov M. K.** (doctor of medical science, professor, Alma-Ata), **Nazarov T. Kh.** (doctor of medical science, professor; St. Petersburg), **Odinaev Sh. F.** (doctor of medical science, docent), **Rakhmonov R. A.** (doctor of medical science), **Rummo O. O.** (doctor of medical science, professor; Minsk), **Sattorov S. S.** (doctor of medical science, professor), **Timofeev I. V.** (doctor of medical science, professor; St. Petersburg), **Kholmatov I. B.** (doctor of medical science, professor)

ISSN 2414-0252

DUSHANBE

СОДЕРЖАНИЕ

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА МЕДИЦИНЫ

Ганиева М.Т., Хошимов Р.А., Косимова Д.У., Исокова М.Дж., Исоева М.Б.

Частота и структура наследственных заболеваний нервной системы в районе Турсунзаде

5

Гульмуратов Т.Г., Дадабаев Д.У., Рашидов Ф.Ш., Джаббаров А.А.

Видеоторакоскопическое лечение хронического экссудативного перикардита

9

Исмоилов К.А., Вахидов А.

Значение изучения респираторных и механических паттернов в диагностике острого респираторного дистресс-синдрома у пострадавших с травматическим сдавлением головного мозга

16

Карабаев Д.И., Азизов Х.А., Косимов З.К., Хамидов Дж.Б.

Эффективность различных методов обезболивания родов у женщин с гипертензивными нарушениями

21

Каримова Ф.Н., Сайфутдинова М.Б., Джурабекова К.М., Баратов А.К.

Неoadъювантная внутриартериальная полихимиотерапия местно-распространённого рака шейки матки

27

Кахарова Р.А., Иброхимов Ю.Х., Рабиев А.Х.

Хирургические аспекты лечения послеоперационных сужений анального канала

33

Косимова Ф.О., Ходжамуродова Д.А., Ибрагимова Ф.И., Аминова Ф.Б.

Отличительные особенности клинического течения маточного и цервикального факторов бесплодия у женщин репродуктивного возраста

37

Кубачев К.Г., Мухиддинов Н.Д., Заркуа Н.Э., Хацимов К.А.

Диагностика и хирургическое лечение повреждений забрюшинной части двенадцатиперстной кишки

42

Махмудов Д.Т., Гурезов М.Р., Ашууров Г.Г., Зарипов А.А.

О взаимосвязи клинического состояния пародонтального комплекса с уровнем физической активности стоматологических пациентов

48

Мухамадиева С.М., Рустамова М.С., Курбанова М.Х., Негматова С.С., Бадалова Б.Х., Камилова М.Я.

Медико-социальная характеристика женщин с метаболическим синдромом

53

CONTENTS

THEORY AND PRACTICE OF MEDICINE

Ganieva M.T., Khoshimov R.A., Kosimova D.U., Isokov M.J., Isoeva M.B.

Frequency and structure of hereditary diseases of the nervous system in Tursunzadinsk district

Gulmuradov T.G., Dadabaev D.U., Rashidov F.Sh., Jabborov A.A.

Vidoethoracoscopic treatment of chronic exudative pericarditis

Ismoilov K.A., Vakhidov A.

The importance of studying the respiratory mechanical patterns in patients with traumatic brain compression in the diagnosis of acute respiratory distress syndrome

Karabaev L.I., Azizov H.A., Kosimov Z.K., Khamidov J.B.

Efficiency of various methods of anesthesia of genera in women with hypertensive disorders

Karimova F.N., Saifutdinova M.B., Dzhurabekova K.M., Baratov A.K.

Neoadjuvant intraarterial polychemotherapy in the treatment of the locally-spread cervix cancer

Kakharova R.A., Ibrohimov Yu.H., Rabiev A.H.

Surgical aspects of treatment of postoperative constriction of anal channel

Kosimova F.O., Khodjamurodova D.A., Ibragimova F.I., Aminova F.B.

Distinctive features of the clinical course of the uterine and cervical factors of infertility women of reproductive age

Kubachev K.G., Mukhiddinov N.D., Zarkua N.E., Khatsimov K.A.

Diagnostic and surgical treatment of damage of retroperitoneal part of duodenum

Makhmudov D.T., Gurezov M.R., Ashurov G.G., Zaripov A.A.

About intercoupling the clinical condition of parodontal complex with level of the physical activity of dentistry patient

Mukhamadiev S.M., Rustamova M.S., Kurbanova M.Kh., Negmatova S.S., Badalova M.Kh., Kamilova M.Ya.

Medical and social characteristics of women with metabolic syndrome

Назаров П.Х., Достиев А.Р., Достиев У.А., Пиров Б.С., Самадов А.Х.

Факторы риска развития инфекции мочевой системы и её влияние на выживаемость реципиентов с почечным аллотрансплантатом

59

Nazarov P.Kh., Dostiev U.A., Dostiev A.R., Pirov B.S., Samadov A.H.

Risk factors for urinary tract infections and their impact on survival recipients

Ортикова М.М., Мирзоева З.А., Гуломова М.О., Шодиев И.Н.

Распространенность некоторых онкологических заболеваний по участку ГЦЗ №1 города Душанбе и пути профилактической помощи на уровне первичной медико-санитарной помощи

64

Ortikova M.M., Mirzoeva Z.A., Gulomova M.O., Shodiev I.N.

Prevalence of certain oncological diseases in the Dushanbe City health centre # 1 service area and the way of preventive care at the primary health care level

Саидов Б.И., Зоирова Н.П., Хомидов М.Ф.
Эффективность лечения гнездной алопеции с использованием иммуномодулятора

71

Saidov B.I., Zoirova N.P.

Efficiency immunomodulatory of treatment of patients with alopecia

Саидов Д.С.

Характер нарушений кислородно-транспортной функции, газового состава, параметров кислотно-основного равновесия крови и их коррекция путем оптимизации инфузионно-трансфузионной терапии при язвенном гастродуоденальном кровотечении

75

Saidov D.S.

The nature of violations of oxygen-transport function, gas composition, parameters of acid-base balance of blood and their correction by optimization of infusion-transfusion therapy in gastroduodenal ulcer bleeding

Сайёдов К.М., Асадов С.К., Ибодов Х.И., Давлатов С.Б., Рофиев Р.Р., Тиллоев А.Х.
Наш опыт перкутанной нефролитотрипсии у детей

83

Sayyodov K.M., Asadov S.K., Ibodov H.I., Davlatov S.B., Rafiev R.R., Tilloev A.H.

Our experience of percutaneous nephrolithotripsy in children

Хомидов М.Ф., Саидов Б.И.

Диагностика и лечение негонекокковых уретритов у мужчин

88

Khomidov M.F., Saidov B.I.

Diagnostics and treatment of non-gonococcal urethritis in men

ОБЗОР

Мухиддинов Ш.Д., Каримов С.М., Султанов М.Ш.

Аналитическая оценка этиопатогенетических механизмов развития эндо-периапикальных поражений

92

REVIEW

Mukhiddinov Sh.D., Karimov S.M., Sultanov M.Sh.

Analytical estimation of etiopathogenetic mechanism of the development of endo-periapical defeat

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Молочкова Ю.В., Амхадов И.С., Семенова Т.Б., Молочков В.А., Каримов С.М.

Эрозивно-язвенный красный плоский лишай при синдроме Гриншпана-Потекаева

96

CASE FROM PRACTICE

Molochkova Yu.V., Amkhadov I.S., Semionova T.B., Molochkov V.A., Karimov S.M.

Erosive-ulcerous of oral lichen planus at syndrome of Grinshpan-Potekaev

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА МЕДИЦИНЫ

© Коллектив авторов, 2019

УДК 616-009.11; 616.8-056.7

Ганиева М.Т., Хошимов Р.А., Косимова Д.У., Исокова М.Дж., Исоева М.Б.

ЧАСТОТА И СТРУКТУРА НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В РАЙОНЕ ТУРСУНЗАДЕ

Кафедра неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Ganieva M.T., Khoshimov R.A., Kosimova D.U., Isokov M.J., Isoeva M.B.

FREQUENCY AND STRUCTURE OF HEREDITARY DISEASES OF THE NERVOUS SYSTEM IN TURSUNZADINSK DISTRICT

Department of neurology and the fundamentals of medical genetics of TSMU Them Abuali ibni Sino

Цель исследования. Изучить частоту и структуру наследственных заболеваний нервной системы (НЗНС) в популяции Турсунзадевского района Республики Таджикистан.

Материал и методы. Исследование включало в себя ретро- и проспективный методы обследования и лечения больных, находившихся на стационарном лечении в неврологических отделениях Национального медицинского центра Республики Таджикистан с 2015 по 2016 гг., проживающих на территории Турсунзадевского района. Также получены сведения об имеющихся больных из Районного центра здоровья Турсунзаде, домов здоровья, джамоатов района.

Результаты. Всего на территории района диагностировано 7 различных нозологических форм наследственных заболеваний нервной системы: нервно-мышечные прогрессирующие мышечные дистрофии Дюшенна/Беккера, спинальные мышечные атрофии и с поражением центральной нервной системы (мозжечковые атаксии и спастические параплегии). Наиболее часто встречаемой формой оказалась конечностно-поясная форма прогрессирующей мышечной дистрофии, распространенность которой составила 8,6 на 100 000 населения; наиболее редкими заболеваниями являются спиноцеребеллярная атаксия и спинальные мышечные атрофии (1,1 на 100 000 населения). Суммарная распространенность наследственных заболеваний нервной системы в районе составила 22,3 на 100 000.

Заключение. Полученные данные о распространенности и отягощенности НЗНС можно использовать для планирования и оптимизации лечебно-профилактических мероприятий больных с этой патологией, а также для создания национального регистра НЗНС.

Ключевые слова: наследственные заболевание нервной системы, Турсунзадевский район, распространенность

Aim. To study the frequency and structure of hereditary diseases of the nervous system in the population of Tursunzada district of the Republic of Tajikistan.

Materials and methods. The study was carried out on the basis of the Department of Neurology and the fundamentals of medical genetics of the TSMU. Abuali ibn Sino and included both a retro and a prospective method. Data were received on patients who were on inpatient treatment in neurological departments of the State Institution of the National Medical Center of the Republic of Tajikistan from 2015 to 2016, residing in the territory of Tursunzada district. In addition, the information on the available patients was obtained from the Regional Health Center.

Results. In total, 7 different nosologic forms of hereditary diseases of the nervous system were diagnosed on the territory of the region - neuromuscular progressive muscular dystrophy of Duchenne / Becker, spinal muscular atrophy and with central nervous system damage (cerebellar ataxia and spastic paraplegia). The most common form was the limb-belt form of progressive muscular dystrophy, whose prevalence was 8.6 per 100 000 population; the most rare diseases are spinocerebellar ataxia and spinal muscular atrophy (1.1 per 100 000 population). The total prevalence of hereditary diseases of the nervous system in the region was 22.3 per 100 000.

Conclusion. Obtained data on prevalence and burden of NZNS are applicable for planning and optimization of treatment and prophylactic measures for patients with this pathology. The data obtained from this study on patients with hereditary pathology of the nervous system used to create the national registry.

Key words: hereditary disease of the nervous system, Tursunzada region, prevalence

Актуальность

В структуре моногенных наследственных болезней значительную часть составляют наследственные заболевания нервной системы (НЗНС). На их долю приходится более 5% всей неврологической патологии в современном обществе. НЗНС занимают особое место как в ряду всех форм наследственных заболеваний человека, так и патологии нервной системы, что связано с их общей высокой распространенностью, большим разнообразием нозологических единиц, значительным фенотипическим полиморфизмом и выраженной генетической гетерогенностью. Большинство из них носят тяжелый прогрессирующий характер, часто приводят к ранней инвалидизации, а иногда и смерти больного, при этом на сегодняшний день эффективное патогенетическое лечение не разработано. В связи с этим НЗНС имеют не только научную, но и большую медико-социальную значимость [2].

Генетико-эпидемиологические исследования, проводимые с целью получения информации о распространенности, спектре, особенностях фенотипических проявлений НЗНС, также во многих случаях позволяют оценить структуру и частоту патологических мутаций отдельных нозологических форм НЗНС [4], которая необходима для предупреждения новых случаев наследственной патологии в отягощенных семьях и проведения медико-генетического консультирования [3].

Цель исследования.

Изучить частоту и структуру наследственных заболеваний нервной системы (НЗНС) в популяции Турсунзадевского района Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе кафедры неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибн Сино и включало в себя как ретро-, так и проспективный методы. Были получены данные о больных, находившихся на стационарном лечении в неврологических отделениях Национального медицинского центра Республики Таджикистан с 2015 по 2016 гг., проживающих на территории Турсунзадевского района. Кроме того, сведения об имеющихся больных получены из Районного центра здоровья Турсунзаде и домов здоровья, джамоатов района. С целью выявления ранее не заре-

гистрированных случаев заболевания были организованы экспедиционные поездки на территорию района, включавшие подворный обход больных и их семей. Всего было обследовано 372 человека, включая членов семей больных, в возрасте от 4 лет до 65 лет, из которых выявлено 62 больных с различными формами НЗНС.

Турсунзадевский район (город) расположен на 60 км к западу от города Душанбе – столицы Таджикистана, на высоте 570-710 метров над уровнем моря. Турсунзадевский район объединяет 9 сельских джамоатов (административно-территориальная единица) и город Турсунзаде. По данным статистического отдела района, в конце 2016 года в районе проживало 277492 человек.

Статистическая обработка результатов проводилась на ПК с помощью прикладного пакета «STATISTICA 6.0» (StatSoft, США). В работе абсолютные значения представлены в виде средних значений выборки (M) и их ошибки ($\pm m$). Сравнение абсолютных значений проводили с помощью критерия χ^2 .

Результаты и их обсуждение

Всего на территории района было диагностировано 7 различных нозологических форм НЗНС, нервно-мышечные (КПМД), прогрессирующие мышечные дистрофии (ПМД) Дюшенна/Беккера, спинальные мышечные атрофии (СМА), НМСН и поражения центральной нервной системы (мозжечковые атаксии и спастические параличи). Наиболее часто встречаемой формой оказалась конечностно-поясная форма прогрессирующей мышечной дистрофии, распространенность которой составила 8,6 на 100 000 населения; наиболее редкими заболеваниями являются спинocereбеллярная атаксия и СМА (1,1 на 100 000 населения, соответственно). Суммарная распространенность НЗНС в районе составила 22,3 на 100 000 (табл. 1).

При сравнительной оценке распространенности НЗНС по имеющимся в районе селам установлена наибольшая распространенность заболеваний в джамоате Работ (39,2 на 100 000 населения), наименьшая – в джамоате Джуры Рахмона (14,7 на 100 000 населения). Средняя распространенность НЗНС в сельской популяции составила 19,8 на 100 000 населения, а по городу – 32,3 на 100 000 населения (табл. 2).

Таблица 1

Распространённость различных форм НЗНС

<i>Диагноз</i>	<i>Число больных</i>	<i>Распространённость на 100 000 нас.</i>
ПМД Дюшенна/Беккера	6	2,2
СМА	3	1,1
Спастические параплегии	8	2,8
КПМД	24	8,6
НМСН (все типы)	12	4,3
Болезнь Фридрейха	6	2,2
Спиноцеребеллярная атаксия	3	1,1
Всего	62	22,3

Таблица 2

Распространённость НЗНС по городу и джамоатам района

<i>Джамоат</i>	<i>Численность населения</i>	<i>Число больных</i>	<i>Распространённость (на 100 000)</i>
Сешанбе	11440	3	26,2
Работ	15293	6	39,2
Джура Рахмон	40736	6	14,7
Каратог	41304	12	29,1
Пахтаобод	12453	2	16,1
Навобод	38799	6	15,4
10-солагии Истиклолият	28692	6	20,9
Туйчиев	17324	3	17,3
Первомайский	15696	–	–
Всего по сельским джамоатам	221737	44	19,8
Город Турсунзаде	55755	18	32,3
Р	>0,05		

Примечание: *p* – статистическая значимость различия показателей между значениями в городе и селе (по критерию χ^2)

Анализ распределения больных по полу выявил, что большую часть пациентов с НЗНС составили лица мужского пола – 41 пациент, женщин среди выявленных и обследованных пациентов оказалось 21. Соотношение мужчин и женщин равно 1:2.

Составление родословных карт позволило распределить больных в зависимости от типа наследования заболевания. Результаты показали, что в целом в грузе наследственности преобладают заболе-

вания с аутосомно-рецессивным типом наследования.

Подсчитана общая распространённость нервно-мышечных заболеваний, которая составила 16,2 на 100 000 населения, что в 1,5 раза выше, чем результаты, полученные по Кулябской области Таджикистана (11,6 на 100 000 населения), но в 3,6 и 4,6 раза ниже, чем в Колхозабадском (59,0 на 100 000) и Куйбышевском (75,6 на 100 000) районах республики, соответственно [5]. В большинстве исследований,

проведенных на территории РФ, отмечена наибольшая распространенность НМСН (4,5 на 100000 обследованных человек для АД форм) [1, 2]. Для таджикской популяции, согласно данным, полученным в ходе нашей работы, наибольшая распространенность установлена для КПМД (8,6 на 100 000 населения).

Заключение

Полученные данные о распространенности и отягощенности НЗНС применительно для планирования и оптимизации лечебно-профилактических мероприятий больным с этой патологией. Полученные в результате данного исследования сведения о пациентах с наследственной патологией нервной системы можно использовать для создания национального регистра НЗНС.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Гинтер Е.К., Зинченко Р.А. Наследственные болезни в российских популяциях // Вестник ВОГиС. 2016. Т. 10, № 1. С. 106-125.
2. Говбах И.А. Популяционно-эпидемиологические аспекты наследственных болезней нервной системы // Медицинские науки. 2015. № 2. С. 54-60
3. Зинченко Р.А., Ельчинова Г.И., Гинтер Е.К. Факторы, определяющие распространение наследственных болезней в российских популяциях // Медицинская генетика. 2010. № 8. С.7-23.
4. Рахмонов Р.А., Мадаминова Т.В., Усмонов Б.Т. Распространенность и спектр наследственных заболеваний нервной системы в Республике Таджикистан // Здравоохранение Таджикистана. 2014. №1. С. 22-27.

REFERENCES

1. GinterYe.R.A. Zinchenko // K. Nasledstvennyye bolezni v rossiyskikh populyatsiyakh / Ye.K.Ginter, Vestnik VOGiS. – 2016. – T. 10, № 1. – S. 106-125.
2. Govbakh I.A. Populyatsionno-epidemiologicheskiye aspekty nasledstvennykh bolezney nervnoy sistemy / I.A. Govbakh // Meditsinskiye nauki. – 2015. – № 2. – S. 54-60
3. Zinchenko P.A. Faktory, opredelyayushchiye rasprostraneniye nasledstvennykh bolezney v rossiyskikh populyatsiyakh / R.A. Zinchenko, G.I. Yel'chinova, Ye.K. Ginter // Meditsinskaya genetika. – 2010. – № 8. – S.7-23.
4. Rahmonov R.A., Madaminova T.V., Usmonov T.B. Rasprostranennost i spektr nasledstvennikh zabolevaniy nervnoi sistemi v respublike Tajikistan Zdravooyraneniya Tajiristana. 2014. №1. P. 22-27.

Сведения об авторах:

Ганиева Манижа Тимуровна – зав. кафедрой неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н.

Хошимов Рахим Абдуллоевич – доцент кафедры неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н.

Косимова Дилафруз Умаровна – аспирант кафедры неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Исокова Мухайе Джурабоевна – ассистент кафедры неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Исоева Манижа Башировна – ассистент кафедры неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Контактная информация:

Ганиева Манижа Тимуровна – тел.: +992918668595; e-mail: ganieva.maniza.79@mail.ru

© Коллектив авторов, 2019

УДК 616.12-002-089

¹Гульмурадov Т.Г., ¹Дадабаев Д.У., ²Рашидов Ф.Ш., ¹Джаббаров А.А.

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЭКССУДАТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА

¹Кафедра сердечно-сосудистой, эндоваскулярной и пластической хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

²ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ

¹Gulmuradov T.G., ¹Dadabaev D.U., ²Rashidov F.Sh., ¹Jabborov A.A.

VIDEOTHORACOSCOPIC TREATMENT OF CHRONIC EXUDATIVE PERICARDITIS

¹Department of cardiovascular, endovascular and plastic surgery of the State Education Establishment
“Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan”

²Republican scientific center for cardiovascular surgery

Цель исследования. Оценить возможности видеоторакоскопического лечения хронического экссудативного перикардита.

Материал и методы. Приведены результаты обследования и хирургического лечения 84 больных с хроническим экссудативным перикардитом (ХЭП). Мужчин было 53 (63,09%), женщин - 31 (36,90%) в возрасте от 15 до 67 лет. Длительность заболевания составила от 6 месяцев до 4-х лет. У всех больных установлено наличие выпота в полости перикарда и признаков хронической тампонады сердца, значительные нарушения функции внешнего дыхания и внутрисердечной гемодинамики, обусловленные компрессией сердца.

Основную группу составили 34 больных с ХЭП с признаками хронической тампонады сердца и толщиной перикарда до 5 мм, которым была выполнена торакоскопическая фенестрация перикарда. В группу сравнения включены 50 больных с ХЭП с толщиной перикарда более 5 мм, которым произведена субтотальная перикардэктомия из министертотомного доступа.

Результаты. После торакоскопической фенестрации перикарда у всех больных наступил быстрый регресс заболевания с сокращением сроков пребывания в стационаре ($6,1 \pm 0,7$ дней), что обусловлено уменьшением травматичности операции и частоты осложнений.

Заключение. Малая травматичность видеоторакоскопического лечения ХЭП благодаря снижению тяжести хирургической агрессии способствует сокращению сроков реабилитации пациентов.

Ключевые слова: экссудативный перикардит, эхокардиография, видеоторакоскопия

Aim. To evaluate the possibilities of video-thoracoscopic treatment of chronic exudative pericarditis.

Materials and methods. The results of examination and surgical treatment of 84 patients with chronic exudative pericarditis (HEP) are presented. There were 53 men (63.09%) and 31 women (36.90%) aged 15-67 years. The duration of the disease was 6 months. Up to 4 years. All patients were found to have effusion in the pericardial cavity and signs of chronic cardiac tamponade, significant disturbances of external respiration and intracardiac hemodynamics due to heart compression.

The main group consisted of 34 patients with HEP with signs of chronic cardiac tamponade and pericardial thickness up to 5 mm, who underwent thoracoscopic pericardial fenestration. The comparison group included 50 patients with HEP with a pericardial thickness of more than 5 mm, who underwent Subtotal pericardectomy from the Ministerial access.

Results. After thoracoscopic pericardial fenestration in all patients there was a rapid regression of the disease with a reduction in hospital stay (6.1 ± 0.7 days) due to a decrease in traumatic surgery and the frequency of complications.

Conclusion. Small traumatism of video-thoracoscopic treatment of HEP due to reduction of severity of surgical aggression contributes to reduction of terms of rehabilitation of patients.

Key words: pericardial effusion, echocardiography, videothoracoscopy

Актуальность

Экссудативный (выпотной) перикардит (ЭП) является наиболее частой патологией перикарда и имеет тенденцию к росту [1, 3]. Причинами ЭП являются: вирусное поражение сердца с вовлечением перикарда, туберкулез, травматическое повреждение, онкологические, аутоиммунные и лимфопролиферативные заболевания [2, 4, 6]. Признаки активного или перенесенного перикардита обнаруживаются на аутопсиях в 3-6,1% всех патологоанатомических вскрытий [5].

Наиболее грозными осложнениями ЭП являются тампонада сердца и развитие тяжелой сердечной недостаточности, обусловленные диастолической дисфункцией миокарда [4, 7], что свидетельствует о важности изучения данной патологии.

До недавнего времени для лечения ЭП и сдавливающего перикардита применялись перикардиоцентез и субтотальная перикардэктомия, сопровождающиеся тяжелыми осложнениями, рецидивами заболевания и высокой летальностью, достигающей 10-13,6% [1, 7].

В литературе последних лет появились сообщения о торакоскопической фенестрации перикарда с формированием плевроперикардального свища [2, 5, 6, 7]. Однако использование данного способа ограничено спаечным процессом в плевральной полости после перенесенного плеврита или сеансов лучевой терапии у онкологических больных.

Широкому внедрению видеоторакоскопического лечения ХЭП препятствует отсутствие единого мнения о показаниях, тактике и технике выполнения видеоэндохирургических вмешательств при ЭП [2].

Поиску различных аспектов применения видеоэндохирургической технологии в лечении ХЭП посвящено настоящее исследование.

Цель исследования

Оценить возможности видеоторакоскопического лечения хронического экссудативного перикардита.

Материал и методы исследования

Настоящая работа основана на результатах комплексного обследования и хирургического лечения 84 больных с хроническим экссудативным перикардитом, находившихся в отделении хирургии сердца Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии за период с 2000 по 2017 гг. Среди них мужчин было 53, женщин – 31, в возрасте от 15 до 67 лет. Средний возраст больных $32,4 \pm 1,9$ лет.

Подавляющее большинство (86,9%) составили лица молодого и трудоспособного возраста. Клиническая картина хронического экссудативного перикардита зависела от характера течения, степени хронической тампонады сердца и длительности заболевания.

Все больные с хроническим экссудативным перикардитом жаловались на тупые боли в области сердца или за грудиной, одышка и сердцебиение в покое наблюдались у 36 больных (42,3%), одышка и сердцебиение при физической нагрузке – у 47 (55,9%), боли и тяжесть в правом подреберье – у 48 (57,1%), одутловатость лица – у 57 (67,9%), набухшие шейные вены – у 28 (33,3%), гепатоспленомегалия – у 33 (39,3%), асцит – у 10 (11,9%), отек нижних конечностей – у 5 (5,9%), односторонний гидроторакс – у 23 (27,38%), двусторонний – у 12 (14,28%) больных. Анемия выявлена у 54 (64,3%) больных, повышение СОЭ – у 38 (45,23%), гипопроотеинемия отмечена у всех пациентов.

Длительность заболевания у 67 (79,8%) больных составляла до одного года, у 8 (9,5%) – до двух лет, у 5 (5,9%) – до трех, у 4 (3,57%) – до четырех лет.

Самыми характерными признаками ХЭП являлись тупые боли постоянного характера в области сердца и за грудиной, одышка и сердцебиение при физической нагрузке, боли и тяжесть в правом подреберье, приглушенность тонов сердца.

В зависимости от способа хирургического лечения больные с ХЭП были разделены на две группы. Основную составили 34 больных с ХЭП с признаками хронической тампонады сердца, которым выполнена торакоскопическая фенестрация перикарда. В группу сравнения включены 50 больных с ХЭП, которым выполнена субтотальная перикардэктомия с применением Т-образной министернотомии. Обе группы больных по полу, возрасту, клиническому течению, характеру осложнений и частоте сопутствующих заболеваний были сопоставимы.

Всем пациентам были проведены общеклинические, биохимические и рентгенологические исследования, эхокардиография (ЭхоКГ), электрокардиография (ЭКГ) и исследование функции внешнего дыхания (ФВД).

Результаты и их обсуждение

Рентгенологическими признаками ХЭП были увеличение размеров и кардиоторакального индекса, изменение конфигурации сердечной тени, которая приобретала шарообразный или трапециевидный характер, сглаженность талия сердца (рис. 1).



Рис. 1. Рентгенограмма грудной клетки больного с хроническим экссудативным перикардитом

На ЭКГ у больных с ХЭП было характерным снижение вольтажа желудочкового

комплекса QRS и сокращение интервалов PP и RR, что свидетельствовало о наличии тахикардии.

Эхокардиографические исследования больных с ХЭП показали, что при поступлении размеры правого желудочка и левого предсердия уменьшены и составляли $21,7 \pm 1,62$ мм и $27,2 \pm 1,18$ мм соответственно, а правое предсердие увеличено до $28,4 \pm 1,58$ мм. При этом значительно снижены КДО и КСО до $34,8 \pm 0,98$ мл и $16,9 \pm 0,68$ мл соответственно. Несмотря на такие изменения функциональных параметров сердца, фракция выброса оставалась в пределах нормальных значений и составляла $60,6 \pm 3,1\%$ (табл. 1). Следовательно, у больных с ХЭП наблюдаются изменения внутрисердечной гемодинамики, связанные с подавлением функции правых отделов сердца вследствие его компрессии, что выражалось в увеличении размеров правого предсердия и уменьшении левого.

Таблица 1

Показатели ЭхоКГ у больных с ХЭП до и после хирургического лечения (n=50)

Показатели	До хирургического лечения ($M \pm m$)	После хирургического лечения ($M \pm m$)	Разница в %
Фракция выброса (%)	$60,6 \pm 3,09$	$67,6 \pm 1,71^*$	10,4
Конечный диастолический объём (мл)	$34,8 \pm 0,98$	$68,2 \pm 0,52^{***}$	49,0
Конечный систолический объём (мл)	$16,9 \pm 0,68$	$26,5 \pm 0,43^{***}$	36,3
Конечный диастолический размер (мм)	$42,6 \pm 2,40$	$43 \pm 1,51$	
Конечный систолический размер (мм)	$27,4 \pm 1,77$	$29,8 \pm 0,97$	8,1
Ударный объём (мл)	$53,2 \pm 2,45$	$51 \pm 1,96$	
Размеры правого предсердия (мм)	$28,4 \pm 1,58$	$23,5 \pm 1,38^{**}$	17,3
Размеры левого предсердия (мм)	$27,2 \pm 1,18$	$32,1 \pm 0,69^*$	15,3
Размеры правого желудочка (мм)	$21,7 \pm 1,62$	$33,7 \pm 0,47^{***}$	35,7

Примечание: * – $P < 0,05$; ** – $P < 0,01$; *** – $P < 0,001$

Пневмотахометрическое исследование вентиляционной функции легких показало, что объём вдоха у больных с ХЭП в среднем составил $43,8 \pm 6,7\%$ от нормальных величин. ФЖЕЛ составила $43 \pm 7,35\%$ от должных величин. Показатель, характеризующий бронхиальную проходимость – индекс Тиффно,

также был достоверно ниже, по сравнению с показателями контрольной группы (табл. 2).

У больных с ХЭП скоростные показатели, характеризующие бронхиальную проходимость: ПОС, МОС₇₅, МОС₅₀, МОС₂₅ и СОС₂₅₋₇₅ – были достоверно снижены, по сравнению с нормальными показателями ФВД, что

свидетельствует о значительном нарушении бронхиальной проходимости.

Следовательно, у больных с хроническими экссудативными перикардитами имеют место значительные нарушения функции внешнего дыхания, зависящие не только от

нарушений параметров центральной гемодинамики, но и от изменения емкостных показателей грудной и брюшной полостей - от количества экссудата в перикардиальной и плевральных полостях и напряженного асцита.

Таблица 2

Динамика функции внешнего дыхания больных ХЭП до и после комплексного лечения

Показатели ФВД	Контрольная группа (n=30)	ХЭП (n=30)	
		до лечения	после лечения
ЖЕЛ (%)	83,3±1,4	43,8±6,7	56,3±3,29*
ФЖЕЛ (%)	75,7±1,9	43±7,35	53,2±2,91
ОФВ1 (%)	85,8±2,2	48,1±8,67	61,3±3,38*
Индекс Тиффно (%)	120,1±3,75	95,1±5,5	115,3±2,01*
ПОС выдоха (%)	5,48±0,24	3,1±0,38	3,02±0,24
МОС ₇₅ (л/сек)	5,28±0,24	0,96±0,37	3,08±0,66* *
МОС ₅₀ (л/сек)	4,40±0,19	2,35±0,35	2,79±0,39
МОС ₂₅ (л/сек)	2,63±0,13	1,5±0,27	1,89±0,30
СОС ₂₅₋₇₅ (л/сек)	3,98±0,18	2,1±0,33	2,59±0,38
ЖЕЛ вдоха	73,9±1,46	41±6,2	49,2±2,35*
ФЖЕЛ вдоха	35,2±5,38	21,7±7,88	28,5±2,56
ОФВ1 вдоха	39,5±6,12	19,1±8,57	25,4±3,6
Соотношение ЖЕЛ/ФЖЕЛ	45,4±7,14	46,2±2,4	53,1±2,3*
ПОС вдоха	1,88±0,29	1,16±0,29	1,78±0,24
МОС ₇₅ вдоха	1,73±0,27	0,99±0,25	1,66±0,22*
МОС ₅₀ вдоха	1,72±0,28	1,05±0,28	1,55±0,33
МОС ₂₅ вдоха	1,46±0,23	0,87±0,24	1,02±0,21
МОД	66,3±1,77	37,6±5,83	42,1±3,2

Примечание: * - $P < 0,05$; ** - $P < 0,01$

Всем больным с ХЭП в целях предоперационной подготовки проводилась антибактериальная и неспецифическая противовоспалительная терапия, применение кардиотрофиков (панангин по 10,0 в/в, милдронат 10,0 в/в), мочегонных препаратов (верошпирон по 50 мг х 2 раза, фуросемид по 40 мг утром через день натошак с учетом суточного диуреза и под контролем показателей электролитов крови). Больным с анемией проводилась её коррекция применением препаратов железа, гемо- и плазмотрансфузии.

У 12 больных с ХЭП со скоплением значительного количества жидкости в полости перикарда, с признаками тампонады сердца

производили пункцию и дренирование перикарда с последующим цитологическим и бактериологическим исследованием экссудата. Им проводилось фракционное промывание полости перикарда 200-300 мл раствором антисептиков (фурациллин, декасан). С целью подавления экссудации внутриперикардиально вводили кортикостероиды (преднизолон по 30 мг или дексаметазон по 4 мг). После прекращения экссудации катетер удаляли на 5-6 сутки.

Как показали наши наблюдения, перикардиоцентез эффективен при ранней реактивной фазе заболевания. При ХЭП, значительном количестве детрита в полости

перикарда, появлении признаков организации выпота, свертков фибрина или крови, формировании внутриперикардальных сращений, резистентных к протеолитической терапии, необходимо применение хирургического лечения (торакоскопическая фенестрация или субтотальная перикардэктомия).

Видеоторакоскопическая хирургия зарекомендовала себя как высокоэффективная и малотравматичная методика лечения ряда патологий органов грудной клетки, сопровождающаяся значительно меньшим числом осложнений и коротким периодом реабилитации [4, 5]. В связи с этим 34 больным с выпотным перикардитом, у которых по данным ЭхоКГ обнаружено значительное количество жидкости в полости перикарда, при толщине перикарда до 5 мм и наличии клиники хронической тампонады сердца, проводили видеоторакоскопическую фенестрацию перикарда в области верхушки левого желудочка (рис. 2).

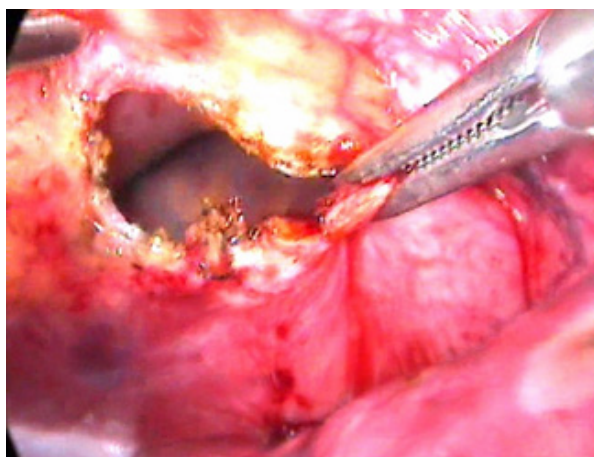


Рис. 2. Видеоторакоскопическая фенестрация перикарда (интраоперационное фото)

Видеоторакоскопическая перикардиотомия выполнялась с применением эндовидеохирургического комплекса фирмы «KarlWulf» (Германия) в условиях общего

обезболивания с искусственной однолегочной вентиляцией легких.

Операцию начинали с 10-15-мм разреза в 50 межреберье слева по средней подмышечной линии, через который пальцем обследовали прилежащую плевру для выявления сращений. Затем по стержню-направителю в полость плевры вводили гильзу 10-мм троакара, а через нее – телескоп. После визуальной оценки состояния перикарда в плевральную полость заводили манипулятор, с помощью которого производили тщательную ревизию. Для предстоящей манипуляции устанавливали еще 1-2 троакара (5-мм) для инструментов (зажимов, диссекторов, наконечника вакуум-отсоса). Монополярными электроинструментами осуществляли гемостаз и рассечение плевральных сращений.

После оценки состояния перикарда, справа от диафрагмального нерва, над левым желудочком производили формирование окна размером 4,0 × 4,0 см после чего полость перикарда тщательно промывали антисептическим раствором. Плевральную полость дренировали в VII и IX межреберьях с введением дренажей в заднюю костальную поверхность и передний синус под перикардом соответственно. Через ранее вставленный микрокатетер проводилось фракционно-проточное промывание полости перикарда растворами антибиотиков, антисептиков и протеолитических ферментов в течение 5-6 дней. Суточный объем орошаемой жидкости составлял 2-3 литра.

При наличии необратимых морфологических изменений с утолщением перикарда более 5 мм адекватная декомпрессия сердца, эффективная санация полости перикарда возможны только после проведения радикального оперативного вмешательства – субтотальной резекции перикарда (или субтотальной перикардэктомии).

В целях снижения травматичности доступа нами в 50 наблюдениях при субтотальной перикардэктомии была использована Т-образная министернотомия от мечевидного отростка до II-го межреберья.

Таблица 3

Сравнительная оценка результатов хирургического лечения

Виды операции	Количество операций	Койко-дни	Летальность	Нагноение раны
Торакоскопическая фенестрация перикарда	34	6,1±0,7	–	1 (2,9%)
Т-образная министернотомия+ субтотальная перикардэктомия	50	15,3±1,4	1 (2%)	2 (4%)

Оценка непосредственных результатов хирургического лечения больных с хроническими экссудативными перикардитами показала, что торакоскопическая фенестрация перикарда, по сравнению с субтотальной перикардэктомией, сокращает сроки пребывания больных в стационаре с $15,3 \pm 1,4$ до $6,1 \pm 0,7$ дней, что обусловлено уменьшением травматичности операции и частоты осложнений (табл. 3).

После субтотальной перикардэктомии с применением Т-образной мини-стернотомии нагноение раны отмечалось у 2 (4%) пациентов. Случаев нестабильности и остеомиелита грудины не было. Умер 1 пациент от острой сердечной недостаточности.

Таким образом, используемая нами мини-инвазивная Т-образная стернотомия при субтотальной перикардэктомии снижает травматичность операции, сохраняет целостность верхней апертуры грудной клетки, что повышает ее стабильность в сравнении с полной продольной стернотомией. Повышается жесткость грудной клетки, что приводит к улучшению вентиляции легких в послеоперационном периоде и снижению количества легочных осложнений. Кроме того, повышается стабильность грудины и ускоряется ее консолидация. Снижается частота раневых инфекционных осложнений и кровопотеря за счет уменьшения раневой поверхности грудины.

Анализ данных ЭКГ у больных с ХЭП показал, что амплитуда желудочкового комплекса QRS, прохождение импульса по предсердиям PQ, продолжительность интервалов RR и PP уменьшились на 4,5%; 15,8%; 7,0% и 12,2% соответственно, что свидетельствует об улучшении проводимости, сократимости сердца и уменьшении тахикардии после субтотальной перикардэктомии.

Об эффективности проведенной комплексной терапии у больных ХЭП, судили по результатам сравнительного ЭхоКГ исследования до и после хирургического лечения (табл. 1).

У всех больных ХЭП после торакоскопической перикардиотомии или субтотальной перикардэктомии происходили положительные изменения геометрических и функциональных параметров сердца.

После лечения достоверно увеличиваются размеры правого желудочка на 55,2%, с $21,7 \pm 1,62$ мм до $33,7 \pm 0,47$ мм ($P < 0,001$), левого предсердия на 47,9%, с $21,7 \pm 1,62$ мм до $32,1 \pm 0,69$ мм ($P < 0,05$) и уменьшается объем правого предсердия на 17,3%, с $28,4 \pm 1,58$ мл до $23,5 \pm 0,38$ мл ($P < 0,001$) (табл. 1).

Конечно-диастолический и конечно-систолесический объемы левого желудочка увеличивались практически в два раза ($P < 0,001$),

что привело к достоверному росту фракции выброса на 11,6%, с $60,6 \pm 3,09\%$ до $67,6 \pm 0,71\%$ ($P < 0,05$).

Значительное увеличение объемных показателей и фракции выброса на фоне неизменных показателей КДР, КСР и УО свидетельствуют о хорошо сохраненной контрактильной способности миокарда [6, 10].

Результаты динамической ЭхоКГ до и после хирургического лечения свидетельствуют об эффективности комплексного лечения и функциональной сохранности миокарда у больных с ХЭП.

У больных с ХЭП после комплексного лечения отмечалось улучшение всех показателей ФВД (табл. 2). Установлено достоверное увеличение объемных показателей: ЖЕЛ увеличилось на 28,5%, ФЖЕЛ на 23,7%, ОФВ1 на 27,4%, индекс Тиффно на 21,2%. Показатели, характеризующие бронхиальную проходимость, выросли следующим образом: МОС₇₅ на 67,7%, МОС₅₀ на 47,6%, МОС₂₅ на 17,2%, СОС₂₅₋₇₅ на 23,3%, по сравнению с исходными показателями. Вышеприведенные цифры свидетельствуют о том, что более выраженное улучшение показателей происходит на уровне крупных бронхов, что связано с исчезновением плеврального выпота и ликвидацией хронического воспалительного процесса в средостении, охватывающего не только сердце, но и клетчатку, окружающую органы средостения [1, 3].

Таким образом, применение торакоскопической технологии и субтотальной перикардэктомии из министернотомного доступа, благодаря уменьшению травматичности операции и частоты послеоперационных осложнений, улучшают результаты хирургического лечения ХЭП/

Выводы

1. При ХЭП объем выпота и толщина перикарда являются определяющими при выборе тактики оперативного лечения, при наличии выпота в полости неутолщенного перикарда (<5 мм) оптимальной является торакоскопическая фенестрация перикарда, а при ХЭП с утолщением перикарда (>5 мм) - субтотальная перикардэктомия.

2. Сравнительная оценка результатов комплексного лечения больных ХЭП показывают целесообразность применения торакоскопической перикардиотомии в более ранние сроки, до развития хронического сдавливающего перикардита, предотвращая тем самым дегенеративные изменения во внутренних органах.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 4-7 см. в REFERENCES)

1. Носов В.П., Королева Л.Ю., Аминев Н.В. и др. Заболевания перикарда. Нижний Новгород: НижГМА, 2016. 190 с.

2. Свистунов А.А., Осадчук М.А. Заболевания миокарда, эндокарда и перикарда. М.: Лаборатория знаний, 2016. 304 с.

3. Сигал Е.И., Жестков К.Г., Бурмистров М.В., Пикин О.В. Торакоскопическая хирургия. СПб: Авторский тираж, 2012. 352 с.

REFERENCES

4. Dudzinski D.M., Mak G.S., Hung J.W. Pericardial diseases. //Curr Probl Cardiol. 2012. №3. Vol.37.P.75.

5. Imazio M., Gaita F. Diagnosis and treatment of pericarditis. // Heart. 2015. Vol.101. №14. P.68.

6. Petcu C.P., Droc I. The Efficiency of Surgical Subxiphoid Pericardial Drainage and Percutaneous Pericardial Drainage in Pericardial Effusions Associated with Cardiac Tamponade. Chirurgia. 2013. Vol.108. No. 2, P. 226-233

7. Sezai Celik, Muharrem Celik, Bulent Aydemir. Surgical properties and survival of a pericardial window via

left minithoracotomy for benign and malignant pericardial tamponade in cancer patients. //World Journal of Surgical Oncology. 2012. №10.P.123.

Сведения об авторах:

Гульмурадov Тошпулат Гульмурадovич – зав. кафедрой сердечно-сосудистой, эндоваскулярной и пластической хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н., профессор

Дадабаев Джовид Уктамович – аспирант кафедры сердечно-сосудистой, эндоваскулярной и пластической хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Рашидов Фахриддин Шамсиддинович – доцент кафедры хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н.

Джаббаров Абдукодир Абдуразакович – ассистент кафедры сердечно-сосудистой, эндоваскулярной и пластической хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Контактная информация:

Дадабаев Джовид Уктамович – тел.: +992 (93)7977757;
e-mail: dominant-90@mail.ru

© Коллектив авторов, 2019

УДК 616.831-001; 35-009.614

Исмоилов К.А., Вахидов А.

ЗНАЧЕНИЕ ИЗУЧЕНИЯ РЕСПИРАТОРНЫХ И МЕХАНИЧЕСКИХ ПАТТЕРНОВ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА У ПОСТРАДАВШИХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМ СДАВЛЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино
Кафедра нейрохирургии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Ismoilov K.A., Vakhidov A.

THE IMPORTANCE OF STUDYING THE RESPIRATORY MECHANICAL PATTERNS IN PATIENTS WITH TRAUMATIC BRAIN COMPRESSION IN THE DIAGNOSIS OF ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME

Department of Anesthesiology and Reanimatology of the Avicenna Tajik State Medical University
Department of Neurosurgery of the Avicenna Tajik State Medical University

Цель исследования. Определить значение респираторных и механических паттернов у пострадавших с травматическим сдавливанием головного мозга в диагностике острого респираторного дистресс-синдрома.

