



WWW.IPOVSZRT.TJ/
JOURNAL

ТИПОГРАФИЯ
ООО «Даврон-И»

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

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 30.06.2020 г.
Подписано в печать 07.07.2020 г.
Формат 60x84 1/8
Печать офсетная
Усл.печ.л. 14

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.

2 • 2020

Сардабир Н.Д. Мухиддинов – д.и.т.

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

А. Ахмедов (член-корр. АМН МЗиСЗН 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** (академик Российской академии медико-технических наук, д.м.н., научный редактор), **М.Н. Джураев** (д.м.н.), **К.А. Закирова** (д.м.н.), **Х. 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 МЗиСЗН 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 Музаффари** (д.ф.н., профессор), **С.М. Мухамадиева** (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 МЗиСЗН 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 МЗиСЗН РТ, д.м.н., профессор), **Т.Г. Гульмуратов** (член-корр. АМН МЗиСЗН РТ, д.м.н., профессор), **Д.С. Додхоев** (д.м.н.), **М.Ф. Додхоева** (академик АМН МЗиСЗН РТ, д.м.н., профессор), **А.Р. Достиев** (д.м.н., профессор), **П.Т. Зоиров** (член-корр. АМН МЗиСЗН 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
«Davron-I»

ISSN 2414-0252
DUSHANBE

Herald of the institute of postgraduate education in health sphere

Every 3 months Journal

Since 2011

2 • 2020

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.** (academician of the Russian Academy of Medical and Technical Sciences, doctor of medical science, doctor of medical science, scientific editor), **Dzhuraev M. N.** (doctor of medical science), **Zokirova K. A.** (doctor of medical science), **Ibodov Kh.** (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), **Mukhamadiyeva 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)

СОДЕРЖАНИЕ

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА МЕДИЦИНЫ

Виссарионов В.А., Мустафаев М.Ш., Тарчокова Э.М., Габуев И.К., Мустафаева С.М.

Особенности проведения ринопластических операций при деформациях носа после травм и односторонней ринохейлопластики

5

Джаборова Т.С., Курбанов Н.Т., Рузиев М.М., Гаибов А.Г., Рахматова Н.А.

Факторы риска нарушения репродуктивного здоровья среди трудовых мигрантов Таджикистана

11

Икромов М.К., Полвонов Ш.Б., Джураев А.С., Рахматуллоев Р.Р., Зикиряходжаев Д.З., Назирмадова М.Б.

Значение морфологических аспектов юношеской ангиофибромы основания черепа в хирургической тактике лечения

16

Камилова М.Я., Давлатова З.Д., Давудова Ф.М.

Оценка факторов риска развития синдрома задержки развития плода

22

Касымов О.И., Муниева С.Х., Хомидов М.Ф., Нуралиев М.Д.

Иммуномодулирующая терапия келоидных рубцов

27

Курбонова Ф.У., Шукурова С.М., Раджабов Р.М., Раджабова Г.М.

Предикторы неблагоприятного прогноза ревматических пороков сердца

32

Махмудов Д.Т., Ашуров Г.Г.

Комплексное изучение стоматологического статуса у больных с разной привычной двигательной активностью

40

Нозиров Дж.Х., Рахимов З.Я., Нозиров А.Дж.

Неотложная помощь при брадиаритмиях у пациентов с острым задним инфарктом миокарда

47

Одинаев И.И., Шокиров М.К., Ашуров Г.Г.

Особенности течения посттравматического периода у больных с переломами нижней челюсти в зависимости от пародонтологического статуса и метода иммобилизации отломков

53

Шарипов Х.С., Зарипов А.Р., Гурезов М.Р.

Оценка регенераторных процессов околоверхнечелюстной деструкции зубов, служащих опорами несъемной ортопедической конструкции

59

CONTENTS

THEORY AND PRACTICE OF MEDICINE

Vissarionov V.A., Mustafaeov M.Sh., Tarchoikova E.M., Gabuev I.K., Mustafaeova S.M.

Features of performing rhinoplasty operations in case of deformity of nose after traumas and one-sided rhinocheiloplasty

Dzhaborova T.C., Kurbonov N.T., Ruziev M.M., Gaibov A.G., Rakhmatova N.A.

Risk factors of reproductive health problems among migrants of Tajikistan

Ikromov M.K., Polvonov Sh.B., Juraev A.S., Rahmatulloev R.R., Zikiryahodjaev D.Z., Nazirmadova M.B.

Significance of morfological aspects of juvenile angiofibroma of the base of the skull in surgical treatment

Kamilova M.Y., Davlatova Z.D., Davudova F.M.

Estimation of fetal development delay risk factors

Kasymov O.I., Munieva S.H., Homidov M.F., Nuraliev M.D.

Immunomodulating therapy of keloid skars

Kurbonova F.U., Shukurova S.M., Rajabov R.M., Rajabova G.M.

Predictors of adverse prognosis of rheumatic heart disease

Makhmudov D.T., Ashurov G.G.

Complex study of dentistry status beside patients with different accustomed motor activity

Nozirov J.Kh., Rahimov Z.Ya., Nozirov A.J.

Emergency care for bradyarrhythmia patients with acute posterior myocardial infarction

Odinaev I.I., Shokirov M.K., Ashurov G.G.

Particularities of the current of posttraumatic period in patients fracture of the mandible in depending on parodontology status and method's immobilization of piece

Sharipov Kh.S., Zaripov A.R., Gurezov M.R.

Estimation of regenerative processes nearapically destruction teeth, serving supportin elements of fixed orthopedic design

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

Мирзабекова Б.Т., Мухамадиева С.М., Хайриддинова Дж.

Медико-социальные аспекты развития врожденных пороков плода

66

Олимов А.М., Муллоджанов Г.Э., Гурезов М.Р.

К вопросу о состоянии зубоальвеолярного комплекса верхней челюсти у пациентов с расщелиной губы и неба

73

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Касимова З.Н., Рахимбоева Н.У., Газибекова Ё.М., Якубова Н.О.

Беременность в рудиментарном роге матки

79

Касимова С.Д., Иззатов Х.Н.

Особенности течения миастении при сахарном диабете

82

REVIEWS

Mirzabekova B.T., Muhamadieva S.M., Hairidinova J.A.

Medical and social aspects of congenital fetal development

Olimov A.M., Mullodzhanov G.E., Gurezov M.R.

To question about condition of teeth-alveolar complex of maxilla in patient with cleft of the lip and palate

CASE FROM PRACTICE

Kasimova Z.N., Rachimboeva N.U., Gazibekova J. M., Yakubova N.O.

Pregnancy in the rudimentary uterine horn

Kasimova S.J., Izzatov Kh.N.

Features of the current of myasthenia in diabetes mellitus

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА МЕДИЦИНЫ

© Коллектив авторов, 2020

УДК 615.4:666.3(063)

Виссарионов В.А., Мустафаев М.Ш., Тарчокова Э.М., Габуев И.К., Мустафаева С.М.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ РИНОПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ДЕФОРМАЦИЯХ НОСА ПОСЛЕ ТРАВМ И ОДНОСТОРОННЕЙ РИНОХЕЙЛОПЛАСТИКИ

Институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Кабардино-Балкарского государственного университета им. Х.М. Бербекова

Vissarionov V.A., Mustafaev M.Sh., Tarchokova E.M., Gabuev I.K., Mustafaeva S.M.

FEATURES OF PERFORMING RHINOPLASTY OPERATIONS IN CASE OF DEFORMITY OF NOSE AFTER TRAUMS AND ONE-SIDED RHINOCHEILOPLASTY

Institute of dentistry and maxillofacial surgery Kabardino-Balkarian State University named after H.M. Berbekov

Цель исследования. Обосновать технологии реконструктивной ринопластики при посттравматических деформациях носа.