Материал и методы. Исследование выполнено у 60 пострадавших с травматическим сдавливанием головного мозга в возрасте от 18 до 60 лет. В зависимости от степени тяжести по шкале ком Глазго пострадавшие были разделены на 3 группы, по 20 человек в каждой: в 1-й группе степень тяжести состояния составляла 13,1±1,2 балла, во 2-й – 10,2±1,82 балла, в 3-й – 6,6±1,93 балла. Респираторные паттерны исследовали при помощи аппарата СГ-1М на закрытом контуре, напряжение кислорода в артериальной (PaO₂) и смешанной венозной (PvO₂) крови определяли микро-методом Аструп на аппарате (pH/BloodGas/Electrolytes 1650), физиологическое мертвое пространство и легочной шунт – по рекомендованным формулам, альвеоло-артериальную разницу по кислороду во вдыхаемом и выдыхаемом воздухе – на аппарате Karsbetriebsan-leitungOxydig. Механические паттерны: исследовали при введении 1,5 л газа при помощи моновакууметра с расчётом эластичности, растяжимости лёгкого на фоне тотальной миорелаксации.

Результаты. У пострадавших были снижены функциональная остаточная емкость, равномерность альвеолярной вентиляции, напряжение кислорода в артериальной и смешанной венозной крови, эластичность и растяжимость легких; возрастали альвеоло-артериальная разница по кислороду, легочной шунт, физиологическое мертвое пространство, сопротивление дыхательных путей - во всех группах, при сравнении с показателями контрольной группы (p<0,01).

Заключение. При исследовании респираторных и механических паттернов у пострадавших с тяжелым сдавливанием головного мозга выявлено развитие дыхательной недостаточности, глубина которой зависит от тяжести черепно-мозговой травмы. У 2 пострадавших первой группы обнаружен острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС) I степени, во второй группе – у 3 ОРДС II степени, в третьей – у 9 ОРДС III-IV степени.

Ключевые слова: травматическое сдавление головного мозга, респираторные и механические паттерны, острый респираторный дистресс-синдром

Aim. Determine the value of respiratory and mechanical patterns in victims with traumatic compression of the brain in the diagnosis of acute respiratory distress syndrome.

Materials and methods. The study was performed in 60 patients with traumatic brain compression at the age of 18 to 60 years. Depending on the severity level according to the Glasgow com scale, the victims were divided

into 3 groups, 20 people each: in the 1st group the severity of the condition was $13,1 \pm 1,2$ points, in the 2nd group – $10,2 \pm 1,82$ points, in the 3rd – $6,6 \pm 1,93$ points. Respiratory patterns were examined with the SG-1M apparatus closed on a closed circuit, the oxygen tension in arterial (PaO_2) and mixed venous (PvO_2) blood was measured by the Astrup micro method on the apparatus (pH / BloodGaElectrolytes 1650), the physiological dead space and the pulmonary shunt - on recommended formulas, alveolo-arterial difference in oxygen in the inhaled and exhaled air - on the apparatus Karsbetriebsan-leitungOxydig. Mechanical patterns: investigated with the introduction of 1,5 liters of gas using a monovacuumometer with the calculation of elasticity, lung compliance against the background of total muscle relaxation.

Results. The victims had reduced functional residual capacity, uniformity of alveolar ventilation, oxygen tension in arterial and mixed venous blood, elasticity and distensibility of the lungs; increased alveolo-arterial difference in oxygen, pulmonary shunt, physiological dead space, airway resistance – in all groups, when compared with the control group ($p < 0,01$).

Conclusion. In the study of respiratory and mechanical patterns in victims with severe brain compression, the development of respiratory failure has been revealed, the depth of which depends on the severity of traumatic brain injury. In 2 victims of the first group, acute respiratory distress syndrome (ARDS) of I degree was found, in the second group – in 3 ARDS of II degree, in the third group – in 9 ARDS of III-IV degree.

Key words: traumatic compression of the brain, respiratory and

Актуальность

Острый респираторный дистресс синдром (ОРДС) является постоянным спутником тяжелого сдавления головного мозга (ТСГМ) и во многом определяет течение и исход критического состояния [1]. В среднем, у 25% пострадавших с тяжелым травматическим сдавлением головного мозга и кровопотерей после выведения их из шока развивается ОРДС от 25% до 70% [2-4].

Основными причинами развития ОРДС у пациентов с тяжёлым сдавлением головного мозга являются нарушения микроциркуляции, повреждение эндотелия реагентами свободнорадикальных соединений, инактивация сурфактанта с нарушением механики лёгких, нерациональная инфузионно-трансфузионная терапия, присоединение легочных и внелегочных осложнений, вентиляционно-индуцированное повреждение и др. [5-7].

Цель исследования

Определить значение респираторных и механических паттернов у пострадавших с травматическим сдавливанием головного мозга в диагностике острого респираторного дистресс-синдрома.

Материал и методы исследования

Исследование выполнено у 60 пострадавших с тяжелым сдавливанием головного мозга в возрасте от 18 до 60 лет, поступивших в отделение взрослой анестезиологии и реанимации Национального медицинского центра Республики Таджикистан (НМЦ РТ) за период с 2015 по 2017 гг.

Пострадавшие после тяжелого сдавления головного мозга были разделены на 3 группы, по 20 человек в каждой. В 1-й группе степень тяжести оценена на $13,5 \pm 1,24$ баллов, во 2-й - на $10,2 \pm 1,82$ баллов и в 3-й на $6,6 \pm 1,93$ баллов по шкале ком Глазко (ШКГ).

Для решения поставленной задачи использованы сравнительные данные спирографического исследования показателей вентиляционной способности лёгких с определением статических легочных объемов и ёмкостей, определяемых конвекционным методом закрытого контура на аппарате СГ-1М. При этом исследовались: частота дыхания (ЧД), дыхательный объем (ДО), минутный объем альвеолярной вентиляции (МАВ), функциональный остаточный объем легкого (ФОЕ), равномерность альвеолярной вентиляции по индексу эффективности смешивания (ИЭС), потребление кислорода организмом ($\dot{V}O_2$), напряжение кислорода в артериальной (PaO_2) и смешанной венозной (PvO_2) крови определяли микро-методом Аструп на аппарате (pH/Blood GaElectrolytes 1650), физиологическое мёртвое пространство [4], лёгочный шунт по формуле:

$$Gs \mid Gt = AaDOx0,0031 / AaD0x0,031 + (Ca0_2 - Cv0_2) \times 100\%$$

и альвеоло-артериальная разница кислорода во вдыхаемом и выдыхаемом воздухе на аппарате (Karsbetriebsan-leitungOxydig (Germany)). Соппротивление дыхательных путей исследовано при введении 1,5 л газа при помощи моновакууметра с расчётом эластичности (ЕЛ) Р см вод.ст. Vл растяжимость (РА) V/P лёгкого л см вод.ст. на фоне тотальной миорелаксации. Острый респираторный дистресс-синдром диагностировался общепринятыми методиками [8]. Для получения сопоставимых показателей систем указанными выше методами было обследовано у 20 здоровых людей (доноров).

Статистическая обработка результатов проведена с использованием метода вариационной статистики. Оценка достоверности

различия средних величин с помощью параметрического t-критерия.

Результаты и их обсуждение

В ходе динамической оценки изменений респираторного механического паттерна лёгких и газообмена были изучены особенности течения острого респираторного дистресс-синдрома в зависимости от стадии у пострадавших с тяжёлым сдавлением

головного мозга. При первой стадии острого респираторного дистресс-синдрома прослеживается достоверное снижение респираторного паттерна: по сравнению с идентичными показателями, дыхательный объём снижен на 28,9%, частота дыхания увеличена на 21,3%, минутный объём альвеолярной вентиляции снижен на 14,7% (табл.).

Динамика показателей механических свойств лёгких и газообмена у пострадавших с травматическим сдавлением головного мозга, осложненным острым респираторным дистресс-синдромом в зависимости от степени тяжести травмы (M±m)

Показатели	Контрольная группа	1-я группа ОРДС I стадии 13,5±1,23	2-я группа ОРДС II стадии 10,2±1,82	3-я группа, ОРДС III, IV стадии 6,6±1,93
ДО, мл	560,5±26,6	400,8±18,6*	340,8±24,6*	310,9±25,8*
ЧД, мин	17,8±0,31	21,6±2,4	28,6±2,6*	36,5±2,4*
МАВ, л/мин	7,3±0,14	4,4±0,24	4,1±0,31*	3,9±0,38*
ФОЕ, мл	2260,8±60,3	1820,8±75,6*	1780,6±77,8*	1590,6±71,6*
ИЭС, %	73,1±0,41	51,6±0,53*	46,7±0,63*	40,8±0,71*
ПО ₂ , мл/мин	260,0±10,1	340,8± 11,6*	360,6±10,8*	390,6±12,6*
РаО ₂ , мм рт. ст.	83,5±1,4	75,6±1,9*	71,8±1,8*	68,4±1,6*
PvO ₂ , мм рт. ст.	46,6±1,3	42,2±0,7*	40,5±0,8*	38,4±0,9*
A-a O ₂ мм рт.ст	9,6±0,8	22,6±0,9*	30,7±1,1*	39,5±1,2 *
Q/Q _t , %	7,4 ±0,9	12,6±0,8*	18,4±1,1*	27,6±1,2*
СДП, л/см/вод.ст.	8,81±0,33	11,44±0,25*	13,68±0,34*	17,12±0,41*
ЭЛ, см/вод./ст.	6,85±0,15	7,41±0,11*	9,59±0,23*	11,6±0,31*
РАС, вод/ст. с.	0,129±0,002	0,121±0,003*	0,116±0,001*	0,106±0,002*
Vd/Vt, ус. ед.	0,24±0,02	0,35±0,04*	0,41±0,03*	0,47±0,03 *

Примечание: * – достоверная разница показателей с контрольной группой ($p < 0,05$)

Несостоятельность респираторного паттерна сопровождалась снижением функциональной остаточной ёмкости лёгких на 19,4% и нарушением равномерности альвеолярной вентиляции на 21,4%. Нарушения вентиляции сопровождаются снижением напряжения кислорода в артериальной крови на 9,5%, в смешанной венозной крови на 8,6%, альвеоло-артериальный градиент по кислороду возрастает на 10,8%, физиологическое мёртвое пространство – на 45,8%, внутрилёгочный шунт – на 9,0%, потребление кислорода – на 31%, по сравнению с идентичными показателями контрольной группы ($p < 0,05$). Нарушение респираторного паттерна сопровождается достоверной несостоятельностью механики лёгкого, характеризуемой возрастанием сопротивления дыхательных путей

на 13,1%, эластичность альвеол снижается на 8,9%, растяжимость – на 6,4% ($p > 0,05$) при сравнении с контрольной группой.

Во второй стадии острого респираторного дистресс-синдрома прослеживается выраженное достоверное снижение респираторного паттерна: по сравнению с идентичными показателями контрольной группы дыхательный объём был снижен на 39,2%, частота дыхания учащена на 60,6%, минутный объём альвеолярной вентиляции снижен на 43,8% (табл.). Несостоятельность респираторного паттерна сопровождается снижением функциональной остаточной ёмкости лёгких на 21,2% и нарушением равномерности альвеолярной вентиляции на 36,1%. Нарушения вентиляции сопровождаются снижением напряжения кислорода

в артериальной крови на 14,0%, в смешанной венозной крови – на 12,3%, альвеоло-артериальный градиент по кислороду возрастает в 3,2 раза, физиологическое мёртвое пространство – на 70,8%, внутрилёгочный шунт – в 2,5 раза (148,6%), потребление кислорода организмом – на 38,6% ($p<0,05$). Нарушение респираторного паттерна сопровождается достоверной несостоятельностью механики лёгкого, характеризуемой возрастанием сопротивления дыхательных путей на 55,2%, эластичность альвеол снижается на 40,0%, растяжимость – на 16,1%, по сравнению с контрольной группой ($p<0,05$).

В III, IV стадиях острого респираторного дистресс-синдрома прослеживается достоверно тяжёлое снижение респираторного паттерна, по сравнению с идентичными показателями контрольной группы: дыхательный объем был снижен на 44,5%, частота дыхания увеличена в два раза, минутный объем альвеолярной вентиляции снижен на 46,6% (табл.). Несостоятельность респираторного паттерна сопровождалась снижением функциональной остаточной ёмкости лёгких на 29,6% и нарушением равномерности альвеолярной вентиляции на 44,2%. Нарушения вентиляции сопровождаются снижением напряжения кислорода в артериальной крови на 18,1%, в смешанной венозной крови – на 16,9%, альвеоло-артериальный градиент по кислороду возрастает в 4,1 раза, физиологическое мёртвое пространство – на 95,8%, внутрилегочный шунт – в 3,7 раза (272,9%), потребление кислорода организмом – на 50,2% ($p<0,05$). Нарушение респираторного паттерна сопровождается достоверной несостоятельностью механики лёгкого, характеризуемой возрастанием сопротивления дыхательных путей на 94,3%, эластичность альвеол снижается на 69,3%, растяжимость на 17,8% ($p<0,01$).

Таким образом, при тяжёлой сочетанной травме в результате активации симпатoadренальной системы возникает выраженная гуморальная реакция, вследствие чего в притекающей к лёгкому крови значительно повышается содержание токсических кислых метаболитов. Это приводит к нагрузке и последующей декомпенсации респираторной функции лёгких, в результате возрастает ателектазирование лёгких, внутрилегочное шунтирование крови, физиологическое мёртвое пространство, альвеоло-артериальная разница по кислороду, нарушается оксигенирующая функция лёгких. Перечисленные патофизиологические изменения способствуют нарушению проходимости терминальных

bronхиол; нарушается эластичность и растяжимость альвеол; развивается гипоксия. Оказывает существенное влияние на метаболизм углеводов, способствующее развитию лактомиического ацидоза и на развитие анаэробного гликолиза. Избыток лактата свидетельствует о гипоксических изменениях в тканях и органах с повреждением эндотелия сосудов лёгких, который активно участвует в свертывающей, антисвертывающей и фибринолитической системах крови, что на фоне дистрофических изменений оказывает существенное влияние на развитие легочных осложнений, таких как острое повреждение легких, нарушение кислородтранспортной функции легких и развитие острого респираторного дистресс-синдрома.

Заключение

Острый период тяжелого сдавления головного мозга характеризуется развитием респираторной недостаточности вследствие ателектазирования легких, повышения внутрилегочного шунтирования крови, физиологического мертвого пространства, возрастания альвеоло-артериальной разницы по кислороду, повышения сопротивления в бронхиолах со снижением эластичности и растяжимости альвеол, с развитием гипоксии легкого и острого респираторного дистресс-синдрома.

Исследование респираторных и механических паттернов у пострадавших с тяжелым сдавлением головного мозга выявило развитие дыхательной недостаточности, глубина которой зависит от тяжести черепно-мозговой травмы. У пострадавших первой группы выявлено наличие I степени ОРДС у 2 пострадавших, во второй группе ОРДС II степени диагностирован у 3 пострадавших и в третьей группе ОРДС III-IV степеней диагностирован у 9 пострадавших.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 6-7 см. в REFERENCES)

1. Витер В.И., Долгова О.Б., Вишневская Г.А., Валамина И.Е. Морфологические изменения в легких у лиц, скончавшихся в стационаре от черепно-мозговой травмы // Запорожский медицинский журнал -2013-4 (75)-С.12-15
2. Махамбетчин М.М., Кураева Л.Г. Диффузное поражение легких при закрытой сочетанной травме // Политравма.- 2014.- №4.- С. 40-44
3. Немченко Н.С., Денисов А.В., Жиркова Н.А. и др. Ранняя функционально-лабораторная диагностика ушиба легких у пострадавших с тяжелой сочетанной

травмой // Вестник Российской военно-медицинской академии. - 2013. - Т.4, №1. - С. 53-56

4. Самохвалов И.М., Гаврилин С.В., Супрун А.Ю. Роль ушиба легких в патогенезе дыхательных расстройств при тяжелой сочетанной травме головы // Вестник анестезиологии и реаниматологии. - 2011. - Т.8, №5. - С.11-16

5. Хмара А.Д., Хмара Т.Г. Частота легочных повреждений при сочетанном повреждении // Вестник Новосибирского университета. Серия: Биология, клиническая медицина. - 2012. - Т.10, №5. - С. 181-185.

REFERENCES

1. Viter V. I., Dolgova O. B., Vishnevskaya G. A., Valamina I. E. Morfologicheskie izmeneniya v legkikh u lits skonchavshikhsya v statsionare ot cherepno-mozgovoy travmy [Morphological changes in the lungs in persons who died in hospital from traumatic brain injury]. *Zaporozhskiy meditsinskiy zhurnal – Zaporizhzhya medical journal*, 2013, Vol. 4 (75), pp. 12-15.

2. Makhambetchin M. M., Kuraeva L. G. Diffuznoe porazhenie legkikh pri zakrytoy sochetannoy travme [Diffuse pulmonary disease with closed combined injury]. *Politavtra – Polytrauma*, 2014, No. 4, pp. 40-44

3. Nemchenko N. S., Denisov A. V., Zhirkova N. A. Rannyaya funktsionalno-laboratornaya diagnostika ushiba legkikh u postradavshikh s tyazheloy sochetannoy travmoy [Early functional and laboratory diagnosis of lung injury in patients with severe concomitant injury]. *Vestnik Rossiyskoy voenno-meditsinskoy akademii – Bulletin of the Russian Military Medical Academy*, 2013, Vol. 4, No. 1, pp. 53-56

4. Samokhvalov I. M., Gavrilin S. V., Suprun A. Yu. Rol ushiba legkikh v patogeneze dykhatelnykh rasstroystv pri tyazheloy sochetannoy travme golovy [The role of pulmonary contusion in the pathogenesis of respiratory pathogens in severe concomitant head injury]. *Vestnik anesteziologii i reanimatologii – Herald of anesthesiology and intensive care*, 2011, Vol. 8, No. 5, pp. 11-16

5. Khmara A. D., Khmara T. G. Chastota legochnykh povrezhdeniy pri sochetannom povrezhdenii [The frequency of pulmonary damage in case of combined damage]. *Vestnik Novosibirskogo universiteta. Seriya: Biologiya, klinicheskaya meditsina – Herald of the Novosibirsk University. Series: Biology, Clinical Medicine*, 2012, Vol. 10, No. 5, pp. 181-185

6. Chen W., Ware L. B. Prognostic factors in severe acute respiratory distress syndrome. *Clinical and translational medicine*, 2015, No. 4, pp. 65-69

7. Lean S., Shapiro M. J., McCormack J. E. Blunt traumatic pulmonary contusion and distress syndrome. *The of surgical research*, 2010, Vol. 158, No. 2, pp. 286-288.

Сведения об авторах:

Исмоилов Кудратулло Абдусатовович – ассистент кафедры нейрохирургии ТГМУ им. Абуали ибн Сино; тел.: +992 918 29 9841

Вахидов Абдумаджид – профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино, д.м.н.

Контактная информация:

Исмоилов Кудратулло Абдусатовович – тел.: +992 918299841

© Коллектив авторов, 2019

УДК 618.5; 616-009.624; 616.12-008.331

¹Карабаев Д.И., ¹Азизов Х.А., ²Косимов З.К., ²Хамидов Дж.Б.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

¹Родильный дом №1 г. Душанбе

²Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

¹Karabaev L.I., ¹Azizov H.A., ²Kosimov Z.K., ²Khamidov J.B.

EFFICIENCY OF VARIOUS METHODS OF ANESTHETISM OF GENERA IN WOMEN WITH HYPERTENSIVE DISORDERS

¹Maternity Home #1, Dushanbe

²Department of Anesthesiology and Reanimatology of the State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"

Цель исследования. Оценить влияние различных методов обезболивания родов на центральную гемодинамику и перинатальные исходы у женщин с гипертензивными нарушениями.

Материал и методы. Проанализировано 64 случая ведения родов. У 32 женщин использовали эпидуральную аналгезию, у 32 проводили обезболивание промедолом.

Определяли систолическое, диастолическое, среднее артериальное давление (САД, ДАД, АДср), частоту сердечных сокращений (ЧСС), ударный индекс (УИ), общее периферическое сопротивление сосудов (ОПСС).

Результаты. До обезболивания у пациентов обеих групп отмечается повышение ЧСС, снижение УИ, повышение САД, ДАД, АДср, ОПСС, характеризующие состояние стресса от боли. После аналгезии отмечалось снижение показателей САД, ДАД, АДср, ОПСС в обеих группах, причем в 1-ой группе снижение показателей, по сравнению со 2-ой группой, статистически значимо.

Заключение. Неадекватное обезболивание родов у женщин с гипертензивными нарушениями может привести к увеличению нагрузки на сердечно-сосудистую систему и срыву ее компенсаторных возможностей.

Ключевые слова: гипертензивные нарушения, методы обезболивания, эпидуральная аналгезия

Aim. To assess the effect of various methods of labor anesthesia on central hemodynamics and perinatal outcomes in women with hypertensive disorders.

Materials and methods. Analyzed 64 cases of childbirth. In 32 women, epidural analgesia was used; in 32 women, analgesia was performed with promedol.

Systolic, diastolic, mean arterial pressure (SAP, DAP, MAP), heart rate (HR), impact index (II), and total peripheral vascular resistance (TPVR) were determined.

Results. Before anesthesia in patients of both groups, there was an increase in HR, a decrease in II, an increase in SAP, DAP, MAP, TPVR which characterize the state of stress from pain. After analgesia, there was a decrease in rates of SAP, DAP, MAP, TPVR in both groups, and in the 1st group, a decrease in performance, compared with the 2nd group, is statistically significant.

Conclusion. Inadequate labor anesthesia in women with hypertensive disorders may lead to an increase in the load on the cardiovascular system and the disruption of its compensatory capacity.

Key words: hypertensive disorders, methods of anesthesia, epidural analgesia

Актуальность

Несмотря на последние достижения медицины в акушерской практике, все

еще остается высокой материнская и перинатальная смертность, которая связана с гипертензивными нарушениями. Частота

гипертензивных нарушений у рожениц не имеет тенденции к снижению [3, 4, 6], а в Республике Таджикистан, наоборот, в последние годы прослеживается повышение количества беременных с гипертензивными нарушениями от 3,6% до 12,5% (процент от всех родов в Республике Таджикистан) в 2002 году и до 22,3% в 2015 году. В Таджикистане в 2013 году гипертензивные нарушения занимали ведущее место в структуре материнской смертности и составили 16,7% от всех умерших [6].

При гипертензивных состояниях нарушается органный кровоток с поражением функции жизненно важных органов. По некоторым данным, в основе этого процесса могут лежать иммуногенетические факторы, хотя в целом патофизиологические механизмы этого сложного системного заболевания до конца не изучены, но, как представляется, они связаны с нарушением метаболизма простагландинов и сосудистой эндотелиальной дисфункцией, ведущими к гиперреактивности кровеносных сосудов [5]. При артериальной гипертензии беременных повышается уровень тромбоксана A₂ (TXA₂) и снижается продукция простоциклина (PGI₂). TXA₂ – мощный вазоконстриктор, усиливает агрегацию тромбоцитов. При сосудистой эндотелиальной дисфункции может снижаться выработка оксида азота и увеличиваться выработка эндотелина-1. Эндотелин-1 также способствует агрегации тромбоцитов и является мощным вазоконстриктором. Нарушение реактивности сосудов и эндотелиальная дисфункция ухудшают плацентарную перфузию и могут привести к развитию многообразных системных поражений.

Боль вызывает выраженные изменения в сердечно-сосудистой системе: подъем артериального давления, тахикардия, увеличение ОПСС и увеличение потребности миокарда в кислороде, соответственно, может усиливаться или провоцироваться ишемия миокарда. В свою очередь, все эти изменения очень опасны при гипертензивных нарушениях у женщин, которые уже имеют такие нарушения. При боли концентрация катехолических гормонов (кортизол, глюкагон) увеличивается, а анаболических (инсулин и тестостерон) – снижается. Развивается отрицательный азотистый баланс, непереносимость углеводов и повышенный липолиз. Повышение концентрации кортизола в сочетании с увеличением концентрации ренина, альдостерона, ангиотензина и антидиуретического гормона вызывают

задержку натрия и вторичное увеличение объема внеклеточной жидкости.

Роды всегда сопровождаются болевыми ощущениями, это болезненный физиологический процесс у женщины. Развитие различных осложнений в родах может неблагоприятно сказаться на их исходе как со стороны матери, так и плода. Длительное ощущение боли приводит не только к физической, но и к эмоциональной усталости. Соответственно, обезболивание родов – это очень важный аспект организации родовспоможения, в особенности у женщин с гипертензивными нарушениями. Перед анестезиологом стоит задача минимизировать нагрузку на сердечно-сосудистую систему, выбирая оптимальный вариант обезболивания родов у женщин с гипертензивными нарушениями.

В мировой практике частота обезболивания родов с использованием регионарной анестезии в настоящее время достигает 40-90% [2]. По данным метаанализов Cochrane Database, она превосходит по эффективности прочие методы обезболивания в родах (уровень А). Регионарная анальгезия в родах является наиболее эффективной и гибкой методикой, так как позволяет динамично контролировать степень обезболивания, оказывает относительный гипотензивный эффект и может применяться на протяжении всех родов и проводиться с минимальным воздействием на состояние плода и роженицы [1].

При эпидуральной анальгезии происходит меньший выброс катехоламинов и простагландинов в ответ на сокращение матки и растяжение ее шейки. В свою очередь, это приводит к менее значительному росту сердечного выброса и общего периферического сосудистого сопротивления, вызванных гиперкатехоламинемией, снижению потребления кислорода на фоне схваток. Наступает вазодилатация, улучшающая плацентарный кровоток и кислотно-основное состояние, как у роженицы, так и у плода.

Цель исследования

Оценить влияние различных методов обезболивания родов на центральную гемодинамику и перинатальные исходы у женщин с гипертензивными нарушениями.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось у 64 беременных с гипертензивными нарушениями на базе родильного дома № 1 г. Душанбе. При поступлении в родильный дом перед проведением исследований, диагностических манипуляций, забора крови, а также

лечебных процедур нами было получено письменное информированное согласие от всех родильниц. В зависимости от вида обезболивания беременные были распределены на 2 группы, в каждой по 32 пациента. Средний возраст рожениц в 1-ой группе был $25 \pm 0,59$ лет, во 2-ой – $24,9 \pm 0,92$. Беременным 1-ой группы проводили эпидуральную аналгезию ропивакаином (основная группа). У беременных 2-ой группы в качестве обезболивающего препарата использовали раствор промедола внутримышечно (группа сравнения). Из исследования исключены пациенты, у которых наблюдались гипотонические кровотечения, многоплодная беременность, срок гестации не менее 35 недель, подверженные пороки развития плода. По паритету беременные распре-

дились следующим образом: первородящие составили 76,7%, повторнородящие – 16,2%, многорожавшие (5 родов и более) – 7,1% (в группе сравнения 72,2%, 25%, 2,8% соответственно). Жителями села оказались 40,1%, городскими – 59,9% (в группе сравнения 43,7% и 56,3 соответственно). Средняя масса тела у беременных 1 и 2 групп составила соответственно $71,5 \pm 2,1$ и $73,1 \pm 1,9$ кг. Статистически достоверных различий между группами выявлено не было. Показаниями для обезболивания родов в основной группе и группе сравнения послужили гипертензивные нарушения во время беременности: тяжёлая преэклампсия (71,5% и 83,3% соответственно), умеренная преэклампсия (20,2% и 14,4%), тяжёлая гестационная гипертензия (8,3% и 2,3%).

Таблица 1

Распределения рожениц по количеству родов

Виды	Группы		Всего	
	основная	контр.	количество	%
Первородящие	24	23	47	73,4
Повторнородящие	5	8	13	20,3
Многорожавшие (5 родов и более)	3	1	4	6,3

Таблица 2

Распределения рожениц по видам гипертензивных нарушений

Виды	Группы		Всего	
	основная	контр.	количество	%
Тяжёлая преэклампсия	22	27	49	76,5
Умеренная преэклампсия	7	4	11	17,1
Тяжёлая гестационная гипертензия	3	1	4	6,4

Пункцию эпидурального пространства осуществляли на уровне L2-L3 с помощью эпидуральных наборов Perifix (B. Braun Melsungen, Германия), иглой диаметром 18 G. После идентификации эпидурального пространства вводили тест-дозу местного анестетика и производили катетеризацию эпидурального пространства в краниальном направлении на 3 см. Катетер фиксировали на коже спины лейкопластырем. В катетер вводили основную и поддерживающую дозы раствора местного анестетика ропивакаина 0,08% в дозе 8-16 мг. Поддерживающая доза вводилась из расчета 10 мл/час 0,08% раствора ропивакаина. Промедолом обезболивали по 20 мг в/м каждые 6 часов. Суммарная доза промедола не превышала

40 мг. Наступление болевого блока определяли по шкале ВАШ.

Для изучения функционального состояния центральной гемодинамики использовался метод объёмной компрессионной осциллометрии (ОКО) аппаратом АПКО-8-РИЦ М, дающим возможность одновременно получать информацию не только о показателях артериального давления (диастолического, среднего и систолического), величинах минутного и ударного объёма крови, а также о тоническом состоянии артерии. Для статистического анализа были выбраны следующие показатели состояния кровообращения: систолическое, диастолическое, среднее артериальное давление (САД, ДАД, АДср), частота сердечных сокращений

(ЧСС), ударный индекс (УИ), общее периферическое сопротивление сосудов (ОПСС). Оценку показателей проводили на следующих этапах: 1 этап - до обезболивания родов (раскрытые шейки матки 3-4 см), 2 этап - через 60 мин после обезболивания, 3 этап - в раннем послеродовом периоде.

Неврологический статус новорожденных оценивали по шкалам Апгар и NACS.

Результаты исследования подвергнуты разностной, вариационной статистической обработке (Ойвин А.И., 1960) с определением $M \pm m$ и показателя статистической значимости различий (t) и достоверности различий (P) по Стьюденту.

Результаты и их обсуждение

Проведенный анализ показателей центральной гемодинамики (табл. 3) на первом этапе исследования показывает, что у пациентов обеих групп отмечается повышение ЧСС, снижение УИ, повышение САД, ДАД, АДср, ОПСС, характеризующие состояние стресса от боли. После ведения основных доз анестети-

ков (2 этап) отмечалось снижение показателей САД, ДАД, АДср, ОПСС в обеих группах, причем в 1-ой группе снижение показателей относительно 2 группы являлось статистически значимым. На третьем этапе исследования отмечается стабильная гемодинамика у пациентов первой группы, по сравнению со 2 группой. Стабильность показателей гемодинамики у рожениц, получивших обезболивание ропивакаином, демонстрирует адекватность проведенного вида обезболивания у рожениц с гипертензивными нарушениями. Мы выявили значимое снижение постнагрузки на сердце (в виде снижения показателей ОПСС, артериального давления), что создавало предпосылки для увеличения производительности сердца (повышение показателей УИ).

Таким образом, полученные нами результаты позволяют предположить, что при обезболивании родов у женщин с гипертензивными нарушениями методом выбора следует считать эпидуральную аналгезию ропивакаином.

Таблица 3

Состояние гемодинамики у рожениц в разные периоды родов

Этап	Группа	САД мм рт.ст.	АДср мм рт.ст.	ДАД мм рт.ст.	ЧСС уд/мин	УИ мл/м ²	ОПСС дин.с.см ⁻⁵
1	основн	150±6,3	109±3,9	98±7,2	96±4,4	26,45±1,3	1315±51,6
	контр	153±6,5	108±3,6	100±4,2	92±4,2	26,12±1,4	1335±43,8
2	основн	130±5,2	98,48±2,7*	86±2,8*	81±1,7*	30,43±1,9*	1235±43,3*
	контр	142±6,0	102,03±2,3	90±3,3	85±4,1	28,71±1,4	1290±46,9
3	основн	132±7,8*	99±4,4*	88±3,2*	82±2,3*	31,72±1,2*	1263±37*
	контр	148±6,9	104±5,6	90±2,8	88±3,8	29,55±1,3	1298±44

Примечание: достоверность показателей по отношению к контрольной группе (* $p < 0,05$)

При анализе соматического статуса новорожденных выявлено, что, независимо от вида аналгезии, оценка по шкале Апгар (табл. 4) на первой минуте соответствовала

норме (7 и более баллов), однако максимальные значения были характерны для детей, где использовалась эпидуральная аналгезия (табл. 4).

Таблица 4

Оценка новорожденных по шкале Апгар

Оценка по шкале Апгар	ЭА (n=32)	Промедол (n=32)	P
Апгар 1 мин, баллы	7,9 (8-8)	7,7 (7-8)	0,286
Апгар 5 мин, баллы	8,9 (9-9)	8,6 (8,5-9)	0,169

Как следует из таблицы, статистически значимых различий в оценке состояния новорожденных по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах после рождения выявлено не было ($p > 0,05$).

При анализе неврологического статуса новорожденных в зависимости от используемой методики, были получены следующие данные (табл. 5).

Оценка по шкале NACS у новорожденных, матери которых были обезболены в условиях ЭА, в первые 15 минут после рождения составила 32,4 (31,0-35,0) балла, а у детей второй группы – 26,8 (23,0-32,0) баллов, что ниже показателей первой группы на 17,3% и явилось статистически значимым ($p<0,05$). Следует отметить, что более низкая оценка прослеживалась по всем представленным в шкале параметрам, причем эти изменения были статистически достоверны.

Оценка по шкале NACS через 2 часа после рождения была значительно выше у детей, матери которых обезболены с использованием эпидуральной аналгезии, и составила 35,9 (35,0-37,0) баллов. У детей, которые родились под обезболиванием промеделом, оценка по шкале NACS равна 32,6 (30,5-35,0) баллов, что ниже показателей первой группы новорожденных на 9,2%. Выявленные различия между группами были статистически достоверны ($p<0,05$).

Таблица 5

Оценка неврологического статуса новорожденных по шкале NACS

Через 15 минут после рождения			
Показатель	эпидуральная аналгезия (n=32)	обезболивание промеделом (n=60)	p
Адаптационная способность	9,5 (10,0-10,0)	8,3 (7,0-10,0)	0,003
Пассивный тонус	6,6 (6,0-8,0)	5,9 (5,0-7,0)	0,029
Активный тонус	6,6 (6,0-8,0)	4,4 (2,0-7,0)	0,000
Безусловные Рефлексы	3,8 (3,0-5,0)	2,8 (2,0-4,0)	0,001
Общий статус	5,8 (6,0-6,0)	5,4 (5,0-6,0)	0,000
NACS	32,4 (31,0-35,0)	26,8 (23,0-32,0)	0,000
Через 2 часа после рождения			
Адаптационная способность	9,9 (10,0-10,0)	9,5 (10,0-10,0)	0,096
Пассивный тонус	7,4 (7,0-8,0)	7,2 (7,0-8,0)	0,310
Активный тонус	8,2 (7,0-10,0)	6,6 (6,0-8,0)	0,000
Безусловные рефлексy	4,5 (4,0-5,0)	3,7 (3,0-4,0)	0,000
Общий статус	5,8 (6,0-6,0)	5,5 (5,0-6,0)	0,001
NACS	35,9 (35,0-37,0)	32,6 (30,5-35,0)	0,000

Таким образом, наиболее высокая оценка по шкале NACS, свидетельствующая об отсутствии депрессивного влияния аналгезии на центральную нервную систему, была характерна для новорожденных, которые родились под эпидуральной аналгезией.

Заключение

Неадекватное обезболивание родов у женщин с гипертензивными нарушениями может привести к увеличению нагрузки на сердечно-сосудистую систему и может вызвать срыв ее компенсаторных возможностей.

Эпидуральная аналгезия ропивакаином обеспечивает оптимальные условия для работы сердечно-сосудистой системы у рожениц с гипертензивными нарушениями, улучшая показатели деятельности сердца, артериального давления и сосудистого тонуса. Использование ропивакаина эпидурально, по сравнению с внутримышечным применением промедола, во время обезболивания родов у женщин с гипертензивными нарушениями обеспечивает улучшение состояния гемодинамики в виде умеренного снижения ОПСС и показателей артериального давления, уменьшая потенциальный риск перегрузки левых отделов сердца.

Применение промедола для обезболивания родов у женщин с гипертензивными нарушениями оказывает выраженное негативное воздействие на новорожденного ребенка, что проявляется низкой оценкой по шкале NACS, свидетельствующей о нарушениях раннего периода адаптации, в отличие от эпидуральной аналгезии ропивакаином, которая не оказывает негативного влияния на новорожденного.

Обезболивание с применением нейроаксиальной аналгезии раствором местного анестетика ропивакаина гидрохлорида является наиболее безопасным методом обезболивания родов у женщин с гипертензивными нарушениями.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Александрович Ю.С., Рязанова О.В., Пшениснов К.В., Муриева Э.А. Влияние длительной эпидуральной анальгезии в родах на неврологический статус новорожденного // Эфферентная терапия. 2010. Т. 16. № 4, С. 82-88.
2. Дж. Эдвард Морган, Мэгид С. Михаил, Майкл Дж. Марри. Клиническая анестезиология. М.: БИНОМ, 2018. 1018 с.
3. Ланцев У.А., Абрамченко В.В. Анестезия, интенсивная терапия и реанимация в акушерстве. М.; МЕД пресс-ин-форм, 2011. 654 с.
4. Репина М.А. Эклампсия. Ошибки акушерской тактики. М.: СИМК, 2014. 248с

5. Савельева Г.М. и др. Оправдана ли агрессия при ведении родов? // Журн. акуш. и жен. болезн. 2011. № 3. С. 24-31.

6. Статистический сборник Республиканского центра медицинской статистики и информации Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ за 2015 год. Душанбе, 2015. С. 383-384.

REFERENCES

1. Aleksandrovich Yu. S., Ryazanova O. V., Pshenisnov K. V., Murieva E. A. Vliyaniye dlitel'noy epidural'noy analgezii v rodakh na nevrologicheskiy status novorozhdennogo [Influence of prolonged epidural analgesia during labor on the neurological status of the newborn]. *Efferentnaya terapiya – Efferent therapy*, 2010, Vol. 16, No. 4, pp. 82-88.
2. Dzh. Edvard Morgan, Megid S. Mikhail, Maykl Dzh. Marri. *Klinicheskaya anesteziologiya* [Clinical Anesthesiology]. Moscow, BINOM Publ., 2018. 1018 p.
3. Lantsev U. A., Abramchenko V. V. *Anesteziya, intensivnaya terapiya i reanimatsiya v akusherstve* [Anesthesia, intensive care and resuscitation in obstetrics]. Moscow, MED press-in-form Publ., 2011. 654 p.
4. Repina M. A. *Eklampsiya. Oshibki akusherskoy taktiki* [Eclampsia. Errors obstetric tactics]. Moscow, SIMK Publ., 2014. 248 p.
5. Saveleva G. M. *Opravdana li agressiya pri vedenii rodov?* [Is aggression justified in the management of childbirth?]. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney – Journal of Obstetrics and women's diseases*, 2011, No. 3, pp. 24-31.
6. *Statisticheskiy sbornik Respublikanskogo tsentra meditsinskoy statistiki i informatsii Ministerstva zdravookhraneniya i sotsial'noy zashity naseleniya RT za 2015 god* [Statistical compendium of the Republican Center for Medical Statistics and Information of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan for 2015]. Dushanbe, 2015. 383-384 p.

Сведения об авторе:

Карбаев Джамишед Исмаилджонович – зав. отделением реанимации родильного дома №1 г. Душанбе

Азизов Хошим – анестезиолог-реаниматолог родильного дома №1 г. Душанбе

Косимов Зайниддин Каримович – зав. кафедрой анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Хамидов Джура Бутаевич – доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Контактная информация:

Косимов Зайниддин Каримович – тел.: + 992 937230202

© Коллектив авторов, 2018

УКД 616-006-085.37

¹Каримова Ф.Н., ²Сайфутдинова М.Б., ²Джурабекова К.М., ³Баратов А.К.

НЕОАДЪЮВАНТНАЯ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНАЯ ПОЛИХИМИОТЕРАПИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЁННОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

¹Кафедра онкологии ТТМУ им. Абуали ибн Сино

²ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН РТ

³ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ

¹Karimova F.N., ²Saifutdinova M.B., ²Dzhurabekova K.M., ³Baratov A.K.

NEOADJUVANT INTRAARTERIAL POLYCHEMOTHERAPY IN THE TREATMENT OF THE LOCALLY-SPREAD CERVIX CANCER

¹Department of Oncology of the Avicenna Tajik State Medical University

²State Institution "Republic oncological scientific center", MHSP RT

³State Institution «Republic scientific center for cardiovascular surgery», MHSP RT

Цель исследования. Провести анализ результатов комплексного лечения больных местно-распространённым раком шейки матки (МРРШМ) с применением неоадъювантной внутриартериальной полихимиотерапии (ВАПХТ).

Материал и методы. Исследуемую группу составили 49 пациенток, которые получили на первом этапе комплексной терапии ВАПХТ с последующей операцией и полным курсом сочетанной лучевой терапией, либо с последующим полным курсом сочетано-лучевой терапии. Контрольная группа была представлена 159 пациентками с МРРШМ, получившие традиционную сочетанную лучевую терапию (СЛТ).

Результаты. После проведения неоадъювантного этапа лечения эффективность ВАПХТ составила 81,63%, после СЛТ - 44,02%. При анализе безрецидивной выживаемости больных (n=106 больных), получивших сочетанное лучевое лечение, установлено, что 1 год прожили 88,14% пациенток; 2 года - 59,12%; 3 года - 43,40%. В группе больных, получивших ВАПХТ, эти показатели были следующие: 1 год - 89,79%; 2 года - 73,46%; 3 года - 71,42%.

Заключение. Применение ВАПХТ улучшает непосредственные и отдаленные результаты лечения, по сравнению с традиционной сочетанной лучевой терапией МРРШМ. Можно утверждать, что результаты проведенных клинических исследований свидетельствуют о необходимости включения ВАПХТ в схему лечения МРРШМ.

Ключевые слова: местно-распространённый рак шейки матки, неоадъювантная внутриартериальная полихимиотерапия, патоморфоз, рецидив

Aim. To analyze the results of complex treatment of patients with locally spread cervical cancer (LSCC) using neoadjuvant intra-arterial polychemotherapy (IAPChT).

Material and methods. The study group consisted of 49 patients who received at the first stage of the combined treatment of VAPChT with the subsequent operation and the full course of combined radiation therapy, or with the subsequent full course of combined radiation therapy. The control group was represented by 159 patients with LACC who received traditional combined radiation therapy (CRT).

Results. After the neoadjuvant stage of treatment, the efficiency of VAPChT was 81,63%, after SLT – 44,02%. In the analysis of relapse-free survival of patients (n = 106 patients) who received combined radiation therapy, it was found that 88,14% of patients lived for 1 year; 2 years – 59,12%; 3 years – 43,40%. In the group of patients who received VAPChT, these indicators were as follows: 1 year – 89,79%; 2 years – 73,46%; 3 years – 71,42%.

Conclusion. The use of IAPChT improves the immediate and long-term results of treatment, compared with the traditional combined radiation therapy LSCC. It can be argued that the results of clinical studies indicate the need to include IAPChT in the treatment regimen LSCC.

Key words: locally spread cervix cancer, neoadjuvant intraarterial polychemotherapy, pathomorphosis, recurrence

Актуальность

В структуре онкозаболеваемости гениталий у женщин в Республике Таджикистан рак шейки матки (РШМ) занимает первое место, удельный вес его вырос с 16,4% до 17,5%. На учете к концу 2010 года состояло 1056 больных, страдающих РШМ, или 28,1 на 100 тыс. нас. За период с 2002 по 2010 гг. абсолютное число умерших от РШМ увеличилось почти в 2 раза (44 против 81), кроме того, наблюдается достоверный рост интенсивных показателей смертности от 1,3 до 2,2 на 100 тыс. населения [1].

В последние десятилетия появились новые подходы к лучевой терапии РШМ, хорошие результаты отмечены при применении химиопрепаратов последнего поколения, таргетной терапии. Справедливости ради, необходимо отметить их недоступность для широких слоев населения.

Следует подчеркнуть, что эффективное лечение местно-распространенных форм РШМ остается одной из важнейших медико-социальных задач современной онкогинекологии.

Основным компонентом лечения РШМ, используемым более чем у 90% больных, является лучевая терапия [2, 3]. У 75% больных РШМ лучевая терапия применяется в качестве самостоятельного и единственного метода лечения. Лучевая терапия всегда считалась наиболее эффективным методом лечения больных с распространенным процессом (IB-IVA) [4]. При использовании лучевой терапии 5-летняя выживаемость больных варьировала от 15% до 80% в зависимости от степени распространения опухолевого процесса. Прогрессирование процесса в области малого таза является наиболее частой причиной смерти больных с распространенным РШМ. Хотя проведение лучевой терапии с использованием повышенных доз облучения ведет к уменьшению частоты местного прогрессирования, лучевое повреждение тканей и органов "малого таза" лимитируют возможности дальнейшего увеличения дозы [5].

Улучшение показателей выживаемости и качества жизни больных МРРШМ, а также возможностей выполнения оперативных вмешательств большинство исследователей связывают с включением в программы лечения химиотерапии и расширением показаний к многокомпонентному лечению [6].

Но если вопрос о применении химиотерапии в лечении МРРШМ у исследователей не вызывает сомнения, дискуссионным аспектом остается последовательность и выбор схем химиотерапии, хирургического лечения и лучевой терапии. Вопрос о методах введения цитостатиков с целью достижения максимального лечебного эффекта также вызывает споры.

Цель исследования

Провести анализ результатов комплексного лечения больных местно-распространенным раком шейки матки (МРРШМ) с применением неoadьювантной внутриартериальной полихимиотерапии (ВАПХТ).

Материал и методы исследования

Исследуемую группу составили 49 пациенток, которые получили на первом этапе комплексной терапии ВАПХТ с последующей операцией и полным курсом СЛТ либо с последующим полным курсом сочетано-лучевой терапии. Выбор лечения обусловлен целью уменьшения общей токсичности за счет локального введения цитостатиков, создания максимальной концентрации препаратов непосредственно в опухоли за счет «эффекта прохождения».

Контрольной группой в исследовании были приняты больные МРРШМ, получившие традиционную СЛТ (n=159). Обе группы в нашем исследовании были проспективными. Выбор метода лечения осуществлялся в случайном порядке. Таким образом, все исходные параметры, включая внешние воздействия (время, образ жизни, характер питания, психоэмоциональное состояние), были сопоставимы. Обе группы были также сопоставимы по возрастному составу, степени распространения опухолевого процесса, по морфологической структуре опухолей. Средний возраст больных составил 47,40 лет в группе с ВАПХТ и 48,01 – в контрольной группе. При изучении репродуктивного анамнеза установлено, что не имели родов 0,83% больных, 29,58% больных имели в анамнезе от 1 до 3 родов, 69,58% женщин относились к категории многорожавших в обеих группах.

Внутриартериальная полихимиотерапия проводилась в рентгенооперационном отделении Республиканского центра сердечно-сосудистой и легочной хирургии МЗиСЗН Республики Таджикистан. Селективная катетеризация бедренной артерии выполнялась по методике Сельдингера (катетеризация внутренней подвздошной артерии контрлатеральным бедренным способом) с подведением катетера к маточной артерии под рентгеноскопическим контролем. Непосредственно перед введением химиопрепаратов проводилась тазовая ангиография. За 20 минут до проведения пункции бедренной артерии с целью премедикации пациентке внутримышечно вводили Sol. Promedoli 2% – 1 мл, Sol. Dimedroli 1% – 1 мл, Sol. Analgini 50% – 2,0 мл. В асептических условиях на 2 см ниже паупертовой связки проводилась паравазальная анестезия Sol. Novocaini 0,5% – 40 мл.

Для профилактики тромбообразования просвет катетера промывался Sol. NaCl 0,9% – 20

мл каждые 5-7 минут. Непосредственно перед введением химиопрепаратов проводилась тазовая ангиография.

После завершения ангиографии производилось промывание катетера Sol. NaCl 0,9% – 20 мл и подключение дистальным концом к дозатору лекарственных веществ – «Infusomat, Fms, B. Braun», через который проводилась непосредственная внутриартериальная инфузия химиопрепаратов в следующем режиме: 5-фторурацил – 750 мг/м², цисплатин – 75 мг/м², доксорубицин – 40 мг/м со скоростью 1000 мл/ч., длительность введения 3-4 часа. Одновременно больным проводилась внутривенная гипергидратация и противорвотная терапия. Интервал между курсами составлял 3 недели.

Непосредственный клинический эффект от неоадьювантного курса лечения (лучевой терапии и внутриартериальной химиотерапии) оценивался перед II этапом лечения. Оценка эффективности проводилась по результатам степени лечебного патоморфоза первичной опухоли и метастазов в регионарные лимфоузлы, степени регрессии опухоли шейки матки – по данным лучевых методов исследования, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования в режиме 2D и 3D, доплерографии.

Статистическая обработка клинического материала проведена методом общей и корреляционной статистики с помощью программного пакета SPSS 16.0. Все данные были сформированы по разработанным анкетам и

внесены в базу данных, созданную на основе электронных таблиц Microsoft Office Excel. Вычислены относительные величины p , парные сравнения проводились по t -критерию Стьюдента. Различия считались достоверными при $p < 0,05$. Корреляционный анализ проводили по Спирману.

Результаты и их обсуждение

При изучении динамики регрессии МРРШМ под влиянием лечения в неоадьювантном режиме в группе больных, которым была проведена только дистанционная гамматерапия, прекращение кровянистых выделений отмечено в 105 (66,04%) случаях. При проведении ВАПХТ в неоадьювантном режиме кровянистые выделения прекратились у 32 (65,31%) из 38 (77,55%) пациенток, которые имели этот симптом до начала лечения. Лимфорея сохранялась в 17,6% и в 20,4% случаев соответственно. Болевой синдром также имел тенденцию к значительному уменьшению, что, несомненно, улучшило качество жизни пациенток. После проведенного неоадьювантного этапа лечения боли полностью прекратились или интенсивность болевого синдрома уменьшилась на 75% и выше у 77,1% больных. Болевой синдром до лечения присутствовал у 39 (79,59%) пациенток, отобранных в группу для проведения ВАПХТ, после неоадьювантной ВАПХТ он сохранялся у 7 (14,28%) женщин. В группе больных, получавших традиционную лучевую терапию, болевой синдром после первого этапа зафиксирован в 146 (91,8%) случаях и в начале 2 этапа – в 25 (15,7%) (табл. 1).

Таблица 1

Сравнительная характеристика изменения жалоб под влиянием терапии в неоадьювантном режиме у больных МРРШМ, абс. (%)

Жалобы	СЛТ (n=159)		ВАПХТ (n=49)	
	до лечения	в начале II этапа лечения	до лечения	в начале II этапа лечения
Боли	146 (91,8)	25 (15,7)	39 (79,6) $p < 0,05$	7 (14,3) $p > 0,05$
Кровянистые выделения из половых путей	123 (77,4)	18 (11,3)	38 (77,5) $p > 0,05$	6 (12,2) $p > 0,05$
Лимфорея из половых путей	138 (86,8)	28 (17,6)	34 (69,4) $p < 0,01$	10 (20,4) $p > 0,05$
Общая слабость	105 (66,0)	25 (15,7)	36 (73,5) $p > 0,05$	11 (22,4) $p > 0,05$
Повышенная утомляемость	92 (57,9)	25 (15,7)	27 (55,1) $p > 0,05$	9 (18,4) $p > 0,05$

Примечание: значения до лечения сравниваются со всеми значениями только до лечения, а значения в начале II этапа лечения сравниваются только с данными начала II этапа лечения; p – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в группе СЛТ; (по критерию χ^2 с поправкой Йетса)

Представляется интересным сравнение эффективности разных подходов к лечению МРРШМ в зависимости от непосредственных результатов неoadъювантных методов лечения. После проведения неoadъювантной ВАПХТ клинический эффект зарегистрирован в 36 (73,5%) случаях, из них полный – у 1 (2,04%) больной, частичный – у 35 (71,4%) больных, у 11 (22,4%) отмечена стабилизация процесса,

прогрессирование заболевания имело место у 2 (4,08%) больных.

После I этапа лечения неoadъювантной лучевой терапии полной резорбции не было отмечено ни в одном случае, частичная регрессия зафиксирована у 70 (44,2%) женщин, стабилизация опухолевого процесса в 34 (21,4%) случаях в пределах 25<50% и в 42 (26,4%) в пределах <25%, в остальных 13 (8,2%) – без изменений (табл. 2).

Таблица 2

**Клиническая оценка эффективности неoadъювантной терапии
больных МРРШМ, абс. (%)**

Градации эффекта		Исследуемые группы	
		СЛТ	ВАПХТ
Полная регрессия опухоли		–	1 (2,0) $p_1 > 0,05$
Частичная регрессия >50%		70 (44,0)	35 (71,5) $p < 0,001$
Стабилизация процесса	На 25< 50%	34(21,4)	11 (22,5) $p > 10,05$
	<25%	42 (26,4)	2 (4,1) $p_1 < 0,001$
Прогрессирование заболевания		13 (8,2)	0

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в группе СЛТ (по критерию χ^2 с поправкой Йетса)

Для оценки непосредственных результатов неoadъювантного лечения во всех исследуемых группах перед началом II этапа терапии у больных, нами были взяты контрольные мазки на цитологическое исследование с поверхности опухоли шейки матки. Патоморфоз IV степени, который соответствует выраженным структурным изменениям, вплоть до полного их разрушения, был зафиксирован в незначительном количестве в группе, где больные получали ионизирующее излучение. У пациенток, получавших в неoadъювантном режиме химиотерапию, случаев патоморфоза IV степени не было обнаружено.

На втором этапе лечения 8 (4,5%) больным МРРШМ, получившим неoadъювантную дистанционную лучевую терапию, и 23 (47%) пациенткам после неoadъювантной ВАПХТ произведены оперативные вмешательства, основанием для которых послужили значительная регрессия первичной опухоли и регрессия опухолевых инфильтратов в параметриях.

Таким образом, анализ полученных данных свидетельствует о том, что преимущество в лечении МРРШМ принадлежит комплексному лечению с использованием ВАПХТ.

На основании гистологического исследования послеоперационных макропрепаратов у всех прооперированных больных определена степень лечебного патоморфоза. Наибольшая степень патоморфоза (III) преимущественно отмечена в группе больных, получавших неoadъювантную ВАПХТ (табл. 3).

Полученные результаты свидетельствуют об объективной сопоставимости этих критериев и доказывают наличие прямой зависимости между выраженностью клинической регрессии первичной опухоли, степенью ее лечебного патоморфоза и тем, какой вид неoadъювантной терапии был проведен больным МРРШМ.

Проведенный нами анализ непосредственной эффективности проведенных методов комбинированного и комплексного лечения показал, что большее число полных клинических эффектов оказалось в группе больных МРРШМ, которые получали комплексное лечение с включением неoadъювантной ВАПХТ. Полная резорбция опухоли в группе больных, которым проведено комплексное лечение с включением ВАПХТ, достигнута у 67,4% больных. Тогда как в группе больных, получивших СЛТ, непосредственная полная эффективность получена у 42,8% больных.

Таблица 3

Сравнительная оценка степени лечебного патоморфоза в первичной опухоли и регионарных лимфатических узлах таза у больных МРРШМ, абс. (%)

Степень патоморфоза	Исследуемые группы			
	СЛТ		ВАПХТ	
	первичная опухоль	регионарные лимфоузлы	первичная опухоль	регионарные лимфоузлы
I-II	2 (25,0)	1 (16,7)	6 (26,1) p>0,05	4 (30,8) p>0,05
III	4 (50,0)	2 (33,3)	15 (65,2) p>0,05	6 (46,1) p>0,05
IV	1 (12,5)	2(33,3)	0	2 (15,4) p>0,05
Без эффекта	1 (12,5)	1 (16,7)	2 (8,7) p>0,05	1 (7,7) p>0,05

Анализ результатов проведенного лечения показал, что осложнения (анемия, лейкопения, лучевые реакции со стороны мочевого пузыря, влагалища и нижних отделов желудочно-кишечного тракта) после СЛТ были связаны с радиационным воздействием на организм. Ранних лучевых реакций, приведших к летальному исходу, не отмечено; в основном это были лучевые реакции легкой степени тяжести, на долю которых после СЛТ пришлось 63,4% от общего числа осложнений. Гематологические осложнения присутствовали в обеих группах, но большее количество их пришлось на группу больных, в схеме лечения которых использовалась химиотерапия.

Оценивая гематологическую токсичность, необходимо отметить, что анемия легкой и средней степеней тяжести (Hb 7,5-9,5 г/л) имела место в 49,7% случаев, Hb <7,5г/л – в 5,7% случаев. Лейкопения 1-й и 2-й степеней тяжести ($3,0 \times 10^9$ - $4,0 \times 10^9$) зафиксирована в 20,8% случаев, тяжелая степень лейкопении ($1,0 \times 10^9$ - $2,0 \times 10^9$) отмечена у 1 больной в группе больных МРРШМ, получавших СЛТ.

Общая гематологическая токсичность после I курса неoadъювантной ВАПХТ составила 71,4%, после II курса – 84,1%, после III курса – 74,5%. Снижение уровня гемоглобина прослеживалось от 1 до 3 курса (от 32,65% до 50,0% больных). Число больных, имеющих осложнения в виде лейкопении, также увеличилось в зависимости от количества проведенных курсов ВАПХТ. Лейкопения I степени ($3,0$ - $3,9 \times 10^9$ г/л), в основном после первого курса ВАПХТ, наблюдалась в 10 (20,40%) наблюдениях. При II степени лейкопении, которая была установлена в 7

(14,4%) случаях, уровень лейкоцитов в общих анализах крови соответствовал $2,0$ - $2,9 \times 10^9$ /л. После повторных курсов ВАПХТ количество женщин с I степенью лейкопении увеличилось до 18 (36,73%), а число больных со II степенью лейкопении – до 9 (18,37%). Случаев тяжелой лейкопении после ВАПХТ не было.

Сравнительный анализ сроков реализации рецидивов и метастазов показал, что чаще рецидивы опухоли наблюдались в сроках от 12 до 24 месяцев. Анализ частоты прогрессирования РШМ в зависимости от распространенности опухолевого процесса показал, что продолженный рост после СЛТ составил 4 (2,52%) случая при IIВ стадии, при III стадии – 24 (15,1%). Продолженного роста опухоли в группах больных МРРШМ IIА и IIВ стадиями, получивших ВАПХТ, не выявлено, при III стадии заболевания продолженный рост в течении года отмечен в 2 (4,08%) случаях.

Наиболее часто локорегионарные метастазы были обнаружены в группе больных МРРШМ, получавших СЛТ: регионарные рецидивы в параметриальной клетчатке были выявлены у 41 (25,78%) больной, рост опухоли в теле матки был диагностирован у 13 (8,18%) больных, в области первичной опухоли – у 27 (16,98%). Несмотря на то, что ВАПХТ преследует цель создания высокой концентрации химиопрепаратов в зоне интереса, локальное рецидивирование заболевания в различные сроки от 12 месяцев в этой группе больных составило 9 (18,36%) случаев; в области первичной опухоли – 9 (18,36%) случаев; рост опухоли в теле матки был диагностирован в 4 (8,16%) случаях; рецидив в параметриальную клетчатку, выявлен в 8 случаях, что составило 16,32%.

Отдаленные метастазы чаще были обнаружены в группе больных, получавших СЛТ. Метастазы в кости развились у 6 (3,77%) женщин, в позвоночник – у 11 (6,91%) и в легкие – у 9 (5,66%). В группе больных, получавших ВАПХТ в неoadъювантном режиме, метастазы в легкие были обнаружены в 2 (4,08%) случаях, в позвоночник – в 3 (6,12%), в надключичные лимфоузлы (слева) – в 3 (6,13%) случаях.

Результаты лечения больных МРРШМ, получивших СЛТ и комплексное с включением ВАПХТ, были оценены непосредственно после лечения, а также рассчитана общая и безрецидивная 3- и 5-летняя выживаемость. Медиана наблюдения за больными МРРШМ, которым проведено СЛТ, составила 24,5 мес., после лечения с ВАПХТ – 39,81 мес. Общая выживаемость больных МРРШМ, подвергнутых комплексной терапии с использованием ВАПХТ (n=49 больных), распределилась следующим образом: 1 год прожили 46 (93,87%) пациенток, 2 года – 41 (83,67%); 3 года – 36 (73,46%). Общая выживаемость больных МРРШМ, подвергнутых сочетано-лучевой терапии, распределилась следующим образом: 1 год прожили 89 (83,96%) пациенток; 2 года – 68 (64,15%); 3 года – 53 (48,11%).

При анализе безрецидивной выживаемости больных МРРШМ (n=106 больных), получивших СЛТ, установлено, что 1 год прожили 88,14% пациенток; 2 года – 59,12%; 3 года – 43,40%. В группе больных, получивших ВАПХТ, эти показатели были следующие: 1 год – 89,79%; 2 года – 73,46%; 3 года – 71,42%.

Заключение

Необходимо подчеркнуть, что применение ВАПХТ улучшает непосредственные и отдаленные результаты лечения, по сравнению с традиционной СЛТ МРРШМ. Можно утверждать, что результаты проведенных клинических исследований свидетельствуют о необходимости включения ВАПХТ в схему лечения МРРШМ в учреждениях, оснащенных высокими медицинскими технологиями. Трудоемкость и дороговизна метода не позволяют реализовать его в регионах с ограниченными возможностями.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 5-6 см. в REFERENCES)

1. Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований женской половой сферы // Онкогинекология. 2012. № 1. С. 18-23.
2. Бадалян Л.Г. Паллиативная химиотерапия рака: основные понятия и особенности (обзор литературы)

// Вестник хирургии Армении им. Г.С. Тамазяна. 2010. № 3. С. 34-51.

3. Базаева И.Я. Химиолучевая терапия местно-распространенного рака шейки матки // Вопросы онкологии. 2014. Т.60, № 3. С. 280-287.

4. Тарачкова Е.В., Стрельцова О.Н., Ахвердиева Г.И. и др. Методы лучевой диагностики и оценки лечения при раке шейки матки // Онкогинекология. 2014. № 3. С. 32-41.

REFERENCES

1. Aksel E. M. Statistika zlokachestvennykh novoobrazovaniy zhenskoy polovoy sfery [Statistics of malignant tumors of the female genital]. *Onkoginekologiya – Oncogynecology*, 2012, No. 1, pp. 18-23.
2. Badalyan L. G. Palliativnaya khimioterapiya raka: osnovnye ponyatiya i osobennosti (obzor literatury) [Palliative chemotherapy for cancer: basic concepts and features (literature review)]. *Vestnik khirurgii Armenii im. G.S. Tamazyana – Herald of Surgery of Armenia named after G.S. Tamazyan*, 2010, No. 3, pp. 34-51.
3. Bazaeva I. Ya. Khimioluchevaya terapiya mestno-rasprostranennogo raka sheyki matki [Chemotherapy for locally advanced cervical cancer]. *Voprosy onkologii – Oncology issues*, 2014, Vol. 60, No. 3, pp. 280-287.
4. Tarachkova E. V., Streltsova O. N., Akhverdiev G. I. Metody luchevoi diagnostiki i otsenki lecheniya pri rake sheyki matki [Methods of radiation diagnosis and evaluation of treatment for cervical cancer]. *Onkoginekologiya – Oncogynecology*, 2014, No. 3, pp. 32-41.
5. Sturdza A., Potter R., Fokdal L.U. et al. Image guided brachytherapy in locally advanced cervical cancer: improved pelvic control and survival in RetroEMBRACE, a multicenter cohort study. *Radiotherapy and Oncology*, 2016, Vol. 120, pp. 428-433.
6. Yoneda J. Y., Braganca J. F., Sarian L. O. et al. Surgical treatment of microinvasive cervical cancer: analysis of pathologic features with implications on radicality. *International Journal of Gynecological Cancer*, 2015, Vol. 25, pp. 694-698.

Сведения об авторах:

Каримова Фируза Нурбадаловна – доцент кафедры онкологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, д.м.н.

Сайфутдинова Мунфиза Бурхоновна – руководитель отделения радиологии ГУ Республиканский онкологический научный центр МЗ СЗН РТ, к.м.н.

Джурабекова Камила Мирзоевна – старший научный сотрудник ГУ Республиканский онкологический научный центр МЗ СЗН РТ, к.м.н.

Баратов Алишер Кенджаевич – рентгенохирург Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии, к.м.н., доцент

Контактная информация:

Каримова Фируза Нурбадаловна – тел.: +992 918 300 308; E-mail: firuza.k@mail.ru

¹Кахарова Р.А., ¹Иброхимов Ю.Х., ²Рабиев А.Х.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ СУЖЕНИЙ АНАЛЬНОГО КАНАЛА

¹Кафедра колопроктологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

²ГУ «Хозрасчетный центр колопроктологии» УЗ г. Душанбе

¹Kakharova R.A., ¹Ibrohimov Yu.H., ²Rabiev A.H.

SURGICAL ASPECTS OF TREATMENT OF POSTOPERATIVE CONTRICTION OF ANAL CHANNEL

¹Department of Coloproctology of the State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"

²"Self-supporting Center for Coloproctology" City Health Department, Dushanbe

Цель исследования. Выбор методов хирургического лечения стриктур анального канала.

Материал и методы. Работа основана на результатах оперативного лечения 64 больных с приобретенным стенозом ануса. Для ликвидации стриктуры анального канала были выполнены оперативные вмешательства на дистальных отделах прямой кишки.

Результаты. Для анализа результатов хирургического лечения пациенты были распределены на 3 группы в зависимости от вида выполненной операции. Первой группе произведено рассечение рубца. Второй группе - пластика перемещенным лоскутом с превращением Y-образного лоскута в V-образный. Третьей группе - пластика анального канала трапециевидным лоскутом и послабляющий разрез кожи.

Заключение. При лечении пациентов с послеоперационным сужением ануса необходим комплексный подход с учетом давности заболевания и характера рубцового сужения ануса, который позволяет в каждом конкретном случае выбрать наиболее оптимальный вариант хирургической коррекции.

Ключевые слова: сужение ануса, задний проход, геморроидэктомия, метод операции

Aim. The choice of methods of surgical treatment of anal strictures.

Materials and methods. The work is based on the results of surgical treatment of 64 patients with acquired stenosis of the anus. To eliminate the stricture of the anal canal, surgical interventions were performed on the distal rectum.

Results. To analyze the results of surgical treatment, patients were divided into 3 groups depending on the type of operation performed. The first group was dissected scar. The second group of plastic is a displaced flap with the transformation of a Y-shaped flap into a V-shaped one, and the third group is a plastic of the anal canal with a trapezoidal flap and a skin laxative slit.

Conclusion. When treating patients with postoperative narrowing of the anus, an integrated approach is necessary, considering the duration of the disease and the nature of the cicatricial narrowing of the anus, which allows in each case to choose the best option for surgical correction.

Key words: anus, anal constriction, method of operation

Актуальность

В последнее десятилетие установлено, что сужение анального канала встречаются довольно часто в структуре проктологических заболеваний, составляя около 1,7% [3,

4]. Несмотря на внедрение в клиническую практику современных технологий в лечении стриктур ануса, результаты лечения остаются неудовлетворительными [1, 2]. Данная патология развивается в результате

развития рубцового процесса в анальном канале как последствий послеоперационных осложнений различных проктологических операций. Наиболее типичная локализация рубцов проявляется в дистальных отделах прямой кишки, где имеются худшие условия кровоснабжения, существует большая опасность травматизации слизистой оболочки и присоединение воспалительного процесса [6]. В плане выбора лечебной тактики послеоперационные стриктуры анального канала являются заболеванием, составляющим сложную проблему [5]. Данное исследование направлено на восполнение существующего пробела по лечению стриктур ануса.

Цель исследования

Выбор методов хирургического лечения стриктур анального канала.

Материал и методы исследования

В основу исследования послеоперационных стриктур анального канала легли материалы, накопленные за 15 лет работы хозрасчетного Центра колопроктологии

города Душанбе. За данный период выполнено 64 оперативных вмешательства по поводу стриктур ануса. Данный тип осложнений встречается достаточно редко, и выбор адекватной хирургической тактики представляет определенные трудности. Число женщин составило 33 (51,6%), мужчин – 31 (48,4%). По возрасту больные распределялись следующим образом: 20-29 лет – 15 (23,4%), 30-39 лет – 17 (26,6%), 40-49 лет – 13 (20,3%), 50-59 лет – 13 (20,3%), 60-69 лет – 6 (9,4%).

В подавляющем большинстве наблюдений, 48 (75%) из 64, причиной послеоперационного сужения ануса явилась геморроидэктомия. В 9 (14%) наблюдениях причиной стали: геморроидэктомия и иссечение хронической анальной трещины и в 6 (9%) – геморроидэктомия и иссечение свища прямой кишки. У 1 (2%) больной причиной стриктуры анального канала явилось удаление кисты задней стенки влагалища с ятрогенным повреждением прямой кишки.



Причины возникновения стеноза анального канала

Основные жалобы пациентов складываются из характерных проявлений основного признака – сужения и нарушения эвакуации кала из прямой кишки. Симптомы развиваются медленно, постепенно нарастая. Имеющиеся вначале незначительные затруднения акта дефекации становятся выраженными, что заставляет больных обратиться в стационар. Так, у всех 64 (100%) больных дискомфорт в заднем проходе носил постоянный характер, усиливался при дефекации и сочетался с субъективным ощущением сужения ануса (100%). У 14 (21,9%) пациентов данные жалобы возникли в раннем послеоперационном периоде. При сформиро-

ванном сужении в месте наиболее выраженного процесса возникает изъязвление и в каловых массах отмечается кровь, что наблюдалось у 26 (40,6%) больных. Жалобы на задержку стула от 2 до 7 дней предъявляли 32 (50%) пациента. У 13 (20,3%) больных отмечались зуд, чувство неполного опорожнения и тенезмы.

Выделяют 3 степени сужения ануса (классификация А.М. Аминова 1973). Как правило, консервативное лечение наиболее эффективно у пациентов с 1 степенью сужения (96,9%). При 2 и 3 степенях сужения показано оперативное вмешательство и госпитализация в стационар.

Для отбора потенциальных кандидатов для выполнения оперативного вмешательства применялся комплекс клинических, лабораторных методов исследования, УЗИ, компьютерная томография и ирригография.

Инструментальные методы исследования (ректоскопия, аноскопия, колоноскопия) технически невозможны вследствие сужения ануса. Если удастся ввести палец (а, особенно, если удастся ввести жесткий ректоскоп), клинически значимого стеноза нет.

Для определения достоверности различий множественных сравнений использовали критерий Ньюмена-Кейлса. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Для анализа результатов хирургического лечения больные были распределены на 3 группы в зависимости от вида выполненной операции.

1) Рассечение рубца. Наиболее простым способом ликвидации сужения является рассечение рубца в зоне заднепроходного канала. Благоприятные варианты рубцового поражения ануса, небольшая протяженность стеноза и незначительная распространенность его в глубину тканей, низкая локализация и минимальная степень сужения являются прямыми показаниями к проведению данного вида операции. Такая операция называется анопластикой. При этом рассечение рубца производится в продольном направлении и ткани сшиваются в поперечном направлении по отношению к просвету кишки. За счёт этого длина кожного лоскута увеличивается в 2,5 раза и ликвидируется стеноз анального канала. Оперативное вмешательство заканчивается введением трубки в прямую кишку. Учитывая сроки развития рубцового процесса, показанием к данному виду операции может служить промежуток времени от 6 месяцев до 1 года от начала его формирования.

Операция проведена 20 больным, что составило 31,3% от общего количества больных. Положительный результат достигнут у 15 (75%), когда анатомически стеноз ануса был ликвидирован, функционально у пациентов были устранены запоры и сформировался ежедневный нормальный акт дефекации в течение одного года наблюдения за пациентом. Удовлетворительный результат достигнут у 4 больных (20%), неудовлетворительный – у 1 пациента (5%).

2) Кожная пластика с превращением Y-образного лоскута в V-образный. Показанием к данной операции является декомпенсированная стриктура ануса большой протяжен-

ности, выраженный гнойно-воспалительный процесс в месте сужения. Производят разрез выше уровня сужения, при этом вертикальное плечо находится в анальном канале. Боковые ветви Y-образно расходятся в стороны на коже боковой поверхности перианальной области. Кожу рассекают и формируют V-образный лоскут. Отношение длины лоскута к его ширине должно быть менее 3. Далее лоскут мобилизуют в сторону анального канала и подшивают на месте. Операцию можно дополнить боковой сфинктеротомией.

Нами выполнена 21 описанная операция: с положительным эффектом у 14 (66,7%) больных, с удовлетворительным у 5 (23,8%), неудовлетворительным у 2 (9,5%) пациентов, когда произошел некроз верхушки лоскута, что явилось причиной рецидива стеноза анального канала

3) Пластика анального канала трапециевидным лоскутом и послабляющим разрезом кожи. При пластике трапециевидным лоскутом после рассечения стриктуры образовавшуюся раневую поверхность закрывают трапециевидным лоскутом, который мобилизуют от бокового края. При этом можно дополнительно выполнять сфинктеротомию. Широкий кожный лоскут перемещается по всей длине анального канала и закрывается донорская площадка. Затем выполняется послабляющий разрез на коже промежности.

Указанное оперативное вмешательство выполнено нами у 23 больных и имело положительный эффект в 89% случаев.

После проведенного лечения пациенты находились под нашим наблюдением в течение 1 года. Обследование осуществляли в течение пребывания в стационаре, через 1-3-6 месяцев и через один год после операции. Оценивали длительность операции, интенсивность болевого синдрома в послеоперационном периоде, наличие ранних и поздних послеоперационных осложнений, длительность пребывания пациента в стационаре, сроки восстановления трудоспособности.

Сроки пребывания больных в стационаре составляли в I группе $3,5 \pm 1,4$ дня, во II группе - $4,6 \pm 1,2$ дня, в III группе - $4,5 \pm 0,5$ дня ($p > 0,05$). Рубцовая деформация анального канала, недостаточность сфинктера, возникшие у больных в позднем послеоперационном периоде, выявлены у 3 (5,1%) из 59 прослеженных больных, а также в 2 (3,4%) наблюдениях имелся рецидив заболевания.

Заключение

Таким образом, стриктуры анального канала являются следствием осложнений, про-

исшедших после операций, выполненных на анальном канале после геморроя, анальных трещин, хронического парапроктита. При лечении пациентов с послеоперационным сужением ануса необходим комплексный подход с учетом давности заболевания и характера рубцового сужения, что позволяет в каждом конкретном случае выбрать наиболее оптимальный вариант хирургической коррекции.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES

1. Altomare D. F., Giuratrabocchetta S. Conservative and surgical treatment of haemorrhoids. *Nature Reviews Gastroenterology and Hepatology*, 2013, Vol. 10, pp.513-521.

2. Duieb Z., Appu S., Hung K. et al. Anal stenosis «Use of an algorithm to provide a tension-free anoplasty». *World Journal of Surgery*, 2010, Vol. 80(5), pp. 337-400.

3. Giuseppe Brisinda, SerafinoVanella, Federica Cadeddu, Gaia Marniga, Pasquale Mazzeo, Francesco Brandara, Giorgio Maria. Surgical treatment of anal stenosis. *World Journal of Gastroenterology*, 2010, Vol. 15(16).

Сведения об авторах:

Кахарова Раъно Абдурауфовна – зав. кафедрой колопроктологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Иброхимов Юсуф Хасанович – ассистент кафедры колопроктологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Рабиев Абдусалом Халимович – ассистент кафедры колопроктологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Контактная информация:

Кахарова Раъно Абдурауфовна – тел.: +992 92 776 94 71

© Коллектив авторов, 2019

УДК 618.177; 618.14-002

Косимова Ф.О., Ходжамуродова Д.А., Ибрагимова Ф.И., Аминова Ф.Б.

ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ МАТОЧНОГО И ЦЕРВИКАЛЬНОГО ФАКТОРОВ БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

¹Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ ИПОвСЗ РТ

²ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗиСЗН РТ

Kosimova F.O., Khodjamurodova D.A., Ibragimova F.I., Aminova F.B.

DISTINCTIVE FEATURES OF THE CLINICAL COURSE OF THE UTERINE AND CERVICAL FACTORS OF INFERTILITY WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

¹Department of Obstetrics and Gynecology №1 State Education Establishment “Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan”

²State Establishment «Tajik Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology» MHSP RT

Цель исследования. Выявить отличительные региональные особенности клинического течения маточного и цервикального факторов бесплодия у женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы. Проведено Проспективное обследование 222 инфертильных пациенток репродуктивного возраста. Методы исследования: клинические и лабораторные.

Результаты. При исследовании пациенток с маточно-цервикальным фактором бесплодия выявлено, что в группе с сочетанной формой частота хронического метроэндометрита составляет 77,6%, гипоплазии матки - 46,7%, эктопии шейки матки - 50,5%, врожденных аномалий матки и шейки матки - 32,7%. Обнаружены также различия в толщине эндометрия у пациенток с изолированным маточным генезом бесплодия и фертильными женщинами контрольной группы.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о высоком уровне различных послеабортных осложнений (40,9%), хронического эндометрита (77,6%), диагностированного ВПГ II типа (58,3%) и ЦМВ (62,5%), приводящих к снижению и нарушению рецептивности эндометрия, врожденных пороков развития матки и шейки матки (32,7%), гипоплазии матки (46,7%) а также экстрагенитальной патологии, в частности, йод-дефицитные заболевания, анемия I и II степеней, хронический пиелонефрит. Все вышеприведенные факторы приводит к снижению репродуктивного потенциала.

Ключевые слова: женское бесплодие, хронический эндометрит, врожденные аномалии матки и шейки матки, полип цервикального канала, полип эндометрия, миома матки

Aim. To identify regional distinctive features of the clinical course of uterine and cervical infertility factor in women of reproductive age.

Materials and methods. A prospective survey of 222 infertile patients of reproductive age was conducted. Research methods: clinical and laboratory.

Results. The study of clinical and laboratory data of patients with utero-cervical infertility factor showed that in the combined group the frequency of chronic metroendometritis constitutes 77,6% of cases, uterine hypoplasia – 46,7% of cases, cervical ectopia – 50,5%, congenital uterus and cervical anomalies uterus – 32,7%, revealed differences in the thickness of the endometrium in patients with isolated uterine genesis of infertility and fertile women in the control group.

Conclusion. The findings suggest a high level of various post - abortion complications (40,9%), chronic endometritis (77,6%), diagnosed with HSV type II (58,3%) and CMV (62,5%), leading to a decrease and violation of receptivity endometrium, congenital malformations of the uterus and cervix (32,7%), uterine hypoplasia (46,7%) and extragenital pathology, in particular, iodine-deficient diseases, anemia of I and II degrees, chronic pyelonephritis. All the above factors lead to a decrease in reproductive potential.

Key words: female infertility, chronic endometritis, congenital abnormality of uterus and cervix, cervical canal polyp, endometritis polyp, hysteromyoma

Актуальность

Репродуктивное здоровье населения, его сохранение и восстановление следует считать важной государственной задачей. Успешным решением данной проблемы является определение благоприятных условий для воспроизводства, сохранения вида и защиты генофонда нации.

Встречаемость бесплодных пар в мире превалирует за критический уровень (15%), поэтому лечение бесплодия необходимо рассматривать как резерв рождения желанных детей и перспективного увеличения репродуктивного потенциала населения [4].

В структуре бесплодия среди всех форм бесплодия частота маточной формы составляет около 30-50%. Любой выявленный патологический процесс, нарушающий функциональное состояние матки, может способствовать формированию маточной формы бесплодия [2, 7].

Внутриматочная патология, в том числе миоматозные узлы матки, гиперпластические процессы эндометрия, заболевания и аномалия развития цервикального канала, остается актуальной проблемой гинекологии из-за высокой частоты встречаемости данных заболеваний у женщин репродуктивного возраста [1].

Многочисленные исследования показали, что УЗИ и гистероскопические исследования полости матки занимают основные методы обследования среди способов визуализации изображений в изучение женского бесплодия. Эти методы обеспечивают высокий уровень информативности для диагностики следующих заболеваний: полип эндометрия, внутриматочные синехии, миоматозные узлы в матке, аденомиоз и аномалия развития матки и шейки матки [3, 6].

Немаловажными являются также способы дифференцированной диагностики и оценки реакции эндометрия. В данном случае значительную роль играет ультразвуковое исследование и доплерометрия в качестве единственно возможного метода неинвазивного распознавания состояния слизистой оболочки матки и внутриматочной перфузии, которые являются существенными составляющими полноценной имплантации с последующим наступлением клинической беременности [5].

В связи с вышеуказанной проблемой, необходимо организовать соответствующую диагностику и предоставить своевременную медицинскую помощь infertильным супружеским парам, направленным на исключение факторов женского бесплодия.

Цель исследования

Выявить региональные отличительные особенности клинического течения маточного и цервикального факторов бесплодия у женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы исследования

За период 2015-2018 гг. в отделении гинекологической эндокринологии ГУ «ТНИИ АГиП» обследованы 222 женщины с маточным и цервикальным факторами бесплодия.

Обследованные больные распределены на 3 основные клинические группы: I группу составили больные с маточным генезом infertильности (n-91), II группу - больные с цервикальным фактором infertильности (n-24) и III группу - пациентки с сочетанным (маточно-цервикальным) генезом бесплодия (n-107). Контрольную группу составили фертильные и здоровые женщины (n-20).

В основном, жалобы у бесплодных женщин были на нарушения и отсутствие менструального цикла.

Согласно со стандартом ВОЗ, в обследование бесплодных женщин входили: сбор анамнестических, объективно-клинико-лабораторных данных, гинекологический осмотр и оценка эндокринного и овulatoryного генеза с диагностикой гормонального исследования гипоталамо-гипофизарно-тиреоидно-яичниковой системы (ПРЛ, ФСГ, ЛГ, ТТГ, Т4, Е2, прогестерон в крови), ультразвуковое исследование матки, придатков и мониторинг фолликулов при регулярном менструальном цикле; диагностическая и лечебная гистероскопия и лапароскопия с хромосальпингоскопией, кольпоскопия с онкоцитологией, диагностика и оценка фертильности спермы супруга, определение объема щитовидной железы.

Статистическая обработка полученных результатов настоящего научного исследования проводилась с использованием методами программы персонального компьютера Statistica 6.0 (StatSoft USA). Сравнительный анализ для качественных показателей проводили с помощью критерия χ^2 . Для сопоставления количественных показателей среди нескольких клинических групп применяли следующий метод ANOVA (H-критерий Крускала-Уоллисса), а для межгрупповых сравнений применяли U-критерий Манна-Уитни. При использовании всех способов дисперсионного анализа нулевая гипотеза отвергалась.

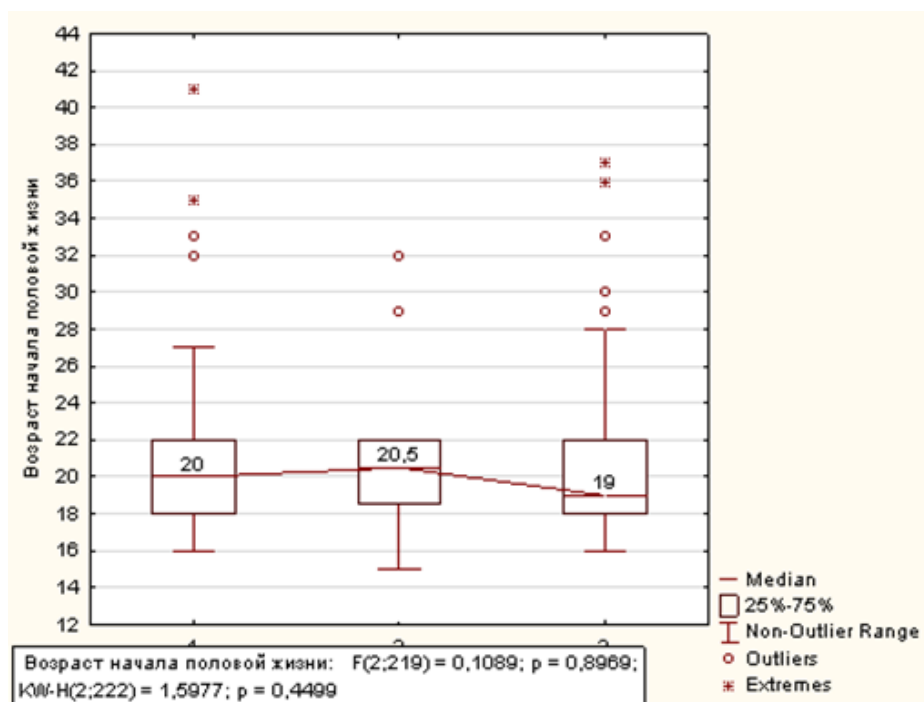
Результаты и их обсуждение

Анализ результатов клинико-лабораторных и хирургических операций у 222 женщин с бесплодием показал следующие данные.

Все обследованные женщины с бесплодием были в активном репродуктивном возрасте. Средний возраст достоверно между группами различался, составив $31,2 \pm 0,69$ года (I группа) и $27,25 \pm 0,59$ года (III группа) [$p > 0,05$].

По культурно-национальным обычаям девушек выдавали замуж в возрасте 17-18

лет. В момент их обращения за медицинской помощью, в основном, продолжительность бесплодного брака составляла 4-5 лет. Средний возраст половой жизни не различался между группами, составив $21,15 \pm 0,44$ (I группа), $21,17 \pm 0,88$ (II группа), $20,89 \pm 0,42$ (III группа).



Оценка анамнестических данных у инфертильных женщин с маточным и цервикаль-

ным факторами выявил высокую частоту родственных браков (33,6%) [$p > 0,05$].

Группы	Продолжительность бесплодия, лет	
	$M \pm m$	$Me (25q-75q)$
1 ($n=91$)	$5,71 \pm 0,46$	4,0 (2,0-8,0)
2 ($n=24$)	$3,71 \pm 0,41$	3,5 (2,5-4,5)
3 ($n=107$)	$4,48 \pm 0,3$	4,0 (2,0-6,0)
<i>P</i>	$>0,05$	

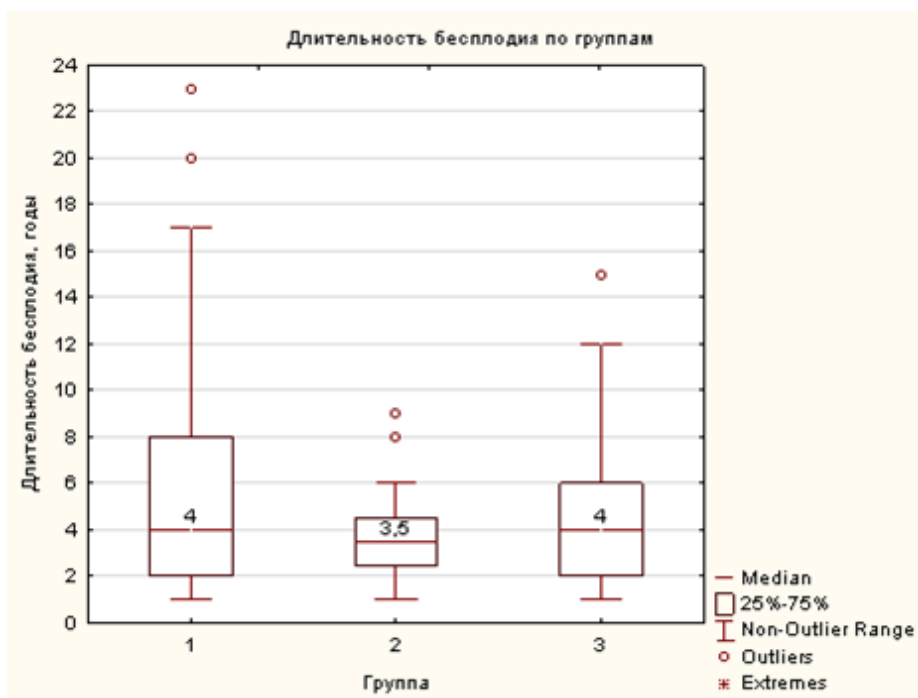
Анализ структуры нарушений репродуктивной функции показал, что пациентки (50,5% – в I группе и 57,0% – во III группе) чаще

страдали первичным бесплодием (68,4% и 56,6%). У пациенток 2 группы преобладало вторичное бесплодие – 62,5% ($p > 0,05$).

Нозология	1 группа ($n=91$)		2 группа ($n=24$)		3 группа ($n=107$)		χ^2
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	
Первичное бесплодие	46	50,5%	9	37,5%	61	57,0%	$p_{1-2} > 0,05$ $p_{1-3} > 0,05$ $p_{2-3} > 0,05^*$
Вторичное бесплодие	45	49,5%	15	62,5%	46	43,0%	

Подсчитанная средняя продолжительность инфертильности у обследованных пациенток

составила $5,71 \pm 0,46$ лет в I группе, $3,71 \pm 0,41$ лет – во II группе и $4,48 \pm 0,3$ – в III группе.



Анализ перенесенных заболеваний показал, что у обследованных больных доминировали йод-дефицитные заболевания (76,9%; 91,7%; 85,05 – соответственно) [$p > 0,05$], анемия I и II степеней (50,5%; 41,7%; 50,5% – соответственно) [$p < 0,01$] и хронический пиелонефрит (40,7% в I группе; 41,7% во II группе, 39,3% в III группе) [$p > 0,05$].

У обследованных больных III группы (сочетанной формы) среди ЗППП преобладали ВПГ II типа – 58,3% против 36,4% (II группы) и 25,3% (I группы) [$p < 0,01$]; ЦМВ – 62,5% (44,9%; 31,9% – соответственно; $p < 0,01$), микоплазмоз – 33,3% (11,2%; 6,6% – соответственно; $p < 0,01$).

На основе полученных результатов исследования нами был определен высокий процент осложненных самопроизвольных аборт: в первой группе в 45 (49,5%) случаях и третьей группе – в 46 (43,0%).

Анализ УЗИ исследования, гистероскопии и лапароскопии у обследованных с сочетанным фактором бесплодия выявил хронический метроэндометрит 77,6% случаев, гипоплазию матки – 46,7% случаев, эктопию шейки матки – 50,5%, врожденные пороки развития матки и шейки матки – в 32,7%. При ультразвуковой оценке толщины М-эхо нами установлено снижение толщины эндометрия у пациенток с маточно-цервикальным генезом бесплодия (III группа), выявлены достоверные различия в толщине эндометрия у пациенток с изолированным маточным генезом бесплодия

и фертильными женщинами контрольной группы: I группа – 8,2 (7; 9) мм, III группа – 7 (5; 8) мм; контрольная группа – 10 (9,2; 11,5).

По данным некоторых исследователей данной проблемы, тонкая эндометрия (> 7-8 мм на 2 фазу менструального цикла) считается прогностически неблагоприятным в отношении наступления беременности фактором.

Заключение

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о высоких уровнях различных послеабортных осложнений (40,9%), хронического эндометрита (77,6%), диагностированного ВПГ II типа (58,3%) и ЦМВ (62,5%), приводящих к снижению и нарушению рецептивности эндометрия, врожденных аномалий развития шейки и тела матки (32,7%), гипоплазии матки (46,7%) а также экстрагенитальной патологии, в частности, йод-дефицитных заболеваний, анемия I и II степеней и хронического пиелонефрита. Все вышеприведенные факторы приводят к снижению репродуктивного потенциала у данной категории больных.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Есемгулова А.М., Кудайбергенов Т.К. Применение офисной гистероскопии у пациенток с бесплодием // Вестник КАНМУ. №1. 2018. С.11-14.