Материал и методы. В статье проанализированы особенности ринопластических операций при последствиях травм (113 больных) и устранении односторонних врождённых расщелин верхней губы и нёба (45 больных). Особенное значение при выборе техники хирургической коррекции имеет диагностика деформаций костного остова, носовой перегородки и патологии со стороны носовых раковин. Во всех случаях производится удаление участков носовой перегородки, создающих препятствия носовому дыханию. Вмешательство на нижних носовых раковинах выполняется при отсутствии их реакции на введение сосудосуживающих препаратов. Коррекцию спинки носа выполняем путём остеотомии с двух сторон в случаях травматических повреждений и со здоровой стороны – при деформациях после первого этапа коррекции кончика носа в случаях односторонних расщелин.

Результаты. Деформации носа вызывают психологические проблемы -чувство неуверенности, психо-эмоциональные расстройства. Произведенная реконструкция структур носа после травм оказывает не только эстетический, но и функциональный эффекты.

Заключение. Если носовые раковины хорошо сокращаются, то их следует оставлять интактными, однако, в тех случаях, когда после завершения основных реконструктивных этапов ринопластики они остаются увеличенными с одной или с двух сторон, необходимо производить их дезинтеграцию.

Ключевые слова: травма, расщелина, нос, деформация, ринопластика

Aim. To substantiate the technologies of reconstructive rhinoplasty for post-traumatic nose deformities.

Material and methods. The article analyzes the features of rhinoplasty with the consequences of injuries (113 patients) and the elimination of unilateral cleft of the upper lip and palate (45 patients). Particular importance in the selection of surgical correction techniques is the diagnosis of deformations of bone frame, nasal septum, and pathology of lower nasal concha. In all cases, the areas of the nasal septum, that create an obstacle to nasal breathing, are removed. Intervention on the lower nasal conch is performed in case of resistance to vasoconstrictive drugs. In cases of traumatic damage, correction of the nasal dorsum carried out by osteotomy on both sides and from the «healthy» side - in deformations after the first stage of correction of the nasal tip in cases of unilateral cleft.

Results. Deformities of the nose cause psychological problems - a feeling of insecurity, in some cases - psycho-emotional disorders. The reconstruction of the structures of the nose after injuries has not only an aesthetic, but also a functional effect.

Conclusion. If the nasal conch contract well, then they should be left intact, however, in cases where, after the completion of the main reconstructive stages of rhinoplasty, they remain enlarged on one or both sides, it is necessary to disintegrate them.

Key words: trauma, cleft, nose, deformation, rhinoplasty

Актуальность

Абсолютным показанием к проведению ринопластических операций является нарушение конфигурации носа в сочетании с нарушением носового дыхания. Чаще всего они обусловлены нарушением анатомической структуры в виде искривления различных отделов носа, а также нарушением со стороны носовой перегородки и носовых раковин, составляющих внутренние структуры носа [2, 3, 5].

В последние годы в связи с развитием и значительными успехами в разработке диагностических технологий и инструментов появились новые методы оценки состояния носа, его придаточных пазух, а также зубочелюстной системы, что определенным образом влияет на индивидуальный хирургический тактики лечения для каждого больного. Среди этих диагностических технологий большую роль играет мультиспиральная компьютерная томография, которая позволяет увидеть нужные анатомические области в различных плоскостях и режимах [1, 4]. Нами предприняты попытки проанализировать эффективность реконструктивной ринопластики при деформациях носа травматического генеза.

Цель исследования

Обосновать технологии реконструктивной ринопластики при посттравматических деформациях носа.

Материал и методы исследования

За период 2016-2019 гг. нами прооперированы 158 больных. Среди них 113 – с посттравматическими деформациями носа, 45 – после устранения врожденных пороков развития лица. Клинические проявления наиболее часто выражены искривлением или уплощением пирамидки носа либо костно-хрящевого горба со смещением оси в какую-либо сторону. При передней риноскопии наблюдается смещение четырехугольного хряща в дистальном отделе обычно в противоположную сторону от смещенной оси носа. При МСКТ отмечается деформация в костном отделе перегородки с образованием гребней. При этом чем интенсивнее желание пациента вдохнуть носом, тем больше трудностей испытывает воздушный поток из-за его турбулентности в зоне костных выступов. У 44 больных наблюдалась гипертрофия нижних носовых раковин (ГНР). Послед-

ние не выполняют своей функции в полном объеме, поэтому больные часто жалуются на насморк, образование корок.

Полученный в результате клинического исследования цифровой материал обработан для статистического анализа. Различия между сравниваемыми группами считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

При устранении посттравматических деформаций носа мы использовали закрытую ринопластику. Открытый доступ был реализован только при наличии толстой кожи или в случаях сочетанных рубцовых изменений тканей носа. Операцию начинали с устранения деформации костно-хрящевого отдела, по показаниям удаляли костно-хрящевой горб, производили остеотомию по типу фрагментации в связи с расширением костной пирамиды. У корня носа предпочтительно оставлять связи надкостницы с надломленными костными фрагментами, чтобы эти фрагменты не «рассыпались» и могли обеспечить создание желаемой формы костной пирамиды по окончании операции. Мы считаем целесообразным выполнение вмешательств на перегородке после завершения основных этапов коррекции пирамиды носа.

Затем производили подслизисто-поднадхрящичную мобилизацию хряща и костных структур носа на всем протяжении. Наибольшие трудности испытывали при мобилизации костно-хрящевых структур в области дна носа, где они нередко составляют выбухающий конгломерат. Несмотря на тщательную препаровку тканей, слизистая оболочка в этом месте чаще разрывается. Удаляли конгломераты, костные шипы, т.е. те образования, которые обеспечивают турбулентность воздушного потока. В случае смещения перегородочного хряща в одну из сторон его также мобилизовали, иссекали по дну гребня полосу четырехугольного хряща шириной до 3 мм и пересекали вертикальными насечками, что позволяет успешно провести коррекцию хрящевого отдела спинки носа.

В случае расширения кончика носа частично резецировали латеральные ножки больших хрящей крыльев носа, а их передние отделы мобилизовали ретроградно и сшивали в области арок сквозными матрацными швами. Раны

в области эндоназальных разрезов сшивали нитью Викрил-4.0. После этого оценивали состояние носовых раковин. В связи с тем, что в обезболивающий раствор добавляется адреналин, очень хорошо определяется эффект вазоконстрикции. Если раковины хорошо сокращаются, то их следует оставлять интактными, однако в тех случаях, когда после завершения основных реконструктивных этапов ринопластики они остаются увеличенными с одной или двух сторон, производили их дезинтеграцию также с одной или двух сторон. Нельзя забывать, что носовые раковины выполняют важные функции, поэтому их полное удаление не рекомендуется.

Дезинтеграция включает в себя продольный разрез по нижней границе нижней носовой раковины и её мобилизацию от подлежащей костной пластинки. После этого на область носа накладывали гипсовую повязку. В носовые ходы вводили равномерно йодоформные тампоны. Следует обратить особое внимание на наличие разрывов слизистой оболочки при удалении костно-хрящевых конгломератов. В таких случаях после удаления йодоформных турунд через 3-4 дня после ринопластики вновь рыхло тампонировали носовые ходы турундами с метилурациловой мазью, которая оказывает хороший эпителизирующий эффект. Смену тампонов с одной или двух сторон (при наличии показаний) производили с интерва-

лом в 2-3 дня до полной эпителизации раневой поверхности в области дна носа.

После снятия фиксирующей моделирующей гипсовой повязки на 7 день производили осмотр пациента пациента. Если имелись проявления каких-либо остаточных деформаций контура носа, вновь накладывали гипсовую повязку на неделю с предварительной коррекцией оси носа. Завершение операции с хорошим ранним результатом еще не означает, что лечение закончено. Эластичные структуры носа в связи с наличием так называемой «памяти формы» могут способствовать появлению послеоперационной деформации. Поэтому формирующую повязку желательно накладывать на ночь в течение месяца. Из особенностей операции ринопластики следует отметить, что при склонности к девиации верхнего отдела четырехугольного хряща спинка носа дополнительно моделируется путем введения полоски хряща из перегородки; при толстой коже для повышения её сократительной способности после завершения операции проводится легкий массаж носа через марлевую салфетку, смоченную холодным физиологическим раствором, после чего ткани фиксируются стрипами, поверх которых накладывается гипс.