2. Келлэт Е.П., Корнеева И.Е., Шуршалина А.В. Морфофункциональная характеристика эндометрия у женщин с бесплодием неясного генеза // Проблемы репродукции. 2011. №3. С. 26-30.

3. Серебренникова К.Г., Кузнецова Е.П., Ванке Е.С., Иванова Т.В., Лапшихин А.А., Хмелевская В.Ф. Подготовка эндометрия к программам ВРТ у пациенток с бесплодием // Проблемы репродукции. 2014. №4. С. 62-67.

4. Сухих Г.Т., Назаренко Т.А. Бесплодный брак. М.: ГЭОТАР, 2010. 716 с.

5. Троскина Е.Ю., Андреева И.Г., Бугеренко Е.Ю., Белокурова М.В. Особенности внутриматочной перфузии у пациенток с бесплодием различного генеза // Вестник Российского государственного медицинского университета. М., 2013. №2. С. 7-11.

6. Фагерраззи С., Боргато С., Бертин М., Витаглиано А., Томасси Л., Конте Л. Результаты беременности после лапароскопической миомэктомии // Клиническое и экспериментальное акушерство и гинекология. 2014. № 41(4). С. 375-379

7. Шуршалина А.В. Хронический эндометрит: Современные взгляды на проблему. М.: МедиаМедика, 2011. С. 36-39.

REFERENCES

1. Esemgulova A. M., Kundaybergenov T. K. Primene-nie ofisnoy gisteroskopii u patsientok s besplodi- em [Use of office hysteroscopy in patients with infertility]. *Vestnik KaNMU – Herald of the Kazakh National Medical University*, 2018, No.1, pp. 11-14.

2. Kellet E. P., Korneeva I. E., Shurshalina A. B. Morfo-funktsionalnaya kharakteristika endometriya u zhenshchin s besplodi- em neyasnogo geneza [Morphofunctional char-acteristics of the endometrium in women with infertility of unknown origin]. *Problemy reproduksii – Reproduction problems*, 2011, No. 3, pp. 26-30.

3. Serebrennikova K. G., Kuznetsova E. P., Vanke E. S., Ivanova T. V., Lapshikhin A. A., Khmelevskaya V. F. Podgotovka endometriya k programmam VRT u patsien- tok s besplodi- em [Preparing endometrium for Assisted

Reproductive Technology programs in patients with infertility]. *Problemy reproduksii – Reproduction problems*, 2014, No. 4, pp. 62-67.

4. Sukhikh G. T., Nazarenko T. A. *Besplodnyy brak* [Barren marriage]. Moscow, GEOTAR Publ., 2010. 716 p.

5. Troskina E. Yu., Andreeva I. G., Bugerenco E. Yu., Belokurova M. V. Osobennosti vnutrimatochnoy perfuzii u patsientok s besplodi- em razlichnogo geneza [Features of intrauterine perfusion in patients with infertility of various origins]. *Vestnik Rossiyskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta – Herald of the Russian State Medical University*, 2013, No. 2, pp. 7-11.

6. Fagerrazzi S., Borgato S., Bertin M., Vitagliano A., Tomassi L., Konte L. Rezultaty beremennosti posle laparoskopicheskoy miomektomii [Results of pregnancy after laparoscopic myomectomy]. *Klinicheskoe i eksperimentalnoe akusherstvo i ginekologiya – Clinical and experimental obstetrics and gynecology*, 2014, No. 41(4), pp. 375-379

7. Shurshalina A. V. *Khronicheskiy endometrit: Sovremennye vzglyady na problem* [Chronic Endometritis: Current Views on the Problem]. Moscow, MediaMedika Publ., 2011. 36-39 p.

Сведения об авторах:

Косимова Фарзона Олимджоновна – очный аспирант кафедры акушерства и гинекологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Ходжамуродова Джамиля Амоновна – зав. отделением гинекологической эндокринологии ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии», д.м.н., доцент

Ибрагимова Фарангис Ибодуллоевна – заочный аспирант кафедры акушерства и гинекологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Аминова Фарангиз Бахтиержоновна – очный аспирант кафедры акушерства и гинекологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Контактная информация:

Ходжамуродова Джамиля Амоновна – тел.: +992 918246195; e-mail: innjamilya@hotmail.com

© Коллектив авторов, 2019

УДК 616.31.314.18-002+616.3

Кубачев К.Г., Мухиддинов Н.Д., Заркуа Н.Э., Хацимов К.А.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЗАБРЮШИННОЙ ЧАСТИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Кафедра хирургии им. Н.Д. Монстырского Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

Kubachev K.G., Mukhiddinov N.D., Zarkua N.E., Khatsimov K.A.

DIAGNOSTIC AND SURGICAL TREATMENT OF DAMAGE OF RETROPERITONIAL PART OF DUODENUM

Department of Surgery named after N.D. Monastirsky Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "North-Western State Medical University named after I. Mechnikov" of the Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg, Russia

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с повреждениями забрюшинной части двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы. Анализируются результаты лечения 54 больных с разрывом забрюшинной части двенадцатиперстной кишки.

Результаты. В зависимости от примененной хирургической тактики пациенты были распределены на 2 группы: в первой группе (28 пострадавших) выполнялось ушивание дефекта кишки, холецистостомия. Из них у 7 пациентов двенадцатиперстная кишка была отключена, сформирован гастроэнтероанастомоз. Несостоятельность швов двенадцатиперстной кишки развилась у 10 (35,7%), умерло 8 (28,6%) пострадавших.

Во второй группе (26 пострадавших) выполнялось иссечение краев разрыва и формирование дуоденоюноанастомоза «бок-в-бок» с выключенной петлей тощей кишки по Ру. Послеоперационный период был гладким у 20 пострадавших. 2 пациентов с сочетанными повреждениями печени, селезенки, костей скелета умерли на 2 и 4 сутки после операции вследствие тяжелой кровопотери и шока. В послеоперационном периоде у 4 больных на 5 и 6 сутки развилась микронесостоятельность швов дуоденоюноанастомоза. Оба пациента были пролечены консервативно и были выписаны.

Ключевые слова: разрыв забрюшинной части двенадцатиперстной кишки

Aim. Improving the results of treatment of patients with damages of the retroperitoneal part of the duodenum.

Materials and methods. The results of treatment of 54 patients with rupture of the retroperitoneal part of the duodenum are analyzed.

Results. Depending on the applied surgical tactics, the patients were divided into 2 groups: in the first group (28 victims), an operation was performed - suturing the bowel defect, cholecystostomy. Of these, in 7 patients the duodenum was disconnected, gastrojejunostomy was formed. The failure of the duodenal sutures developed in 10 (35,7%), 8 (28,6%) victims died. In the second group (26 injured), the edges of the rupture were cut and a side-to-side duodenojejunostasis formed with loop of the jejunum turned off by Ru method. The postoperative period was smooth in 20 victims. 2 patients with concomitant damage to the liver, spleen, skeleton bones died in day 2 and 4 after surgery due to severe blood loss and shock. In the postoperative period, 4 patients on the 5th and 6th day developed micrononextensity of the seams of duodenojejunostomy. Both patients were treated conservatively and were discharged.

Key words: rupture of the retroperitoneal part of the duodenum

Актуальность

В настоящее время удельный вес пациентов с закрытыми и открытыми повреждениями органов брюшной полости в общей структуре травмированных составляет 21% – 32% [1, 3]. На этом фоне растет и число пациентов с повреждениями двенадцатиперстной кишки. Они встречаются у 0,5% – 6% пострадавших с повреждениями органов живота [2, 4]. Из них 65% – 75% составляют травмы забрюшинной части кишки. Вследствие поздней диагностики этих повреждений, отсутствия определенной хирургической тактики, результаты лечения остаются неутешительными [5, 6].

Цель исследования

Улучшение результатов лечения больных с повреждениями забрюшинной части двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы исследования

С 1999 г. по декабрь 2018 года включительно в клинику было госпитализировано 4172 пострадавших с открытой и закрытой изолированной и сочетанной травмой органов живота. Из них у 54 (1,3%) диагностировано повреждение забрюшинной части двенадцатиперстной кишки. У 83% пострадавших с травмой двенадцатиперстной кишки имелись сочетанные повреждения и других органов, у 16,7% диагностировано изолированное повреждение двенадцатиперстной кишки. Женщин было 18,5%, мужчин – 81,5%.

Сонографическим маркером повреждения двенадцатиперстной кишки является серповидная зона просветления с очагами скопления жидкости или газа вокруг наружного контура кишки. Нередко кишка, при наличии гематомы в стенке, прослеживается в виде колбасовидного образования. В целом, из 54 случаев повреждения двенадцатиперстной кишки прямые или косвенные признаки при ультразвуковом исследовании были выявлены только у 29 (53,7%) пострадавших. Более информативным исследованием при диагностике повреждений двенадцатиперстной кишки, особенно медиальной стенки, явилась ЭУС. Она была выполнена 9 пациентам. У всех получена информация о характере травмы стенок кишки, конфигурации ее разрыва, наличии ретроперитонита.

Диагностическая ценность рентгенологических исследований в первую очередь связана с обнаружением свободного газа в брюшной полости или забрюшинном пространстве. Рентгенография груди и живота была выполнена всем пациентам. Наличие жидкости в брюшной полости жидкость диагностировано у 14, свободного газа в

брюшной полости – у 11, в забрюшинном пространстве – у 9. Контрастные рентгенологические исследования водорастворимым контрастом выполнили 3 пациентам, в том числе 2 – для диагностики разрыва кишки и 1 – с непроходимостью двенадцатиперстной кишки на 14 сутки после травмы. В двух случаях был обнаружен выход контраста в забрюшинное пространство на уровне нисходящей части двенадцатиперстной кишки. В одном случае обнаружен стеноз двенадцатиперстной кишки на уровне верхних брыжеечных сосудов.

Мультиспиральную компьютерную томографию выполнили 46 пострадавшим. У 8 пациентов выполнить исследование не представлялось возможным ввиду тяжести состояния и продолжающегося внутрибрюшного кровотечения. Признаками повреждения кишки являются наличие пузырьков газа в забрюшинной клетчатке и изменение ее контуров. Пероральный прием контраста позволяет верифицировать повреждения пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки у 100%. Специфичность, чувствительность и общая точность метода составляет около 100%.

Лапароскопия была выполнена 23 пациентам с повреждением двенадцатиперстной кишки. Признаками повреждения забрюшинных отделов двенадцатиперстной кишки является триада Лафите – гематома в забрюшинной клетчатке около двенадцатиперстной кишки; желтушное прокрашивание брюшины и клетчатки под ней и наличие пузырьков воздуха под брюшиной. Однако выявить данные признаки при лапароскопии удалось только у 3 пострадавших из 23. У 11 пациентов была выявлена гематома за брюшиной в зоне локализации двенадцатиперстной кишки. В остальных случаях никаких признаков повреждения забрюшинных структур выявлено не было.

Интраоперационная ФГДС выполнена 16 пациентам. Она позволяла определить характер повреждения слизистой оболочки, особенно – медиальной стенки и большого дуоденального сосочка. Для этой цели более надежной является выполнение исследования дуоденоскопом. При наличии разрыва слизистой оболочки введение контрастного вещества в дефект через катетер позволяет диагностировать повреждение стенки органа.

Степень тяжести состояния пациентов у 68,6% пострадавших расценено как тяжелое или крайне тяжелое. Тяжелая степень кровопотери отмечена у 42, 6% пострадавших.

Результаты и их обсуждение

Локализация повреждений кишки представлена в таблице 1. Сочетанные повреждения двенадцатиперстной кишки и поджелудочной железы выявлены у 8 пациентов.

Круглый дефект стенки кишки, размерами от 0,8 × 0,8 см до 1,5 × 1,7 см, выявлен у 6 пациентов, линейный дефект задней стенки кишки с ровными краями, размерами 0,7 × 1,6, - у 7 пострадавших с колото-резанными ранениями поясничной области справ. У 40 пациентов с закрытой травмой живота

линия разрыва была с рваными, неровными краями, интрамуральными гематомами прилегающих стенок. У 39 из них стенка двенадцатиперстной кишки в зоне разрыва имела признаки воспаления по типу флегмонозного. Кроме того, у 6 пациентов слизистая оболочка рядом с разрывом была отслоена от мышечного слоя на протяжении до 2 см от края разрыва. При полном поперечном разрыве кишки под брыжеечными сосудами края разрыва имели аналогичные повреждения и воспалительные явления.

Таблица 1

Локализация повреждения кишки

Поврежденная часть кишки	Количество	%
Луковица (задняя стенка)	2	3,7
Верхняя горизонтальная часть (задняя стенка)	5	9,3
Нисходящая часть	33	61,1
Нижняя горизонтальная часть	7	12,9
Восходящая часть	4	7,4
В том числе под верхними брыжеечными сосудами	3	5,6
Всего	54	

Ретроперитонит диагностирован у 46 пострадавших. Он не успел развиваться у 8 пациентов, в том числе у 4 с проникающими колото-резанными ранениями, у 1 – с обширной интрамуральной гематомой без нарушения целостности стенки и у 3 – с закрытой травмой живота. Из них 7 пострадавших с нарушением целостности кишечной стенки были оперированы в течение первых 2 часов с момента получения травмы по причине проникающего ранения и продолжающегося кровотечения в брюшную полость. Причинами развития ретроперитонита является поступление в забрюшинную клетчатку большого количества инфицированного кишечного содержимого с пищевыми массами, желчи, соков желудка и поджелудочной железы, богатых ферментами, что приводит к деструкции забрюшинной клетчатки, формируя обширные очаги некроза. Присутствующая в кишечном содержимом микрофлора в течение короткого времени обсеменяет все очаги некроза. У 24 пациентов ретроперитонит был ограниченным, с небольшим количеством жидкостного компонента и очагами некроза клетчатки в прилегающих к контуру кишки. Все они были оперированы в течение 3-8 часов после травмы.

У 22 пострадавших ретроперитонит имел распространенный характер. Воспалитель-

ный процесс с очагами скопления гноя или мутного выпота по всему наружному контуру кишки, частично – по верхнему и нижнему контурам поджелудочной железы выявлен у 11 пациентов. У 5 пострадавших, кроме этого, очаги деструкции распространялись на корень брыжейки тонкой кишки, еще у 6 пациентов в воспалительный процесс была вовлечена клетчатка вокруг поджелудочной железы до хвоста, брыжеек тонкой и ободочной кишок.

Лечение повреждений забрюшинной части двенадцатиперстной кишки до сих пор остается нерешённой задачей. Это обусловлено отсутствием брюшинного покрова на кишке, быстрым развитием флегмонозного воспаления стенки кишки и парадуоденальной клетчатки. В зависимости от примененной хирургической тактики пациенты распределились на 2 группы: первая группа – 28 пострадавших, госпитализированных с 1999 по 2009 гг. Лапаротомия, ушивание дефекта двенадцатиперстной кишки выполнены 2 пациентам при свежих дефектах задней стенки верхней горизонтальной части двенадцатиперстной кишки и отсутствии ретроперитонита.

Лапаротомия, ушивание дефекта кишки, холецистостомия выполнены 19 пострадавшим. У 8 пациентов дефект ушит в поперечном, у

11 – в продольном направлении, двухрядном швом (из-за протяженности разрыва более 3 см). У 9 пациентов линия шва была укрыта пластиной тахокомба. У всех пострадавших в просвет двенадцатиперстной кишки проводили мягкий силиконовый зонд. Суточный дебит желчи по холецистостоме составлял от 70 мл до 210 мл, что свидетельствует об отсутствии внутрипротоковой гипертензии и малой эффективности данной процедуры. Из 19 пострадавших послеоперационный период прошел гладко у 12 больных. У 7 (36,8%) пациентов на 4-6 сутки констатирована несостоятельность швов. По дренажам поступало содержимое двенадцатиперстной кишки с примесью желчи в количестве от 100 мл до 800 мл в сутки, причем объем имел нарастающий характер. В связи с отсутствием признаков генерализации воспалительного процесса брюшной полости и небольшим объемом отделяемого по дренажу (около 100 мл) у 2 пациентов применена консервативная тактика – активное отсасывание содержимого желудка и двенадцатиперстной кишки, антибиотики, инфузионная терапия, парентеральное питание, ИПП, антиферментная терапия. Из них 1 больной умер на 27 сутки из-за развития абсцедирующей пневмонии и тяжелой дыхательной недостаточности.

5 пострадавших в связи с большими потерями по дренажам и признаками развития перитонита были повторно оперированы. При ревизии выявлена несостоятельность швов двенадцатиперстной кишки, обширное гнойно-некротическое воспаление парадуоденальной клетчатки. Двенадцатиперстная кишка отключена путем прошивания кишки ниже пилорического жома аппаратом УО. Непрерывность восстанавливали путем формирования впередиободочного гастроэнтероанастомоза с установкой в кишку зонда для энтерального питания. В послеоперационном периоде продолжена интенсивная терапия, нутриционная поддержка.

Из 5 больных умерло 4 вследствие развития тяжелого сепсиса. Всего из 19 пострадавших этой группы умерло 5 (26,3%).

Лапаротомия, ушивание дефекта стенки, отключение двенадцатиперстной кишки, впередиободочный гастроеюноанастомоз, холецистостомия выполнены 7 пострадавшим. Несостоятельность швов двенадцатиперстной кишки развилась у 3 пациентов с ретроперитонитом. Несмотря на неоднократные повторные релапаротомии, все трое умерли вследствие развития тяжелого сепсиса.

Таким образом, из 28 больных этой группы умерло 8 (28,6%) пострадавших, у 2 из них травма поджелудочной железы осложнилась развитием тяжелого деструктивного панкреатита.

Основными причинами развития несостоятельности швов после ушивания разрыва двенадцатиперстной кишки являются воспаление и деструкция стенки кишки и парадуоденальной клетчатки под воздействием ферментов и желчи, а также быстрое инфицирование формирующихся очагов некроза. В этих условиях снизить риск развития несостоятельности швов посредством холецистостомии или отключения двенадцатиперстной кишки не удастся. В связи с этим мы разработали другую методику лечения этих повреждений. С 2010 по 2018 госпитализированы 26 пострадавших с повреждениями двенадцатиперстной кишки. Из них отрыв медиальной стенки кишки от головки поджелудочной железы и выше и ниже большого дуоденального сосочка выявлен у 1 пострадавшего, полный поперечный разрыв двенадцатиперстной кишки под брыжеечными сосудами – у 3 пострадавших. У 21 пострадавшего разрыв располагался по наружному контуру нисходящей части кишки. Еще у одного пострадавшего была диагностирована обширная гематома стенки кишки в области дуоденоюнального перехода. Характер операций представлен в таблице 2.

Таблица 2

Вид операций во второй группе больных

Характер операции	Количество
Лапаротомия, иссечение стенок разрыва, У-образный дуоденоюноанастомоз (бок-в-бок), еюноюноанастомоз «конец - в - бок»	22
Лапаротомия, продольная латеральная резекция двенадцатиперстной кишки, до нижней горизонтальной части пластика тощей кишкой, выключенной по Ру, с пересадкой БДС и холедохоеюноанастомозом «бок – в – бок»	1
Лапаротомия, прошивание аппаратом УО ДПК кишки проксимальнее и дистальнее поперечного разрыва под сосудами, дуоденоюноанастомоз «бок – в – бок», еюноюноанастомоз «конец – в – бок»	3
Всего	26

Лапаротомия, иссечение стенок разрыва, У-образный дуоденоюноанастомоз, еюно-юноанастомоз «конец–в–бок» были выполнены 22 пациентам, в том числе одному со стриктурой дуоденоюноального перехода. Сначала выполняли широкую мобилизацию двенадцатиперстной кишки по Кохеру. После этого иссекали края разрыва стенки двенадцатиперстной кишки, оставляя спереди и сзади полосу стенки, шириной 10–12 мм. Далее на 30–40 см ниже дуоденоюноального перехода тощую кишку пересекали, аборальный конец кишки прошивали аппаратом УО и погружали кисетным швом. Формировали еюно-юноанастомоз «конец– в–бок» на 30 см ниже пересеченного аборального конца тощей кишки двухрядным швом. Отключенную петлю тощей кишки через брыжейку ободочной кишки подводили к месту разрыва и формировали анастомоз «бок–в–бок» двухрядным узловатым швом. Дефекты брыжеек ушивали. К зоне анастомоза подводили мягкий силиконовый зонд для эвакуации сока поджелудочной железы. Дренировали забрюшинную клетчатку 1–3 дренажами.

Послеоперационный период был гладким у 20 пострадавших. 2 пациентов с сочетанными повреждениями печени, селезенки, костей скелета умерли на 2 и 4 сутки после операции вследствие тяжелой кровопотери и шока. В послеоперационном периоде у 4 больных на 5 и 6 сутки развилась микронесостоятельность швов дуоденоюноанастомоза. Суточные потери по дренажу составили около 100-150 мл с постепенным уменьшением отделяемого. На фоне проводимого лечения состояние пациентов улучшилось, пациенты были выписаны на амбулаторное лечение.

У одного больного выявлен отрыв двенадцатиперстной кишки от головки поджелудочной железы со сложным разрывом медиальной стенки и частичным отрывом большого дуоденального сосочка (сосочек «висел» на общем желчном и вирсунгов протоках). Ему была выполнена лапаротомия, удаление двенадцатиперстной кишки, пластика тощей кишки, выключенной по Ру, с пересадкой БДС и холедохоеюноанастомозом «бок–в–бок».

У 3 пациентов выявлен полный поперечный разрыв двенадцатиперстной кишки, где она перекидывается через позвоночник. При таких ситуациях выполнялась операция Ричардсона. Однако общность сосудистой сети поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки делают эту процедуру травматичной и весьма опасной из-за возможного

развития ишемии поврежденной кишки или панкреатита. Исходя из этого, мы посчитали эту методику излишне травматичной и применили другой вариант операции при таких повреждениях.

После срединной лапаротомии вскрывали брюшину в области дуоденоюноального перехода и обнажали участок поврежденной кишки. Аппаратом УО прошивали двенадцатиперстную кишку проксимальнее и дистальнее поперечного разрыва, в пределах здоровых тканей, не выполняя их мобилизации. Ушитые ткани стенки кишки по краю разрыва иссекали до линии шва. После этого формировали дуоденоюноанастомоз выключенной петлей тощей кишки по Ру способом «бок–в–бок» по вышеописанной методике. Из них 1 больной с тяжелыми сочетанными травмами органов брюшной полости и костей таза умер в ближайшем послеоперационном периоде. 2 больных поправились. Всего в этой группе больных умерло 3 (11,5%) пострадавших. По причине несостоятельности швов летальных исходов не было.

Выводы

1. Триада Лафите в первые 2 часа после травмы отмечается у 94% пострадавших с разрывом забрюшинной части двенадцатиперстной кишки. При развитии флегмоны забрюшинной клетчатки доминируют признаки нарастающей интоксикации, пареза кишечника. Эти признаки после 4 часов с момента травмы наблюдаются у 96% пострадавших.

2. При ушивании ран двенадцатиперстной кишки и формировании холецистостомы частота несостоятельности швов достигает 38,8%, а летальность – 21%. Дополнительное выключение двенадцатиперстной кишки из пассажа не снижает риск развития несостоятельности швов и летальность.

3. Ушивание раны кишки показано при отсутствии флегмонозного воспаления стенки кишки и забрюшинной клетчатки в первые 2 часа после ранения кишки. При наличии воспалительных изменений методом выбора является наложение дуоденоюноанастомоза после иссечения краев разрыва в пределах здоровых тканей. При полном поперечном разрыве кишки под верхними брыжеечными сосудами проксимальная культи кишки прошивается аппаратным швом без ее мобилизации и формируется дуоденоюноанастомоз с выключенной по Ру петлей тощей кишки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 3-6 см. в REFERENCES)

1. Красильников Д.М., Миннулин М.М., Николаев Я.Ю. Хирургическая тактика при повреждениях двенадцатиперстной кишки // Практическая медицина. 2013. № 2. С. 13-18.

2. Суходоля А.И., Петрушенко В.В., Козак И.О. и соавт. Хирургическое лечение повреждений двенадцатиперстной кишки // Хирургия. 2014. №7. С. 17-20.

RESERENSES

1. Krasilnikov D. M., Minnulin M. M., Nikolaev Ya. Yu. Khirurgicheskaya taktika pri povrezhdeniyakh dvenadtsatiperstnoy kishki [Surgical tactics for injuries of the duodenum]. *Prakticheskaya meditsina – Practical medicine*, 2013, No. 2, pp. 13-18.

2. Sukhodolya A. I., Petrushenko V. V., Kozak I. O. Khirurgicheskoe lechenie povrezhdeniy dvenadtsatiperstnoy kishki [Surgical treatment of duodenal injuries]. *Khirurgiya – surgery*, 2014, No. 7, pp. 17-20

3. Bekker W., Kong V.Y., Laing G.L. et al. The spectrum and outcome of blunt trauma related enteric hollow visceral injury. *Annals of The Royal College of Surgeons of England*, 2018, Vol. 100(4), pp. 290-294.

4. By-Mohammed A. W., Abd El-Fatah et al. Duodenal injuries I: 60 cases in 7 years in three large surgical centers.

El-Mina med. Bull, 2011, Vol. 22, No. 1, pp. 55-60

5. Charles E., Lucas. The therapeutic challenges in treating duodenal injury. *P.A.J.T.*, 2013, Vol. 7, pp. 126-133

6. Mungazi S.G., Mbanje C., Chihaka O., Madziva N. Combined pancreatic and duodenal transection injury: A case report. *International Journal of Surgery Case Reports*, 2017, Vol. 39, pp. 285-287.

Сведения об авторах:

Кубачев Кубач Гаджимагомедович – профессор кафедры хирургии им. Н.Д. Монастырского СЗГМУ им. И.И. Мечникова, д.м.н.

Мухиддинов Нуриддин Давлаталиевич – зав. кафедрой хирургии и эндовидеохирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н.

Заркуа Нонна Энриковна – доцент кафедры хирургии им. Н.Д. Монастырского СЗГМУ им. И.И. Мечникова, к.м.н.

Хацимов Кантемир Артурович – соискатель кафедры хирургии им. Н.Д. Монастырского СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Контактная информация:

Заркуа Нонна Энриковна – тел.: +7 9219515494

¹Махмудов Д.Т., ¹Гурезов М.Р., ¹Ашуров Г.Г., ²Зарипов А.А.

О ВЗАИМОСВЯЗИ КЛИНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА С УРОВНЕМ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

¹Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

²Кафедра ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

¹Makhmudov D.T., ¹Gurezov M.R., ¹Ashurov G.G., ²Zaripov A.A.

ABOUT INTERCOUPLING THE CLINICAL CONDITION OF PARODONTAL COMPLEX WITH LEVEL OF THE PHYSICAL ACTIVITY OF DENTISTRY PATIENT

¹Department of Therapeutic Dentistry of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»

²Department of Orthopedic Dentistry of the Avicenna Tajik State Medical University

Цель исследования. Изучение состояния пародонтального комплекса в зависимости от уровня физической активности стоматологических пациентов.

Материал и методы. В зависимости от уровня физической активности пациенты были разделены на 3 группы: 1-я группа - 96 человек с высокой привычной двигательной активностью, 2-я группа - 101 человек – со средней активностью и 3-я группа 140 человек с низким уровнем привычной двигательной активности. Из дополнительных методов обследования нами использовались внутриротовая ретгенография и ортопантомография.

Результаты. Анализ взаимосвязи числа отсутствующих зубов, как следствия болезни пародонта, продемонстрировал умеренную отрицательную корреляцию между группами, т.е. потери зубов была большей при уменьшении привычной двигательной активности. Обнаружена также умеренная отрицательная корреляция между значением индекса интенсивности кариеса зубов и снижением двигательной активности. По данным анализа тяжести поражения пародонта, хронический очаговый и генерализованный пародонтит тяжелой степени наиболее часто диагностировался у пациентов с низким уровнем двигательной активности.

Заключение. Хронический пародонтит тяжелой степени в большинстве случаев диагностировался у пациентов с низким уровнем привычной двигательной активности, в то время как легкая форма данной патологии наиболее часто отмечался у пациентов с высоким уровнем функциональной активности. На ортопантомограмме у всех пациентов с низкой привычной двигательной активностью отмечена стопроцентная резорбция межальвеолярных перегородок, у лиц со средней и высокой функциональной активностью значение данного показателя составило 55,4% и 23,6% соответственно.

Ключевые слова: гингивит, пародонтит, физическая активность, локомоция, пародонтальный карман, кровоточивость

Aim. Study of the condition of parodontal complex in depending levels of the physical activity of dentistry patient.

Materials and methods. In depending levels of the physical activity dentistry patients were divided into 3 groups: I group - 96 person with high accustomed motor activity, II group - 101 person with average motor activity and III group 140 person with low level of the accustomed motor activity. From additional methods of the examination were use innermouth x-ray and ortopantomography.

Results. Analysis intercoupling the number being absent teeth, as effect parodontal disease, has demonstrated the moderate negative correlation between group, that is - loss teeth was greater at reduction of the accustomed motor activity.

Moderate negative correlation discovered also between importance of the index of caries intensities and reduction of motor activity. As of analysis of gravity of the parodontal defeat, chronic local and diffuse parodontitis of the heavy degree most was often diagnosed beside patient with low level of the motor activity.

Conclusion. Heavy degree of chronic parodontitis in most cases diagnosed beside patient with low level of the accustomed motor activity, while light form given pathology most often noted beside patient with high level of the functional activity. On x-ray picture beside all patient with low accustomed motor activity noted one-hundred-percent resorbtion of interalveolarly partiton, beside person with average and high functional activity importance given factor has formed 55.4% and 23.6% accordingly.

Key words: *gingivitis, parodontitis, physical activity, locomotion, parodontal pocket, bleeding*

Актуальность

Представления об этиологии и патогенезе воспалительных заболеваний пародонта остаются во многом неясными и спорными. На сегодня известно, что заболевания пародонта развиваются под влиянием как местных причин, так сочетанного воздействия общих факторов на фоне измененной реактивности организма [1, 3].

По сведениям авторов ближнего [2, 3] и дальнего [4, 5] зарубежья, к настоящему времени накоплено множество свидетельств сопряженности генерализованных воспалительных поражений пародонта с различными заболеваниями внутренних органов. В связи с этим установление взаимосвязей распространенности и интенсивности заболеваний пародонта, как наиболее распространенной патологии зубочелюстной системы, и уровня привычной двигательной активности может существенно способствовать разработке рекомендаций по прогнозу и профилактике данного заболевания.

Приходится констатировать, что в опубликованных работах отсутствует детальный анализ клинического состояния пародонтального комплекса в зависимости от индивидуальной различия потребности индивидуума в движении, представляющий наибольший интерес для практического врача, что и определила актуальность планируемого исследования.

Цель исследования

Изучение состояния пародонтального комплекса в зависимости от уровня физической активности стоматологических пациентов.

Материал и методы исследования

Под понятием привычной двигательной активности подразумевается ежедневная физическая активность человека. Для определения привычной двигательной активности (ПДА) были использованы шагометрия и ведение дневника физической активности. При выделении групп по уровню ПДА использовалась методика построения эмпирических кривых распределения лиц по

количеству локомоции на протяжении суток. В соответствии с рекомендациями ВОЗ (1999), если человек в течение одной недели физической активностью занимается менее 5 часов, это свидетельствует о том, что у него низкий уровень привычной двигательной активности, от 5 до 7 часов занятия физической активности свидетельствуют о среднем уровне двигательной активности, высокий уровень двигательной активности - если физическая активность за неделю составляет более 8 часов.

В исследование включены 337 пациентов (228 мужчин и 109 женщин, средний возраст которых составил $41,6 \pm 9,4$ года). В зависимости от функциональных типов конституции пациенты были разделены на 3 группы: 1-я группа - 96 человек (28,5%) с высокой привычной двигательной активностью, 2-я группа - 101 человек (30,0%) - со средней и 3-я группа 140 (41,5%) с низким уровнем привычной двигательной активности. Проводилось также стандартное стоматологическое обследование: определение отсутствующих зубов, показателей распространенности и интенсивности заболеваний пародонта на основании специфических жалоб, глубины пародонтальных карманов (ПК) и индексов API, RVI, PI. Из дополнительных методов обследования нами использовались внутриротовая рентгенография и ортопантомография.

Результаты и их обсуждение

Большинство пациентов с низкой и средней привычной двигательной активностью жаловались на кровоточивость десны (самопроизвольную, при приеме пищи и чистке зубов) - 89,2% и 65,3% соответственно (табл. 1).

Полученные данные позволяют констатировать, что все пациенты предъявляли жалобы, связанные с поражением пародонта, однако такие симптомы, как кровоточивость десны, болевой синдром, подвижность зубов чаще отмечались у пациентов с низкой и средней привычной двигательной активностью.

Таблица 1

Жалобы пациентов у лиц различных функциональных типов локомоции

<i>Жалоба</i>	<i>1-я группа (n=96)</i>	<i>2-я группа (n=101)</i>	<i>3-я группа (n=140)</i>
<i>Кровоточивость десны</i>	86 (89,6%)	66 (65,3%)	37 (26,4%)*
<i>Болевые ощущения (при пережевывании пищи, чистке зубов)</i>	64 (66,7%)	49 (48,5%)	43 (30,7%)
<i>Подвижность зубов</i>	61 (63,5%)	15 (14,9%)	18 (12,9%)**
<i>Сухость в полости рта</i>	80 (83,3%)	35 (34,7%)	73 (52,1%)**
<i>Жжение языка</i>	34 (35,4%)	25 (24,8%)	24 (17,1%)
<i>Запах изо рта</i>	83 (86,5%)	56 (55,4%)	67 (47,9%)

Примечание: * – показатель, достоверно отличающийся от такового в 1-й и 2-й группах; ** – показатели, достоверно отличающиеся от таковых в 1-й группе ($p<0,05$)

У пациентов с низкой привычной двигательной активностью мы отметили в среднем отсутствие 11,1 зуба, со средней – 7,2, а при высоком уровне активностью – 6,3 (различия данных у лиц с низким и высоким уровнем привычной двигательной активности достоверны; $p<0,05$). Пациенты с низким уровнем привычной двигательной активности отмечали более ранний возраст начала выпадения зубов (в среднем 47,8 года), чем пациенты с высоким уровнем активности (в среднем 56,7 года).

Анализ взаимосвязи числа отсутствующих зубов, как следствие болезни пародонта, продемонстрировал умеренную отрицательную корреляцию между группами, т.е. потеря зубов была большей при уменьшении привыч-

ной двигательной активности. Обнаружена также умеренная отрицательная корреляция между значением индекса интенсивности кариеса зубов (КПУз) и снижением двигательной активности. При этом среднее значение индекса КПУз у пациентов с высоким уровнем привычной двигательной активности составило $13,0\pm5,4$, со средним уровнем – $14,8\pm4,5$, с низким уровнем – $18,7\pm6,2$ (разница между данными пациентов с высоким и низким уровнем двигательной активности статистически достоверна ($p=0,0005$)).

Исследование пародонтальных карманов показало, что у пациентов с низким уровнем привычной двигательной активности средняя их глубина составила $4,7\pm1,5$ мм, со средним – $2,6\pm0,9$ мм, с высоким – $2,1\pm0,2$ мм (табл. 2).

Таблица 2

Глубина пародонтальных карманов у пациентов в зависимости от уровня двигательной активности

<i>Глубина ПК, мм</i>	<i>1-я группа (n=96)</i>	<i>2-я группа (n=101)</i>	<i>3-я группа (n=140)</i>
<i>До 4</i>	25 (26,0%)	50 (49,5%)	85 (60,7%)
<i>До 5</i>	31 (32,3%)	27 (26,7%)	55 (39,3%)
<i>Более 5</i>	40 (41,7%)	24 (23,8%)	–

Примечание: средняя глубина ПК в 1-й группе – $4,7\pm1,5$ мм, во 2-й группе – $2,6\pm0,9$ мм, в 3-й группе – $2,1\pm0,3$ мм

Однако у пациентов с низким уровнем двигательной активности чаще (41,7%) выявлялась глубина ПК более 5,0 мм (со средним уровнем – 23,8%), у лиц с высоким уровнем привычной двигательной активности данное явление не обнаруживалось. Проведенный анализ взаимосвязи между уровнем двигательной активности и глубиной пародонтального кармана показал, что она статисти-

чески достоверна ($p=0,008$), но у пациентов с низким уровнем активности глубина ПК уже достоверно не зависела от уровня функциональной подвижности организма.

В исследовании была обнаружена сильная отрицательная корреляция между уровнем привычной двигательной активности, индексом API ($p<0,0001$) и индексом РВІ ($p<0,0001$), выявлена также умеренная отрицательная

корреляция индекса РІ и степени привычной двигательной активности ($p=0,00002$).

Всем пациентам проводилась ортопантомография челюстей (табл. 3). Как видно из таблицы, у пациентов с низким уровнем привычной двигательной активности в 57,3% случаев отмечалась резорбция межальвеолярных перегородок ряда зубов на 1/3 длины

корня, у 28,1% - до 1/2 и в 14,6% случаев – до 2/3. При этом у пациентов со средней привычной двигательной активностью только лишь в 4,9% случаев отмечалась резорбция более 2/3 длины корня, а у пациентов с высоким уровнем двигательной активности ни в одном случае не отмечалась резорбция до 2/3 длины корня.

Таблица 3

Результаты ортопантомографического исследования у пациентов с разной привычной двигательной активностью

Показатель	1-я группа (n=96)	2-я группа (n=101)	3-я группа (n=140)
Пациенты с резорбцией межальвеолярных перегородок	96 (100%)	56 (55,4%)	33 (23,6%)
Степень резорбции межальвеолярных перегородок (от длины корня):			
до 1/3	55 (57,3%)	37 (36,6%)	29 (20,7%)
до 1/2	27 (28,1%)	14 (13,9%)	4 (2,9%)
до 2/3	14 (14,6%)	5 (4,9%)	–
Резорбция отсутствует	–	45 (44,6%)	107 (76,4%)

В целом костная резорбция межальвеолярных перегородок ряда зубов определялась в 55,4% и 23,6% соответственно у пациентов со средним и высоким уровнями привычной двигательной активности, тогда как у пациентов 1-й группы значение исследуемого показателя равнялось стопроцентным значениям.

По данным анализа тяжести поражения пародонта (результаты комплексного обследования), хронический очаговый и генерализованный пародонтит тяжелой степени наиболее часто диагностировался у пациентов с низким уровнем двигательной активности (41,5%). Данные показатели во 2-й и 3-й группах пациентов соответствовали значениям 11,3% и 2,4%. Пародонтит легкой степени чаще всего отмечался у пациентов с высоким уровнем привычной двигательной активности.

Результаты исследования позволяют заключить, что у всех обследованных определялась та или иная степень поражения тканей пародонта. При этом тяжесть поражения нарастала со снижением уровня привычной двигательной активности: у пациентов с низким уровнем функциональной активности отмечено большее число тяжелых форм пародонтита, чем у лиц со средним и высоким уровнем привычной двигательной активности.

Результаты нашей работы наглядно продемонстрировали ухудшение состояния па-

родонтального комплекса по мере снижения двигательной активности. Это подтверждается и большим числом пациентов с жалобами на кровоточивость десен, болевые ощущения при пережевывании пищи и подвижность зубов в группе пациентов с диагностированным уровнем низкой двигательной активности. Нами также установлена нарастание числа отсутствующих зубов по мере снижения привычной двигательной активности. В соответствии с описанной зависимостью тяжести симптоматики заболеваний пародонта от уровня двигательной активности ожидаемым результатом стало достоверно большее число пациентов с хроническим пародонтитом тяжелой степени в группе пациентов с низкой привычной двигательной активностью.

Бесспорно, наше исследование не обладает необходимой статистической достоверностью для однозначных выводов о прямой клинической взаимосвязи привычной двигательной активности и тяжести поражения пародонтального комплекса. Тем не менее, исходя из приведенных данных, можно заключить, что при низкой двигательной активности поражение пародонта выражено больше и встречается чаще, чем в отсутствие такового. Это необходимо учитывать, планируя тактику ведения пациентов, поскольку дифференцированный подход при реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий, может оказать благоприятное

влияние на состояние зубочелюстной системы в целом.

С другой стороны, сегодня понятие «низкая двигательная активность» ассоциируется с понятием «молчащая эпидемия», что акцентирует внимание практических врачей лечебных специальностей на отсутствие симптомов гипокинезии, пока не возникает тяжелое осложнение стоматологического характера (хронический пародонтит различной степени тяжести). Это продемонстрировано в нашем исследовании, где мы указали на отсутствие у наших пациентов ранее диагностированного уровня привычной двигательной активности.

Врач-стоматолог, учитывая результаты нашего исследования, при значительном поражении пародонтального комплекса может указать и пациенту и его лечащему врачу, что низкая привычная двигательная активность является фактором риска развития стоматологической патологии. Иными словами, заболевания пародонта могут явиться ранними маркерами потери минеральной плотности челюстных костей.

Заключение

У пациентов с низкой привычной двигательной активностью чаще, чем у лиц со средней и высокой функциональной активностью, отмечаются кровоточивость десны (89,6%), болевые ощущения при пережевывании пищи и чистке зубов (66,7%), подвижность зубов (63,5%). У них же в среднем отмечено отсутствие 11,1 зуба, причем в более молодом возрасте, а индекс КПУз составил $18,7 \pm 6,2$ против $13,0 \pm 5,4$ у пациентов с высоким уровнем привычной двигательной активности.

Средняя глубина ПК при низком уровне привычной двигательной активности составляет $4,7 \pm 1,5$ мм, при среднем и высоком уровнях – соответственно $2,6 \pm 0,9$ мм и $2,1 \pm 0,2$ мм.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 4-5 см. в REFERENCES)

1. Аврамова Т.В. Взаимосвязь воспалительных заболеваний пародонта и факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний // Стоматология. 2016. № 3. С. 61.

2. Булкина Н.В. Взаимосвязь и взаимовлияние воспалительных заболеваний пародонта на сер-

дечно-сосудистую систему и желудочно-кишечный тракт // Клиническая стоматология. 2010. № 2. С. 28-29.

3. Ашуров Г.Г., Муллоджанов Г.Э., Гурезов М.Р. Социально-психологический статус больных с патологией желудочно-кишечного тракта и особенности оказания им стоматологической помощи // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. Душанбе, 2017. № 4. С. 66-68.

REFERENCES

1. Avraamova T. V. Vzaimosvyaz vospalitelnykh zabolovaniy parodonta i faktorov riska razvitiya serdechno-sosudistikh zabolovaniy [Intercoupling of inflammatory parodontal diseases and factor of the risk of the development heartily-vassel diseases]. *Stomatologiya – Dentistry*, 2016, No 3, pp. 61.

2. Bulkina N. V. Vzaimosvyaz i vzaimovliyaniye vospalitelnykh zabolovaniy parodonta i zheludochno-kishechniy trakt [Intercoupling and interaction of inflammatory parodontal diseases on heartily-vassel systems and gastrointestinal tract]. *Klinicheskaya stomatologiya – Clinical dentistry*, 2010, No 2, pp. 28-29.

3. Ashurov G. G., Mullodzhanov G. E., Gurezov M. R. Sotsialno-psikhologicheskiy status bolnykh s patologiyey zheludochno-kishechnogo trakta i osobennosti okazaniya im stomatologicheskoy pomoshi [Social-psychological status patient sick with pathology of the gastrointestinal tract and particularities of the rendering to him dentistry help]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya – Herald of the institute of postgraduate education in healthcare sphere*, 2017, No 4, pp. 66-68.

4. Spahr A. Periodontal infections and coronary heart disease: role of periodontal bacteria importance of total pathogen burden in the coronary event and periodontal disease study. *Archives of internal medicine*, 2016, Vol. 5, pp. 554-559.

5. Yamamoto T., Tsuneishi M., Furuta M., Koyama R. Relationship between periodontitis and metabolioc.

Сведения об авторах:

Махмудов Джурабек Тешиевич – соискатель-докторант кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Гурезов Махмуд Рахимович – ассистент кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Ашуров Гаюр Гафурович – зав. кафедрой терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н., профессор

Зарипов Акбар Ахуневич – зав. кафедрой ортопедической стоматологии ТГМУ, к.м.н., доцент

Контактная информация:

Махмудов Джурабек Тешиевич – тел: +992 918-72-11-55

© Коллектив авторов, 2019

УДК 618.173 (083.132)

*Мухамадиева С.М., Рустамова М.С., Курбанова М.Х.,
Негматова С.С., Бадалова Б.Х., Камилова М.Я.*

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ ИПОвСЗ РТ
ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗиСЗН РТ

*Mukhamadieva S.M., Rustamova M.S., Kurbanova M.Kh.,
Negmatova S.S., Badalova M.Kh., Kamilova M.Ya.*

MEDICAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF WOMEN WITH METABOLIC SYNDROME

Department of Obstetrics and Gynecology of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»
State Institution “Tajik Scientific and Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology”

Цель исследования. Представить медико-социальную характеристику женщин с метаболическим менопаузальным синдромом (ММС) и разработать предложения по улучшению качества их жизни.

Материал и методы. Исследованы 140 женщин климактерического возраста, разделенных на 2 группы: 100 - с менопаузальным метаболическим синдромом (основная группа) и 40 - без метаболического синдрома (группа сравнения).

Исследование проводилось по специально разработанной карте, состоящей из блоков, отражающих медико-социальные аспекты, данные общего осмотра, антропометрию, УЗИ.

Результаты. Особенности медико-социальной характеристики женщин с менопаузальным метаболическим синдромом в Таджикистане являются: высокая частота его развития среди жительниц села (62%), низкий уровень образования (70%), занятие домашним хозяйством (80%), высокая частота соматической патологии, раннее наступление менопаузы, отягощенная наследственность.

Заключение. Необходимо раннее выявление женщин с менопаузальным метаболическим синдромом, соматической патологией, отягощенной наследственностью. Профилактика ММС должна начинаться в репродуктивный период, и при наличии факторов риска у женщин необходимо предусматривать возможности минимизации их воздействия.

Ключевые слова: метаболический менопаузальный синдром, климактерический возраст, медико-социальная характеристика, профилактика

Aim. To provide medical and social characteristic of women with metabolic and menopause syndrome (MMS) and develop proposals on improvement of their life quality.

Materials and methods. 140 women of climacteric age separated into 2 groups were studied: 100 women with menopause and metabolic syndrome (main group) and 40 women without metabolic syndrome (comparison group).

Study was conducted according to special developed map composed of blocks which reflect medical and social aspects, general review data, anthropometry and Ultrasound investigation.

Results. Features of medical and social characteristics of women with menopause and metabolic syndrome in Tajikistan are: high rate of its development among village women (62%), low level of education (70%), household activities (80%), high rate of somatic pathology, early start of menopause, overburdened inheritance.

Conclusion. It is necessary to identify women with menopause metabolic syndrome, somatic pathologies, overburdened inheritance. MMS prevention has to start during reproductive period and if risk factors in women it is necessary to prevent possibility of their influence minimization.

Key words: metabolic menopause syndrome, climacteric age, medical and social characteristics, prevention

Актуальность

В настоящее время метаболический синдром, развивающийся у 30-60% женщин, является важной медико-социальной проблемой в связи с ростом заболеваемости за последние годы и его взаимосвязью с такими патологическими состояниями, как сердечно-сосудистые заболевания, занимающими первое место по смертности в развитых странах [4, 5, 7, 8]. Установлено, что риск развития сердечно-сосудистых заболеваний у женщин с метаболическим синдромом в 2 раза выше, чем у женщин без наличия последнего [2, 7]. Частота распространенности метаболического синдрома среди женского и мужского населения в мире старше 30 лет составляет 10%-30%. В России распространенность данного патологического синдрома у женщин в возрасте 40-55 лет встречается в 2 раза реже, чем у мужчин и составляет 20,8% [3, 5].

Большинство исследований свидетельствуют, что сочетание метаболических, гормональных и клинических проявлений при ММС способствует развитию не только сердечно-сосудистых заболеваний, но также сахарного диабета и атеросклероза [1, 2, 3, 9].

Имеются исследования, подтверждающие, что менопаузальный синдром во время пременопаузальной фазы развивается у 35% женщин, во время менопаузальной - у 38-70% [2].

Факторами риска развития менопаузального метаболического синдрома являются: отягощенная наследственность по сахарному диабету, хирургическая менопауза, ранняя менопауза, позднее менархе, курение, малоподвижный образ жизни, высококалорийный рацион питания и ожирение [1, 6, 9].

Метаболический синдром в период менопаузы является значимой медико-социальной проблемой в связи с увеличением продолжительности жизни женщин, у которых после 45 лет возникает период дефицита эстрогенов, приводящий к изменениям репродуктивной системы и последующим системным изменениям организма [2].

В Таджикистане женщины с менопаузальным метаболическим синдромом обладают особенностями медико-социальных характеристик, что определило выбор настоящего исследования.

Материал и методы исследования

Материал, представленный в работе, включал 140 женщин климактерического возраста,

изученных сплошным методом: 100 – с менопаузальным метаболическим синдромом (основная группа) и 40 – без метаболического синдрома (группа сравнения).

Критериями включения во все обследованные группы явился менопаузальный возраст. Критерием исключения из всех обследованных групп явилась искусственная менопауза у женщин.

Исследование проводилось по специально разработанной карте, состоящей из блоков, отражающих медико-социальные аспекты (возраст, образование, социальный статус, наличие соматических и гинекологических заболеваний, репродуктивное и контрацептивное поведение), данные общего осмотра, антропометрию, УЗИ.

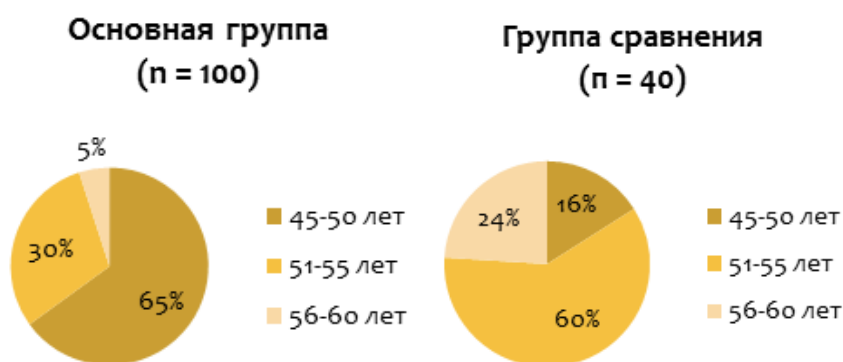
Статистическую обработку полученных результатов проводили с применением программы статистического анализа Microsoft Excel. Определяли среднеарифметическую (М), ошибку среднего арифметического (m). Достоверность различий между группами устанавливалась по t-критерию Стьюдента, для малых и неоднородных групп – по U-критерию Манна-Уитни. Взаимосвязь признаков определяли с помощью корреляционного анализа по Пирсону с подсчетом коэффициента линейной корреляции (r).

Результаты и их обсуждение

Средний возраст женщин с менопаузальным метаболическим синдромом (основная группа) составил $50,9 \pm 0,41$ года, без менопаузального метаболическим синдромом (группа сравнения) - $52,8 \pm 0,48$ лет.

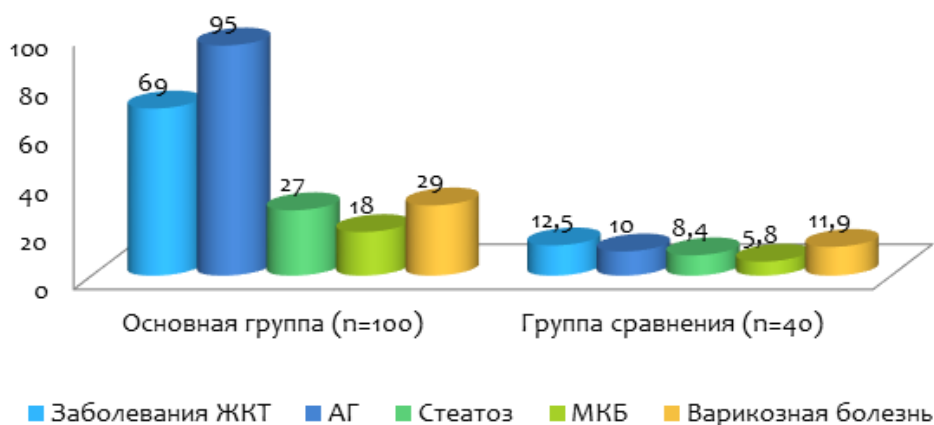
Различий в соотношении сельских и городских женщин по группам не выявлено: в основной группе их было $62 \pm 0,06\%$ и $38 \pm 0,04\%$, в группе сравнения – $62,5 \pm 0,05\%$ и $37,5 \pm 0,04\%$ соответственно ($p > 0,05$). Большая часть женщин основной группы и группы сравнения были домохозяйками (80% и 70% соответственно), остальные – рабочие и колхозницы (20% и 30% соответственно). Как видно из представленных на рисунке 1 данных, среди пациенток с метаболическим менопаузальным синдромом среднее незаконченное образование имели 70%, что почти в 3 раза больше, чем в группе сравнения; низкий социальный статус – 76%, что почти в 2,5 раза, по сравнению с женщинами группы сравнения ($25 \pm 0,06\%$ и $32 \pm 0,03\%$ соответственно) ($p < 0,05$).

Среди обследованных нами женщин наступление менопаузы в возрасте 45-50 лет установлено у $65 \pm 0,05\%$ пациенток, что почти в 4,5 раза чаще, чем в группе сравнения $-16 \pm 0,02\%$ ($p < 0,01$) (рис. 2).



Результаты исследований показали, что у пациенток с менопаузальным метаболическим синдромом артериальная гипертензия встречалась в 9,5 раз чаще ($95 \pm 0,02\%$), по сравнению с группой сравнения ($10 \pm 0,02\%$) ($p < 0,05$), заболевания ЖКТ – в 5,5 раза ($65 \pm 0,06\%$ и $12,5 \pm 0,02\%$ со-

ответственно) ($p < 0,05$), стеатоз ($27 \pm 0,04\%$) и МКБ ($18 \pm 0,02\%$) отмечались в 3 раза чаще, по сравнению с женщинами без этой патологии ($8,4 \pm 0,02\%$ и $5,8 \pm 0,03\%$ соответственно) ($p < 0,01$) и реже – варикозная болезнь ($29 \pm 0,08\%$ и $12 \pm 0,003\%$ соответственно по группам) ($p > 0,05$) (рис. 3).



Одной из существенных задач являлось изучение отягощенной наследственности у обследованных женщин (рис. 4).

Так, в основной группе гипертоническая болезнь установлена у $80 \pm 0,02\%$ (в группе сравнения у $37,5 \pm 0,02\%$), то есть в 2 раза чаще ($p < 0,05$);

сахарный диабет – в 8 раз ($40 \pm 0,02\%$ и $5 \pm 0,02\%$ соответственно) ($p < 0,01$), ожирение – в 3,8 раза ($48 \pm 0,01\%$ и $12,5 \pm 0,02\%$ соответственно) ($p < 0,05$), онкопатология – почти в 4,5 раза ($22 \pm 0,02\%$ и $5 \pm 0,006\%$ соответственно) ($p < 0,05$), сердечно-сосудистые заболевания имелись в 42% случаев.

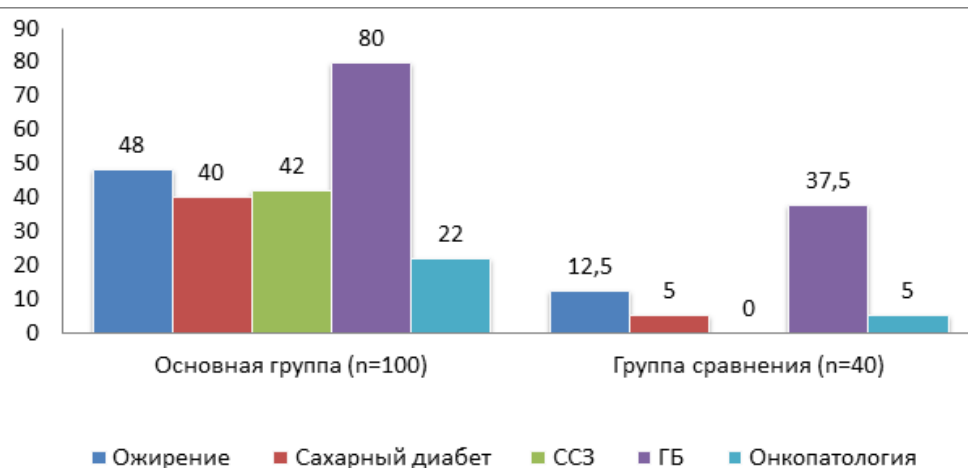


Рис. 4. Наличиеотягощенной наследственности у обследованных женщин

Необходимо отметить, что среди обследованных женщин не использовали в прошлом методы предохранения от нежелательной беременности 28% и 35% соответственно ($p>0,05$), при этом пациентки с менопаузальным метаболическим

синдромом чаще использовали ВМС (62%) и реже – КОК (10%), что в 1,6 раза и 2,8 раза больше, по сравнению с группой пациенток без менопаузального метаболического синдрома (37% и 28% соответственно) ($p<0,05$) (рис. 5).

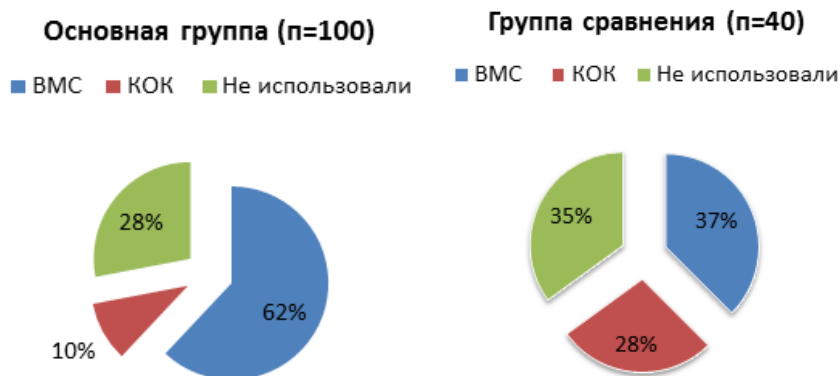


Рис. 5. Использование контрацепции обследованными женщинами

Частота многорождения в анамнезе среди женщин группы сравнения превышала аналогичный показатель женщин основной группы на 18%, что позволяет предположить отсутствие негативного влияния паритета на развитие ММС. В группах обследованных женщин значимого различия между показателями репродуктивного поведения не выявлено.

Учитывая вышеприведенные данные, мы сочли целесообразным оценить некоторые факторы риска развития ММС у женщин климактерического периода (табл. 1).

Как видно из представленных данных, наиболее высоким оказался риск развития ММС при сопутствующей гипертензии. При воздействии всех остальных изученных факторов риска установлен примерно одинаковый относительный риск развития ММС (от 1,3 до 1,9). При этом, если

мы не можем изменить наследственность женщины, что считается неуправляемым фактором, то все остальные факторы риска – это факторы, на которые возможно воздействовать (управляемые факторы). Профилактика ММС должна начинаться с репродуктивного возраста, и при наличии факторов риска у женщин необходимо предусматривать возможности минимизации их воздействия.

Таким образом, необходимо раннее выявление женщин с менопаузальным метаболическим синдромом, соматической патологией, отягощенной наследственностью.

Профилактика ММС должна начинаться в репродуктивный период, и при наличии факторов риска у женщин необходимо предусматривать возможности минимизации их воздействия.

Таблица 1

Относительный риск развития ММС при воздействии различных факторов риска

Факторы риска	RR	D.I.
Низкий уровень образования	1,8	1,3-2,3
Отягощенная наследственность (ГБ)	1,9	1,4-2,8
Отягощенная наследственность (СД)	1,6	1,3-1,8
Отягощенная наследственность (ожирение)	1,5	1,2-1,8
Сопутствующая АГ	7,9	3,5-17,9
Сопутствующие заболевания ЖКТ	1,9	1,5-2,6
Не использовали никогда КОК	1,6	1,0-2,5
Сопутствующая варикозная болезнь	1,4	1,3-1,7

Таблица 2

Относительный риск развития ММС при воздействии различных факторов риска

Факторы риска	RR	D.I.
Низкий уровень образования	1,8	1,3-2,3
Отягощенная наследственность (ГБ)	1,9	1,4-2,8
Отягощенная наследственность (СД)	1,6	1,3-1,8
Отягощенная наследственность (сахарный диабет)	1,5	1,2-1,8
Сопутствующая АГ	7,9	3,5-17,9
Сопутствующие заболевания ЖКТ	1,9	1,5-2,6
Сопутствующая варикозная болезнь	1,4	1,3-1,7
Миома матки	1,5	1,1-2,0
Гиперплазия эндометрия	1,3	1,0-1,5
НМЦ	1,7	1,2-2,2
Никогда не использовали КОК	1,6	1,0-2,5
Преэклампсия в анамнезе	1,3	1,1-1,6

Заключение

1. Особенности медико-социальной характеристики женщин с менопаузальным метаболическим синдромом в Таджикистане являются: высокая частота его развития среди жительниц села (62%), низкий уровень образования (70%), занятие домашним хозяйством (80%), высокая частота соматической патологии, раннее наступление менопаузы, отягощенная наследственность.

2. Применение КОК в репродуктивном возрасте с целью контрацепции снижает частоту ММС.

3. У женщин с менопаузальным метаболическим синдромом имеется высокая кор-

реляционная связь между факторами риска развития данной патологии.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 6-9 см. в REFERENCES)

1. Аметов А.С. Эффективное лечение ожирения – путь борьбы с эпидемией // *Diabetes mellipidus* - Медицинский совет. 2013. №2. С. 78-83.

2. Антонова А.А. Психологические взаимосвязи непереносимости психических расстройств у женщин в перименопаузе // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2015. №11. С. 348-351.

3. Григорян О.Р., Андреева Е.Н. Ожирение и репродуктивная функция // Акушерство и гинекология. 2015. №9. С. 14-19.

4. Джона М. Ласта. Эпидемиологический словарь. М., 2009. 316 с.

5. Ощепкова Е.В., Ефремова Ю.Е., Каропов Ю.А. Заболеваемость и смертность от инфаркта миокарда (ИМ) в Российской Федерации в 2000-2011 году // Терапевтический архив. 2013. №4. С. 4-10.

RESERENSES

1. Ametov A. S. Effektivnoe lechenie ozhireniya – put borby s epidemiei [Effective treatment of obesity – the way to fight the epidemic]. *Diabetes mellipidus - Meditsinskiy sovet – Diabetes mellitus - Medical Council*, 2013, No. 2, pp. 78-83.

2. Antonova A.A. Psikhologicheskie vzaimosvyazi nepsikhoticheskikh psikhicheskikh rasstroystv u zhen-shchin v perimenopauze [Psychological relationships of non-psychotic mental disorders in women in perimenopause]. *Mezhdunarodnyy zhurnal prikladnykh i fundamentalnykh issledovaniy – International journal of applied and fundamental research*, 2015, No. 11, pp. 348-351.

3. Grigoryan O. R., Andreeva E. N. Ozhirenie i reproductivnaya funktsiya [Obesity and reproductive function]. *Akusherstvo i ginekologiya – Obstetrics and gynecology*, 2015, No. 9, pp. 14-19.

4. Dzhon M. Last. *Epidemiologicheskii slovar* [Epidemiological dictionary]. Moscow, 2009. 316 p.

5. Oshchepkova E. V., Efremova Yu. E., Karopov Yu. A. Zaboлеваemost i smertnost ot infarkta miokarda (IM) v Rossiyskoy Federatsii v 2000-2011 godu [Morbidity and mortality from myocardial infarction (MI) in the Russian Federation in 2000-2011]. *Terapevticheskiy arkhiv – Therapeutic archive*, 2013, No. 4, pp. 4-10

6. Alonso-Alonso, Food reward system: current perspectives and future research needs. *Nutrition Reviews*, 2015, Vol. 73 (5), pp. 296-307.

7. Jordan J., Nilsson P. M., Kotsis V., Olsen M. H., Grassi G., Yumuk V., Joint scientific statement of the European Association for the Study of Obesity and the European Society of Hypertension. *Journal of Hypertension*, 2015, Vol. 33 (3), pp. 425-434.

8. Kringelbach M. L. The pleasure of food: underlying brain mechanisms of eating and other pleasures. *Flavour*, 2015, Vol. 4 (1), pp. 20.

9. Mendes K. G., Theodoro H., Rodrigues A. D., Busnello F., Lorenzi D. R. S. de, Olinto M. T. A. Menopausal status and metabolic syndrome in women in climacteric period treated at a clinic in Southern Brazil [J]. *Open Journal of Endocrine and Metabolic Diseases*, 2013. Vol. 3. P. 31-41.

Сведения об авторах:

Мухамадиева Саодатхон Мансуровна – профессор кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ ИПОвСЗРТ, д.м.н.

Рустамова Мехринисо Сангиновна – доцент ГУ НИИ АГиП МЗиСН РТ, д.м.н.

Курбанова Муборак Хасановна – руководитель гинекологического отдела ГУ НИИ АГиП МЗиСН РТ, д.м.н., профессор

Негматова Сурайё Собирджоновна – соискатель кафедры акушерства и гинекологии №1 ИПОвСЗРТ

Бадалова Мавзуна Холбековна – соискатель ГУ НИИ АГиП МЗиСН РТ

Камилова Мархабо Ядгаровна – руководитель акушерского отдела ГУ НИИ АГиП МЗиСН РТ, д.м.н., профессор

Контактная информация:

Мухамадиева Саодатхон Мансуровна – тел.: +(992) 939999128

© Коллектив авторов, 2018

УДК 616-093/-098

¹Назаров П.Х., ¹Достиев А.Р., ²Достиев У.А., ²Пиров Б.С., ³Самадов А.Х.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ И ЕЁ ВЛИЯНИЕ НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ РЕЦИПИЕНТОВ С ПОЧЕЧНЫМ АЛЛОТРАНСПЛАНТАТОМ

¹Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

²ГУ «Национальный научный центр трансплантации органов и тканей человека» МЗиСЗН РТ

³Республиканская клиническая больница Дангары

¹Nazarov P.Kh., ¹Dostiev U.A., ²Dostiev A.R., ²Pirov B.S., ³Samadov A.H.

RISK FACTORS FOR URINARY TRACT INFECTIONS AND THEIR IMPACT ON SURVIVAL RECIPIENTS

¹Department of General Surgery No. 1 Tajik State Medical University named after Abuali-ibn-Sino

²State Institution "National Scientific Center for Human Organ and Tissue Transplantation" of the Ministry of Health of the Republic of Tajikistan

³Republican Clinical Hospital, Dangara

Цель исследования. Изучить влияние инфекций мочевой системы на выживаемость трансплантата и реципиентов почечного аллотрансплантата.

Материал и методы. В исследование включены результаты 80 аллотрансплантаций родственной почки (АТП). В исследуемой группе было 55 (68,7%) мужчин, женщин - 25 (31,3%). Инфекция мочевой системы (ИМС) наблюдалась у 32,67% реципиентов мужского пола и у 33% женского пола. Грамотрицательные бактерии были наиболее распространенными изолированными микроорганизмами. E.coli выделяли в 43,53% случаев, затем Enterobacter spp. (35,37%) и P. aeruginosa (12,24%).

Результаты. Наличие ИМС значительно увеличивает заболеваемость пациентов с предрасполагающим урологическим фактором (ПУФ) после трансплантации: инфекции мочевых путей у 63,6% пациентов и только у 33,3% пациентов с ПУФ без ПУФ; относительный риск составил 3,5 ($p = 0,0004$).

Спустя два года после трансплантации выживаемость пациентов без инфекций мочевыводящих путей составила 96,4%, а у пациентов с ИМС - только 85,2%, $p = 0,065$. Выраженные различия в выживаемости были через 3 года после операции - 96,4% и 84,2% соответственно, $p = 0,037$.

Заключение. Урологические заболевания собственных почек, урологические осложнения после аллотрансплантации родственной почки (АТП) и предрасполагающие урологические факторы в целом являются факторами риска развития ИМС у реципиентов ПАТ. Использование стента мочеточника не увеличивало риск развития инфекций мочевых путей. ИМС оказала негативное влияние на выживаемость реципиентов, что наиболее выражено в долгосрочной перспективе после операции.

Ключевые слова: лечение инфекции, профилактика, мочевая система, реципиенты почек, трансплантация почки

Aim. To study the effect of urinary tract infections on the survival of the graft and renal allograft recipients.

Materials and methods. The study included the results of 80 related renal allotransplantations (ATP). In the study group there were 55 (68,7%) men, women - 25 (31,3%). Infection of the urinary system (IUS) was observed in 32,67% of male recipients and 33% of female. Gram-negative bacteria were the most common isolated microorganisms. E. coli was detected in 43,53% of cases, then Enterobacter spp. (35,37%) and P. aeruginosa (12,24%).

Results. The presence of IUS significantly increases the incidence of patients with a predisposing urological factor (PUF) after transplantation: urinary tract infections in 63,6% of patients and only 33,3% of patients with PUF without PUF; the relative risk was 3,5 ($p = 0.0004$).

Two years after transplantation, the survival rate of patients without urinary tract infections was 96,4%, and in patients with IC, only 85,2%, $p = 0,065$. Pronounced differences in survival were 3 years after surgery - 96,4% and 84,2%, respectively, $p = 0,037$.

Conclusion. Urologic diseases of one's own kidneys, urological complications after allograft of the related kidney (ATRP), and predisposing urological factors in general are risk factors for the development of IUS in recipients of PAT. The use of a ureteral stent did not increase the risk of developing urinary tract infections. The IUS had a negative effect on the survival rate of the recipients, which is most pronounced in the long term after the operation.

Key words: infection treatment, prevention, urinary system, kidney recipients, transplantation

Актуальность

Распространенным инфекционным осложнением у реципиентов почечного аллотрансплантата (ПАТ) является инфекция мочевых путей (ИМС). ИМС характеризуется частыми рецидивами и возникновением риска уросепсиса, который, возможно, окажет негативное воздействие на продолжительность функции трансплантата. Инфекция может быть нозокомиальной или возникает *de novo* у реципиента. Среди всех осложнений ИМС является наиболее распространенным явлением и составляет 40-50% всех инфекционных осложнений у реципиентов почечной трансплантации [1-5]. Около 20% необработанных инфекций мочевых путей в конечном итоге развивается при пиелонефрите, что сопровождается последующим риском опасного для жизни уросепсиса и потери трансплантата [6, 7]. Следовательно, ранняя диагностика и соответствующее лечение ИМС имеют решающее значение для реципиента при почечной трансплантации.

Цель исследования

Изучить влияние инфекций мочевой системы на выживаемость трансплантата и реципиентов почечного аллотрансплантата.

Материал и методы исследования

В исследование включены результаты 80 аллотрансплантаций родственной почки (АТПП), выполненные пациентам с 2011 по 2017 гг. в отделении по пересадки почки ННЦТОиТЧ, а также в отделении трансплантации почки в областной больнице Дангары. Среднее время наблюдения после трансплантации почки составило 1276 ± 52 дней. В исследуемой группе было 55 (68,7%) мужчин, женщин – 25 (31,3%). Средний возраст реципиентов на момент выполнения трансплантации почки составил $38,19 \pm 0,917$ лет, медиана возраста – 39,0 лет (14,4 – 62,5 лет), максимальный возраст – 62,5 лет, минимальный – 14,4 года. Диагноз ИМС выставляли на основании данных физикального обследования, клинического анализа крови, общего анализа и бактериологического исследования мочи, анализа мочи по Нечипоренко, данных ультразвукового обследования. Поскольку у реципиентов РТ клиника ИМС нередко бывает достаточно скудной, а

изменения в клиническом анализе крови могут отсутствовать, первостепенное значение приобретает лабораторное исследование мочи – общий анализ и бактериологическое исследование.

В нашем исследовании ИМС наблюдалась у 32,67% реципиентов мужского пола и 33% женского пола. Не было обнаружено существенной разницы между полом пациентов и частотой ИМС ($p > 0,05$). Грамотрицательные бактерии были наиболее распространенными изолированными микроорганизмами. *E.coli* выделяли в 43,53% случаев, затем *Enterobacter* spp. (35,37%) и *P. aeruginosa* (12,24%). Основными выделенными грамотрицательными бактериями были коагулазо-отрицательные стафилококки (6,8%), стрептококки (1,13%) и *S.aureus* (0,45%). Наиболее часто встречающимися бактериями были следующие: *Escherichia coli* (38,95%, 54,33%), *Enterobacter* spp. (40,44%, 27,74%), *P. aeruginosa* (11,23%, 13,87%) и коагулазоотрицательные стафилококки (7,11%, 6,35%).

Статистическая обработка данных проводилась с использованием двухстороннего теста Стьюдента, внутригрупповой – с использованием парного теста Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

Нами изучен эффект вирусов, способствующий возникновению бактериальных осложнений в посттрансплантационный период после АТПП. Проведен анализ частоты ИМС у пациентов после АТПП с вирусными инфекциями (табл. 1).

При анализе обнаружено, что вирусные инфекции обычно не оказывают существенного влияния на частоту инфекций мочевых путей.

Так, у реципиентов ПАТ с вирусными инфекциями частота ИМС составляла 44,1% против 28,6% у реципиентов ПАТ без вирусных осложнений (ОР 1,10, $p = 0,865$).

Частотный анализ с определенными типами вирусных инфекций (гепатит, цитомегаловирус и простой герпес) также не выявил существенных различий. Мы провели исследование влияния сахарного диабета (ПТСД) и предрасполагающих урологических факторов на развитие ИМС после АТПП (табл. 2).

Таблица 1

Инфекция мочевыводящей системы у реципиентов ПАТ при вирусной инфекции

Параметр		Вирусные гепатиты		Герпетическая инфекция		ЦМВ		Всего	
		нет	есть	нет	есть	нет	есть	нет	есть
Мочевые инфекции	Отст	51	15	72	14	66	10	38	38
	Есть	35	28	59	14	59	4	30	33
Частота		52,5%	40,7%	52,8%	45,0%	50,0%	47,2%	28,6%	44,1%
ОР		1,63 (0,82-3,25)		1,22 (0,29-5,09)		0,45 (0,13-1,50)		1,10(0,56-2,15)	
P		0,219		1,000		0,259		0,865	

Примечание: сравнение с применением точного критерия Фишера

Таблица 2

Влияние факторов риска на частоту ИМС у реципиентов ПАТ

Параметр	Наличие	Мочевые инфекции		Частота	ОР	P
		нет	да			
Предрасполагающие урологические факторы (ПУФ)	Нет	56	28	33,3%	3,50 (1,72-7,14)	0,0004
	Да	20	35	63,6%		
Урологические заболевания собственных почек	Нет	67	45	40,2%	2,98 (1,23-7,21)	0,013
	Да	9	18	66,7%		
Урологические осложнения после ТП	Нет	67	46	40,7%	2,75 (1,13-6,71)	0,022
	Да	9	17	65,4%		
Плановое использование мочеточникового стента	Нет	37	33	47,1%	0,86 (0,44-1,68)	0,664
	Да	39	30	43,5%		
Посттрансплантационный сахарный диабет	Нет	68	53	43,8%	1,60 (0,59-4,35)	0,351
	Да	8	10	55,6%		

Примечание: сравнение групп с применением точного критерия Фишера

При ПТСД частота ИМС больше, чем у пациентов с нормальным метаболизмом углеводов – 55,6%, по сравнению с 43,8%, хотя степень различия не была статистически значимой (ОР - 1,6, $p = 0,351$).

Использование мочеточникового стента не влияло на развитие инфекций мочевых путей (или 0,86, $p = 0,664$). Присутствие в истории инфекции собственных почек было связано с увеличением частоты ИМС после трансплантации, тогда как риск ИМС увеличился почти в 3 раза ($p = 0,013$).

Развитие урологических осложнений после трансплантации также сопровождается значительным увеличением частоты инфекций мочевых путей: так, ИМС составляла 65,4%

против 40,7% у пациентов с урологическими осложнениями и без (ОР, 2,75, $p = 0,022$).

Наличие ИМС значительно увеличивает заболеваемость пациентов с ПУФ после трансплантации: инфекции мочевых путей у 63,6% пациентов и только у 33,3% пациентов с ПУФ без ПУФ; относительный риск составил 3,5 ($p = 0,0004$).

В нашем исследовании ИМС не влияет на выживаемость трансплантата. Эти цифры были немного хуже через 2 и 3 года после трансплантации у реципиентов с ИМС, по сравнению с пациентами без неё, но различия не были статистически значимыми. Динамика выживаемости реципиентов представлена в таблице 3.

Таблица 3

**Выживаемость почечных трансплантатов и реципиентов ПАТ
с инфекцией мочевой системы**

Параметр	Выживаемость трансплантатов		Выживаемость реципиентов	
	Нет	Да	Нет	Да
Наличие ИМС	Р		Р	
1 год после ТП	83,9%	86,0%	98,2%	93,0%
	0,714		0,208	
2 года после ТП	78,6%	73,7%	96,4%	85,2%
	0,620		0,065	
3 года после ТП	78,6%	71,9%	96,4%	84,2%
	0,488		0,037	

Примечание: сравнение групп с применением точного критерия Фишера

Через 1 год выживаемость реципиентов ПАТ пациентов без ИМС и с ИМС существенно не изменилась (98,2% против 93,0%, $p = 0,208$), различия в выживаемость значительно увеличились через 2 и 3 года после трансплантации.

Спустя два года после трансплантации выживаемость пациентов без инфекций мочевыводящих путей составила 96,4%, а у пациентов с ИМС – только 85,2%, $p = 0,065$. Выраженные различия в выживаемости были через 3 года после операции – 96,4% и 84,2% соответственно, $p = 0,037$.

Показатели функции почечного трансплантата после 12 месяцев АТРП не различались между группами: так, средний уровень креатинина в плазме составлял $0,134 \pm 0,0070$ ммоль/л, у реципиентов ПАТ с ИМС – $0,136 \pm 0,0115$ ммоль /л, $p = 0,853$. Средний показатель СКФ $64,18 \pm 4,38$ мл /мин / $1,73 \text{ м}^2$ и $62,23 \pm 4,32$ мл /мин / $1,73 \text{ м}^2$, соответственно, $p = 0,752$.

Через 24 месяца после того, как средний уровень креатинина в плазме у реципиентов ПАТ без инфекций мочевых путей составил $0,138 \pm 0,0092$ ммоль/л в сравнении с $0,1402 \pm 0,0121$ ммоль/л у реципиентов с ИМС, $p = 0,780$. Через 2 года после ТП также не было никакой разницы в СКФ - у пациентов с ИМС СКФ составляла $63,05 \pm 4,28$ мл/мин / $1,73 \text{ м}^2$, у пациентов без ИМС – $60,75 \pm 4,64$ мл/мин / $1,73 \text{ м}^2$, $p = 0,716$.

Заключение

Таким образом, урологические заболевания собственных почек, урологические осложнения после АТРП и «предрасполагающие урологические факторы» в це-

лом являются факторами риска развития ИМС у реципиентов ПАТ. Использование стента мочеочника не увеличивает риск развития инфекций мочевых путей. ИМС не оказывают существенного влияния на выживаемость трансплантата почки, но оказывают негативное воздействие на выживаемость реципиентов, что наиболее выражено в долгосрочной перспективе после операции.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА REFERENCES

1. Khosravi A. D., Abasi Montazeri E., Ghorbani A., Parhizgari N. Bacterial urinary tract infection in renal transplant recipients and their antibiotic resistance pattern: A four-year study. *Iranian Journal of Microbiology*, 2014, No. 6, pp. 74-8.
2. Ram R, Dakshina Murthy K. V., Prasad N. Time table of infections after renal transplantation – South Indian experience. *Indian Journal of Nephrology*, 2005, No. 15 (Suppl 2), pp.14-21.
3. John G. T. Infections after renal transplantation. *Indian Journal of Nephrology*, 2015, No. 15, pp. 18-6.
4. Graversen M. E., Dalgaard L. S., Jensen-Fangel S., Jespersen B., Ostergaard L., Sogaard OS. Risk and outcome of pyelonephritis among renal transplant recipients. *BMC Infectious Diseases*, 2016, No. 16, pp. 264.
5. Meneguetti M. G., Pereira M. F., Bellissimo-Rodrigues F., Garcia T. M., Saber L. T., Nardim M. E., Study of the risk factors related to acquisition of urinary tract infections in patients submitted to renal transplant. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 2015, No. 48, pp. 285-90.

6. Gondos A. S., Al-Moyed K. A., Al-Robasi A. B., Al-Shamahy H. A., Alyousefi N. A. Urinary tract infection among renal transplant recipients in Yemen. *PLOS One*, 2015, No. 10, pp. e0144266.

7. Camargo L. F., Esteves A. B., Ulisses L. R., Rivelli G. G., Mazzali M. Urinary tract infection in renal transplant recipients: Incidence, risk factors, and impact on graft function. *Transplantation Proceedings*, 2014, No. 46, pp. 1757-1759.

Сведения об авторах:

Назаров Парвиз Халимович – соискатель кафедры общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, хирург-трансплантолог отделения трансплантации органов и тканей человека РКБ Дангары

Достиев Ашур Раджабович – профессор кафедры общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, д.м.н.

Достиев Умед Ашуирович – врач хирург-трансплантолог ГУ ННЦТОиТЧ МЗиСЗН РТ

Пиров Бахтиёр Саъдуллоевич – хирург-трансплантолог отделения трансплантации органов и тканей человека РКБ Дангары, к.м.н.

Самадов Акрамчон Халимович – хирург-трансплантолог отделения трансплантации органов и тканей человека РКБ Дангары

Контактная информация:

Назаров Парвиз Халимович – тел.: +992901005500; e-mail: salim9115@mail.ru

© Коллектив авторов, 2019

УДК 616-006; 616-084

Ортикова М.М., Мирзоева З.А., Гуломова М.О., Шодиев И.Н.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕКОТОРЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО УЧАСТКУ ГЦЗ №1 ГОРОДА ДУШАНБЕ И ПУТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Кафедра семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ

Ortikova M.M., Mirzoeva Z.A., Gulomova M.O., Shodiev I.N.

PREVALENCE OF CERTAIN ONCOLOGICAL DISEASES IN THE DUSHANBE CITY HEALTH CENTRE # 1 SERVICE AREA AND THE WAY OF PREVENTIVE CARE AT THE PRIMARY HEALTH CARE LEVEL

Department of Family Medicine, State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"

Цель исследования. Изучить и анализировать распространенность некоторых онкологических заболеваний по территории, прикрепленной к Городскому центру здоровья (ГЦЗ) №1 города Душанбе, и рассмотреть пути профилактической помощи на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Материал и методы. Для изучения структуры заболеваемости использовалась отчетная документация ГЦЗ №1 города Душанбе на 1 января 2017 года. Использован метод первичной статистических данных.

Результаты. На 1 января 2017 на территории, прикрепленной к ГЦЗ №1 города Душанбе, на 1-м месте по распространенности онкологических заболеваний среди женщин находятся новообразования молочных желез, на 2-м месте - рак половых органов, на 3-м месте - новообразования желудка. Среди мужчин: рак желудка и печени; мужских половых органов и прямого кишечника; легких и поджелудочной железы - соответственно.

Заключение. Ключевое положение в судьбе онкологического больного имеет врач общей практики, к которому он впервые обратился. Именно внимательный семейный врач, владеющий онкологическими знаниями, может своевременно заподозрить новообразование. Семейный врач должен заниматься оценкой факторов риска онкологических заболеваний, целенаправленно собирать анамнез, проводить тщательное физикальное исследование, направить пациента к специалисту или в клинику, а в дальнейшем осуществлять медицинскую реабилитацию.

Ключевые слова: возраст новообразование, профилактика, пол, риск, семейная медицина, специалист, фактор

Aim. To study and analyze the prevalence of some oncological diseases in CHC №1 of Dushanbe, Republic of Tajikistan and ways of preventive care at the primary health care level.

Materials and methods. To study the structure of the incidence, we used the reporting documentation of the City Health Center No. 1 in Dushanbe as of January 1, 2017. The method of primary static data is used.

Results. As of January 1, 2017, in the territory attached to the City Health Center # 1 of Dushanbe, breast tumors are on the 1st place for the prevalence of cancer among women, cancer of the genitals is on the 2nd place, and stomach tumors on the 3rd place. Among men: stomach and liver cancer; male genital organs and direct intestines; lungs and pancreas - respectively.

Conclusion. The key position in the fate of the cancer patient has a General practitioner, to whom he first turned. It is an attentive family doctor, who owns cancer knowledge, can for the first time suspect education in some system of the body. The family doctor should be engaged in the assessment of the facts of risk to oncological diseases. Purposefully collect anamnesis of the disease, conduct a thorough physical examination in the examination in a timely manner to send the patient to a specialist or clinic in the future to carry out medical rehabilitation.

Key words: age neoplasm, prevention, sex risk family medicine, specialist, factor

Актуальность

Семейная медицина – это медицинская специальность, направленная на оказание первичной медико-санитарной помощи всему населению, полноценной, всесторонней, качественной, продолжительной, доступной и экономичной по характеру [5, 7, 8].

Государство берет на себя заботу об охране здоровья членов семьи. Государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от пола, расы, национальности, языка, социального происхождения, должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений [7, 8].

Основа деятельности врача общей практики – работа с семьями. Здоровье членов семьи – стабильность общества [5, 7, 8].

Злокачественные новообразования занимают ведущее положение в клинической медицине, уступая по показателям заболеваемости и смертности только сердечно-сосудистой патологии [1-4, 9].

Среди причин смерти злокачественные новообразования стоят в США на втором месте: на их долю приходится 23% смертей [1-4, 7, 9].

Злокачественные новообразования – главная причина смерти населения 35-74 лет. Сегодня в США живет более 10 млн людей, у которых когда-либо находили злокачественные новообразования, причем 7 млн прожили после этого не менее 5 лет. Предполагается, что в начале XX века пятилетняя выживаемость онкологических больных достигает 67% [1, 2, 3, 4].

Рак молочной железы преобладающий возраст 40 - 75 лет. Частота рака шейки матки составляет 15,1 на 100 000. Инвазивный рак шейки матки наиболее часто обнаруживают в возрасте 40-50 лет. До 30 и после 70 лет первичный рак шейки матки выявляют приблизительно у 7% и 16% женщин соответственно [1, 2].

Рак предстательной железы на сегодняшний день – одна из самых актуальных проблем урологии и онкологии. Заболеваемость и смертность от рака предстательной железы наиболее высоки в индустриально развитых странах (в них регистрируется 76,5% случаев этой патологии). Возраст – наиболее серьезный фактор риска возникновения рака предстательной железы. Средний возраст больных в момент обнаружения рака, по данным различных авторов, составляет 62-70 лет, а пик заболеваемости приходится на 71 год [1]. Распространенность рака предстательной железы у представителей разных национальностей разная, кроме того, она

зависит от миграции населения, что, видимо, указывает на роль окружающей среды в развитии заболевания [6].

Рак молочной железы – самая частая злокачественная опухоль у женщин, примерно 25% всех злокачественных новообразований у женщин. В течение жизни им болеет каждая десятая женщина. У пожилых все объемные образования молочных желез следует считать злокачественными, пока не доказано обратное. Среди злокачественных новообразований у женщин рак молочной железы занимает первое и второе места по смертности [1, 7].

Более 75% опухолей молочной железы чаще доброкачественные, однако, окончательный диагноз можно поставить только на основании цитологического или гистологического анализа [1, 7].

Цель исследования

Изучить и анализировать распространенность некоторых онкологических заболеваний по территории, прикрепленной к Городскому центру здоровья (ГЦЗ) №1 города Душанбе, и рассмотреть пути профилактической помощи на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Материал и методы исследования

Для изучения структуры заболеваемости использовалась отчетная документация Городского центра здоровья №1 города Душанбе на 1 января 2017 года.

Показатели статистических данных обработаны методом первичной статистики данных.

Результаты и их обсуждение

Нами проведен анализ имеющихся данных в отчетной документации Городского центра здоровья №1 города Душанбе.

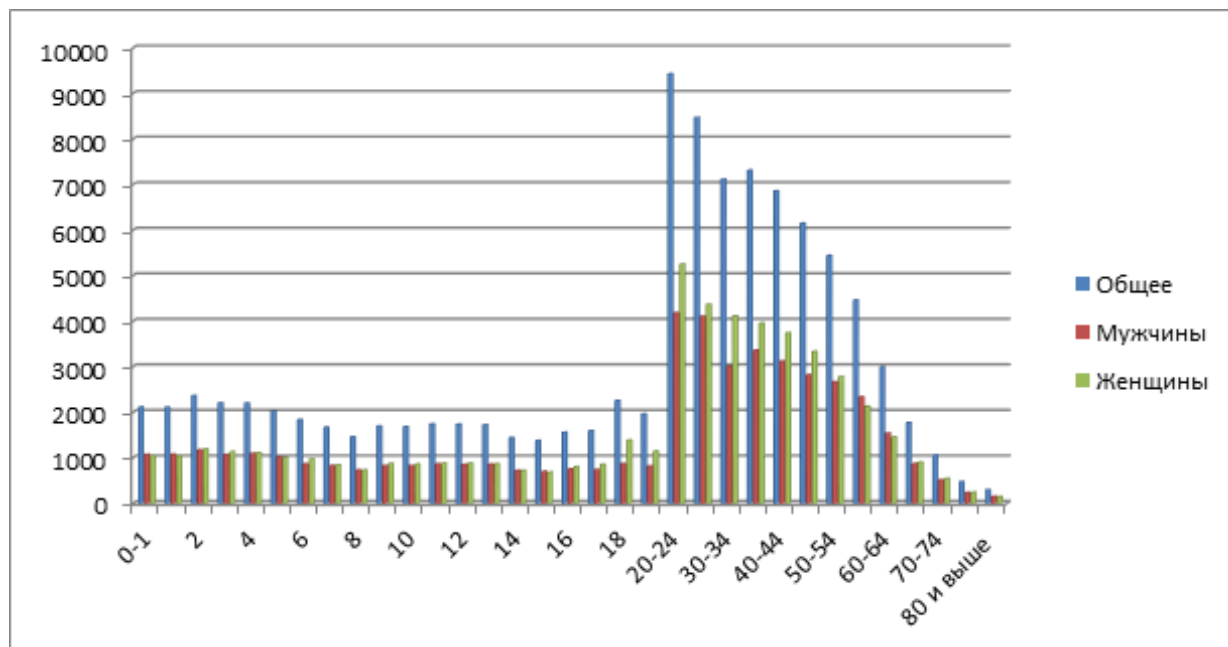
Как демонстрирует диаграмма (рис. 1), в структуре населения ГЦЗ №1 города Душанбе наибольшее количество населения – в возрасте 20-24 лет, составляет 18.177 (18,4%), наименьшее количество населения приходится на возраст свыше 80 лет – 293 (0,2%). При распределении по полу установлено, что в ГЦЗ №1 города Душанбе количество женского пола больше, чем мужского на 4.906 человек (7,5 %).