Мы организовали диспансерное наблюдение пациентов с посттравматическими деформациями носа в течение года с осмотром ежеквартально (рис. 1).

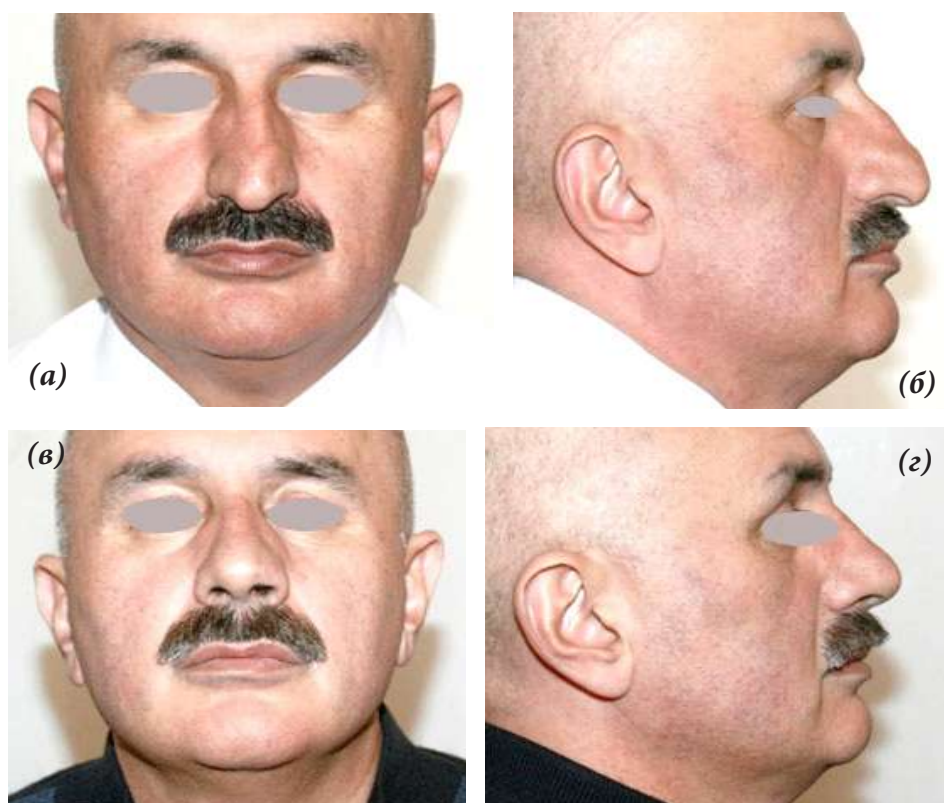


Рис. 1. Вид больного с посттравматической деформацией носа (а, б) и через год после реконструктивной ринопластики (в, г)

Реконструктивные операции в области носа после устранения односторонней расщелины верхней губы также имеют свои особенности. В связи с односторонним уплощением крыла носа мы перемещаем его до уровня здоровой стороны в виде «скользящего» лоскута. После достижения симметрии кончика более чем у 80% больных может проявиться усиление деформации костно-хрящевой пирамиды за счет искривления в «здоровую» сторону, которая ранее не была сильно заметна в связи с акцентированием внимания на асимметрию кончика носа. Это во многом соответствует посттравматическим деформациям, при которых наблюдается искривление носовой перегородки

с образованием гребня, блокирующего носовой ход на стороне бывшей расщелины. Но с эстетических позиций спинка носа на стороне бывшей расщелины выглядит лучше, чем на здоровой стороне.

С учетом вышеизложенного, все этапы ринопластики, предусматривающие коррекцию носовой перегородки и конхотомию, выполнялись при тех же условиях, что и при посттравматических деформациях носа. Остеотомию пирамидки производили с одной стороны, что позволяет получить более узкую конструкцию. Для профилактики рубцового сужения преддверия носа мы использовали силиконовые формирователи (рис. 2).



Рис. 2. Вид больного с деформацией носа после хейлопластики слева (а, б) и после устранения деформации носа с силиконовыми формирователями (в, г)

Отдаленные результаты проводимых операций оценивали не раньше, чем через год, производили фотографирование пациентов, оценивали их мнение о качестве

проведенной операции. В некоторых случаях производили сочетанные хирургические вмешательства для улучшения эстетики лица (рис. 3).



**Рис. 3. Вид больной до (а, б)
и через три месяца после сочетанной операции верхней блефаропластики
и устранения посттравматической деформации носа (в, г)**

Заключение

Важно помнить, что операции на структурах носа должны оказывать не только эстетический, но и функциональный эффекты. Нос является центральной фигурой лица, определяющей его целостное эстетическое восприятие. Его деформации приводят к неуверенности к себе, а в некоторых случаях – к психо-эмоциональным расстройствам. Как показывают наблюдения, в случае успеха ринопластики пациент может находиться в состоянии эйфории не более 6-8 месяцев при наличии нарушения дыхания. И именно это заставляет его обращаться в разные клиники для восстановления функции дыхания. Поэтому чрезвычайно важно, чтобы пациент после ринопластических операций оставался удовлетворенным как функцией носа, так и эстетикой, что требует тщательной диагностики и клинической

оценки имеющейся деформации с выбором оптимальной технологии реконструктивной ринопластики.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES

1. Altman J. I., Oeltjen J. C. Nasal deformities associated with orthognathic surgery: analysis, prevention and correction. *Journal of Craniofacial Surgery*, 2013, Vol. 18, No. 4, pp. 734-739.
2. Slama M., Lalo J., Vaillant J. M. Changes in the nasal pyramid in osteotomy of the maxilla. *Ann Chir Plast Esthet*, 2013, Vol. 34, No. 4, pp. 317-322.
3. Waite P. D., Matukas V. J., Sarver D. M. Simultaneous rhinoplasty procedures in orthognathic surgery. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 2014, Vol. 17, No. 5, pp. 298-302.

4. Clement P. A., Hirsch C. Committee report on standardization of rhinomanometry. *Journal of Rhinology*, 2013, Vol. 22, pp. 151-155

5. Kinnebrew M. C., Emison J. W. Simultaneous maxillary and nasal reconstruction: An analysis of twenty-five cases. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, 2016, Vol. 15, No. 6, pp. 312-325.

Сведения об авторах:

Виссарионов Владимир Алексеевич – научный руководитель Института стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Кабардино-Балкарского государственного университета, д.м.н., профессор

Мустафаев Магомет Шабазович – директор Института стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

Кабардино-Балкарского государственного университета, д.м.н., профессор

Тарчокова Эльмира Мухамедовна – доцент Института стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Кабардино-Балкарского государственного университета, к.м.н.

Габуев Ильяс Керамович – старший лаборант Института стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Кабардино-Балкарского государственного университета

Мустафаева Сафият Магометовна – ассистент Института стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Кабардино-Балкарского государственного университета

Контактная информация:

Мустафаев Магомет Шабазович – тел.: +74986810387

© Коллектив авторов, 2020

УДК 614.2; 616.97-084

¹Джаборова Т.С., ²Курбанов Н.Т., ³Рузиев М.М.,
^{3,4}Гаиров А.Г., ¹Рахматова Н.А.

ФАКТОРЫ РИСКА НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ СРЕДИ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ ТАДЖИКИСТАНА

¹ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения» МЗиСЗН РТ

²ГОУ «Республиканский медицинский колледж» МЗиСЗН РТ

³ГУ «НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» МЗиСЗН РТ

⁴ГУ «НИИ профилактической медицины Таджикистана» МЗиСЗН РТ

¹Dzhaborova T.S., ²Kurbonov N.T., ³Ruziev M.M.,
^{3,4}Gaibov A.G., ¹Rakhmatova N.A.