При исследовании структуры населения ГЦЗ №1 г. Душанбе установлено, что количество жителей женского пола составляет 53,7%, мужчин 46,2%, т.е. количество женского пола на 7,5% больше, чем мужского (рис.).

Как следует из данных таблицы 1, на 1.01.2016 года в ГЦЗ №1 г. Душанбе зарегистрировано 80 случаев онкологических заболеваний; на 1.01.2017 года – 67 случаев онкологических заболеваний. По сравнению

с 2017 годом, меньше на 13 случаев. Наибольшее число зарегистрированных случаев по онкологическим заболеваниям в 2016 году составили новообразования молочных желез - 35 (43,75%) из общего числа зарегистрирован-

ных новообразований. На втором месте в 17 (21,25%) случаев регистрируется рак половых органов у женщин. На третьем месте - новообразования желудка и новообразования прямой кишки – по 4 (5%) случая.



Структура населения ГЦЗ №1 города Душанбе на 1 января 2017 года

Таблица 1

Распределение и структура онкологической заболеваемости населения города Душанбе на 1 января 2016 и на первое января 2017 годы (население 775735, из них детей до 14 лет 279265)

Заболеваемость	Общее число заболеваний 2016 год		Общее число заболеваний 2017 год	
Пищевода	1	1,25%	2	2,98%
Желудка	4	5%	5	7,46%
Прямой кишки	4	5%	3	4,48%
Печени	2	2,5%	3	4,48%
Легких	3	3,85%	2	2,98%
Костей	2	2,5%	1	1,5%
Кожи	2	2,5%	-	
Молочных желез	35	43,95%	28	41,79%
Женских половых органов	17	21,5%	19	28,35%
Мужских половых органов	3	3,85%	2	2,98%
Лимфатической системы	2	2,5%	1	1,5%
Щитовидной железы	2	2,5%	-	%
Поджелудочной железы	-		1	1,5%
Головного мозга	2	2,5%	-	
Всего	80		67	

Наибольшее число зарегистрированных случаев по онкологическим заболеваниям на 1 января 2017 году составили новообразования молочных желез - 28 (41,79%) от общего числа зарегистрированных новообразований.

На втором месте в 19 (28,35%) случаях регистрируется рак половых органов у женщин. На третьем месте - новообразования желудка 5 (7,46%), на четвертом - новообразования прямой кишки 3 (4,48%).

Таблица 2

*Распределение онкологической заболеваемости населения по полу города Душанбе
на 1 января 2016 и на первое января 2017 годы
(население 775735, из них детей до 14 лет 279265)*

Злокачественные новообразования	Среди лиц женского пола 2016		Среди лиц мужского пола 2016		Среди лиц женского пола 2017		Среди лиц мужского пола 2017	
Пищевода			1	6,6%	1	1,8%	1	7,6%
Желудка	1	1,53%	3	20,0%	2	3,7%	3	23,0%
Прямой кишки	1	1,53%	3	20,0%	1	1,8%	2	15,3%
Печени	1	1,53%	1	6,6%			3	23,0%
Легких	1	1,53%	2	13,3%	1	1,8%	1	7,6%
Костей	1	1,53%	1	6,6%	1	1,8%		
Кожи	2	3,07%						
Молочных желез	35	53,8%			28	51,8%		
Женских половых органов	17	26,1%			19	35,1%		
Мужских половых органов			3	20,0%			2	15,3%
Лимфатической системы	1	1,53	1	6,6%	1	1,8%		
Щитовидной железы	2	3,07%						
Поджелудочной железы	1	1,53					1	7,6%
Головного мозга	2	3,07%						
Всего	65	100%	15	100%	54	100%	13	100%

Как видно из таблицы 2, при изучении и распределении онкологических заболеваний по полу установлено, что на первое января 2016 года наибольшее количество в структуре онкологических заболеваний среди лиц женского пола на первом месте находятся новообразования молочной железы - 35 (53,8%) на втором месте - новообразования женских половых органов - 17 (26,1%), на третьем месте - рак кожи 2 (3,07%) и новообразования щитовидной железы - 2 (3,07%), головного мозга - 3,07%.

Исследования распространенности онкологических заболеваний среди лиц мужского пола выявили, что на первом месте на первое января 2016 года стоит рак желудка, новообразования прямого кишечника, рак мужских половых органов – по 3 (20,0%) случая; на втором месте

- рак легких - 2 (13,3%), на третьем месте - новообразования лимфатической системы, костной системы, рак пищевода – по 1 (6,6%) случаю.

При изучении распространенности онкологических заболеваний среди лиц женского пола выявлено, что на первое января 2017 года на первом месте стоит рак молочной железы - 28 (51,8%), на втором - новообразования женских половых органов - 19 (35,4%), на третьем - новообразования желудка - 2 (3,7%).

Среди лиц мужского пола по распространенности онкологических заболеваний на первом месте на первое января 2017 года стоит рак печени и рак желудка – по 3 (23,0%), на втором месте - рак прямого кишечника - 2 (15,3%), рак мужских половых органов 2 (15,3%) на третьем месте рак пищевода – 1

(7,6%) рак легких - 1 (7,6%), новообразование поджелудочной железы - 1 (7,6%).

С целью профилактики новообразований в молочных железах семейный врач проводит и обучает навыкам самообследования молочной железы с седьмого дня после менструации. Всем женщинам репродуктивного возраста проводятся скрининговые исследования мазка из шейки матки по методу Папаниколау с интервалом пять лет, у женщин с отягощенным анамнезом – по крайней мере, чаще одного раза в год.

С целью профилактики новообразований шейки матки всем женщинам, не живущим половой жизнью, рекомендуется получить вакцинацию против рака шейки матки. Женщинам репродуктивного возраста своевременно производят осмотр в зеркалах и сдачу анализа по Папаниколау. Всем женщинам с неотягощенным онкологическим анамнезом по раку шейки матки сдачу анализа по Папаниколау рекомендуется начинать с возраста 35 лет, при отрицательном ответе его повторяют каждые два года. При ежегодных профилактических осмотрах всем женщинам проводят консультирование о контрацептивных методах и опасных симптомах заболеваний.

Следующей задачей является анализ распространенности онкологических заболева-

ний по возрасту среди лиц женского пола. Исследование указали на то, что на первое января 2016 года в ГЦЗ №1 г. Душанбе новообразования в молочных железах чаще регистрируются в возрасте 45-50 лет - 13 (37,1%), на втором месте - в 40-45 лет - 10 (28,8%), на третьем - в 50-55 лет - 8 (22,8%). По частоте онкологических заболеваний на втором месте стоят новообразования женских половых органов в возрасте 45-50 лет - 7 (41,1%), в возрасте 50-55 лет - 5 (29,4%), в возрасте свыше 55-60 лет - 2 (11,7%). На третьем месте стоит рак легких в возраст свыше 60 лет - 2 (66,0%) и в возрасте 55-60 лет - 1 (33,0%) случай.

На первое января 2017 года в ГЦЗ №1 г. Душанбе среди лиц женского пола новообразования молочных желез чаще регистрируются в возрасте 45-50 лет - 10 (35,7%), на втором месте - в возрасте 50-55 лет - 8 (28,5%), на третьем – в возрасте 40-45 лет - 6 случаев (14%). В возрасте свыше 60 лет отмечается рак желудка и рак печени – по 3 (60%) случая. На третьем месте регистрируется рак прямого кишечника - 2 (66,6%) случая в возрасте 60 и выше лет.

Среди мужчин на первом месте стоит рак мужских половых органов - 2 (100%): по 1 (50%) случаю в возрасте 55-60 и свыше 60 лет, по одному случаю рака лимфатической системы и поджелудочной железы в возрасте свыше 60 лет.

Таблица 3

*Распространенность онкологических заболеваний по возрасту
среди исследуемых на 1 января 2016 года*

	2016										Всего	
	40-45		45-50		50-55		55-60		60-и выше			
Пищевода									1		1	100
Желудка							1	25	3	75	4	100
Прямой кишки							1	25	3	75	4	100
Печени									2		2	100
Легких							1	33	2	66	3	100
Костей									2		2	100
Кожи					1	50	1	50			2	100
Молочных желез	10	28,8	13	37,1	8	22,8	3	85	1	28	35	100
Женских половых органов	3	17,6	7	41,1	5	29,4	2	11,7			17	100
Мужских половых органов							1	33,3	2	66,6	3	100
Лимфатической системы					1	50	1	50			2	100
Щитовидной железы					1	500			1	500	2	100
Поджелудочной железы												
Головного Мозга	1	50	1	50							2	100

Таблица 4

Распространенность онкологических заболеваний по возрасту на 2017 год

	2017										Всего	
	40-45		45-50		50-55		55-60		60-и выше			
Пищевода							1	50	1	50	2	100
Желудка							2	40	3	60	4	100
Прямой кишки							1	33,3	2	66,6	3	100
Печени									3	100	3	100
Легких									1	100	1	100
Костей							1	50	1	50	2	100
Кожи												
Молочных желез	6	14	10	35,7	8	28,5	4	14,5			28	100
Женских половых органов												
Мужских половых органов							1	50	1	50	2	100
Лимфатической Системы									1	100	1	100
Щитовидной железы							1	100			1	100

В 2016-2017 годах структуре заболеваемости чаще регистрируются рак молочной железы, новообразования женских и мужских половых органов, на втором месте – новообразования легких, на третьем месте – новообразования желудочно-кишечного тракта.

С целью профилактики рака легких необходима пропаганда о вреде курения, снижение частоты его распространения, вреде пассивного курения, профилактике профессиональных заболеваний [7, 8]. С целью профилактики заболеваний желудочно-кишечного тракта необходимо своевременно лечить диспепсию, консультировать насчет онкологических симптомов [7, 8].

С целью профилактики новообразований половых органов у лиц мужского пола всем мужчинам производить ректальное исследование предстательной железы, своевременно производить забор крови на специфический простатический антиген [7, 8].

Распространенность некоторых онкологических заболеваний на 1 января 2017 в ГЗЦ №1 города Душанбе среди женского пола на 1-м месте новообразование молочных желез, на 2-м месте – рак половых органов, на 3-м месте - новообразование желудка. Среди лиц мужского пола рак желудка, рак печени, 1-м месте, рак мужских половых органов и прямого кишечника на 2-м месте, рак легких и поджелудочной железы на 3-м месте.

Заключение

Ключевую роль в судьбе онкологического больного имеет врач общей практики, к которому он впервые обратился. Именно внимательный семейный врач, владеющий знаниями об онкологических заболеваниях, может впервые заподозрить новообразование в какой-либо системе организма. Семейный врач должен заниматься оценкой фактов риска онкологических заболеваний, целенаправленно собирать анамнез заболевания, проводить тщательное физикальное исследование, своевременно направить пациента к специалисту или клинику, а в дальнейшем осуществлять медицинскую реабилитацию.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондарев Н.Э. Основы онкогинекологии. М.: Спец-лит, 2018. 453 с.
2. Вельшер Л.З. Клиническая онкология – М.: ГЭОТАРМедиа, 2014. 486 с.
3. Давыдов М.И., Ганцев Ш.Х. Онкология. М.: ГЭОТАРМедиа, 2010. 910с.
4. Давыдов М.И. Онкология. Клинические рекомендации. М.: РОНЦ, 2018. 976 с.
5. Денисов И.Н. Клинические рекомендации для практикующих врачей. М.: ГЭОТАРМедиа, 2001. 498 с.

6. Ломкин Н.А. Урология. М.: ГЭОТАРМедиа, 2011. 602 с.
7. Нобель Дж. Общая врачебная практика. М.: Практика, 2015. 1349 с.
8. Руководство по управлению учреждениями ПМСП. Душанбе, 2016. 259 с.
9. Черников В. Онкология М. : «ГЭТАР- Медиа» 2017. 512 с.

REFERENCES

1. Bondarev N. E. *Osnovy onkoginekologii* [The basics of oncology]. Moscow, Spets-lit Pul., 2018. 453 p.
2. Velsher L. Z. *Klinicheskaya onkologiya* [Clinical oncology]. Moscow, GEOTARMedia Publ., 2014. 486 p.
3. Davydov M. I., Gantsev Sh. Kh. *Onkologiya* [Oncology]. Moscow, GEOTARMedia Publ., 2010. 910 p.
4. Davydov M. I. *Onkologiya. Klinicheskie rekomendatsii* [Oncology. Clinical recommendations]. Moscow, RONTSPubl., 2018. 976 p.
5. Denisov I. N. *Klinicheskie rekomendatsii dlya praktikuyushchikh vrachev* [Clinical guidelines for practicing physician]. Moscow, GEOTARMedia Publ., 2001. 498 p.
6. Lomkin N. A. *Urologiya* [Urology]. Moscow, GEOTARMedia Publ., 2011. 602 p.
7. Nobel Dzh. *Obshchaya vrachebnaya praktika* [General medical practice]. Moscow, Praktika Publ., 2015. 1349 p.

8. *Rukovodstvo po upravleniyu uchrezhdeniyami PMSP* [Guidelines for the management of PHC institutions]. Dushanbe, 2016. 259 p.

9. Chernikov V. *Onkologiya* [Oncology]. Moscow, GOETAR- Media Publ., 2017. 512 p.

Сведения об авторах:

Ортикова Мунира Мамуржоновна – ассистент кафедры семейной медицины Института последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан

Мирзоева Зухра Амандуллаевна – директор ассоциации семейных врачей Республики Таджикистан, д.м.н., профессор

Гуломова Манзура Одинаевна – зав. кафедрой семейной медицины Института последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан, к.м.н.

Шодиев Имомали Некмахмадович – ассистент кафедры семейной медицины Института последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан

Контактная информация:

Ортикова Мунира Мамуржоновна – тел.: +992 919251777; e-mail: Ortikova_m@mail.ru

© Коллектив авторов, 2019

УДК 616. 594.14–08;615.37

Саидов Б.И., Зоирова Н.П., Хомидов М.Ф.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИММУНОМОДУЛЯТОРА

Кафедра дерматовенерологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Saidov B.I., Zoirova N.P.

EFFICIENCY IMMUNOMODULATORY OF TREATMENT OF PATIENTS WITH ALOPECIA

Department of Dermatovenereology of the Avicenna Tajik State Medical University

Цель исследования. Изучить эффективность применения иммуномодулирующего препарат тимоцин и крема мивал при лечении гнездной алопеции.

Материал и методы. Обследовано 80 больных с разными клиническими формами алопеции, 60 (75,0%) – мужчин, 20 (25,0%) – женщин в возрасте от 10 до 50 лет, давность заболевания от 2 месяцев до 10 лет.

Клеточный иммунитет (количество Т- и В-лимфоцитов, Т-хелперов и Т-супрессоров) изучался у всех больных.

Результаты. В зависимости от метода лечения пациентов разделили на 2 группы. Больные 1-ой группы получали традиционное лечение. Во 2-ой группе наряду с традиционным лечением назначали иммуномодулирующий препарат тимоцин и крем мивал. Лучший результат был получен при лечении больных 2 группы.

Заключение. Эффективность применения иммуномодулятора тимоцин и крема мивал в комплексном лечении алопеции отмечалась у 87,5% больных, достигнута нормализация иммунологических показателей.

Ключевые слова: алопеция, иммуномодулятор тимоцин, мивал

Aim. To study the effectiveness of the use of an immunomodulating drug thymocin and cream mival in the treatment of alopecia areata.

Materials and methods. 80 patients are examined with different clinical forms of an alopecia, from them 60 (75,0%) were men and 20 (25,0%) women. Age of patients fluctuated at between 10 to 50 years and prescription of a disease from 2 months to 10 years ago. Immunologic indicators were studied at all patients: the number of T - and B-lymphocytes, T-helpers and T-suppressors.

Results. Depending on the method of treatment, patients were divided into 2 groups. Patients of the 1st group received traditional treatment. In the 2nd group, along with the traditional treatment, the immunomodulatory drug thymocin and cream mival were prescribed. The best result was obtained in the treatment of patients of group 2.

Conclusion. Efficiency use of tymotcin immunnostimulator and cream mival in complex treatment of an alopecia noted at 87,5% of patients and is reached normalization of immunologic indicators.

Key words: alopecia, immunomodulatory, tymotcin, mival

Актуальность

Алопеция характеризуется как хроническое воспалительное заболевание волосяных фолликулов. Распространение данного заболевания среди людей не характеризуется каким-либо предпочтением по половому или расовому признаку. В структуре всех заболеваний волос алопеция составляет зна-

чительную степень, т.е. является наиболее частой причиной потери волос, поражающей от 30–40% людей в возрасте до 50 лет [5, 6].

Этиология неизвестна, но большинство авторов считают природу алопеции аутоиммунной. Заболевание характеризуется образованием воспалительного клеточного инфильтрата вокруг волосяных фолликулов

(ВФ), состоящего из CD8+ и CD4+, лимфоцитов, макрофагов и клеток Лангерганса [2]. Трудности терапии данного заболевания обуславливаются не до конца выясненной причиной алопеции. В качестве этиологии обсуждается роль генетических факторов, микроорганизмов, эмоциональных стрессов, аутоиммунных нарушений и др. [1, 3].

В научной литературе почти отсутствуют данные по изучению влияния иммуномодулирующих препаратов на эффективность лечения алопеции [7].

В последнее десятилетие для лечения интенсивно применяется высокоэффективный препарат мивал крем, способствующий росту волос [4]. Однако исследований по совместному применению указанных препаратов на эффективность лечения алопеции до настоящего времени не проводилось.

Все вышеизложенное обуславливает необходимость проведения исследований по разработке оптимальных схем применения иммуномодулирующего препарата тимоксин и крема мивал при лечении алопеции. В настоящее время поиск путей улучшения результатов лечения больных с алопецией остается актуальным.

Цель исследования

Изучить эффективность применения иммуномодулирующего препарата тимоксин и крема мивал при лечении гнездовой алопеции.

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 80 пациентов с различными клиническими формами алопеции. Мужчины болели чаще женщин почти в 3,0 раза (60 против 20), а сельские жители (в 3,44 раза) реже городских (18 против 62).

Чаще заболевание встречалось в подростковом (11 – 18 лет) и сексуально-активном (19 – 39 лет) – 41 человека (51,25%) возрастах.

В зависимости от тактики лечения пациенты были разделены на 2 группы по 40 человек. Больные были с легкими, среднетяжелыми и тяжелыми формами гнездовой алопеции.

В первую группу входили пациенты (мужчин – 30, женщин – 10) с очаговым выпадением – 23, с многоочаговым выпадением – 14, с субтотальным выпадением – 3, получавших традиционное лечение, в частности, никотиновую, аскорбиновую кислоты, витамины группы В, микроэлементы (цинк, железо, медь), местное лечение: УФО, ионофорез, токи д'Арсонваля, перцовую настойку, гидрокортизоновую мазь, а также терапию выявленной сопутствующей патологии (кариес

зубов, холецистит, панкреатит, гастрит, зоб, гельминтозы).

Назначение получали в течение 20 дней с 25-дневным интервалом. Пациенты, страдающие от 1 месяца до года, получали 6-7 курсов лечения (28 человек, 70%). Пациенты, страдающие от 1 года до 2 лет, получали 8-9 курсов (9 человек, 22,5%). Пациенты, страдающие от 3 до 5 лет, получали 10-11 курсов (3 человека, 7,5%).

Во вторую группу вошло 30 мужчин и 10 женщин с очаговой алопецией – 18, многоочаговой – 16, субтотальной – 6. Пациенты наряду с традиционным лечением получали 1% крем мивал и тимоксин. Крем втирали ежедневно однократно, тимоксин получали через день, на курс лечения 10 инъекций. Пациенты, страдающие от 1 месяца до 1 года, получали 3-4 курса лечения (32 человека, 80%). Пациенты с давностью заболевания от 1 года до 2 лет получали 5-6 курсов лечения (6 человек, 15%). Пациенты с давностью заболевания от 2 до 5 лет получали 7-8 курсов лечения (2 человека, 5%).

Клеточный иммунитет (количество Т- и В-лимфоцитов, Т-хелперов и Т-супрессоров) определяли аппаратом BD ACCURI C6, производство США.

Эффективность лечения оценивали клинически и иммунологически по количеству Т- и В-лимфоцитов, Т-хелперов и Т-супрессоров.

Результаты и их обсуждение

Чаще очаговое выпадение волос начиналось в 65,0% случаев с височно-теменных, в 21,3% – затылочной, в 13,7 – лобной областей. Изолированное очаговое выпадение волос бороды и усов наблюдалось у 73,7% пациентов, а у остальных (у 26,3%) оно сочеталось с очаговым выпадением волос на голове. Причину заболевания 21,3% пациентов объясняли перенесенной инфекцией, 28,7% – стрессом, а остальные 50,0% не знали. Продолжительность заболевания у 14 человек составляла до 1 мес., у 56 – до 1 года, у 7 – до 5 лет, у оставшихся 3 чел. – больше 5 лет. У подавляющего большинства (у 70 из 80 больных) давность заболевания составляла 1 год.

Во всех группах больных до лечения отмечали снижение содержания Т-лимфоцитов и Т-хелперов, увеличение содержания В-лимфоцитов и Т-супрессоров.

Как видно из таблицы 1, после проведения традиционного лечения в первой группе отмечалась некоторая тенденция к нормализации показателей: содержание Т-лимфоцитов увеличилось с $1069,0 \pm 61,0$ до $1190,0 \pm 75,0$ кл/мкл, Т-хелперов – с $29,4 \pm 1,5\%$

до $33,2 \pm 1,8\%$, содержание В-лимфоцитов снизилось с $765,3 \pm 18,7$ до $425,7 \pm 21,4$ кл/мкл, Т-супрессоров - с $25,5 \pm 1,4\%$ до $22,3 \pm 0,9\%$. Во второй группе больных, которых дополнительно лечили тимочином и крем-мивалом, отмечалась более выраженная тенденция к нормализации измененных показателей

клеточного иммунитета. Так, содержание Т-лимфоцитов увеличилось с $1074,0 \pm 41,0$ до $1228,0 \pm 84,0$ кл/мкл, Т-хелперов - с $29,1 \pm 1,7$ до $35,7 \pm 1,8\%$, содержание В-лимфоцитов снизилось с $741,2 \pm 24,7$ до $408,0 \pm 22,1$ кл/мкл, содержание Т-супрессоров - с $26,3 \pm 3,2$ до $21,8 \pm 1,7\%$.

Таблица 1

Показатель клеточного иммунитета у больных гнездовой алопецией до и после лечения

	1 группа		2 группа		Норма
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	
Т-лимфоциты кл/мкл	$1069,0 \pm 61,0$ кл/мкл	$1190,0 \pm 75,0$ кл/мкл	$1074,0 \pm 41,0$ кл/мкл	$1228,0 \pm 84,0$ кл/мкл	$1229,0 \pm 87,0$ кл/мкл
Т-хелперы %	$29,4 \pm 1,5 \%$	$33,2 \pm 1,8 \%$	$29,1 \pm 1,7 \%$	$35,7 \pm 1,8 \%$	$36,7 \pm 2,0 \%$
В-лимфоциты кл/мкл	$765,3 \pm 18,7$ кл/мкл	$425,7 \pm 21,4$ кл/мкл	$741,2 \pm 24,7$ кл/мкл	$408,0 \pm 22,1$ кл/мкл	$309,0 \pm 24,0$ кл/мкл
Т-супрессоры %	$25,5 \pm 1,4 \%$	$22,3 \pm 0,9 \%$	$26,3 \pm 3,2 \%$	$21,8 \pm 1,7 \%$	$21,9 \pm 1,7 \%$

Сравнение степени нормализации иммунологических показателей показало, что применение тимочина с крема мивал способствовало более полной их нормализации по сравнению, как с традиционным лечением.

Продолжительность лечения во всех группах составляла 6 мес. – 1,5 года. После завершения традиционного лечения полное восстановление волос отмечали 28 (70,0%) больных, у остальных наблюдался хороший рост волос. После проведения комбинированного лечения у 35 (87,5%) больных отмечалось полное восстановление волоса, у остальных наблюдали хороший рост волос.

Таким образом, применение крема мивал и иммуномодулирующего препарата тимочин повысило эффективность лечения алопеций у 87,5% больных и способствовало нормализации иммунологических показателей.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (п. 7 см. в REFERENCES)

1. Гладко В.В., Гречко А.В. Патогенетические особенности андрогенетической алопеции у женщин // Военно-медицинский журнал. 2011. Т.332, №2. С.62-64
2. Гостроверхова И.П., Олисова О.Ю., Смирнов К.В. Комбинированная терапия очаговой алопеции // Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. 2011. № 6. С. 12-16

3. Касымов А.О. Иммунологические нарушения у больных гнездовой алопецией // Здравоохранение Таджикистана. 2015. №2. С. 18-22.

4. Касымов О.И., Ахмедов А.А., Касымов А.О. Исследование эффективности разных методов лечения больных гнездовой алопецией // Здравоохранение Таджикистана. 2016. №2. С. 26-31.

5. Касымов О.И., Муродов Д.И., Касымов А.О. Эффективность пигмента в терапии больных гнездовой алопецией // Научно-практический журнал Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров. Душанбе, 2015. № 2. С. 59-62.

6. Олисова О.Ю., Верхогляд И.В., Гостроверхова И.П. Современные представления об этиологии, патогенезе и лечении очаговой алопеции // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2010. №1. С. 48-52.

REFERENCES

1. Gladko V. V., Grechko A. V. Patogeneticheskie osobennosti androgeneticheskoy alopetsii u zhenshchin [Pathogenetic features of androgenetic alopecia in women]. *Voenno-meditsinskiy zhurnal – Military medical journal*, 2011, Vol. 332, No. 2, pp. 62-64
2. Gostroverkhova I. P., Olisova O. Yu., Smirnov K. V. Kombinirovannaya terapiya ochagovoy alopetsii [Combined therapy of focal alopecia]. *Eksperimentalnaya i klinicheskaya dermatokosmetologiya – Experimental and clinical dermatocosmetology*, 2011, No. 6, pp. 12-16
3. Kasymov A. O. Immunologicheskie narusheniya u bolnykh gnezdnay alopetsii [Immunological disorders in patients with alopecia breeding]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Health care of Tajikistan*, 2015, No. 2, pp. 18-22.

4. Kasymov O. I., Akhmedov A. A., Kasymov A. O. Issledovanie effektivnosti raznykh metodov lecheniya bolnykh gnezdnoy alopetsii [Study of the effectiveness of different methods of treatment of patients with alopecia breeding]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Health care of Tajikistan*, 2016, No. 2, pp. 26-31.
 5. Kasymov O. I., Murodov D. I., Kasymov A. O. Effektivnost pigmentina v terapii bolnykh gnezdnoy alopetsii [The effectiveness of pigmentin in the treatment of patients with nesting alopecia]. *Nauchno-prakticheskiy zhurnal Tadjikskogo instituta poslediplomnoy podgotovki meditsinskikh kadrov – Scientific and practical journal of Tajik Institute of Post-Graduate Education of medical Staff*, Dushanbe, 2015, No. 2, pp. 59-62.
 6. Olisova O. Yu., Verkhoglyad I. V., Gostroverkhova I. P. Sovremennye predstavleniya ob etiologii, patogeneze i lechenii ochagovoy alopetsii [Modern ideas about the etiology, pathogenesis and treatment of focal alopecia]. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney – Russian journal of skin and venereal diseases*, 2010, No. 1, pp. 48-52.
 7. Alkhalifah A. A., Alsantali A., Wang E., Clinical picture, histopathology, and pathogenesis. *JADA*, 2010, Vol. 62, No. 1-2, pp. 177-188.
- Сведения об авторах:**
Саидов Бахромуддин Икромович – доцент кафедры дерматовенерологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, к.м.н.
Зоирова Нурия Подабоновна – ассистент кафедры дерматовенерологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино
- Контактная информация:**
Саидов Бахромуддин Икромович – тел.: +992985154545;
e-mail: saidov_bahromuddin@mail.ru

© Д.С. Саидов, 2019

УДК 616-005.1

^{1,2}Саидов Д.С.

ХАРАКТЕР НАРУШЕНИЙ КИСЛОРОДНО-ТРАНСПОРТНОЙ ФУНКЦИИ, ГАЗОВОГО СОСТАВА, ПАРАМЕТРОВ КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО РАВНОВЕСИЯ КРОВИ И ИХ КОРРЕКЦИЯ ПУТЕМ ОПТИМИЗАЦИИ ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЯЗВЕННОМ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

¹ГУ «Республиканский научный центр крови» МЗиСЗН РТ

²ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации» УЗ г. Душанбе

^{1,2}Saidov D.S.

THE NATURE OF VIOLATIONS OF OXYGEN-TRANSPORT FUNCTION, GAS COMPOSITION, PARAMETERS OF ACID-BASE BALANCE OF BLOOD AND THEIR CORRECTION BY OPTIMIZATION OF INFUSION-TRANSFUSION THERAPY IN GASTRODUODENAL ULCER BLEEDING

¹SI «Republican Scientific Blood Center» of the Ministry of Health and Social Protection of population of the Republic of Tajikistan

²SI "City Scientific Center of Reanimation and Detoxification», Dushanbe

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики, консервативного лечения острых язвенных гастродуоденальных кровотечений путем оптимизации инфузионно-трансфузионной терапии (ИТТ) и индивидуального подбора компонентов крови с учетом нарушений кислородно-транспортной функции, газового состава, параметров кислотно-основного равновесия крови.

Материал и методы. У 178 больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением изучено состояние кислородно-транспортной функции, кислотно-основное состояние и газовый состав крови.

В зависимости от величины кровопотери по классификации Американской коллегии хирургов (ATLS 2012) больные разделены на 3 группы: 1 - 62 больных с кровопотерей I класса (до 750 мл, до 15% ОЦК); 2 - 60 больных с кровопотерей II класса (750-1500 мл, 15-30% ОЦК); 3 группа – 56 больных с кровопотерей III класса (1500-2000 мл, 30-40% ОЦК). Каждая группа условно поделена на подгруппы в зависимости от характера проводимой ИТТ.

Результаты. В 1а подгруппе ИТТ ограничилась переливанием 0,9% раствора хлорида натрия (рекомендации ATLS 2012 - кристаллоиды), в 1b инфузировали сбалансированный кристаллоидный раствор Стерофундин изотонический (рекомендации РОХ 2014 - кристаллоиды). В 2а подгруппе переливали Стерофундин изотонический (рекомендации ATLS 2012 - кристаллоиды), в 2b - Стерофундин изотонический и Гелофузин (рекомендации РОХ 2014 – кристаллоиды, коллоиды). В 3а подгруппе в ИТТ применялись однокрупные препараты донорской крови и Стерофундин изотонический (рекомендации ATLS 2012 – кристаллоиды, компоненты крови), в 3b - Стерофундин изотонический, Гелофузин и препараты крови (рекомендации РОХ 2014 – кристаллоиды, коллоиды, компоненты крови), а также индивидуально подобранные компоненты крови донора с учетом нарушения состояния гемостаза реципиента.

Заключение. Использование методики индивидуально подобранной терапии компонентами донорской крови в зависимости от нарушений звеньев гемостаза у реципиента позволяет проводить целенаправленную коррекцию кислородно-транспортной функции крови, газового состава, параметров кислотно-основного равновесия.

Ключевые слова: доноры, гастродуоденальное кровотечение, переливание крови, инфузионно-трансфузионная терапия

Aim. Improving of the results of diagnosis and conservative treatment of acute gastroduodenal ulcerative bleedings by optimizing infusion-transfusion therapy and individual selection of blood components taking into account violations of oxygen-transport function, gas composition, parameters of acid-base balance of blood.

Materials and methods. In 178 patients with ulcerative gastroduodenal bleeding the state of oxygen-transport function, acid-base state and gas composition of blood were studied/

Depending on the amount of blood loss according to classification of the American College of Surgeons (ATLS 2012) patients were divided into 3 groups: 1 - 62 patients with class I of blood loss (up to 750 ml, up to 15% of circulating blood volume); 2 - 60 patients with class II of blood loss (750-1500 ml, 15-30% of circulating blood volume); 3 group – 56 patients with class III of blood loss (1500-2000 ml, 30-40% of circulating blood volume). Each group was divided into subgroups depending on the nature of the conducted infusion-transfusion therapy.

Results. In the 1a subgroup infusion-transfusion therapy was limited by transfusion of 0,9% sodium chloride solution (ATLS 2012 recommendations - crystalloids), in the 1b a balanced crystalloid Sterofundin isotonic solution was infused (POX 2014 recommendations - crystalloids).

In the 2a subgroup Sterofundin isotonic was transfused (ATLS 2012 recommendations - crystalloids), in the 2b - Sterofundin isotonic and Gelofusin (POX 2014 recommendations - crystalloids, colloids). In the 3a subgroup in infusion-transfusion therapy single-group preparations of donor blood and Sterofundin isotonic were used (ATLS 2012 recommendations - crystalloids, blood components), in the 3b - Sterofundin isotonic, Gelofuzin and blood preparations (POX 2014 recommendations -crystalloids, colloids, blood components), as well as individually selected components of the donor's blood, subject to the disorders of recipient's hemostasis state.

Conclusion. The use of methods of individually selected therapy by components of the donor's blood, subject to the disorders of recipient's hemostasis state, allows to perform the targeted correction of oxygen-transport function of blood, gas composition, acid-base balance parameters.

Key words: donors, gastroduodenal bleeding, blood transfusion, infusion-transfusion therapy

Актуальность

Острая кровопотеря и дисбаланс системы гемостаза приводят к нарушению не только макро- и микроциркуляции, реологии, кислородно-транспортной функции крови (КТФ), но и глубоким сдвигам параметров гомеостаза (КОС, нарушениям процессов перекисного окисления (ПОЛ) и антиоксидантной защиты крови, белкового, углеводного и липидного обменов и др.), вызывающих развитие критического круга патологических сдвигов, т.е. фактическому развитию гипоксии, ДВС, синдромов эндогенной интоксикации (СЭИ), острого легочного повреждения (СОЛП), острого почечного повреждения (ОПП) и в конечном итоге - к синдрому полиорганной недостаточности (СПОН) [2, 3, 5, 7]. Эти нарушения гомеостаза требуют особой диагностики, программированного подхода и коррекции, так как при остром язвенном гастродуоденальном кровотечении (ОЯГДК) имеются взаимосвязанные отягощающие реакции организма и много взаимоисключающих нерешенных проблем и ситуаций [1, 3, 4, 5, 6, 7].

Известно, что транспорт кислорода является важнейшей константой человеческого организма, а его поддержание на нормальном уровне является необходимым условием полноценной жизнедеятельности [6].

В настоящее время выделяют три механизма формирования критических состояний: интоксикационные расстройства организма, глобальный иммунный конфликт и необратимые расстройства метаболизма вследствие дефицита кислорода. Третий механизм является ведущим в генезе кровопотери.

Из факторов, приводящих к нарушению транспорта кислорода, прежде всего, следует указать на анемию, недостаточность кровообращения, дыхательные расстройства. Изучение этих функциональных параметров позволяет определять тактику неотложных лечебных мероприятий и тем самым способствовать улучшению их качества [5, 6].

В связи с этим исследование транспорта кислорода у больных с гиповолемией, являющейся последствием кровопотери, является актуальным, так как осложнения, сопровождающиеся нарушением кислородного баланса организма, у этой категории больных занимают ведущее положение в структуре летальности.

Цель исследования

Улучшение результатов диагностики, консервативного лечения острых язвенных гастродуоденальных кровотечений путем оптимизации инфузионно-трансфузионной терапии (ИТТ) и индивидуального подбора компонентов крови с учетом нарушений кислородно-транспортной функции, газового состава, параметров кислотно-основного состояния крови.

Материал и методы исследования

Для реализации поставленной цели обследованы 178 больных с острыми язвенными гастродуоденальными кровотечениями, находившихся на лечении в Городской клинической больнице скорой медицинской помощи г. Душанбе, ГКБ №5 и областной клинической больницы г. Курган-тюбе за период 2010-2017 годы. У обследованных нами больных источником кровотечения была язва

двенадцатиперстной кишки - 112 (56,08%), язва желудка - 66 (43,92%).

Все исследования и лечение проведены согласно информированному согласию пациентов, этического комитета АМН МЗиСЗН РТ, а при отсутствии сознания - с разрешения законных представителей, что зафиксировано в историях болезни.

Из 178 поступивших больных мужчин было 123 (69,1%), женщин - 55 (30,9%), при этом ОЯГДК наиболее часто (65,2%) встречались в возрастной группе 41-60 лет, 21,9% - в 61-80 лет и 12,9% - в 21-40 лет, что указывает на социальную значимость исследуемой патологии.

При поступлении в клинику тяжесть состояния пациентов зависела от многих факторов: сроков обращения за помощью, качества диагностики и уровня оказания первой и специализированной помощи, наличия коморбидной патологии, функционального состояния и компенсаторных возможностей. Изучение одного из ведущих предикторов утяжеления ОЯГДК показало, что при возникновении кровотечения сроки обращения больных за медицинской помощью составляли от нескольких часов до пяти и более суток. В течение 24 часов от начала кровотечения поступили 98 (55,1%) больных, в сроки от 2 до 3 суток - 54 (30,3%), на 4-5 сутки обратились за помощью 19 (10,7%), позже 5 суток - 7 (3,9%) пациентов.

Проводилась целенаправленная и сравнительная оценка инфузионно-трансфузионной терапии согласно рекомендациям Американской коллегии хирургов (ATLS, 2012) и Национальным клиническим рекомендациям Российского общества хирургов (2014) по ОЯГДК.

В зависимости от величины кровопотери все больные разделены на 3 основные группы и классы, которые, в свою очередь, также условно поделены на подгруппы в зависимости от характера проводимой ИТТ. По 6 основным признакам: полу, возрасту, источнику кровотечения, величине кровопотери, длительности основного заболевания и времени от момента начала до поступления в стационар - все сравниваемые группы и подгруппы были вполне репрезентативны.

1 группа - 62 больных с кровопотерей 1 класса - разделена на 2 подгруппы по 31 пациенту - 1a и 1b. В 1a подгруппе инфузионная терапия ограничилась переливанием 0,9% раствора хлорида натрия в объеме 200% от величины кровопотери, т.е. 1000-1500 мл (по рекомендациям ATLS, 2012 - кристаллоиды). В подгруппе 1b инфузирвали сбалансиро-

ванный кристаллоидный раствор Стерофундин изотонический в том же объеме (рекомендации РОХ, 2014 - кристаллоиды).

2 группа - 60 больных с кровопотерей II класса - разделена на 2a подгруппу - 30 пациентов, которым переливали Стерофундин изотонический в объеме 200% от величины кровопотери (рекомендации ATLS, 2012 - кристаллоиды) и 2b - со Стерофундином изотоническим дополнительно использовался раствор модифицированного желатина - Гелофузин (рекомендации РОХ, 2014 - кристаллоиды+коллоиды). Объем ИТТ был аналогичен подгруппе 2a.

3 группа - 56 больных с кровопотерей III класса. Объем инфузионной терапии составил 200% от величины кровопотери, т.е. 4000 мл, что соответствует современной концепции возмещения кровопотери - Метод контроля за реанимацией «Damage control resuscitation». В подгруппе 3a - 28 больным в ИТТ включались однокрупные препараты донорской крови 2000 мл (свежезамороженная плазма, эритромаасса, тромбомаасса, криопреципитат в соотношении 1:1:1:1) и 2000 мл Стерофундина изотонического (рекомендации ATLS, 2012 - кристаллоиды + компоненты крови). В подгруппе 3b - 28 пациентов применяли 1200 мл Стерофундина изотонического, 800 мл Гелофузина и 2000 мл препаратов крови (свежезамороженная плазма, эритромаасса, тромбомаасса, криопреципитат в соотношении 1:1:1:1) (рекомендации РОХ, 2014 - кристаллоиды + коллоиды + компоненты крови), а также индивидуально подобранные препараты крови донора с учетом нарушения состояния гемостаза реципиента. Начальная скорость инфузии составляла 30-40 мл/кг.

Исходя из целей и задач исследования, нами определено состояние кислородтранспортной функции крови в зависимости от состояния гемодинамики и газов крови. Определение насыщения гемоглобина кислородом в артериальной и смешанной венозной крови осуществляли по формулам:

$$StaO_2 = Hb \text{ (г/л)} \times 1,39 \times StaOz/100 + PaO_2 \text{ (мм рт. ст.)} \times 0,0031$$

$$StvO_2 = Hb \text{ (г/л)} \times 1,39 \times StvO_2/100 + PVO_2 \text{ (мм рт. ст.)} \times 0,0031$$

По общеизвестным формулам рассчитывались показатели: содержание кислорода в артериальной крови, или кислородную емкость крови (CaO_2), доставка кислорода (DO_2), потребление кислорода (VO_2), периферическое шунтирование крови (ПШК), артериовенозная разница по кислороду (ABP).

Кислотно-основное состояние (КОС) и газы крови определяли в артериальной, смешанной венозной крови микрометодом Аструпа на аппарате pH/ Blood Gas/ Electrolytes 1650.

Цифровой материал обработан с помощью программы электронных таблиц Excel-97 (Microsoft) на ПК методом вариационной статистики. Для всех величин определены средние арифметические значения (\bar{M}), ошибки средних ($\pm m$) и достоверность различий ($p < 0,05$) по критерию Стьюдента. Использованы парные сравнения абсолютных величин по U-критерию Манна-Уитни для независимых выборок, T-критерию Вилкоксона для сравнения зависимых выборок. Различия статистически считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

У обследованных больных обеих подгрупп 1 группы исходные параметры Hb, газов крови, КОС и др. при поступлении были фактически одинаковы, так как не выявлялась статистически значимая разница по этим показателям (табл.). Однако при сравнении показателей Hb в 1a и 1b подгруппах с данными контрольной группы выявлялось достоверное снижение его концентрации на 28,3% ($p < 0,001$) и на 26,0% ($p < 0,001$). Выявлено, что при кровопотере I класса она компенсировалась защитными механизмами организма, сдвигами показателей центральной гемодинамики и не только реакцией централизации кровообращения, но и срабатыванием системы шунтов микроциркуляции, что не оказывало выраженного негативного воздействия на органы и системы.

На 3-е сутки после коррекции кровопотери с использованием различных кристаллоидных растворов нами наблюдалось улучшение показателей Hb и газов крови, ΔO_2 и VO_2 , сохранение ПШК, но эти показатели были все еще снижены, по сравнению с контрольной группой здоровых доноров. Отмечалось снижение Hb в 1a и 1b подгруппах на 21,5% ($p < 0,001$) и 17,0% ($p < 0,001$), при недостоверном снижении $Sta O_2$ на 2,8% и на 2,0%, $Stv O_2$ на 3,4% и на 2,3%, PaO_2 на 6,8% ($p < 0,01$) и на 5,3% ($p < 0,01$), PvO_2 на 2,0% и на 3,0% соответственно (табл. 1). Несмотря на то, что после лечения повышение Hb и парциального напряжения кислорода в артериальной крови привело к увеличению ΔO_2 и VO_2 в обеих подгруппах, они все еще оставались сниженными, по сравнению с контрольной группой, в 1a и 1b на 27,1% ($p < 0,001$) и на 20,5% ($p < 0,001$), а также на 45,6% ($p < 0,001$) и на 44,3% ($p < 0,001$) соответственно (табл.).

Необходимо отметить, что на 3-е сутки у больных с кровопотерей I класса, которым коррекция осуществлялась 0,9% физиологическим раствором, отмечались сдвиги КОС в сторону ацидоза, pH в 1a подгруппе составляла $7,28 \pm 0,02$ усл. ед, HCO_3^- снизился до $15,5 \pm 1,2$ ммоль/л, BE до $-4,2 \pm 1,36$ ммоль/л, что являлось осложнением от инфузии этого кристаллоидного раствора.

Таким образом, исследования КТФ у больных ОЯГДК I класса показали, что лучше в качестве кристаллоидного раствора использовать Стерофундин изотонический, так как уже к 3-им суткам у них наблюдается значительное улучшение параметров гемодинамики, восполнение ОЦК.

У пациентов ОЯГДК II класса в обеих 2a и 2b подгруппах при поступлении в стационар развилась артериальная гипоксемия и, как следствие, компенсаторная одышка, артериальная гипокания. Имевшаяся анемия сопровождалась снижением объемного содержания кислорода в артериальной крови, что даже на фоне компенсаторного сердечного выброса обусловило снижение транспорта кислорода. При сравнении показателей Hb в 2a и 2b подгруппах с данными контрольной группы отмечено достоверное снижение на 39,5% ($p < 0,001$) и на 37,2% ($p < 0,001$). При этом отмечалось достоверное снижение $Sta O_2$ на 6,6% ($p < 0,001$) и на 5,8% ($p < 0,001$), $Stv O_2$ на 13,4% ($p < 0,001$) и на 11,9% ($p < 0,001$), PaO_2 на 25,3% ($p < 0,001$) и на 23,6% ($p < 0,001$), а также повышение PvO_2 на 3,6% и на 5,0% (табл.), соответственно. Выраженная анемия и гипоксемия, снижение парциального напряжения кислорода в артериальной крови привели к значимому снижению ΔO_2 и VO_2 в обеих подгруппах 2a и 2b на 27,0% ($p < 0,001$) и на 25,1% ($p < 0,001$), а также на 16,7% ($p < 0,01$) и на 16,2% ($p < 0,01$) (табл.), соответственно.

При кровопотере II класса также срабатывают защитные механизмы организма, которые компенсируются сдвигами показателей центральной гемодинамики, централизацией кровообращения и периферическим шунтированием крови. Происходит компенсаторная реакция в виде снижения ПШК в обеих подгруппах 2a и 2b на 18,9% ($p < 0,05$) и на 23,2% ($p < 0,01$), по сравнению с показателями контрольной группы.