RISK FACTORS OF REPRODUCTIVE HEALTH PROBLEMS AMONG MIGRANTS OF TAJIKISTAN

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

²State Educational Establishment “Republican Medical College”, МНСРР РТ

³State Establishment “Scientific Research Institute of Medical and Social Expertise and Rehabilitation of Persons with Disabilities” МНСРР РТ

⁴State Establishment “Scientific Research Institute of Preventive Medicine of Tajikistan” МНСРР РТ

Цель исследования. Разработать методы первичной профилактики инфекций, передающихся половым путем, среди трудовых мигрантов из Таджикистана.

Материал и методы. Отчеты Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, информационные материалы международных и неправительственных организаций, Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан, анкеты социологических опросов. Методы исследования: санитарно-гигиенические, социологические, эпидемиологические, статистические.

Результаты. Из общего числа 650 респондентов-мигрантов различных возрастных групп 452 (69,5%) составили мужчины, женщины – 198 (30,5%) человек. Из них состояли в браке 218 (48,3%) мужчин и 56 (28,2%) женщин, разведенных было 89 (19,7%) мужчин и 38 (19,1%) женщин, не связаны брачными узами 249 (38,3%) мигрантов. 75,4% мигрантов оценивали свое здоровье как хорошее, 24,6% – среднее.

Длительный отрыв от членов семьи, родственников и друзей зачастую отражался на их психологическом состоянии и поведении. Из общего числа респондентов 346 (53,2%) человек лица со средним специальным и высшим образованием, особенно в возрастных группах 40 лет и старше, были наиболее осведомлены в отношении механизма передачи инфекций, передающиеся половым путем. Лишь 37,8% мужчин и 24,7% женщин при половых контактах используют индивидуальные средства защиты. 21,3% мужчин и 13,1% женщин в период пребывания в трудовой миграции имели случайные половые связи. 6,8% мужчин и 6,0% женщин имели два и более половых партнеров в период пребывания в трудовой миграции.

Заключение. Трудовые мигранты могут быть отнесены к группе высокого социального риска с точки зрения распространения многих инфекционных заболеваний, в т.ч. инфекций, передающихся половым путем, которые приводят к значительным социально-экономическим издержкам, входя в десятку наиболее частых причин обращения за медицинской помощью и составляют существенную статью расходов, предусмотренных как для сектора здравоохранения, так и семейных расходов. Социальные издержки также включают конфликты между половыми партнерами, насилие в семье, бесплодие и разводы.

Ключевые слова: профилактика, миграция населения, инфекции, передающиеся половым путем, мигранты

Aim. Develop methods for the primary prevention of sexually transmitted infections among labor migrants from Tajikistan.

Material and methods. Reports of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan, information materials of international and non-governmental organizations, the Agency on Statistics under the President of the Republic of Tajikistan, questionnaires of sociological surveys. Research methods: sanitary and hygienic, sociological, epidemiological, statistical.

Results. Of the total of 650 migrant respondents of various age groups, 452 (69,5%) were men, and 198 (30,5%) were women. Of these, 218 (48,3%) men and 56 (28,2%) women were married, 89 (19,7%) men and 38 (19,1%) women were divorced, 249 (38,3%) migrants. 75,4% of migrants assessed their health as good, 24,6% - average.

Long-term separation from family members, relatives and friends often affected their psychological state and behavior. Of the total number of respondents, 346 (53,2%) people with secondary specialized and higher education, especially in the age groups 40 and older, were most aware of the mechanism of transmission of sexually transmitted infections. Only 37,8% of men and 24,7% of women use personal protective equipment during sexual intercourse. 21,3% of men and 13,1% of women had casual sex during their stay in labor migration. 6,8% of men and 6,0% of women had two or more sexual partners during their stay in labor migration.

Conclusion. Labor migrants can be classified as high social risk from the point of view of the spread of many infectious diseases, incl. sexually transmitted infections, which lead to significant socioeconomic costs, are among the ten most common reasons for seeking health care and constitute a significant expense item for both the health sector and family costs. Social costs also include conflict between sexual partners, domestic violence, infertility and divorce.

Key words: *prevention, population migration, sexually transmitted infections, migrants*

Актуальность

Сегодня, когда повышение активности трудовой миграции населения по всему миру является основной характерной особенностью современности, проблемы оценки здоровья трудовых мигрантов, а также решение проблем общественного здравоохранения стран проживания мигрантов и принимающих стран являются актуальными вопросами систем здравоохранения [1, 2]. Несмотря на то, что не установлено непосредственной связи между распространением инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе и трудовой миграцией, во многих государствах регулируется процесс въезда в страну трудовых мигрантов, имеющих заболевания, включенных в группу так называемых «социально опасных инфекций». К примеру, Правительством России в 2004 году утвержден перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих. В данный перечень входят 4 заболевания, из которых два относятся к группе ИППП, являющихся основанием для отказа в проживании и работе трудовым мигрантам на территории страны [2]. Число ИППП, среди населения в возрастной категории 15-49 лет, по данным многих авторов, неуклонно растет. Новые случаи заболеваемости ИППП отмечаются каждый год во всем мире у 340 млн. мужчин и женщин репродуктивного возраста [3]. Как отмечено экспертами ВОЗ, эта группа инфекций представляет огромную проблему для здоровья населения и экономики, в частности развивающихся стран, где экономические потери, обусловленные нарушением состо-

яния здоровья трудоспособного населения в связи с ИППП, составляет 17,0% [4]. На современном этапе, понятие «инфекции, передаваемые половым путем» расширилось, поскольку в данную группу помимо венерических заболеваний первого поколения (сифилис, гонорея), теперь включены также «болезни нового поколения» – хламидиоз, микоплазмоз, герпетическая и ВИЧ-инфекция. Они объединены в данную группу не только путями передачи, но и схожим кругом вопросов медицинского, социального культурного и экологического характера [4]. Заражение вирусными инфекциями, передаваемыми половым путем, вызываемыми, главным образом, ВИЧ-инфекцией, вирусом простого герпеса, генитальной папилломы человека и вирусом гепатита В возрастает в мире с каждым годом [3]. Социальная значимость и социальная обусловленность ИППП определяется, в том числе, и тем, что данная группа болезней определяет снижение трудового и репродуктивного потенциалов нации, и это составляет одну из важнейших проблем общественного здоровья и системы здравоохранения страны в целом. Среди прочих, данная группа заболеваний включена в число основных категорий болезней, которые связаны с высокой обращаемостью взрослого населения в медицинские учреждения и могут быть чреваты появлением острых симптомов, развитием хронических инфекций и таких серьезных последствий, как бесплодие, внематочная беременность, рак шейки матки, смертность младенцев и взрослых [4]. Выше изложенные факторы

в совокупности определяют актуальность настоящего исследования и напрямую связаны с профилактикой заболеваний среди трудовых мигрантов.

Цель исследования

Разработать методы первичной профилактики инфекций, передающихся половым путем, среди трудовых мигрантов из Таджикистана.

Материал и методы исследования

Отчеты Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан (МЗиСЗНРТ), информационные материалы Государственной службы миграции Министерства труда, миграции и занятости населения Республики Таджикистан, информационные материалы международных и неправительственных организаций, Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан, анкеты социологических опросов. Общее число респондентов – 650, мужчин – 452 (69,5%), женщин – 198 (30,5%) различных возрастных групп. Исследование проводилось с 15 октября по 15 ноября 2018 г. в 4 регионах страны: Согдийская и Хатлонская области, ГБАО и РРП.

Методы исследования: санитарно-гигиенические, социологические, эпидемиологические, статистические. Для обеспечения репрезентативности использовалась квотная выборка. Объектом исследования были трудовые мигранты и члены их семей из Таджикистана. Предмет исследования – состояние здоровья, семейные отношения, образование, обращаемость за медицинской помощью в учреждения ПМСП по месту постоянного проживания. В задачи исследования не входила детализация ИППП.

Результаты и их обсуждение

Среди мигрантов 218 (48,3%) мужчин и 56 (28,2%) женщин состояли в браке, 89 (19,7%) мужчин и 38 (19,1%) женщин были разведенными, остальные 249 (38,3%) человек – не связанные брачными узами. Брачный статус является фактором, положительно действующим на здоровье, создающим более благоприятные условия для правильного и упорядоченного образа жизни и поведения. Мигранты имели следующий уровень образования: начальное – 28 (4,3%), среднее – 112 (17,2%), среднее специальное – 202 (17,2%) и высшее – 308 (41,3%). Из общего числа респондентов 294 (45,2%) человека имели соответствующие образованию профессии и квалификации. При этом русским языком хорошо владели среди мужчин 64,0%, 50,0% – среди женщин. Знание русского языка и истории народов России оказалось выше среди выходцев из городов, что даёт им возможность быстрее

адаптироваться в новой среде. Основная масса мигрантов, даже имея среднее специальное образование, в основном выполняют неквалифицированную работу: в сфере строительства в качестве разнорабочих, жилищно-коммунальном хозяйстве – дворники, уборщики, в сфере услуг и торговли – охранники, грузчики. В области сельского хозяйства нашли себе применение 126 (19,3%) человек. Результаты исследования показали, что 75,4% респондентов оценивают свое здоровье как хорошее, 24,6% – как среднее. Особой проблемой остается состояние здоровья трудящихся-мигрантов и их обеспеченность медицинскими услугами.

В то же время длительный отрыв от членов семьи, родственников и друзей зачастую отражается на их психологическом состоянии и поведении. Из общего числа респондентов 346 (53,2%) человек оказались наиболее осведомленными в отношении механизма передачи ИППП, это были лица со средним специальным и высшим образованием, особенно в возрастных группах 40 лет и старше. Установлено, что лишь 171 (37,8%) мужчина и 49 (24,7%) женщин при случайных половых контактах используют презервативы. Состояние здоровья и вопросы медицинского обслуживания трудовых мигрантов важны не только для работодателей и местного населения, но и для самих мигрантов. Они, чаще всего, выезжая за пределы мест своего проживания, даже не знают, что имеют те или иные заболевания и проблемы со здоровьем. Установлено, что только в 2017 году мигранты обращались за медицинской помощью в территориальные лечебно-профилактические учреждения из-за болезней органов дыхания и желудочно-кишечного тракта в 20,9% случаев, психо-эмоциональных стрессов – в 4,0% случаев, несчастных происшествий – в 7,3% случаев, при этом помощь оказывалась на платной основе. Небольшая часть мигрантов – 36 (7,9%) мужчин и 9 (4,5%) женщин – из-за нелегального положения имели ограниченные права и свободы, представляя для руководителей компаний, частных предприятий, небольших фирм Российской Федерации самую дешевую рабочую силу.

Среди всех опрошенных 38,2% имеют такие поведенческие факторы риска, как употребление алкогольных напитков, 28,3% – курение сигарет, 22,6% употребляют насвай. Энергетические напитки употребляют 12,6% опрошенных, психоактивные вещества – 4,6%.

В период пребывания в трудовой миграции имели случайные половые связи 21,3% мужчин и 13,1% женщин, при этом 31 (6,8%) мужчина и 12 (6,0%) женщин имели двух и

более половых партнеров. Влияние трудовой миграции на социально-экономическое развитие страны, безусловно, огромно, а последствия в области здоровья, как правило, негативные. Свободное передвижение предоставляет гражданам возможность наиболее выгодно применять свой труд, знания и опыт. Наряду с получением экономической выгоды, возможностью обеспечить семью, мигранты изучают язык и культуру других стран, обретают различные специальности, профессии, расширяют своё мировоззрение. Следует отметить, что из общего количества респондентов 74 (16,4%) мужчины и 22 (11,1%) женщины живут гражданским браком с соотечественниками, при этом лишь 17 (3,7%) человек официально зарегистрировали свой брак в соответствии с законодательством Российской Федерации. Тем самым происходит нарушение структуры семьи, препятствующее нормальному выполнению присущих ей функций, в т.ч. связанных с обеспечением здоровья всех ее членов. Следовательно, важнейшими характеристиками трудовых мигрантов является их половая принадлежность, возраст, образование, профессия, квалификация, знание языка. От сочетания всех этих факторов в целом зависит активность и поведение мигрантов в стране пребывания. На формирование миграционного поведения большинства трудовых мигрантов существенно влияют различные социально-экономические факторы, такие как низкая заработная плата, высокий уровень безработицы, возросшие темпы прироста населения, высокая плотность расселения населения и др. На рост ИППП оказывает влияние отсутствие надлежащей системы эпидемиологического и медицинского контроля за группами повышенного социального «риска» заражения (мигранты, проститутки, наркоманы, бомжи, лица, освободившиеся из мест заключения), число которых возросло в период социально-экономических преобразований. При этом рост значимости данных групп населения в эпидемиологии ИППП требует пересмотра подходов к профилактической работе с ними [3]. Изучение заболеваемости ИППП среди лиц молодого возраста показало, что основную долю в их структуре занимает трихомониаз, на долю которого приходится 18,3%, второе-третье места принадлежат гонорее и сифилису (14,1% и 13,6% соответственно). Ведущими заболеваниями среди мужчин являются гонорея (53,3%) и хламидийная инфекция (52,3%), среди женщин – трихомониаз (84,1%). У больных с хроническими формами

ИППП в 8 раз чаще встречаются осложнения в виде воспалительных заболеваний урогенитальной сферы. Наиболее эффективной для сохранения здоровья является адресная первичная профилактика – профилактика у лиц, относящихся непосредственно к группе риска ИППП, т.е. у людей, которые практикуют рискованное поведение. Подверженность рискованному половому поведению является наиболее важным и при этом наименее изученным аспектом проблемы поведенческих рисков. В этой связи высокую актуальность приобретает разработка метода, позволяющего установить индивидуальную подверженность рискованному половому поведению, оценить величину риска, определить характер и объем необходимой работы по первичной профилактике ИППП. Снижение социальной активности данной части населения, развитие внутрисемейного психологического конфликта, возможность распада семьи, развитие соматических патологий также определяют социальную значимость вышеуказанной проблемы. Существенные экономические затраты на лечебно-профилактические, а также реабилитационные мероприятия в связи с формированием нарушений репродуктивной функции, снижение качества воспроизводства некоторой части населения определяют медицинскую значимость этой категории инфекций. Особое социально значимое положение занимают ИППП в структуре заболеваемости лиц молодого возраста, в т.ч. среди трудовых мигрантов. В связи с этим необходимо усиление комплекса профилактических мероприятий, направленных на предупреждение и раннее выявление ИППП среди трудовых мигрантов.

Отсутствие семьи, новая среда, в которую попадают трудовые мигранты, приводят к изменению стереотипов их поведения. Частая смена места жительства, языковой барьер, стремление уклониться от контактов с представителями официальных властей, в т.ч. миграционной службы, создают серьезные препятствия для проведения в отношении данной группы профилактических мероприятий в стране временного пребывания. Все это оказывает негативное воздействие на организм человека в целом и, в особенности, на функцию репродуктивной системы, а также отражается на здоровье будущего потомства, т.е. оказывает негативное влияние на репродуктивное здоровье. Поддержание репродуктивного здоровья человека является обязательным условием сохранения и укрепления общественного

здоровья. Следует отметить, что необходимо усилить комплекс профилактических мероприятий, направленных на предупреждение и раннее выявление ИППП среди трудовых мигрантов.

В настоящее время центральные и местные органы исполнительной власти проводят в отношении трудовых мигрантов работу по трем направлениям мероприятий: повышение правовой грамотности и изучение соответствующих нормативно-правовых документов принимающей страны для лиц, выезжающих в трудовую миграцию, подготовка и переподготовка по новым специальностям, осуществление практических мероприятий в плане повышения уровня знаний по профилактике инфекций, передающихся половым путем.