При поступлении больных с кровопотерей II класса также выявлялся ацидоз и статистически достоверное снижение pH в 2a и 2b подгруппах на 1,8% ($p < 0,05$) и 1,9% ($p < 0,05$), бикарбоната на 31,2% ($p < 0,05$) и 29,8% ($p < 0,05$) и BE на 273,3% и 306,7%, соответственно.

Характер нарушений КТФ крови, газового состава и КОС у больных ОЯГ ДК I класса

Показатели	НВ, г/л	РаО ₂ , мм рт. ст.	РvО ₂ , мм рт. ст.	Stа О ₂ %	Stv О ₂ %	АО ₂ , мл, мин. м ²	VO ₂ , мл/мин	ППСК	pH, усл.ед	НСО ⁻³ , ммоль/л	ВЕ, ммоль/л
Контрольная группа n=30	133,8±3,1	89,31±2,46	49,61±6,9	96,81±0,62	74,82±4,2	757,8±20,1	172,1±6,8***	9,5±0,7	7,41±0,05	21,51±2,52	1,5±0,33
При пост. n=62											
1a n=31	96,0±2,5***	78,3±1,9**	50,3±0,5	93,2±1,2**	70,4±0,7***	535,0±14,6***	104,9±5,4***	16,0±0,8***	7,32±0,04	17,66±1,26	3,1±1,06
1b n=31	99,0±3,0***	79,6±1,6**	50,8±0,4	92,7±1,1**	71,2±0,6***	572,6±15,2***	103,2±4,8***	15,5±0,6***	7,31±0,06**	17,2±1,12*	3,0±1,09
На 3 сутки n=62											
1a n=31	105,0±4,5***	83,2±2,0	48,6±0,5	94,1±1,3	72,3±0,5**	552,3±14,9***	93,7±4,6***	17,9±0,7***	7,28±0,02	15,5±1,2	4,2±1,36
1b n=31	111,0±3,7***	84,6±2,1	48,1±0,4	94,9±2,0	73,1±0,6	602,5±17,1***	95,9±5,1***	16,3±0,8***	7,38±0,02	20,3±0,5	1,5±0,5
На 7 сутки n=62											
1a n=31	114,0±4,0***	88,3±2,4	46,4±0,6**	95,2±1,1	73,8±0,6	646,5±18,3***	128,4±6,2***	9,8±0,4	7,34±0,03	19,3±2,09	-3,2±0,34
1b n=31	123,0±1,2**	89,1±2,3	46,0±0,5***	96,1±1,3	74,4±0,5	652,0±18,7***	130,2±6,4***	9,6±0,5	7,37±0,4	20,5±3,5	-1,8±0,33
Характер нарушений КТФ крови, газового состава и КОС у больных ОЯГ ДК II класса											
При пост. n=62											
1a n=31	81,0±2,5***	66,7±1,4**	51,4±0,4*	90,4±0,5***	64,8±0,4**	553,1±13,7***	143,4±6,3**	7,7±0,5*	7,28±0,05*	14,8±1,3	-5,6±1,1
1b n=31	84,0±3,0***	68,2±1,7***	52,1±0,4**	91,2±0,6***	65,9±0,5***	567,7±12,6***	144,2±6,7**	7,3±0,4**	7,27±0,1*	15,1±1,1	-6,1±1,1
На 3 сутки n=62											
1a n=31	90,0±4,5***	79,4±1,6**	50,4±0,5	92,2±0,7***	66,1±0,6**	517,8±13,4***	125,3±5,3***	11,9±0,7*	7,30±0,01*	18,5±1,5	-3,6±0,4***
1b n=31	96,0±3,7***	84,0±2,0	48,1±0,3	94,8±0,5*	67,3±0,6**	603,4±14,5***	140,3±5,8**	10,0±0,6	7,38±0,01	20,1±0,5	-2,7±0,5*
На 7 сутки n=62											
1a n=31	99,0±4,0***	85,3±2,2	49,7±0,4	94,2±0,7**	68,4±0,5***	606,2±15,6***	129,0±4,7***	11,8±0,6*	7,34±0,01	19,8±2,1	-2,0±2,3
1b n=31	108,0±1,2***	86,2±2,4	46,1±0,5***	96,5±0,6	70,5±0,4**	731,6±14,6	139,6±5,2***	10,1±0,5	7,4±0,02	21,0±0,02	-1,2±0,01
Характер нарушений КТФ крови, газового состава и КОС у больных ОЯГ ДК III класса											
При пост. n=62											
1a n=31	66,0±2,5***	54,3±1,3***	51,7±0,4**	86,1±0,5***	56,2±0,4**	369,4±17,9***	149,5±9,3*	5,4±0,5***	7,18±0,04***	14,2±1,26*	-8,5±1,06***
1b n=31	63,0±3,0***	66,7±2,1***	52,3±0,5**	85,8±0,6***	58,7±0,5***	344,3±16,3***	132,8±7,5***	6,2±0,6***	7,17±0,06***	14,1±1,1*	-9,2±1,09***
На 3 сутки n=62											
1a n=31	75,0±4,5***	80,4±2,3	50,6±0,3**	90,1±0,6***	60,6±0,6**	386,5±21,4***	129,8±7,2***	9,4±0,8	7,28±0,03	16,8±1,45	-4,7±1,36
1b n=31	81,0±3,7***	82,3±2,4	50,1±0,4	92,3±0,7**	63,8±0,4**	437,4±30,1***	128,3±6,9***	9,6±0,7	7,30±0,02	17,5±0,5	-3,5±0,5
На 7 сутки n=62											
1a n=31	84,0±4,0***	83,8±2,2***	52,3±0,5	92,2±0,6***	65,9±0,7***	483,3±34,3***	126,2±6,6***	10,5±0,7	7,34±0,03*	19,3±2,09	-1,5±2,34*
1b n=31	93,0±1,18***	84,8±2,0*	49,5±0,4	94,1±0,5***	67,7±0,6**	557,5±41,6***	129,4±7,5***	10,2±0,8	7,42±0,25*	21,6±2,9	-1,6±0,033**

На 3-е сутки после коррекции кровопотери с использованием различных кристаллоидных растворов и коллоидного Гелофузина мы обнаружили улучшение показателей Hb и газов крови, ДО_2 и ВО_2 , но 2а и 2b подгруппах они были все еще снижены, по сравнению с контрольной группой: Hb на 22,7% ($p<0,001$) и 28,3% ($p<0,001$), Sta O_2 на 4,8% и 2,1%, Stv O_2 на 11,7% и 10,1%, PaO_2 на 11,0% ($p<0,01$) и 5,9% ($p<0,01$) (табл.) соответственно. Анализ ДО_2 и ВО_2 в обеих подгруппах после лечения показал, что, несмотря на повышение Hb и парциального напряжения кислорода в артериальной крови, показатели все еще снижены, по сравнению с контрольной группой: в 2а и 2b на 31,4% ($p<0,001$) и на 20,4% ($p<0,001$), на 27,2% ($p<0,001$) и на 18,5% ($p<0,01$) (табл.) соответственно по подгруппам.

Необходимо отметить, что на 3-е сутки у больных с кровопотерей II класса ликвидированы нарушения КОС: pH в 2а подгруппе составляла $7,3\pm 0,01$ усл. ед., HCO_3^- повысился до $18,5\pm 1,5$ ммоль/л, BE до $-3,6\pm 0,4$ ммоль/л. В то же время в 2b подгруппе pH составляла $7,38\pm 0,01$ усл. ед., HCO_3^- повысился до $20,1\pm 0,5$ ммоль/л и BE до $-2,7\pm 0,5$, соответственно (табл.), что доказывает эффективность 2 схемы лечения. Т.е. в 2b подгруппе больных, которым кроме Стерофундина изотонического применялся коллоидный Гелофузин, отмечается быстрое восстановление ОЦК, коллоидно-онкотического давления, стабилизация параметров центральной и регионарной гемодинамики, микроциркуляции, а также улучшение параметров КТФ.

Динамический контроль показателей КТФ на 7-е сутки после лечения у больных с кровопотерей II класса показал значительное улучшение состояния как 2а, так и в 2b подгруппах, однако, показатели все еще были снижены, по сравнению с контрольной группой доноров: по Hb на 26,0% ($p<0,001$) и 19,3% ($p<0,001$), но при выявлялась достаточные Sta O_2 , Stv O_2 , PaO_2 , PvO_2 в 2b подгруппе и незначительное уменьшение в 2а подгруппе (табл.). После лечения на 7-е сутки повышение Hb и парциального напряжения кислорода в артериальной крови привело к увеличению ДО_2 и ВО_2 в обеих подгруппах. Но в зону нормативных значений попали больные из 2b подгруппы, при том, что у пациентов 2а подгруппы ДО_2 оказался еще сниженным на 20,0% ($p<0,001$), ВО_2 уменьшено на 25,0% ($p<0,001$), соответственно, по сравнению с контрольной группой. Вследствие этого показатели ПШК в 2b не имели статистически значимой разницы, а в 2а подгруппе выявлялось его повышение на 24,2% ($p<0,001$). Это указывает на стабилизацию микроциркуляции, улучшение метаболизма, доставки, потребления и утилизации O_2 , нормализацию показателей КОС в 2b подгруппе

и необходимость дальнейшей коррекции в 2а подгруппе (табл.).

Таким образом, исследования КТФ у больных ОЯГДК II класса показали, что для коррекции более приемлем кристаллоидный раствор Стерофундин изотонический и коллоидный раствор Гелофузин в указанных объемах, так как уже к 3-им суткам на фоне из применения наблюдается фактическая стабилизация гемодинамики, клинически приемлемое восстановление ОЦК, нормализация КОД, процессов метаболизма, микроциркуляции, КОС, по сравнению с применением только кристаллоидных растворов.

У больных с кровопотерей III класса в подгруппах 3а и 3b изменения исследуемых показателей носили однонаправленный характер и одинаковую степень выраженности. Обнаруженные выраженная артериальная гипоксемия со снижением парциального напряжения PaO_2 , гипокания с уменьшением PvO_2 у больных в обеих подгруппах свидетельствовали об истощении функциональных резервов внешнего дыхания и необходимости проведения искусственной вентиляции легких (табл.).

Проведение ИТТ, ИВЛ (потребовалось 28 из 56 больных – 50,0%), в случае необходимости применение норадреналина или допамина (потребовалось у 35 из 56 больных – 62,5%) позволили стабилизировать состояние больных.

После возмещения кровопотери пациенты были переведены на спонтанное дыхание.

У этих пациентов при поступлении выявлялась анемия тяжелой степени. При сравнении с данными контрольной группы Hb оказался сниженным в 3а и 3b подгруппах на 50,7% ($p<0,001$) и на 52,9% ($p<0,001$). Также имелась выраженная гипоксемия, выражавшаяся в достоверном снижении Sta O_2 на 11,1% ($p<0,001$) и на 11,4% ($p<0,001$), Stv O_2 на 24,9% ($p<0,001$) и на 21,5% ($p<0,001$), PaO_2 на 39,2 % ($p<0,001$) и на 25,3% ($p<0,001$), а также повышение PvO_2 на 4,2% и на 5,4% (табл.), соответственно по подгруппам. Выраженная анемия и гипоксемия, снижение парциального напряжения кислорода в артериальной крови привели к снижению ДО_2 и ВО_2 в обеих подгруппах 3а и 3b на 51,3% ($p<0,001$) и на 54,6% ($p<0,001$); на 22,8% ($p<0,05$) и на 24,6% ($p<0,001$), соответственно (табл.). Выявляются выраженные сдвиги в микроциркуляторном русле, связанные с геморрагическим шоком и достоверное снижение показателя ПШК в 3а и 3b на 43,2% ($p<0,001$) и на 34,7% ($p<0,001$), по сравнению с данными контрольной группы доноров.

При поступлении у больных с кровопотерей III класса также выявлялся выраженный

ацидоз и статистически достоверное снижение рН в 3а и 3б подгруппах - на 3,1% ($p<0,001$) и 3,2% ($p<0,01$), бикарбоната - на 34,0% ($p<0,05$) и 34,4% ($p<0,05$), ВЕ - на 466,7% и на 513,7%, соответственно, что связано с глубокими нарушениями гемодинамики, микроциркуляции, анаэробным метаболизмом, т.е. проявлениями геморрагического шока и декомпенсацией буферных систем легких, почек и непосредственно активности самой крови.

На 3-е сутки после проведения ИТТ: в 3а подгруппе - рекомендации ATLS, 2012 - кристаллоиды и кровь (2000 мл - свежесмороженная плазма, эритромаасса, тромбомаасса, криопреципитат в соотношении 1:1:1:1 эффективные лечебные дозы) и 2000 мл Стерофундина изотонического; в подгруппе 3б подгруппе - рекомендации Национального клинического Российского общества хирургов, 2014 - кристаллоиды + коллоиды + компоненты крови - такой же объем, только индивидуально подобранных препаратов крови с учетом нарушения звеньев гемостаза реципиента, а также 1200 мл Стерофундина изотонического и 800 мл Гелофундина - нами зафиксировано улучшение показателей КТФ крови в 3б подгруппе, по сравнению с 3а подгруппой, относительно показателей при поступлении, однако, они значительно снижены, по сравнению с контрольной группой. Параметры Нб, газов крови, DO_2 и VO_2 значительно улучшились, но в 3а и 3б подгруппах были все еще снижены, по сравнению с контрольной группой: Нб на 43,9% ($p<0,001$) и 39,5% ($p<0,001$), Sta O_2 на 6,9% и 4,7%, Stv O_2 на 19,0% и 14,7%, PaO_2 на 10,0% ($p<0,01$) и 7,8% ($p<0,01$) (табл.) соответственно.

Исследование показателей DO_2 и VO_2 в обеих подгруппах показало, что, несмотря на проведенную ИТТ, на 3-е сутки КТФ крови была на низком уровне, по сравнению с контрольной группой, в 3а и 3б на 54,6% ($p<0,001$) и на 49,0% ($p<0,001$), а также на 24,6% ($p<0,001$) и на 25,5% ($p<0,01$) (табл.) соответственно. Необходимо отметить, что на 3-е сутки после КИТ отмечается повышение ПШК на 74,4% ($p<0,001$) и на 54,8%, по сравнению с данными при поступлении, что указывает на стабилизацию параметров гемодинамики и улучшение микроциркуляции.

Динамический контроль показателей КТФ на 7-е сутки после лечения у больных с кровопотерей III класса показал значительное клиническое улучшение состояния больных в 3а и 3б подгруппах. Необходимо отметить, что показатели КТФ значительно улучшились, но все еще были снижены, по сравнению с контрольной группой доноров. Так в 3а и 3б подгруппах все еще наблюдалась анемия средней тяжести и снижение Нб на 37,2% ($p<0,001$) и 30,5% ($p<0,001$);

Sta O_2 составляла соответственно 92,2% и 94,1%, PaO_2 - 83,8 мм рт.ст и 84,8 мм рт.ст, что указывало на незначительную гипоксемию. После лечения на 7-е сутки повышение Нб, парциального напряжения кислорода в артериальной крови привело к увеличению DO_2 и VO_2 в обеих подгруппах, но эти показатели КТФ оказались еще значительно сниженными, по сравнению с контрольной группой доноров: по DO_2 на 36,2% ($p<0,001$) и на 26,4% ($p<0,001$), по VO_2 на 26,7% ($p<0,001$) и на 24,8% ($p<0,001$), соответственно. Вследствие этого показатели ПШК в 3б и 3а подгруппах повысились на 11,7%, на 6,3% - по сравнению с 3-ми сутками, и увеличенными на 10,5% и 7,4% - по сравнению с контрольной группой, что указывало на стабилизацию параметров гемодинамики и микроциркуляции, а также улучшение процессов метаболизма, доставки, потребления и утилизации O_2 , нормализацию показателей КОС в 3б подгруппе и необходимость дальнейшей коррекции в 3а подгруппе (табл.).

Таким образом, исследования КТФ у больных ОЯГДК III класса показали, что развитие геморрагического шока в ответ на кровопотерю 1500-2000 мл сопровождалось возникновением артериальной гипоксемии и гипоксии, что у ряда больных потребовало проведения ИВЛ. Гипоксемия наряду с анемией обусловили снижение объемного содержания кислорода в артериальной крови, что в сочетании с синдромом малого сердечного выброса вызвало уменьшение КТФ крови и развитие выраженного метаболического ацидоза. Включение в программу лечения «Damage control resuscitation», адекватное возмещение кровопотери, проведение инотропной и вазопрессорной поддержки сердечного выброса, коррекция нарушений газового состава крови проведением ИВЛ позволили стабилизировать состояние больных и к 7-м суткам наблюдения нормализовать основные параметры гомеостаза. Необходимо отметить, что при коррекции массивной кровопотери применение индивидуально подобранных препаратов крови с учетом нарушения звеньев гемостаза реципиента позволили провести более раннюю по срокам остановку кровотечения, снизить количество ИТТ осложнений и развитие повторного кровотечения.

Заключение

При возмещении кровопотери I класса у пациентов с ОЯГДК 0,9% физиологическим раствором или переливанием сбалансированного изотонического раствора стерофундина более эффективным является стерофундин.

У больных с ОЯГДК II класса при возмещении кровопотери более эффективна схема с

использованием сбалансированного изотонического раствора стерофундина и коллоидного плазмозамениителя на основе модифицированного желатина – гелофузина, в соотношении 3:1, которые нормализуют основные функциональные параметры гомеостаза на 3-е сутки, против применения только кристаллоидного раствора стерофундина, который частично нормализует параметры к 7-м суткам.

У больных с ОЯГДК III класса при возмещении кровопотери более эффективна схема с использованием сбалансированного изотонического раствора стерофундина, коллоидного плазмозамениителя гелофузина и индивидуально подобранных компонентов донорской крови с учетом выявленных факторов риска в системе гемостаза у пациентов, против применения кристаллоидного раствора стерофундина и однокрупных гемокомпонентов, так как в первом случае происходит более выраженная коррекция системы гемостаза, гемодинамики, КТФ, ПОЛ и КОС, что способствует скорейшей остановке кровотечения, снижению его рецидива и уменьшения объема инфузии.

Внедрение разработанной программы ИТТ, направленной на возмещение кровопотери при ОЯГДК, в клиническую практику исключило случаи летальных исходов и необходимость проведения операций в связи с продолжающимся кровотечением, снизило число осложнений и проведения эндоскопической коагуляции язвы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Денисенко А.И. Особенности интенсивной терапии геморрагического шока // Медицина неотложных состояний. 2013. Т.9, №3. С. 79
2. Мусинов И.М. Изменения в системе гемостаза при язвенных желудочно-кишечных кровотечениях // Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова.- 2016.- № 2 (54).- С-67-70
3. Коровин А.Я., Маскин С.С., Туркин Д.В. и др. Гастроудуodenальные язвенные кровотечения: оценка выбора методов гемостаза и прогнозирование риска рецидива кровотечения // Вестник хирургической гастроэнтерологии.- 2017.- № 1. С. 41-45.
4. Кубышкин В.А., Петров Д.Ю., Смирнов А.В. Методы эндоскопического гемостаза в лечении язвенных гастроудуodenальных кровотечений // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.- 2013.- № 9.- С. 67-72.
5. Кузнецова Д.Н. Роль сердечно-сосудистой патологии в развитии вторичных гастроудуodenальных язв // Смоленский медицинский альманах.- 2018.- № 1.- С. 183-184.
6. Решетников С.Г., Проценко Д.Н., Бабаянс А.В., Гелфанд Б.Р. Электролитные и кислотно-основные нарушения, обусловленные периоперационной инфу-

зионно-трансфузионной терапией // Вестник анестезиологии и реаниматологии.- 2012.- Т. 9, №1.- С. 14-17

7. Седун В.В., Шорох Г.П., Шорох С.Г. и др. Возможности нехирургического гемостаза у пациентов с язвенными гастроудуodenальными кровотечениями // Медицинские новости.- 2013.- № 8.- С. 69-72.

RESERENSES

1. Denisenko A. I. Osobennosti intensivnoy terapii gemoragicheskogo shoka [Features of intensive therapy of hemorrhagic shock]. *Meditcina neotlozhnykh sostoyaniy – Emergency medicine*, 2013, Vol. 9, No. 3, pp. 79

2. Musinov I. M. Izmeneniya v sisteme gemostaza pri yazvennykh zheludочно-kishechnykh krvotечeniyakh [Changes in the hemostatic system in ulcerative gastrointestinal bleeding]. *Voenno-meditsinskaya akademiya im. S.M. Kirova – Military medical Academy named after Kirov S.M.*, 2016, No. 2 (54), pp. 67-70.

3. Korovin A. Ya., Maskin S. S., Turkin D. V., Gastroudodenalnye yazvennye krvotечeniya: otsenka vybora metodov gemostaza i prognozirovaniye riska retsidiva krvotечeniya [Gastroduodenal ulcerative bleeding: assessment of the choice of hemostatic methods and prediction of the risk of recurrent bleeding]. *Vestnik khirurgicheskoy gastroenterologii – Herald of surgical gastroenterology*, 2017, No. 1, pp. 41-45.

4. Kubyshkin V. A., Petrov D. Yu., Smirnov A. V. Metody endoskopicheskogo gemostaza v lechenii yazvennykh gastroudodenalnykh krvotечeniy [Methods of endoscopic hemostasis in the treatment of ulcerative gastroduodenal bleeding]. *Khirurgiya. Zhurnal im. N. I. Pirogova – Surgery. Journal named after Pirogov N.I.*, 2013, No. 9, pp. 67-72.

5. Kuznetsova D. N. Rol serdechno-sosudistoy patologii v razvitiі vtorichnykh gastroudodenalnykh yazv [The role of cardiovascular pathology in the development of secondary gastroduodenal ulcer]. *Smolenskiy meditsinskiy almanakh – Smolensk medical almanac*, 2018, No. 1, pp. 183-184.

6. Reshetnikov S. G., Protchenko D. N., Babayans A. V., Gelfan B. R. Elektrolitnye i kislotno-osnovnye narusheniya, obuslovlennye perioperatsionnoy infuzionno-transfuzionnoy terapiy [Electrolyte and acid-base disorders due to perioperative infusion-transfusion therapy]. *Vestnik anesteziologii i reanimatologii – Herald of anesthesiology and reanimatology*, 2012, Vol. 9, No. 1, pp. 14-17

7. Sedun V. V., Shorokh G. P., Shorokh S. G., Vozmozhnosti nekhirurgicheskogo gemostaza u patsientov s yazvennymi gastroudodenalnymi krvotечeniyami [Possibilities of non-surgical hemostasis in patients with ulcerative gastroduodenal bleeding]. *Meditzinskie novosti – Medical news*, 2013, No. 8, pp. 69-72.

Сведения об авторе:

Саидов Джурахон Сафолович – врач-трансфузиолог, генеральный директор ГУ «Республиканский научный центр крови» МЗиСЗиН РТ

Контактная информация:

Саидов Джурахон Сафолович – e-mail: jsaidov@mail.ru

© Коллектив авторов, 2019

УДК 616.61-089

*Сайёдов К.М., Асадов С.К., Ибодов Х.И.,
Давлатов С.Б., Рофиев Р.Р., Тиллоев А.Х.*

НАШ ОПЫТ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ У ДЕТЕЙ

Кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
Отделение детской урологии ГУ «Медицинский комплекс Истиклол»

*Sayyodov K.M., Asadov S.K., Ibodov H.I.,
Davlatov S.B., Rafiev R.R., Tilloev A.H.*

OUR EXPERIENCE OF PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTRIPSY IN CHILDREN

Department of Children's Surgery, Anesthesiology and Reanimatology of the State Education
Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"
Department of Pediatric Urology. State Institution «Medical Complex Istiklol»

Цель исследования. Изучить эффективность перкутанной нефролитотрипсии при лечении нефролитиаза у детей.

Материал и методы. Проанализирован опыт перкутанной нефролитотрипсии (ПНЛТ) у 21 ребенка с крупными и коралловидными камнями почек. Из них 9 (42,8%) мальчиков и 12 (57,2%) девочек в возрасте от 18 месяцев до 12 лет.

Фрагментацию конкрементов осуществляли пневматическим литотриптером VIBROLITH с волокном диаметром 3,5-6,0 мкм.

Результаты. 21 пациенту было выполнено 24 операции перкутанной литотрипсии (ПНЛТ). У всех пациентов спустя 1-3 суток после операции удалены мочеточниковые и уретральные катетеры. Кровотечения в послеоперационном периоде не отмечено. На 3-4 сутки послеоперационного периода удален нефростомический дренаж. У 17 больных (81%) отмечено полное освобождение от конкрементов. Летальных исходов, повреждений окружающих органов и конверсии на открытую операцию не зафиксировано.

Заключение. ПНЛТ является наиболее эффективным и безопасным методом лечения нефролитиаза у детей.

Ключевые слова: нефролитиаз, коралловидные камни почек, перкутанная нефролитотрипсия, дети

Aim. To study the effectiveness of percutaneous nephrolithotripsy in the treatment of nephrolithiasis in children.

Materials and methods. It was analyzed experience of percutaneous nephrolithotripsy in 21 children with large and staghorn stones of the kidney. Of these, 9 (42.8%) are boys and 12 (57.2%) are girls aged from 18 months to 12 years.

Fragmentation of concretions performed pneumatically VIBROLITH lithotripter with fiber diameter of 3.5-6.0 microns.

Result. At 21, patient 24 operations percutaneous lithotripsy was performed. All patients after 1-3 days after surgery removed ureteral and urethral catheters. Bleeding in the postoperative period is not marked. At 3-4 days of the postoperative period, the nephrostomy drainage was removed. At 3-4 days of the postoperative period, the nephrostomy drainage was removed. In 17 patients (81%), complete relief from calculus was noted. No deaths and no damage to surrounding organs and conversion to open surgery were recorded.

Conclusion. Percutaneous lithotripsy is the most effective and safe method for the treatment of nephrolithiasis in children.

Key words: nephrolithiasis, coral-shaped kidney stones, percutaneous nephrolithotripsy, children

Актуальность

Несмотря на достижения в области диагностики и лечения мочекаменной болезни (МКБ), она по-прежнему продолжает занимать важ-

ное место в повседневной практике урологов и врачей общего профиля. Заболеваемость мочекаменной болезнью характеризуется эндемичностью и различается в зависимости от

климата и регионарных особенностей, состава воды и почвы [1-9]. Частота заболеваемости МКБ в странах мира достигает 7%-20% [5], при этом в регионах с сухим жарким климатом, к которым относится и Республика Таджикистан, она в 2-3 раза выше. Удельный вес МКБ среди других урологических заболеваний составляет 25%-45%. Частота уролитиаза у детей в Таджикистане составляет 54,7% всех урологических заболеваний детского возраста [1]. Высокая частота рецидивов камнеобразования (35%-75%, по данным различных авторов) диктует необходимость выполнения повторных вмешательств, которые, в ряде случаев, заканчиваются нефрэктомией и летальным исходом [2, 7, 8].

С развитием современных малоинвазивных технологий, появлением современных эндоскопов различного диаметра и новейшего оборудования для дистанционного и контактного дробления камней были сделаны важнейшие нововведения в хирургическом лечении нефролитиаза, в том числе крупных и коралловидных камней почек. На замену традиционным «открытым» оперативным методикам лечения нефролитиаза были внедрены такие лечебные опции, как дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ), ретроградная интратеренальная хирургия, перкутанная нефролитотрипсия (ПНЛТ) и лапароскопическая пиелолитотомия. Это позволило значительно повысить эффективность и безопасность лечения пациентов с нефролитиазом. Согласно рекомендациям Американской и Европейской ассоциаций урологов, перкутанная нефролитотрипсия является первой линией в лечении крупных камней почек [3-9]. ПНЛТ – хирургическая операция, суть которой заключается в удалении камней из почек через минимальное пункционное отверстие в поясничной области (разрез кожи обычно до 12 мм). Впервые ПНЛТ была выполнена в 1976 году Fernstrom и Johansson [2]. С внедрением ПНЛТ произошли революционные изменения в подходах к хирургическому лечению мочекаменной болезни. По данным MEDLINE, за последние 2 десятилетия значительно уменьшилась доля открытых вмешательств при крупных камнях почек. И, несмотря на доказанную высокую эффективность дистанционной литотрипсии (ДЛТ), при камнях больше 2 см в диаметре ПНЛТ демонстрирует лучшие результаты и меньший уровень осложнений [2, 3].

Цель исследования

Изучить эффективность перкутанной нефролитотрипсии (ПНЛТ) при лечении нефролитиаза у детей.

Материал и методы исследования

За период 2017-2018 гг. в отделении детской урологии ГУ «Медицинский комплекс Истиклол» выполнены ПНЛТ у 21 ребенка с крупными и коралловидными камнями почек в возрасте от 1 года 6 месяцев до 12-и лет. Средний возраст составил 5 лет 6 месяцев. Из них 9 (42,8%) мальчиков и 12 (57,2%) девочек.

Всем больным в плане предоперационной подготовки проведен стандартный набор лабораторных исследований (клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, коагулограмма, бактериологическое исследование мочи, пробы Зимницкого и Реберга, иммуноферментный анализ на ВИЧ, Hbs-Ag, гепатит С), ультразвуковое исследование почек, мочевого пузыря, доплерография сосудов почек, рентгенологические исследования – обзорная и контрастная внутривенная урография, при рецидивных камнях – консультация эндокринолога. У детей с наличием роста микрофлоры, согласно данным посева мочи и антибиотикограммы, проводилась предоперационная деконтаминация и послеоперационная антибактериальная терапия. У 7 (33,3%) пациентов обнаружены коралловидные камни, у 14 (66,7%) – солитарные камни лоханки. Средний размер камней составил 1,85 мм (1,2±2,5).

Операции проводились под эндотрахеальным наркозом. Первым этапом выполнялись цистоскопия, катетеризация соответствующего мочеточника катетером 5F с последующей ретроградной пиелографией, далее пациента укладывали на живот (рис. 1). Пункцию полостной системы почки выполняли по задней подмышечной линии либо несколько медиальнее под ультразвуковым наведением и рентгенологическим контролем с помощью иглы 18 G. Дилатацию пункционного хода производили с помощью бужей Амплатц (Amplatz) и кожуха Амплатц 22-28 Ch. Для нефроскопии использовали нефроскопы 12 и 16 Ch (рис. 2, 3). Фрагментацию конкрементов осуществляли пневматическим литотриптером VIBROLITH с волокном диаметром 3,5-6,0 мкм. Фрагменты камней удаляли при помощи щипцов или ирригационной жидкости (рис. 4). Отсутствие конкрементов оценивали интраоперационно эндоскопически и с помощью рентгенографии. По завершении операции устанавливали нефростому 10-12 Ch тип Фоли (Foley), баллончик заполняли 1-3 мл контраста с гемостатической и фиксирующей целями (рис. 5).

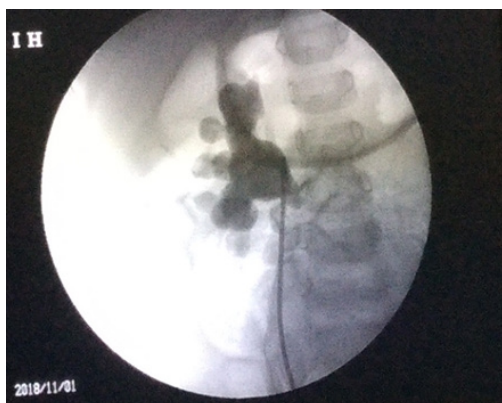


Рис. 1. Ретроградная пиелография: этап установления мочеточникового катетера

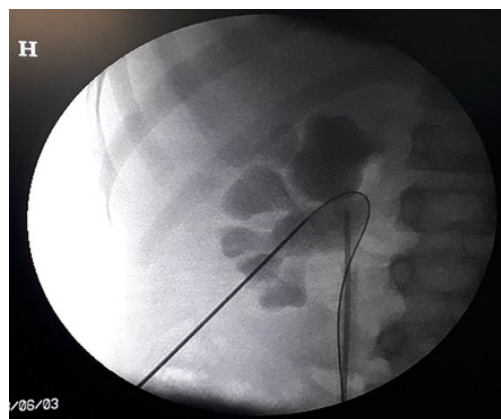


Рис. 2. Рентгенограмма: этап проведения струны-проводника через канал иглы в ЧЛС почки

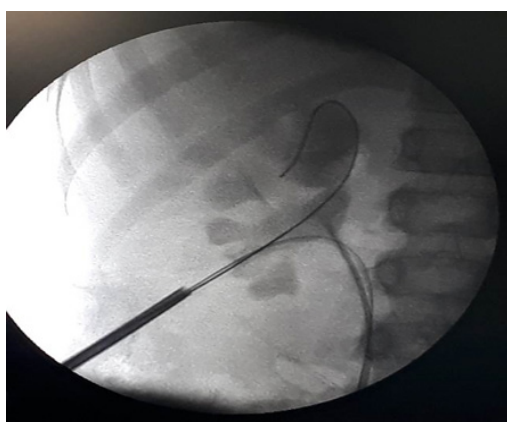


Рис. 3. Введение 2-го контрольного проводника и металлического тубуса в полостную систему почки

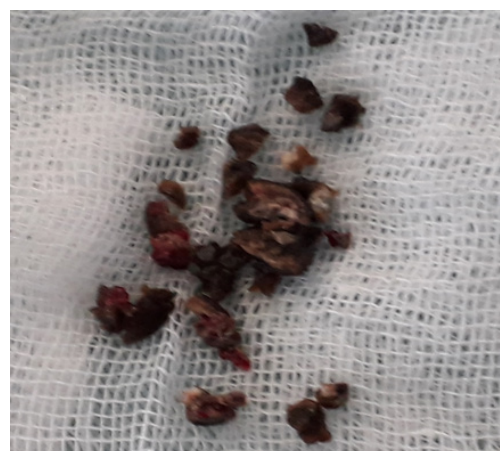


Рис. 4. Фрагменты камня, удаленные с помощью щипцов после дробления

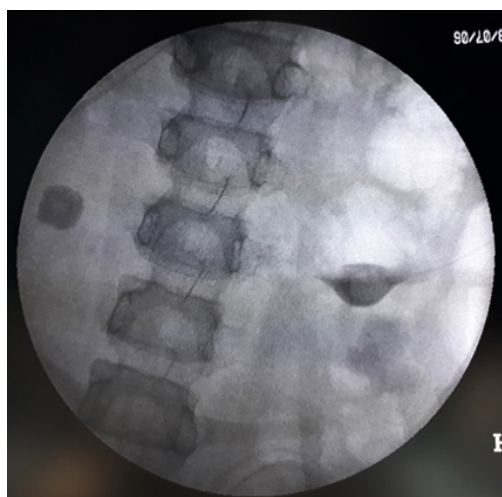


Рис. 5. Установление нефростомы (Фоле) с заполнением баллончика контрастом

Результаты и их обсуждение

Всего 21 пациенту было выполнено 24 операции. Одномоментные вмешательства (ПНЛ – stonefree) выполнены 18 пациентам (85,7%), 3 (14,3%) больным с наличием двухсторонних

камней почек проведено двухэтапное вмешательство - последовательные перкутанные нефролитотомии с интервалом в 2 месяца. Длительность оперативного вмешательства составила от 60 до 180 минут, в среднем 120

Таблица 1

Количество, возраст и размеры камней у пациентов, проведенных ПНЛТ

Девочки и мальчики, n (%)	12 (57,2%) и 9 (42,8%)
Средний возраст пациентов, лет	±5,6
Средний размер камня, см	1,85 (1,2±2,5)
Коралловидные камни (%)	7 (33,3%)
Камень лоханки (%)	14 (66,7%)

минут. У всех пациентов на 1-3 сутки после операции удалены мочеточниковые и уретральные катетеры. Кровотечения в послеоперационном периоде не отмечено ни у одного больного. На 3-4 сутки послеоперационного периода после оперативного вмешательства через нефростому проведена антеградная пиелоуретерофлюороскопия с помощью контрастного вещества под контролем С-образной дуги флюороскопа. При отсутствии резидуальных камней и нарушений пассажа мочи нефростомический дренаж удален.

Осложнения после ПНЛТ наблюдались у 5 (23,9%) больных: гемотрансфузия была проведена у 1 (4,8%) в связи с продолжительной макрогематурией (более 3-х суток) и снижением уровня гемоглобина до 78 г/л. У 1 (4,8%) больного в связи с подтеканием мочи через почечно-кожный свищ после удаления

нефростомы было проведено стентирование мочеточника. Через 10 дней после того, как свищ закрылся, произвели удаление стента. После ПНЛТ наиболее часто наблюдались осложнения в виде гипертермии, тошноты, рвоты и боли в области операционной раны, связанные с обострением хронического пиелонефрита у 3 (14,3%) больных, которым проведено консервативное лечение. Полное освобождение от конкрементов отмечено у 17 больных (81%). В остальных случаях по поводу наличия резидуальных конкрементов более 3-4 мм обходились дальнейшим проведением консервативной литокинетической терапии. Средняя продолжительность госпитализации составила 7 (4±10) суток. Ни одного летального исхода и повреждения окружающих органов и конверсии в открытую операцию не зафиксировано.

Таблица 2

Виды осложнений у детей, перенесших ПНЛТ

Виды осложнения	Количество осложнений (%) (n-21)	Эффективность (%) ПНЛТ (n - 21)
Макрогематурия > 3 суток	1 (4,8%)	16 (76,1 %)
Повреждения ЧЛС (перфорация, экставазация)	1 (4,8%)	
Обострение пиелонефрита	3 (14,3%)	

Заключение

ПНЛТ у детей является предпочтительным и эффективным методом лечения нефролитиаза. Внедрение новых технологий – миниперкутанных вмешательств, мультимодальный доступ, использование различных энергий для дезинтеграции конкремента – делают данную процедуру наиболее эффективной и безопасной в детском возрасте.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 7-8 см. в REFERENCES)

1. Икромов Т.Ш., Мурадов А.М., Ибодов Х., Азизов Б.Дж., Рофиев Р. Показатели маркеров эндогенной интоксикации в разных бассейнах сосудистого русла у детей с хронической почечной недостаточностью // *Здравоохранение Таджикистана*. 2017. №2. С.18-26.
2. Мазуренко Д.А., Берников Е.В., Кадыров З.А., Живов А.В., Абдуллин И.И., Нерсисян Л.А. Перкутанная нефролитотомия в лечении крупных и коралловидных камней почек // *Вестник урологии*. 2015. №2. С. 21-32.

3. Мартов А.Г., Тахаев Р.А. Дистанционная каликолитотрипсия и перкутанная каликолитотрипсия в лечении камней нижних групп чашечек почки // *Вестник урологии*. 2015. №2. С. 41-47.

4. Мартов А.Г., Дутов С.В., Андронов А.С.. Ультраминиперкутанная нефролитотрипсия в лечении камней почек. // *Урология*. 2016. №2. С 82-85.

5. Трусов П.В., Коган М.И., Хван В.К. Эффективность и безопасность мини-перкутанной нефролитотрипсии в лечении крупных и коралловидных камней почек // *Вестник урологии*. 2017. Т. 5, №1. С. 32-36.

6. Хасигов А.В., Белоусов И.И., Коган М.И. Сравнительный анализ эффективности и безопасности перкутанной нефролитотомии при коралловидных камнях. // *Урология*. 2013. № 1. С. 86-88 .

RESERENSES

1. Ikromov T. Sh., Muradov A. M., Ibodov Kh., Azizov B. Dzh., Rofiev R. Pokazateli markerov endogennoy intoksikatsii v raznykh basseynakh sosudistogo rusla u detey s khronicheskoy pochechnoy nedostatocnostyu [Indicators of markers of endogenous intoxication in different basins of the vascular bed in children with chronic renal insufficiency]. *Zdravookhranenie Tadzhikistana – Health care of Tajikistan*, 2017, No. 2, pp.18-26.

2. Mazurenko D. A., Bernikov E. V., Kadyrov Z. A., Zhivov A. V., Abdullin I. I., Nersesyan L. A. Perkutannaya nefrolitotomiya v lechenii krupnykh i korallovidnykh kamney pochek [Percutaneous nephrolithotomy in treatment of large and staghorn stones of the kidney]. *Vestnik urologii – Herald of urology*, 2015, No. 2, pp. 21-32.

3. Martov A. G., Takhaev R. A. Distantcionnaya kali-kolitotripsiya i perkutannaya kalikolitotripsiya v lechenii kamney nizhnikh grupp chashechek pochki [Remote calculi and calculi in the treatment of stones of the lower group of kidney cups]. *Vestnik urologii – Herald of urology*, 2015, No. 2, pp. 41-47.

4. Martov A. G., Dutov S. V., Andronov A. S.. Ultraminiperkutannaya nefrolitotripsiya v lechenii kamney pochek [Ultraminipercutaneous nephrolithotomy in treatment of kidney stones]. *Urologiya – Urology*, 2016, No. 2, pp. 82-85.

5. Trusov P. V., Kogan M. I., Khvan V. K. Effektivnost i bezopasnost mini-perkutannoy nefrolitotripsii v lechenii krupnykh i korallovidnykh kamney pochek [Efficacy and safety of mini-percutaneous nephrolithotripsy in the treatment of large and staghorn kidney stones]. *Vestnik urologii – Herald of urology*, 2017, Vol. 5, No. 1, pp. 32-36.

6. Khasigov A. V., Belousov I. I., Kogan M. I. Sravnitelnyy analiz effektivnosti i bezopasnosti perkutannoy nefrolitotomii pri korallovidnykh kamnyakh [Comparative analysis of efficacy and safety of percutaneous nephrolithotomy in staghorn stones]. *Urologiya – Urology*, 2013, No. 1, pp. 86-88.

7. De S., Autorino R., Kim F. J., Zargar H., Laydner H., Balsamo R., Torricelli F. C., Di Palma C., Molina W. R., Monga M., De Sio M. Percutaneous nephrolithotomy versus intrarenal surgery: a systematic review and meta-analysis. *European Urology*, 2015, Vol. 67, pp. 125-137.

8. Desai J., Solanki R. Ultra-mini percutaneous nephrolithotomy (UMP): One more armamentarium. *BJU International*, 2013, Vol. 112, pp. 1046-1049.

детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н.

Шумилина Ольга Владимировна – ученый секретарь Городского научного центра реанимации и детоксикации, г. Душанбе, к.м.н.

Контактная информация:

Икромов Турахон Шарбатович – тел.: +(992) 919000260; e-mail: ikromov0368@mail.ru

Сведения об авторах:

Одинаев Азиз Абдусатторович – соискатель ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН РТ, к.м.н.

Раджабов Субхон Файзалиевич – зав. отделением гемодиализа ГУ «Комплекс здоровья Истиклол»

Икромов Турахон Шарбатович – ассистент кафедры

© Коллектив авторов, 2019

УДК 616.643–002; 616–055.1

Хомидов М.Ф., Саидов Б.И.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕГОНОКОККОВЫХ УРЕТРИТОВ У МУЖЧИН

Кафедра дерматовенерологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Khomidov M.F., Saidov B.I.

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF NON-GONOCOCCAL URETHRITIS IN MEN

Department of Dermatovenereology of the Avicenna Tajik State Medical University

Цель исследования. Оценка диагностики и эффективности терапии негонекокковых уретритов у мужчин.

Материал и методы. Обследованы 45 мужчин в возрасте от 20 до 50 лет (в среднем $32,0 \pm 1,5$ года) с негонекокковыми уретритами (НГУ), давность заболевания колебалась от 6 месяцев до 3 и более лет.

Всем больным проводились микробиологические и микроскопические исследования (с использованием методов прямой иммунофлюоресценции).

Диагноз НГУ поставлен на основании клинической картины заболевания и лабораторных методов исследования. Диагностику патогенной и условно-патогенной флоры осуществляли микроскопически, культурально, методами прямой иммунофлюоресценции (ПИФ).

Учитывая основные принципы терапии сочетанных урогенитальных инфекций у мужчин, разработан комбинированный метод лечения.

Результаты. У 31,1% исследованных больных отмечались выделения из половых путей и гиперемия/отечность наружного отверстия уретры, у 33,3% - зуд/жжение и болезненное мочеиспускание, у 35,6% - их сочетание. Клинические признаки переднего уретрита регистрировались у 28,9% пациентов, простатит и задний уретриты - у 37,8% и их сочетание - у 33,3%.

Заключение. ПИФ негонекокковых уретритов позволяет провести целенаправленную диагностику и контроль излеченности в отношении отдельно взятых штаммов. Клиническая эффективность предложенного комбинированного метода лечения составляет 97,8%, микробиологическая - 95,5%, что даёт основание рекомендовать разработанный метод для внедрения в практическое здравоохранение.

Ключевые слова: негонекокковые уретриты, прямая иммунофлюоресценция, зумомед, флукозам

Aim. Evaluation of the diagnosis and efficacy of treatment of non-gonococcal urethritis in men.

Materials and methods. 45 men aged from 20 to 50 years (average $32,0 \pm 1,5$ years) with non-gonococcal urethritis (NGU) were examined, the duration of the disease ranged from 6 months to 3 years or more.

All patients underwent microbiological and microscopic studies (using direct immunofluorescence methods).

The diagnosis of NGU is made based on the clinical picture of the disease and laboratory research methods. The diagnosis of pathogenic and conditionally pathogenic flora was carried out microscopically, culturally, by direct immunofluorescence (DIF) methods.

Considering the basic principles of treatment of combined urogenital infections in men, a combined treatment method has been developed.

Results. In 31,1% of the studied patients, discharge from the genital tract and hyperemia / edema of the external hole of the urethra were noted, in 33,3% - itching / burning and painful urination, in 35,6% - their combination. Clinical signs of anterior urethritis were recorded in 28,9% of patients, prostatitis and posterior urethritis in 37,8%, and their combination in 33,3%.