Заключение

Проведенный анализ заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, среди трудовых мигрантов из Таджикистана за исследованный период свидетельствует о том, что уровень распространенности инфекций, передаваемых половым путем, имеет тенденцию к росту. Неблагоприятное влияние на репродуктивное здоровье молодого поколения, приводящее к бесплодию, рождению детей с различными пороками и дефектами, распаду семей, повышает социальную значимость проблем инфекций, передаваемых половым путем.

Высокий уровень трудовой миграции, значительная распространенность инфекций, передаваемых половым путем, также выступают катализаторами растущей эпидемии среди лиц молодого трудоспособного возраста. Личное поведение должно стать одним из стратегических направлений профилактической медицины. Находясь в неблагоприятных для здоровья условиях, человек может за счет культуры своего самоохранительного поведения уменьшить или избежать влияния вредных для здоровья факторов.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Архипцев А.И., Джобиров Р.Ф. Миграционные процессы в Республике Таджикистан: особенности развития и оптимизации // Актуальные проблемы уголовного права и уголовно процессуального права. 2011. № 20 (115), Вып.18.
2. Гаибов А.Г., Гаибов М.А., Лукьянов Н.Б. Медико-социальные аспекты и проблемы внешней трудовой миграции граждан Республики Таджикистан // Вестник

последипломного образования в сфере здравоохранения. 2017. №4. С. 86-91.

3. Коломникова Я.В., Моргунова Н.В. Трудовая миграция: основные проблемы и пути их решения // Вестник КГУ. 2018. № 2. С. 338-340.

4. Кузнецова И.Б., Мухарьямова Л.М., Вафина Г.Г. Здоровье мигрантов как социальная проблема // Казанский медицинский журнал. 2013. Т 94, №3. С.367-372.

REFERENCES

1. Arkhiptsev A. I., Dzhobirov R. F. Migratsionnye protsessy v Respublike Tadjikistan: osobennosti razvitiya i optimizatsii [Migration processes in the Republic of Tajikistan: features of development and optimization]. *Aktualnye problemy ugovornogo prava i ugovorno protsessualnogo prava – Actual problems of criminal law and criminal procedure law*, 2011, No. 20 (115), Issue 18.
2. Gaibov A. G., Gaibov M. A., Lukyanov N. B. Mediko-sotsialnye aspekty i problemy vneshney trudovoy migratsii grazhdan Respubliki Tadjikistan [Medico-social aspects and problems of external labor migration of citizens of the republic of Tajikistan]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdoravookhraneniya – Herald of institute of postgraduate education in health sphere*, 2017, No. 4, pp. 86-91.
3. Kolomnikova Ya. V., Morgunova N. V. Trudovaya migratsiya: osnovnye problemy i puti ikh resheniya [Labour migration: main problems and ways of their decision]. *Vestnik KGU – Herald of Kostroma state university*, 2018, No. 2, pp. 338-340.
4. Kuznetsova I. B., Mukharyamova L. M., Vafina G. G. Zdorove migrantov kak sotsialnaya problema [Health of the migrants as a social problem]. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal - Kazan Medical Journal*, 2013, Vol. 94, No. 3, pp. 367-372.

Сведения об авторах:

Джабаров Тахмина Солиджановна – зав. кафедрой общественного здоровья, экономики, управления здравоохранением с курсом медицинской статистики ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Курбанов Н.Т. – ГОУ «Республиканский медицинский колледж»

Рузиев Махмадали Мехмондустович – директор ГУ «НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов», д.м.н.

Гаибов Амонullo Гаибович – ассистент кафедры общественного здоровья, экономики, управления здравоохранением с курсом медицинской статистики, ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н., профессор

Рахматова Наргис Акромовна – ассистент кафедры общественного здоровья, экономики, управления здравоохранением с курсом медицинской статистики

Контактная информация:

Джабаров Тахмина Солиджановна – тел.: (+992) 907 90 88 44

© Коллектив авторов, 2020

УДК 616.327.2-006.31-036:611.018

¹Икромов М.К., ²Полвонов Ш.Б., ¹Джураев А.С.,
³Рахматуллоев Р.Р., ³Зикиряходжаев Д.З., ¹Назирмадова М.Б.

ЗНАЧЕНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМЫ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ

¹ГУ «Национальный медицинский центр Шифобахш» МЗиСЗН РТ

²ГОУ «Государственный национальный университет»

³ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино»

¹*Ikromov M.K., ²Polvonov Sh.B., ¹Juraev A.S.,
³Rahmatulloev R.R., ³Zikiryahodjaev D.Z., ¹Nazirmadova M.B.*

SIGNIFICANCE OF MORFOLOGICAL ASPECTS OF JUVENILE ANGIOFIBROMA OF THE BASE OF THE SKULL IN SURGICAL TREATMENT

¹State Establishment “National medical center of the Republic of Tajikistan” - “Shifobahsh”

²State Education Establishment “Tajik State National University”

³State Education Establishment “Avicenna Tajik State Medical University”

Цель исследования. Изучить морфологические характеристики строения юношеской ангиофибромы основания черепа в зависимости от формы заболевания.

Материал и методы. Исследование основано на анализе результатов обследования 65 пациентов с юношеской ангиофибромой основания черепа. Всем больным на этапе обследования выполнены: эндоскопический осмотр ЛОР-органов, компьютерная томография и общепринятые клинические и лабораторные исследования, рекомендовано оперативное лечение.

Результаты. На основании морфологического исследования биоптатов до- и послеоперационных материалов у всех 65 больных верифицирована юношеская ангиофиброма основания черепа. Паренхима юношеской ангиофибромы основания черепа состоит из зрелой фиброзной ткани с избытком вытянутых и звёздчатых клеток. В паренхиме имеется множество сосудов различной формы и диаметра с образованием кавернозных полостей. Стенки сосудов представлены одним слоем эндотелия и лишены мышечного слоя. Эластические волокна имеют разнообразное направление и часто переплетаются между собой.

Заключение. На основании морфологического исследования описаны 3 типа гистологического строения юношеской ангиофибромы основания черепа: сосудисто-фиброзный, клеточный и смешанный, которые имеет «мозаичное» строение из-за различного соотношения сосудистого, фиброзного и клеточного состава. Рецидив заболевания зависит, в основном, от нерадикального удаления опухоли, а не от типа морфологического строения.

Ключевые слова: юношеская ангиофиброма основания черепа, морфологическая характеристика, хирургическое лечение

Aim. To study the morphological characteristics of the structure of juvenile angiofibroma of the skull base depending on the form of the disease.

Material and methods. The study is based on the analysis of the results of examination of 65 patients with juvenile angiofibroma of the skull base. At the stage of examination, all patients underwent: endoscopic examination of the ENT organs, computed tomography and conventional clinical laboratory studies, surgical treatment was recommended.

Results. Based on the morphological study of biopsies of pre- and postoperative materials, juvenile angiofibroma of the skull base was verified in all 65 patients. The parenchyma of juvenile angiofibroma of the skull base consists of mature fibrous tissue with an abundance of elongated and stellate cells. The parenchyma has many vessels of

various shapes and diameters with the formation of cavernous cavities. The walls of the vessels are represented by a single layer of endothelium and are devoid of the muscle layer. Elastic fibers have a variety of directions and are often intertwined.

Conclusion. Based on the morphological study, 3 types of histological structure of juvenile angiofibroma of the skull base are described: vascular-fibrous, cellular and mixed, which have a "mosaic" structure due to the different ratio of vascular, fibrous and cellular composition. Recurrence of the disease depends mainly on non-radical removal of the tumor, and not on the type of morphological structure.

Key words: juvenile angiofibroma, morphological characteristics, base of skull

Актуальность

Юношеская ангиофиброма основания черепа (ЮАОЧ) является одним из грозных заболеваний ЛОР-органов. Она встречается исключительно у лиц мужского пола в период полового созревания и составляет 0,05% от всех доброкачественных опухолей области головы и шеи [1, 4]. Юношеская ангиофиброма носоглотки на фоне кажущегося доброкачественного образования по морфо-гистологическому характеру является весьма злокачественной по клиническому течению и со склонностью к рецидивированию [1, 5].

Доказательством этого является способность опухоли к увеличению в объёме до больших размеров и возможность преодолевать разрушительным характером на своём пути все препятствия, независимо от того, мягкая это ткань, хрящ или кость. В связи с этим проблема лечения данной патологии остаётся актуальной.

Сложным и важным звеном ЮАОЧ является её диагностика в начальной стадии заболевания в связи с неспецифическими признаками в раннем периоде (ринорея, затруднение носового дыхания и др.), присутствующими и другим заболеваниям полости носа и носоглотки (аденоиды, риниты и др.). По данным литературы, частота рецидивов колеблется от 3 до 10% [2, 6].

Клинический опыт показывает, что рецидив ЮАОЧ обусловлен, главным образом, разрастанием оставшихся неудалённых частей, преимущественно находящихся в труднодоступных отделах: ретромаксиллярной, крылонёбной и подвисочной ямках из-за профузных кровотечений, ограничивающих обзор операционного поля [3, 7].

На сегодняшний день успех лечения такого рода больных зависит от своевременной диагностики и правильно выбранной тактики хирургического удаления опухоли, где немаловажную роль играет изучение особенностей морфологической структуры ЮАОЧ.

Цель исследования

Изучить морфологические характеристики строения юношеской ангиофибромы

основания черепа в зависимости от формы заболевания.

Материал и методы исследований

Работа основана на анализе результатов исследования 65 пациентов с юношеской ангиофибромой основания черепа (ЮАОЧ) находящихся на стационарном лечении в ЛОР-отделении ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» и в ГУ РОНЦ МЗиСЗН РТ.

У всех 65 больных юношеская ангиофиброма основания черепа верифицирована морфологическим исследованием биоптатов и послеоперационных материалов. Исследования проводились в лаборатории ГУ «Национальный медицинский центр Республики Таджикистан Шифобахш» и в отделении морфологии злокачественных новообразований ГУ РОНЦ МЗиСЗН РТ.

Всем больным после предварительной подготовки было проведено оперативное вмешательство по поводу удаления ЮАОЧ. Тактику хирургического вмешательства (через естественные пути, через доступы по Муру и Денкеру) выбирали в зависимости от формы и объёма распространения опухоли. Удаление опухоли производили с временной перевязкой наружной сонной артерией, на стороне поражения по разработанной в ЛОР-клинике Национального медицинского центра «Шифобахш» методике.

Обработку и приготовление гистологического материала производили по стандартной методике – сначала фиксировали на растворе формалина (соотношения гистологического материала и формалина 1:20 до 12 часов). После процессов обезжизивания, обезжиривания и пропитки материала парафином кусочки материала помещали в форму с расплавленным парафином более высокой температуры плавления и охлаждали. Из него изготавливали срезы толщиной 7-9 мкм (0,007-0,009 мм). Эти срезы монтировали в стёкла и после высушивания окрашивали гематоксилин эозином. Приготовленный препарат смотрели под микроскопом фирмы Pensionc с увеличением 200,0-400,0 раз.

Мы попытались изучить данные патоморфологического исследования и частоту развития опухоли в зависимости от формы роста юношеской ангиофибромы основания черепа.

Результаты и их обсуждение

Из общего числа больных (53,8%) была обнаружена сфеноэктоидальная форма роста опухоли, реже встречалась базиллярная форма (26,2%), птеригомаксилярная форма роста

опухоли имела место в 18,5% случаев, тубарная форма роста опухоли выявлена в 1 случае.

Анализ клинического материала указывает на то, что среди исследованных больных отсутствовали девочки, наибольшее число пациентов (70,8%) относились к раннему юношескому возрасту и входили в возрастную группу 15-19 лет, 23,1% больных находились в позднем юношеском возрасте (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту (n=65)

Возраст, лет	Количество больных		
	девочки	мальчики	%
10-14	–	4	6,1
15-19	–	46	70,8
20-24	–	15	23,1

При выборе тактики хирургического лечения ЮАОЧ большое значение имеют

форма роста и границы распространения (табл. 2).

Таблица 2

Форма роста ЮАОЧ в зависимости от исходного места (n=65)

Форма роста	Количество больных	
	абс.	%
Базиллярная	17	26,2
Сфеноэктоидальная	35	53,8
Птеригомаксилярная	12	18,5
Тубарная	1	1,5
Всего	65	100,0

Уточнение гистогенеза, характера ангиограмм нам представляется очень важным для выбора метода хирургического лечения и динамического наблюдения за больными. Микроскопическое строение ЮАОЧ определяется различным соотношением сосудистого, фиброзного и клеточного компонентов. В зависимости от строения опухоли на гистограммах и с учетом морфологических признаков исследованных материалов были выделены три группы больных, имеющих сосудисто-фиброзный, клеточный и смешанный типы ЮАОЧ (рис. 1, 2, 3).

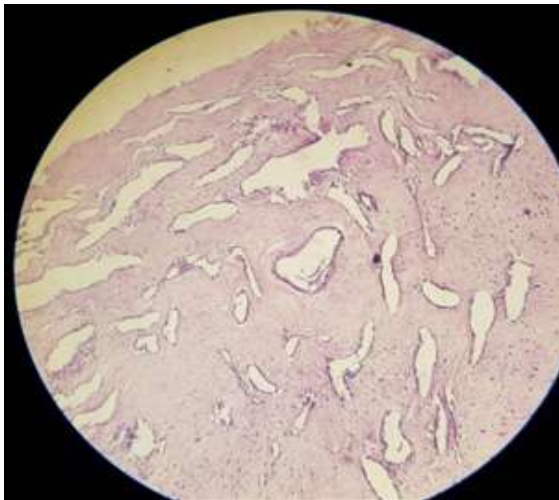
Ангиофиброму сосудисто-фиброзного типа (n=45), при которой на гистограммах обнаружено выраженное развитие коллагеновых волокон фиброзной ткани, сосуды в толще фиброзных структур неравномерно расширены (от мелковетвящихся до каверно-

зных), имеют неправильную форму. Стенки сосудов утолщены, иногда имеются тромбы, встречаются клетки эндотелиоцитов с гиперхромными ядрами, собравшимися вокруг стенок сосудов (рис. 1 а, б).

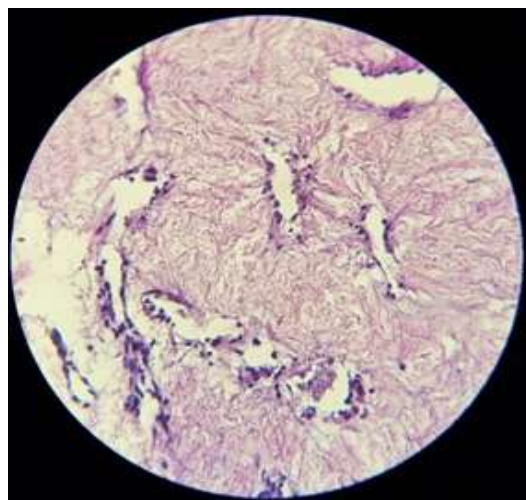
Клеточный тип ангиофибромы (n=15) на гистограмме определяется большим количеством клеток с разными морфологическими признаками их активности. Основными клеточными элементами ЮАОЧ являются фибробласты различной стадии дифференцировки и функциональной активности. Эти клетки крупного размера, могут иметь треугольную или звездчатую форму с гиперхромными ядрами. Поверхность микропрепарата может быть выстлана многослойным плоским эпителием с явлениями утолщения и с очагами сращения в строю опухоли. Визуализирует-

ся клеточная пролиферация в структуре ангиофибромы – клетки собраны вокруг сосудов, они имеют крупные и круглые ядра, встречаются клетки, напоминающие мезенхимальные. Сосуды, в основном, ка-

пиллярного типа, сосудистые щели пустые, стенки выстланы клетками с гиперхромными ядрами. Имеются периваскулярные воспалительные инфильтраты соединительной ткани (рис. 2 а, б).