Conclusion. The DIF of non-gonococcal urethritis allows for targeted diagnosis and monitoring of cure for individual strains. The clinical effectiveness of the proposed combined method of treatment is 97,8%, microbiological – 95,5%, which gives grounds to recommend the developed method for implementation in practical health care.

Key words: non-gonococcal urethritis, direct immunofluorescence, zumomed, flucosam

Актуальность

Урогенитальные инфекции (УГИ) являются сложной медико-социальной проблемой современности, что обусловлено их широким распространением, тяжестью вызываемых последствий и влиянием на репродуктивное здоровье населения [1, 2]. По данным ВОЗ, в мире ежегодно регистрируется более 330 млн. больных УГИ [3, 4].

Социально значимым является то, что УГИ, чаще встречаясь у молодых людей, служат причиной бесплодия и развитию осложнений. Среди мужчин, страдающих бесплодием, хламидиоз диагностировали у 19%, уреаплазмоз у 41%, в группе женщин, обратившихся по поводу бесплодия, у 14% была выявлена хламидийная, у 32% - уреа-микоплазменная инфекции [5, 6]. В большинстве случаев негонококковый уретрит (НГУ) протекает бессимптомно, что существенно затрудняет диагностику и, следовательно, способствует как распространению болезни, так и развитию осложнений. В связи с этим выявление негонококковых возбудителей и совершенствование методов диагностики являются особо важной задачей.

В настоящее время используется несколько методов: морфологический, культуральный, иммунологический, молекулярно-генетический и серологический. Наибольшее распространение при массовых обследованиях больных с уретритами завоевал метод прямой иммунофлуоресценции (ПИФ). Как известно, главным достоинством ПИФ является возможность проведения прямой индикации инфекции в пораженных клетках больного с уретритом, что позволяет считать его «золотым стандартом», несмотря на меньшую чувствительность и специфичность по сравнению с культуральным методом [7, 8].

Совершенствование медицинской помощи больным, страдающим урогенитальными инфекциями, является одной из наиболее важных медицинских проблем, поэтому совершенствование методов диагностики и эффективности их лечения остается актуальным.

Цель исследования

Оценка диагностики и эффективности терапии негонококковых уретритов у мужчин.

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением находились 45 мужчин в возрасте от 20 до 50 лет, с остро и подостро протекающими воспалительными процессами нижних отделов мочеполовой системы. В возрасте от 20 до 25 лет было 16 (35,6 %) больных, от 26 до 35 лет – 14 (31,1%), от 36 до 45 лет – 10 (22,2%), от 46 до 50 лет – 5

(11,1%). Средний возраст больных составил $32 \pm 1,5$ лет. Продолжительность заболевания колебалась от 6 месяцев до 3 и более лет: до 6 месяцев болели 4 больных, от 6 месяцев до 1 года – 9, от 1 до 3 год – 15, более 3 лет – 17. Среди обратившихся больных мигрантов было 16 (35,5%), временно неработающих – 12 (26,7%), частных предпринимателей – 8 (17,8%), военнослужащих 5 (11,1%), студентов и учащихся старших классов – 4 (8,9%).

Диагноз поставлен на основании клинической картины заболевания и лабораторных методов исследования (общий анализ крови и мочи, двухстаканная проба Томпсона, серологические исследования для выявления сифилиса, гепатитов и ВИЧ-инфекции, ультразвуковое исследование предстательной железы). Всем больным проводились микробиологические и микроскопические исследования. По результатам первого этапа исследований, пациенты, позитивные на предмет присутствия *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum* и *Mycoplasma genitalium*, были дообследованы с использованием методом прямой иммунофлуоресценции (ПИФ) для идентификации штамма возбудителя.

Схема комбинированного метода лечения состояла из однократного приема флуконазол (флуконазол) 150 мг на 3 день от начала лечения. Зумомед (азитромицин) назначался в суммарной дозе 1,5 гр. в течение 5 дней. Все препараты выпускается в РТ, являются удобными по приему и кратности, с максимально коротким курсом терапии без потери эффективности, с максимальной концентрацией антибактериального препарата в очаге воспаления, без тяжелых побочных эффектов, с максимально широким спектром действия и доступной стоимостью препаратов.

Контроль излеченности оценивали на основании клинико-лабораторного мониторинга по окончании терапии через 7 – 10, 30 дней и после 3 мес. В течение этого времени пациентам рекомендовалось применять средства индивидуальной защиты.

Клиническая эффективность оценивалась нами как: клиническое выздоровление (исчезновение признаков и симптомов заболевания), клиническое улучшение (неполное исчезновение признаков и симптомов заболевания) и отсутствие эффекта от проводимой терапии.

Результаты и их обсуждение

До обращения к нам большинство пациентов уже были обследованы на классические ИППП и получали лечение по поводу заболевания. Однако в большинстве случаев

проведенное лечение не дало положительных результатов. При анализе жалоб и объективного обследования у 45 больных было установлено, что у 14 (31,1%) мужчин отмечались выделения и гиперемия/отечность наружного отверстия уретры, у 15 (33,3%) - зуд/жжение и болезненное мочеиспускание, у 16 (35,6%) их сочетание. Клинические признаки передний уретрит регистрировался у 28,9% пациентов, простатит и тотальный уретриты - у 37,8% и их сочетание - у 33,3%.

Клинико-инструментальные методы обследования показали, что у 68,9% пациентов при ультразвуковой диагностике (УЗИ), ректальном исследовании предстательной железы выявлены осложнения: у 57,8% - в виде простатита, везикулита, у 11,1% - нарушения сперматогенеза.

Полноценное бактериоскопическое и бактериологическое обследование позволило выявить присутствие негенококковых возбудителей у 64,5% пациентов.

Последующий ПИФ анализ позволил идентифицировать возбудителей по штаммам, при этом негенококковые возбудители выявлены у 95,5% обследованных пациентов. Высокая выявляемость негенококковых возбудителей объясняется тем, что ПИФ проводилась после клинических и микробиологических исследований при наличии явных признаков факта инфицирования, с целью подтверждения наличия урогенитальных инфекций.

Исследования показали, что из 45 обследованных больных у 43 (95,5%) выявлены различные урогенитальные инфекции. Так, *Chlamydia trachomatis* была выявлена у 33,3%, *Ureaplasma urealyticum* - у 40,0% и *Mycoplasma genitalium* - у 26,7% больных. Необходимо отметить, что в основном вышеуказанные возбудители определялись в виде микст-инфекций. Так, *Ureaplasma urealyticum* сочеталась в семи случаях с *Mycoplasma genitalium* и дрожжеподобные грибы рода *C. albicans*, в четырех с *Chlamydia trachomatis* и дрожжеподобные грибы рода *C. albicans*. Сочетание *Mycoplasma genitalium* с *Ureaplasma urealyticum* выявлено в семи случаях; *Ureaplasma urealyticum*, *Chlamydia trachomatis* и *Mycoplasma genitalium* - в трех случаях. Наиболее часто встречающейся инфекцией явилась *Mycoplasma genitalium*, которая определялась как моноинфекция в 25,5%, а в комбинации с другими инфекциями - в 42,3% случаев.

Клинический эффект от предложенного метода лечения был отмечен всеми пациентами и выражался в быстром купировании

субъективных ощущений, а также положительной динамикой клинических проявлений.

Субъективные симптомы (дизурические явления, болезненность мочеиспускание), объективные симптомы (уретральные выделения, гиперемия/отечность наружного отверстия уретры) купировались в среднем на 2 сутки, что свидетельствует об эффективности комбинированного метода лечения.

Эрадикация возбудителей была достигнута у 43 (95,5%) пациентов.

Клиническое выздоровление наблюдалось у 44 (97,8%) пациентов, лишь у 1 (2,2%) - клиническое улучшение (наряду с исчезновением ярко выраженных симптомов заболевания, сохранялся незначительный дискомфорт в уретре при мочеиспускании).

Побочных реакций при применении комбинированного метода лечения не отмечено, лишь у 2 (4,4%) пациентов отмечались незначительные диспептические явления, которые купировались в течение 3-5 ч после приема препаратов и не требовали коррекции.

Микробиологическая эффективность применения препаратов зумомед и флукозам в лечении негенококковых уретритов была достигнута в 95,5%, а клиническая эффективность - в пределах 97,8%.

Заключение

Проведенная ПИФ диагностика негенококковых уретритов позволила провести целенаправленную диагностику и контроль излеченности в отношении отдельно взятых штаммов.

Предложенный метод терапии негенококковых уретритов у мужчин является высокоэффективным. Эффективность от комбинированного метода лечения достигнута клинически у 97,8%, микробиологически у 95,5% случаев, что даёт нам основание рекомендовать разработанный метод в практическое здравоохранение.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 5, 6 см. в REFERENCES)

1. Кубанова А.А. и др. Организация оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» в Российской Федерации. Динамика заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, болезнями кожи и подкожной клетчатки, 2013-2015 гг. // Вестник дерматологии и венерологии. 2016. № 3. С. 12-28.
2. Кубанова А.А. Клинические рекомендации по ведению больных инфекциями, передаваемыми по-

ловым путем, и урогенитальными инфекциями. М.: ДЭКС-Пресс, 2012.

3. Сангов Б.Ч., Зоиров П.Т., Солихов Д.Н., Шамбезода Р.Г. Особенности иммунологических расстройств при хроническом урогенитальном хламидиозе // Вестник Авиценны. 2014. №2. С. 74-78.

4. Федорова В.А., Султанакмедов Э.С., Салтыков Ю.В., Утц С.Р., Мотин В.Л. Совершенствование лабораторной диагностики урогенитальной хламидийной инфекции у пациентов с нарушением репродуктивной функции, инфицированных *Chlamydia trachomatis* // Вестник дерматологии и венерологии. 2017. № 2. С. 34-44.

RESERENSES

1. Kubanova A. A., Organizatsiya okazaniya meditsinskoy pomoshchi po profilyu "dermatovenerologiya" v Rossiyskoy Federatsii. Dinamika zabolevaemosti infektsiyami, peredavaemyi polovym putem, boleznyami kozhi i podkozhnoy kletchatki, 2013-2015 gg. [Dermatovenereologic healthcare delivery in Russian Federation. Incidence of sexually transmitted infections and skin disorders, 2013-2015.]. *Vestnik Avitsenny – Bulletin of Avicenna*, 2016., No. 3, pp. 12-28.

2. Kubanova A. A. *Klinicheskie rekomendatsii po vedeniyu bolnykh infektsiyami, peredavaemyi polovym putem, i urogenitalnymi infektsiyami* [Clinical guidelines for the management of patients with sexually transmitted infections and urogenital infections]. Moscow, DEKS-Press Publ., 2012.

3. Sangov B. Ch., Zoиров P. T., Solikhov D. N., Shambezoda R. G. Osobennosti immunologicheskikh rasstroystv pri khronicheskom urogenitalnom khlamidioze [The

features of immunological disorders in chronic urogenital chlamydiosis]. *Vestnik Avitsenny – Bulletin of Avicenna*, 2014, No. 2, pp. 74-78.

4. Fedorova V. A., Sultanakhmedov E. S., Saltykov Yu. V., Utts S. R., Motin V. L. Sovershenstvovanie laboratornoy diagnostiki urogenitalnoy khlamidiynoy infektsii u patsientov s narusheniem reproduktivnoy funktsii, infitsirovannykh *Chlamydia trachomatis* [Improvement of laboratory diagnostics of urogenital chlamydial infection in patients with impaired reproductive functions found to be infected with *Chlamydia trachomatis*.]. *Vestnik dermatologii i venerologii – Herald of dermatology and venereology*, 2017, No. 2, pp. 34-44.

5. Persson K., Hammas B., Janson H., Bjartling C., Dillner J., Dillner L. Decline of the new Swedish variant of *Chlamydia trachomatis* after introduction of appropriate testing. *Sexually Transmitted Infections*, 2012, Vol. 88 (6), pp. 451-455.

6. WHO. *Laboratory diagnosis of sexually transmitted infections, including human immunodeficiency virus*. Geneva: World Health Organization, 2013.

Сведения об авторах:

Хомидов Музаффар Файзалиевич – директор Ассоциации дерматовенерологов и косметологов Республики Таджикистан, к.м.н.

Саидов Бахромуддин Икромович – доцент кафедры дермато-венерологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, к.м.н.

Контактная информация:

Саидов Бахромуддин Икромович – тел. +992 985154545; e-mail: saidov_bahromuddin@mail.ru

ОБЗОР

© Коллектив авторов, 2019

УДК 616.314.18-002.4

¹Муҳиддинов Ш.Д., ¹Каримов С.М., ²Султанов М.Ш.

АНАЛИТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ ЭНДО-ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ

¹Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

²Стоматологическая клиника «Евродент»

¹Mukhiddinov Sh.D., ¹Karimov S.M., ²Sultanov M.Sh.

ANALYTICAL ESTIMATION OF ETIOPATHOGENETIC MECHANISM OF THE DEVELOPMENT OF ENDO-PERIAPICAL DEFEAT

¹Department of Therapeutic Dentistry of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»

²Dentistry clinical "Eurodent"

Аннотация

В условиях терапевтической стоматологической практики одной из наиболее частых причин обращений за специализированной помощью являются воспалительно-деструктивные заболевания эндо-периапикального характера, и такие поражения являются причиной потери более 50% зубов. В статье приведены систематизированные данные, где подчеркивается, что при эндо-периапикальном поражении запускаются патогенетические механизмы, связанные с бактериальным воспалением, ответом иммунной системы и остеоллизом. В таких случаях повреждения эндодонта сопряжены с бактериальной контаминацией пульпы зуба и развитием воспаления в периапикальной области.

Ключевые слова: эндодонт, периодонт, пародонт, эндо-периапикальное поражение, зуб, корневой канал зуба

In condition of therapeutic dentistry practical one of the frequently reasons of the address for specialized help are inflammatory-destructive disease of endo-periapically nature. Endo-periapically defeats are a reason of the loss more than 50% teeth. In article are brought systematized data, where is emphasized that endo-periapically defeat started pathogenetic mechanisms which connected with bacterial inflammation, answer of the immune system and osteolyses. In such events damage of the endodont associate with bacterial contamination of the pulp of teeth and development of the inflammation in periapical area.

Key words: endodont, periodont, parodont, endo-periapically defeat, teeth, root channel of the teeth

Вопросам этиологии, патогенеза, диагностики и лечения эндо-периапикальных поражений ежегодно посвящается большое количество научных работ [2, 5]. Несмотря на это, в настоящее время данная патология остается значимой медицинской и социально-экономической проблемой, характеризующаяся широкой распространенностью [1].

Клиническое сходство проявлений хронического апикального периодонтита эндодон-

тического генеза в сочетании с хроническим локальным пародонтитом и хронического апикального периодонтита при идентичном лечении ведет к его низкой эффективности во втором случае [10].

Эндо-периапикальные поражения возникают вследствие близкого расположения тканей пульпы и пародонта. При этом основными местами их соединения являются: апикальное отверстие, латеральные

и дополнительные каналы и дентинные каналы [7].

Персистирующая инфекция в пульпарной ткани, с одной стороны, может вызвать вторичное инфицирование и деструкцию пародонта. С другой стороны, в более редких случаях выраженная пародонтальная инфекция оказывается причиной воспаления пульпы. При этом постановка диагноза и дифференциальная диагностика, по мнению автора [27], затруднены, поскольку заболевания нередко рассматриваются как самостоятельные процессы, и каждое первичное заболевание повторяет клинические характеристики другого.

Эндо-периапикальные поражения возникают вследствие анатомической близости и наличия между ними сосудистых анастомозов, которые объясняются общим эктомезенхимальным происхождением [24].

По мнению Н.Х. Meng [17], эндо-периапикальное поражение является клиническим проявлением микробного воспалительного процесса, который передается из одного отдела в другой через соединения между пульпой и тканями пародонта, например, апикальное отверстие, дополнительные каналы и дентинные каналы, или возникает независимо с последующим слиянием через перечисленные выше образования.

S. Rupf et al. [20] установлено, что патогенная микрофлора пародонтальных карманов и корневых каналов зубов при эндо-периапикальном поражении практически идентична и представляет собой преимущественно анаэробные микроорганизмы.

Изучая этиопатогенетические механизмы развития эндо-периапикальных поражений, D.B. Kirkham [14] утверждает, что боковые отделы пародонта могут сообщаться с пульпой через латеральные каналы, которые проникают в пародонт на 8-19,1 мм апикальнее цементно-эмалевой соединения и встречаются у 23% исследованных зубов.

В эндо-периапикальном комплексе следующей соединяющей структурой являются дентинные каналы, которые начинаются у пульпарно-дентинного комплекса с диаметром 2-5 мкм и распространяются до эмалево-дентинной границы, где их диаметр составляет до 9 мкм. Количество дентинных каналов составляет 15000 на квадратный миллиметр на поверхности корня зуба в пришеечном отделе [18].

По мнению J.H. Simon et al. [22], пародонтальные изменения, удаление зубного камня, очистка и полировка поверхности корней зубов, процедуры при герметизации фиссур, хирургические манипуляции, трещины на

цементно-эмалевой границе могут привести к открытию дентинных каналов. Пульпа может сообщаться с наружной поверхностью корня в случае нарушения цемента через эти дентинные каналы, и повышенная чувствительность шеек зубов является примером этого феномена.

Перфорации стенки корня также являются причиной для развития эндо-периапикального поражения. Они происходят из-за обширных кариозных поражений, внутренней или внешней остеорезорбции, ятрогенных ошибок при препаровке корней зубов [12].

Корневые каналы сообщаются с периодонтом посредством дентинных каналов, каналов в области разветвления корней, боковых и дополнительных корневых каналов, а также через апикальное отверстие [19]. Боковые и дополнительные каналы находятся в любом месте вдоль корня, но в основном локализованы в апикальной трети корня зуба [9].

По данным ряда исследований [6, 8], у моляров каналы в области фуркации встречаются почти в 30% случаев, а латеральные каналы – в 10%. Воспаление пульпы зуба нередко приводит к воспалению пародонта, в результате распространения микроорганизмов и продуктов их жизнедеятельности в периапикальные ткани.

В стоматологической практике различают первичные пульпарные поражения с вовлечением пародонта, первично пародонтальные поражения с вовлечением пульпы и истинно сочетанные эндо-периапикальные поражения [23]. Патология пульпы в результате первичного пародонтита характеризуется неблагоприятным прогнозом, в то время как регенерация пародонта при первичном поражении пульпы в случае адекватного эндодонтического лечения более вероятна [29].

Изучая влияние заболевания пульпы на периапикальный комплекс, K. Kerekes et al. [11] считают, что микробная флора в первичных эндодонтических инфекционных очагах по составу аналогична глубоким пародонтальным карманам. Воспаление пародонта, по их мнению, поддерживается за счет аккумуляции бактерий в периапикальной зоне, а эндодонтические патологические очаги непосредственно соответствуют локализации инфекции в системе каналов.

Существующая иммунологически активная зона в пульпе зуба локализует очаг эндодонтического поражения и блокирует распространение патогенных микроорганизмов из эндодонтической системы в периапикальные ткани [25]. По сведениям S. Seltzer et al. [21], отсутствие лечения эндодонтической инфекции является фактором риска прогрессирования периапикального заболевания.

По мнению авторов дальнего зарубежья [15, 26], также существует, наоборот, влияние периапикальные поражения на эндодонтическую систему. В работах этих исследователей влияние периапикальные изменения на пульпу зуба являлось предметом противоречивых дискуссий. Так, отложение микробного налета на обнаженной вследствие деструкции пародонта поверхности корня может вызвать патологический процесс в эндодонтической системе. В корнях зубов в области периапикальные поражения наблюдались воспалительные изменения, клеточные инфильтраты и некроз пульпарной ткани.

Изучая патоморфологические аспекты эндо-периапикальных осложнений при эндодонтическом лечении, L.L. Kirkevang et al. [13] констатируют, что длительное хроническое воспаление в периодонтальных тканях является реакцией организма на присутствие микроорганизмов в корневых каналах зуба, высвобождающих продукты своей жизнедеятельности и антигены через апикальное отверстие в близлежащие периапикальные ткани.

При периапикальных поражениях эндодонтического происхождения и пародонтите запускаются схожие патогенетические механизмы, связанные с бактериальным воспалением, ответом системы иммунных клеток и остеоллизом. Повреждения эндодонта сопряжены с бактериальной контаминацией пульпы зуба, ее воспалением и некрозом, развитием воспаления в периапикальной области, периапикальной костной резорбцией и формированием гранулемы или кисты [3].

Полимикробная инфекция при эндо-периапикальных поражениях посредством иммунологических реакций стимулирует костную резорбцию. Остеокластогенез не может быть подавлен, пока не произойдет элиминация микробного фактора. При этом разрушительная функция состоит в том, что иммунные клетки посредством цитокинов и различных протеолитических систем способствуют деградации соединительной ткани и остеорезорбции в зоне эндо-периапикального поражения [4].

При эндо-периапикальных поражениях каскад воспалительных реакций приводит к сложному взаимодействию между эндотелиальными клетками, полиморфноядерными лейкоцитами, макрофагами, лимфоцитами и остеокластами, что заканчивается остеоллизом в апикальной зоне корня [28].

В своих исследованиях K. Langeland et al. [15] обнаружили ретроградное поражение пульпы у больных с пародонтитом из-за распространения микробного налета до апикального отверстия. Вопреки этому, в иссле-

дованиях В. Mazur et al. [16] и М. Torabinejad et al. [26] отмечалось полное сохранение функциональной способности пульпы, даже при тяжелых формах пародонтита.

Выводы

1. Проведение технически сложных манипуляций при наличии эндо-периапикальной патологии, например закрытие перфорации, извлечение инородных материалов из корневых каналов или обработка облитерированных их участков, возможны при использовании современных технических средств, достаточном клиническом опыте и глубоких теоретических знаниях.

2. Эндо-периапикальные поражения представляют трудности для врачей-клиницистов в отношении диагноза, лечения и прогноза, вовлеченных в патологию зуба. Такие поражения имеют разнообразный патогенез, сложность их колеблется от совсем простых до сложных.

3. Успех эндодонтического лечения при эндо-периапикальном поражении определяется множеством факторов, однако ключевая роль принадлежит тщательной инструментальной и медикаментозной обработке корневых каналов. Данный рабочий этап представляет собой важность для различных последующих терапевтических манипуляций, например дезинфекции и obturation системы корневых каналов.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 6-29 см. в REFERENCES)

1. Грудянов А.И., Макеева И.М. Современное представление об этиологии и подходах к лечению эндодонтических поражений // Вестник Российской Академии медицинских наук. 2013. № 6. С. 34-36.
2. Грудянов А.И., Москалев К.Е. Эндодонто-пародонтальные поражения. Серия клинических случаев // Эндодонтия today. 2007. № 1. С. 11-14.
3. Максимова О.П. Две стороны эндодонтии // Клиническая стоматология. 2012. № 1. С. 32-34.
4. Максюков С.Ю., Гайворонская Т.В., Проходная В.А. Иммунологические механизмы развития и прогрессирования остеорезорбции при периодонтальных поражениях // Институт стоматологии. 2014. № 1. С. 100-102.
5. Хохрина Т.Г. Патоморфологические аспекты эндодонтических осложнений при эндодонтическом лечении // Эндодонтия today. 2010. Том IV. № 1-2. С. 43-45.

RESERENSES

1. Grudyanov A. I., Makeeva I. M. Sovremennoe predstavlenie ob etiologii i podkhodakh k lecheniyu endoparodontalnikh porazhenii [Modern belief about etiology and approach

to treatment of endoparodontal defeat]. *Vestnik Rossiiskoy Akademii meditsinskikh nauk – Herald of the Russian academician medical science*, 2013, No 6, pp. 34-36.

2. Grudyanov A. I., Moskalov K. I. Endodonto-parodontalnie porazhenie. Seriya klinicheskikh sluchaev [Endodonto-parodontal defeat. Series of the clinical events]. *Endodontiya today – Endodity today*, 2007, No. 1, pp. 11-14.

3. Maksimova O. P. Dve storoni endodontii [To side of endodontology]. *Klinicheskaya stomatologiya – Clinical dentistry*, 2012, No. 1, pp. 32-34.

4. Maksyukov S. Yu., Faivoronskaya T. V., Prokhnodnaya V. A. Immunologicheskie mekhanizmy razvitiya i proghessirovaniya osteoresorbcii pri periodontalnikh porazheniyakh [Immunological mechanisms of the development and progressing of osteoresorbtion at periodontal defeats]. *Institut stomatologii – Institute of Dentistry*. 2014, No. 1, pp. 100-102.

5. Khokhrina T. G. Patomorfologicheskie aspect endo-periodontalnikh oslozhnenii pri endodonticheskom lechenii [Patomorphology aspects of endoperiodontal complications under endodontic treatment]. *Endodontiya today – Endodity today*, 2010, Vol. 4, No. 1-2, pp. 43-45.

6. De Deus Q.D. Frequence, location and direction of the lateral, secondary and accessory canals. *Journal of Endodontics*, 2012, Vol. 1, pp. 361-366.

7. Gunter S. Endo perio lesions: background and case reports. Dental IQ. *International Journal of Endodontics*, 2015, No. 2, pp. 66-73.

8. Gutmann J.L. Prevalence, location and patency of accessory canals in the furcation region of permanent molars. *Journal of Periodontology*, 2015, Vol. 49, pp. 21-26.

9. Harrington G.W., Steiner D.R. Periodontal-endodontic considerations. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co. 2012. P. 466-484.

10. Kavac J., Kavac D. Histopathology and etiopathogenesis of chronic apical periodontitis periapical granuloma. *Journal of hygiene, epidemiology, microbiology, and immunology*, 2011, Vol. 60, No. 2, pp. 77-86.

11. Kerekes K., Olsen I. Similarities in the microfloras of root canals and deep periodontal pockets. *Endodontics and dental traumatology*, 2010, Vol. 6, pp. 1-5.

12. Kerns D.G., Glickman G.N. Endodontic and periodontal interrelationships. In: Cohen S. and Hargreaves K.M., Eds. Pathways of the pulp, 9th Ed. St. Louis: Mosby Inc. 2011. P. 650-667. 114

13. Kirkevang L.L., Vaeth M., Wenzel A. Ten-year follow-up observations of periapical and endodontic status in a Danish population. *International Endodontic Journal*, 2012, Vol. 45, pp. 829-839.

14. Kirkham D.B. The location and incidence of accessory pulpal canals in periodontal pockets. *Journal of the American Dental Association*, 2009, Vol. 91, pp. 353-356.

15. Langeland K., Rodrigues H., Dowden W. Periodontal disease, bacteria and pulpal histopathology. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, 2014, Vol. 37, pp. 257-270.

16. Mazur B., Massler M. Influence of periodontal disease of the dental pulp. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, 2011, Vol. 17, pp. 592-603.

17. Meng H.X. Periodontic-endodontic lesions. *Annals of Periodontology*, 2009, Vol. 4, pp. 84-90.

18. Rotstein I., Simon J.H. Diagnosis, prognosis and decision-making in the treatment of combined periodontal-endodontic lesions. *Journal of Periodontology*, 2014, Vol. 34, pp. 165-203.

19. Rubach W.C., Mitcheil D.F. Periodontal disease, accessory canals and pulp pathosis. *Journal of Periodontology*, 2012, Vol. 36, pp. 34-38.

20. Rupf S., Kannengiesser S., Merte K., Eschrich K. Comparison of profiles of key periodontal pathogens in the periodontium and endodontium. *Endodontics and dental traumatology*, 2010, Vol. 16, pp. 269-275.

21. Seltzer S., Bender I.B., Zientz M. The interrelationship of pulp and periodontal disease. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, 2010, Vol. 16, pp. 1474-1490.

22. Simon J.H., Glick D.H., Frank A.L. Predictable endodontic and periodontic failures as a result of radicular anomalies. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, 2011, Vol. 31, No. 6, pp. 823-826.

23. Simon J.H., Glick D.H., Frank A.L. The relationship of endodontic periodontic lesions. *Journal of Periodontology*, 2012, Vol. 43, pp. 202-208.

24. Solomon C., Chalfin H., Kellert M., Weseley P. The endodontic-periodontal lesions: a rational approach to treatment. *Journal of the American Dental Association*, 2009, Vol. 126, pp. 473-479.

25. Stashenko P. Role of immune cytokines in the pathogenesis of periapical lesions. *Endodontics and dental traumatology*, 2010, Vol. 6, pp. 89-96.

26. Torabinejad M., Corr R., Handysides R., Shabahang S. Outcomes of nonsurgical retreatment and endodontic surgery: a systematic review. *Journal of Endodontics*, 2009, Vol. 35, No. 7, pp. 930-937.

27. Trabert K.C., Kang M.K. Diagnosis and management of endodontic-periodontic lesions. 11th ed. St. Louis: Saunders by Elsevier, 2012. 312 p.

28. Vera I., Trope M., Barnett E., Serota K. Taktika vedeniya bolnykh s endodonto-periodontalnym lizisom tkaney [Tactics of management of patients with endodontologist lysis of tissues]. *Klinicheskaya stomatologiya – Clinical dentistry*, 2011, No. 3, pp. 4-6.

29. Zehnder M., Paque F., Gold S., Hasselgren G. Paro-endo Lasionen; Aetiologie, Diagnostik und Therapievorschlage – Eine Literaturubersicht. *Endodontie*, 2014, Vol. 13, pp. 133-146.

Сведения об авторах:

Мухиддинов Шамсиддин Давлаталиевич – соискатель кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
Каримов Сафарахмат Мунаварович – доцент кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.
Султанов Мехрибон Шамсиевич – директор стоматологической клиники «Евродент», д.м.н.

Контактная информация:

Каримов Сафарахмат Мунаварович – тел: +992 918-61-62-08

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

© Коллектив авторов, 2019

УДК 616.31-002

¹Молочкова Ю.В., ²Амхадов И.С., ¹Семенова Т.Б., ¹Молочков В.А., ³Каримов С.М.

ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫЙ КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ ПРИ СИНДРОМЕ ГРИНШПА НА-ПОТЕКАЕВА

¹Кафедра дерматовенерологии и дерматоонкологии ФУВ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»

²Кафедра хирургической стоматологии и имплантологии ФУВ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»

³Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

¹Molochkova Yu.V., ²Amkhadov I.S., ¹Semyonova T.B., ¹Molochkov V.A., ³Karimov S.M.

EROSIVE-ULCEROUS OF ORAL LICHEN PLANUS AT SYNDROME OF GRINSHPAN-POTEKAEV

¹Departments dermatovenerology and dermatoonkology of the State budgetary institution of the public health of Moscow area «Moscow regional research clinical institute after M.F. Vladimir» SBIPH MA MRRCI

²Surgical dentistry and implantology of the State budgetary institution of the public health of Moscow area «Moscow regional research clinical institute after M.F. Vladimir» SBIPH MA MRRCI

³Department of Therapeutic Dentistry of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»

Цель исследования. Изучение эпидемиологии красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта (КПЛ СОПР).

Материал и методы. Проанализированы данные обследования 338 больных КПЛ, получавших стационарное лечение в отделении дерматовенерологии и дерматоонкологии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского.

Результаты. Атипичный КПЛ СОПР (аКПЛ СОПР) был диагностирован в 23,96% случаев: гипертрофическая форма была у 38,27% больных, пигментная – у 28,4%, атрофическая – у 13,58%, фолликулярная – у 9,88%, усеченная – у 3,7%, буллезная – у 1,23%, эритематозная – у 1,23%, вульвовагинально-гингивальный синдром (ВГС) – у 2,47%, синдром Гриншпана-Потекаева – у 1,23% больного.

аКПЛ кожи в 45 случаях ассоциировался с КПЛ СОПР: в 10 случаях с типичным сетчатым, в 35 случаях с атипичным, в том числе в 17 случаях с гиперкератотическим, в 11 – с эрозивно-язвенным, в 7 – с экссудативно-гиперемическим.

Заключение. Наиболее тяжелое течение КПЛ СОПР отмечалось при эрозивно-язвенной форме КПЛ СОПР, в том числе у больных ВГС и синдромом Гриншпана-Потекаева.

Ключевые слова: красный плоский лишай, слизистая оболочка, полости рта, атипичный лишай

Aim. Study the epidemiology of lichen planus mucous of oral cavity (LP MOC).

Material and methods. Analyzed examination data of 338 patient with LP MOC got stationary treatment in branch of dermatovenerology and dermatoonkology SBIPH MA MRRCI after M.F.Vladimir.

Results. Atypical of lichen planus mucous of oral cavity (aLP MOC) was diagnosed in 23.96% event: hypertrophic form was beside 38.27% patient, pishment form - beside 28.4%, atrophic - beside 13.58%, follicular - beside 9.88%, truncated - beside 3.7%, bullose - beside 1.23%, erythematic - beside 1.23%, vulvae-vaginal-gingival syndrome (VVGs) - beside 2.47%, syndromes Grinshpan-Potekaev - beside 1.23% patient.

aLP MOC of the skin in 45 events was associated with LP MOC: in 10 events with typical retina, in 35 with atypical, including in 17 events with hyperkeratotic, in 11 with erosive-ulcerous, in 7 with exudative-hyperemic form.

Conclusion. The most heavy current of LP MOC was noted under erosive-ulcerous form of lichen planus mucous of oral cavity, including beside patient with VVGS and syndrome of Grinshpan-Potekaev.

Key words: lichen planus, mucous, oral cavity, atypical lichen

Актуальность

Существуют биологические механизмы, по которым инфекция в слизистой полости рта может способствовать запуску патогенетических механизмов развития заболеваний желудочно-кишечного тракта [1]. В указанном аспекте красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта (КПЛ СОПР) является наиболее частым заболеванием этой локализации [2]. Распространенность КПЛ оценивается в 0,22 - 5% [3], частота КПЛ СОПР - в 2,2% [4], частота поражения полости рта при КПЛ кожи - в 70-77% [5, 6], а изолированное поражение слизистой оболочки полости рта - в 20-30% пациентов [7].

КПЛ СОПР чаще встречается в возрасте 30-60 лет и значительно чаще у женщин, детей он поражает редко (4% в общей структуре КПЛ СОПР) и преимущественно мальчиков [2, 8].

Этиопатогенез КПЛ СОПР недостаточно ясен. Предполагается, что его развитие связано с клеточным иммунным ответом в ответ на эндогенные или экзогенные факторы, сопровождающейся продукцией ФНО-а и ИФН-у, причем повышенная продукция Th-1 цитокинов с гиперпродукцией ИФН-у ведет к развитию КПЛ СОПР, а с гиперпродукцией ФНО-а - к сочетанию КПЛ кожи и СОПР [3]. Около 2/3 больных КПЛ СОПР испытывают дискомфорт во рту, усиливающийся при приеме острой и кислой пищи, а также боль и жжение [2].

Клинически КПЛ кожи характеризуется интенсивно зудящими полигональными папулами диаметром 2-5 мм розово-фиолетового цвета с плоской поверхностью, на которой видна белесоватая сетка (сетка Уэкхема), а также может определяться пупковидное вдавление. КПЛ СОПР представлен белыми сетчатыми линиями, симметрично поражающими слизистую оболочку щек, языка, а также десен, на последних патологический процесс внешне сходен с десквамативным гингивитом. Выделяют типичную сетчатую и 5 атипичных (атрофическую, эрозивную, папулезную, бляшечную, буллезную) клинических форм КПЛ СОПР. В России, помимо типичной, выделяют эритематозно-гиперемическую, гиперкератотическую, эрозивно-язвенную, буллезную формы КПЛ СОПР [2, 3].

Гистологические признаки КПЛ СОПР включают: гипер- и паракератоз, тельца Си-

ватта, вакуольную дистрофию, лентовидный лимфоцитарный инфильтрат в зоне базальной мембраны. Перечисленные признаки, носящие название «пограничный мукозит», также отмечают при красной волчанке и лихеноидных заболеваниях полости рта. Дополнительными признаками являются пилообразные сосочки, атрофия, акантоз. В оральных элементах реже, чем в кожных, выявляются пилообразные сосочки и чаще - атрофия [3].

Лечение КПЛ СОПР недостаточно эффективно и проводится с использованием кортикостероидов (наружных, вводимых внутрь очага поражения и системных), доксициклина, местных ретиноидов и ингибиторов кальциневрина, гидроксихлорохина, азатиоприна, метотрексата, дапсона, талидомида, фототерапии, весьма дорогостоящих биологических (эфализумаб, этанерцепт, алефацепт, ретуксимаб) препаратов. Важное место в лечении отводится гигиене полости рта, а также выявлению и лечению кандидоза полости рта и гипофункции слюнных желез [3].

С учетом вышеизложенного, КПЛ СОПР является сложной междисциплинарной проблемой современной медицины, в решении которой наряду с дерматологами и стоматологами участвуют гинекологи, педиатры и врачи других специальностей.

Цель исследования

Изучение эпидемиологии красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта (КПЛ СОПР).

Материал и методы исследования

Ретроспективно были проанализированы данные обследования 338 больных КПЛ, получавших стационарное лечение в отделении дерматовенерологии и дерматоонкологии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского в 1999 - 2017 гг.

КПЛ СОПР был диагностирован в 81 (23,96%) случае: гипертрофическая форма была у 31 (38,27%), пигментная - у 23 (28,4%), атрофическая - у 11 (13,58%), фолликулярная - у 8 (9,88%), усеченная - у 3 (3,7%), буллезная - у 1 (1,23%), эритематозная - у 1 (1,23%), вульвовагинально-гингивальный синдром (ВГС) - у 2 (2,47%), синдром Гриншпана-Потекаева - у 1 (1,23%) больного.

аКПЛ кожи в 45 (55,6%) случаях ассоциировался с КПЛ СОПР: в 10 (22,22%) случаях

с типичным сетчатым, в 35 (77,78%) с атипичным, в том числе в 17(48,57%) случаях с гиперкератотическим, в 11(31,43%) с эрозивно-язвенным, в 7 (20%) с экссудативно-гиперемическим. Наиболее тяжелое течение КПЛ СОПР отмечалось при эрозивно-язвенной форме КПЛ СОПР, в том числе у больных ВГС и синдромом Гриншпана-Потекаева.

Приводим клинический пример синдрома Гриншпана-Потекаева.

Больная А., 67 лет, обратилась в отделение дерматовенерологии и дерматоонкологии МОНИКИ с жалобами на болезненные высыпания в полости рта. Больная около года, когда впервые появилась боль на слизистой оболочек щек при приеме острой пищи. Началу болезни предшествовал прием в течение недели противодиабетического препарата манинил (внутри по 3 таблетки в сутки). За 2 недели высыпания распространились на область языка и не проходили, несмотря на лечение у стоматолога по месту жительства полосканиями ромашкой, аппликациями кортикостероидных мазей, приемом внутрь вит А. В связи с этим было направлено в наше отделение.

Страдает сахарным диабетом 2 типа, гипертонической болезнью (в течение 2 лет получает внутрь инап по 1 таблетке 2 раза в сутки), перенесла гепатит С.

При осмотре в области щек по линиям смыкания зубов обнаруживаются белесоватые сетчатые очаги диаметром до 1 см, в области боковых поверхностей языка эрозии неправильной формы, диаметром от 2,4 до 3,5 см, покрытые белесоватым налетом, с венчиком гиперемии по периферии (рис. 1, 2).



Рис. 1. Больная А.: эрозивно-язвенные поражения языка справа

Данные обследования: антитела к гепатитам В, С, ВИЧ не обнаружены, общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови в пределах нормы.

Гликемический профиль: 7.00 - 7,7; 9.00 - 8,7; 13.00 - 7,87; 17.00 - 8,6; 20.00 - 7,5; консуль-

тация терапевта: гипертоническая болезнь 2 стадия, 2 степень, риск ССО 4; консультация эндокринолога: сахарный диабет 2 типа, препарат манинил заменен на инъекционный инсулин.



Рис. 2. Та же больная: эрозивно-язвенные поражения языка слева

Методом прямой иммунофлуоресценции (ПИФ) в биоптате видимо здоровой кожи выявлены IgM в С3 компонент комплемента в дермо-эпидермальной зоне и тельцах Сиватта (рис. 3).

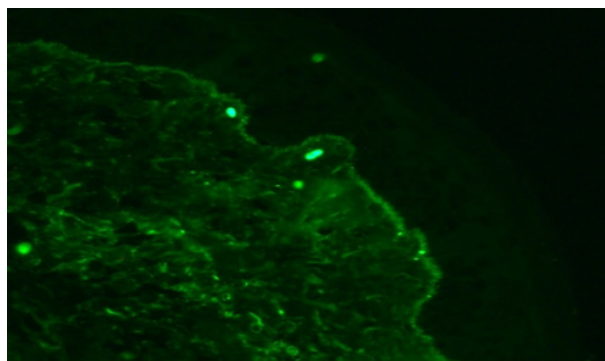


Рис. 3. Иммуноморфологическая картина биоптата видимо здоровой кожи больной А. Незначительное накопление IgM в дермоэпидермальной зоне гиалиновых тельцах Сиватта. ув. × 400

На основании клинической картины и результатов реакции ПИФ биоптата видимо здоровой кожи был поставлен диагноз: синдром Гриншпана-Потекаева (эрозивно-язвенный КПЛ СОПР, сахарный диабет 2 типа, гипертоническая болезнь).

Получила лечение: делагил внутрь по 0,125 г 2 раза в сутки 10 дней, затем по 0,25 г 2 раза в сутки 30 дней; тавегил по 1,0 мл внутримышечно 2 раза в день 10 дней; наружно на очаги поражения на коже: элоком, на слизистую полости рта: холисал гель, полоскания 0,1% раствором хлоргексидина. На фоне лечения папулы побледнели и уплотились, боли во рту при приеме пищи уменьшились.

Индекс ILP после лечения снизился с 13 до 6; индекс зуда BRS с 1 до 0; индекс качества жизни с 26 до 17 баллов; индекс болезненности поражений на слизистых ВАШ с 4 до 3 баллов. Через 24 недели индекс ВАШ снизился до 2 баллов.

Выводы

1. Синдром Гриншпана-Потекаева у представленной пациентки был представлен эрозивно-язвенным КПЛ СОПР, гипертензией и сахарным диабетом 2 типа и развился на фоне начала приема препарата сульфаниламочевина – манинила.

2. Течение КПЛ СОПР при синдроме Гриншпана-Потекаева зависит от тяжести гипертензивной болезни и сахарного диабета. Эрозивно-язвенная форма КПЛ СОПР при этом синдроме выставлена на основании клинической картины заболевания и данных прямого иммунофлюоресцентного исследования биоптата видимо здоровой кожи.

3. Лечение больной было основано не только на медикаментозной терапии эрозивно-язвенного КПЛ СОПР, но и гипертензивной болезни, а также сахарного диабета. При этом важное значение имела замена препарата манинил на антидиабетический препарат другой группы - инсулин, поскольку, по данным литературы [14], развитие синдрома Гриншпана-Потекаева может быть связано с применением антидиабетических и антигипертензивных препаратов

4. Несмотря на наступление выраженного клинического эффекта, необходимость наблюдения за дальнейшим течением заболевания обусловлена возможностью рецидивов КПЛ СОПР и его злокачественной трансформации.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 2-8 см. в REFERENCES)

1. Муллоджанов Г.Э., Гурезов М.Р., Ашуров Г.Г. Социально-психологический статус больных с патологией желудочно-кишечного тракта и особенности оказания им стоматологической помощи // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. Душанбе, 2017. № 4. С. 66-68.

REFERENCES

1. Ashurov G. G., Mullodzhanov G. E., Gurev M. R. Sotsialno-psikhologicheskiy status bolnykh s patologiyey zheludochno-kishechnogo trakta i osobennosti okazaniya im stomatologicheskoy pomoshi [Social-psychological status patient sick with pathology of the gastrointestinal tract and particularities of the rendering to him dentistry help]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya – Herald of the institute of postgraduate education in healthcare sphere*, 2017, No 4, pp. 66-68.
2. Cheng Y. S., Gould A., Fantasia J. Diagnosis of oral lichen planus: a position paper of the American Academy of Oral and Maxillofacial Pathology. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, 2012, Vol. 121, pp. 1-23.
3. Corouhi F., Davari P., Fazel N. Cutaneous and mucosal lichen planus: A comprehensive review of clinical subtypes, risk factors, diagnosis, and prognosis. *Scientific World Journal*, 2014, Vol. 74, pp. 82-86.
4. Del Rossi S. S., Ciarocca K. Oral lichen planus and lichenoid mucositis. *Dental Clinics of North America*, 2014, Vol. 58, pp. 299-313.
5. Parashar P. Oral lichen planus. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 2011, Vol. 44, pp. 89-107.
6. Farhi D., Dupin N. Pathophysiology, etiologic factors, and clinical management of oral lichen planus, part I: facts and controversies. *Clinics in Dermatology*, 2010, Vol. 28, pp. 100-108.
7. Schifer M., Femando S.L., Li J. Oral lichen planus. *Skin Biopsy-Diagnosis and Treatment*. 2013, pp. 149-175.
8. Pandhi D., Singal A., Bhattacharya S.N. Lichen planus in children. *British Journal of Dermatology*, 2014, Vol. 130, pp. 131-133.

Сведения об авторах:

Молочкова Юлия Владимировна – доцент кафедры дерматовенерологии и дерматоонкологии ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ, к.м.н.

Амхадов Ислам Султанович – аспирант кафедры хирургической стоматологии и имплантологии ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ

Семенова Татьяна Борисовна – профессор кафедры дерматовенерологии и дерматоонкологии ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ, д.м.н.

Молочков Владимир Алексеевич – д.м.н., профессор кафедры дерматовенерологии и дерматоонкологии ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ

Каримов С.М. – соискатель-докторант кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Контактная информация:

Амхадов Ислам Султанович – тел.: +7 916-11-77-032