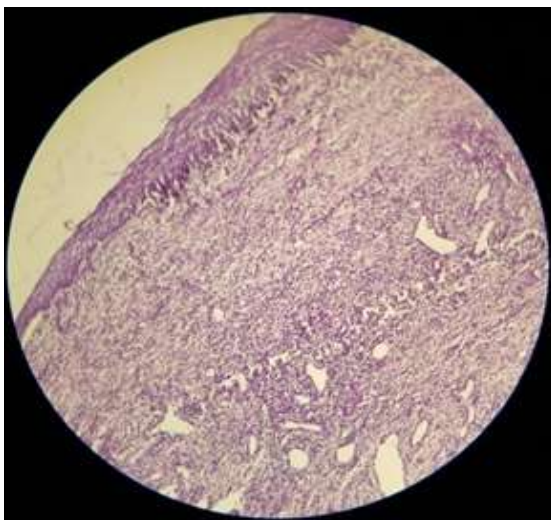


а. × 200

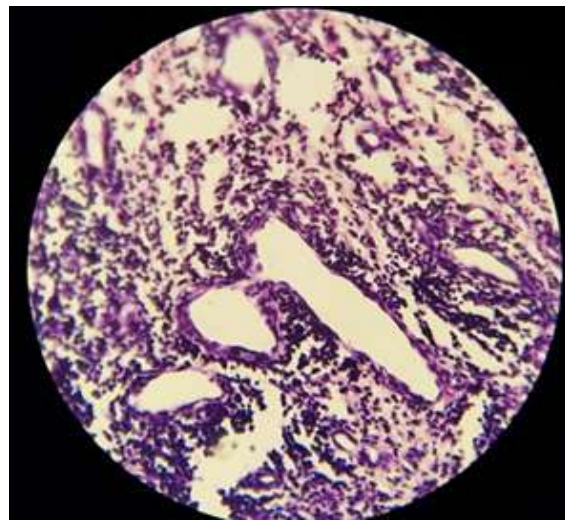


б. × 400

Рис. 1 (а, б). Фрагмент ЮАОЧ сосудисто-фиброзного типа (окраска гематоксилином и эозином)



а. × 200



б. × 400

Рис. 2 (а, б). Фрагмент ЮАОЧ клеточного типа (окраска гематоксилином и эозином)

На микропрепарате смешанного типа (n=5) соотношение пропорций фиброзной ткани и клеточного состава существенных различий не имеет. Сосуды, в основном, капиллярного типа, их стенки утолщены за счёт пролиферации эндотелиальных клеток, они разнокалиберные с пустым просветом, а иногда и с тромбом. Вырисовываются мозаичные островки коллагеновых волокнистых структур фиброзной ткани. Клетки представлены фибробластами, расположенными хаотично, и собранными вокруг стенки сосудов с

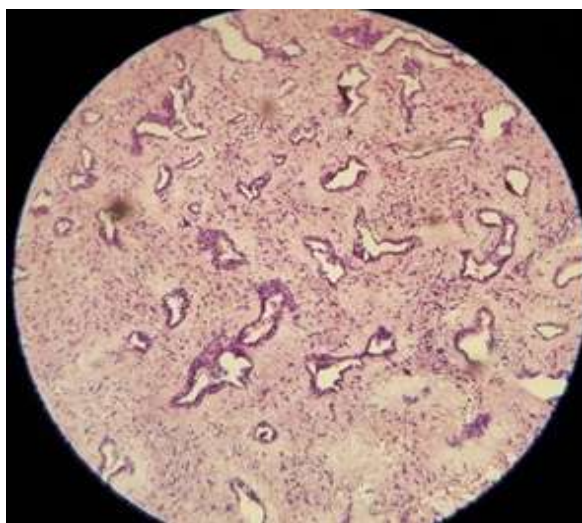
гиперхромными ядрами. Клетки находятся в разной морфологической функциональной активности (рис. 3 а, б).

Из общего количества больных у 45 (69,2%) верифицирован сосудисто-фиброзный тип, у 15 (23,1%) – клеточный тип и у 5 (7,7%) – смешанный тип морфологического строения ЮАОЧ (табл. 3).

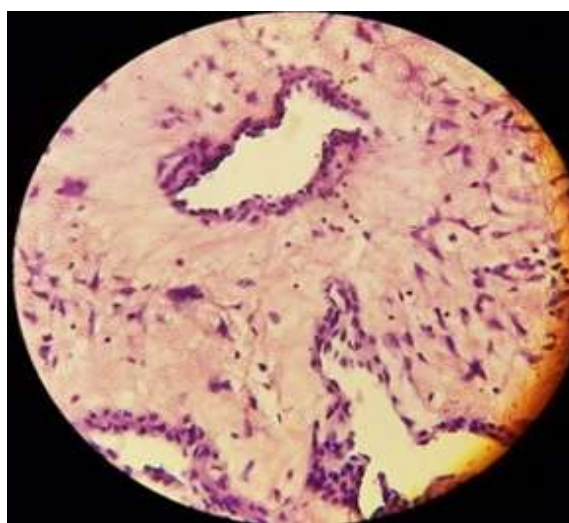
Из таблицы видно, что по частоте встречаемости на первом месте стоит сфеноэтомойдная форма ЮАОЧ и сосудисто-фиброзный тип морфологического строения

опухоли, на втором месте – базиллярная форма и клеточный тип, на третьем месте –

птеригомаксиллярная форма и смешанный тип морфологического строения.



а. × 200



б. × 400

Рис. 3 (а, б). Фрагмент ЮАОЧ смешанного типа (окраска гематоксилином и эозином)

Таблица 3

Соотношение формы роста опухоли в зависимости от морфологического типа № 65

Тип морфологического строения	Форма роста опухоли				
	базиллярный	сфено-этмоидальный	птеригомаксиллярный	тубарный	Всего
Сосудисто-фиброзный	11	25	8	1	45 (69,2%)
Клеточный	4	8	3	–	15 (23,1%)
Смешанный	2	2	1	–	5 (7,7%)
Всего	17	35	12	1	65 (100%)

Как нами было отмечено, особенностью ЮАОЧ является частое рецидивирование. В большинстве случаев это обусловлено удалением опухоли не в полном объеме, что зависит от многих факторов: несоответствие условий проведения хирургического вмешательства, которые не являются совершенными, нерадикальное удаление опухоли, сопровождающееся угрожающим жизни пациента кровотечением, что препятствует тщательной ревизии послеоперационной полости и визуальной оценке операционного поля, сложностью топографо-анатомическими особенностями этой области. Интраоперационные осложнения и нерадикальное резецирование опухоли нередко связаны с непрофессионализмом хирурга, который досконально не знаком с особенностями клинического течения ЮАОЧ.

Заключение

ЮАОЧ по своему морфологическому строению встречается в виде трёх типов: сосудисто-фиброзный, клеточный и смешанный. Наиболее часто встречаемым типом морфологического строения является сосудисто-фиброзный тип. Рецидив заболевания зависит, в основном, от нерадикального удаления опухоли, а не от типа морфологического строения юношеской ангиофибромы.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдурахмонов О.Б., Джаббаров К.Д., Гафур-Ахунов М.А., Гильдиева М.С. Морфологическая характеристика роста и клинического течения ангиофибром

носоглотки // Российская оториноларингология. 2015. №6 (79). С.9-13.

2. Алимов А.И., Носиров Е.М., Хайитов О.Р., Хайитов Р. Юношеская ангиофиброма основания черепа // Российская оториноларингология. 2016. №4 (83). С.9-13.

3. Нерсисян М.В., Яковлен С.Б., Арустамян С.Р., Боcharов А.В. Роль эмболизации в хирургии юношеской ангиофибromы основания черепа // Опухоли головы и шеи. 2018. №8. С.28-37.

4. Нерсисян М.В., Капитанов Д.Н., Шелеско Е.В., Зинкевич Д.Н. Дифференцированный подход к эндоскопическому удалению юношеской ангиофибromы основания черепа. Техника эндоскопических операций // Folia Otorinolaringologia et Patologiae Respiratoriae. 2017. Т. 23, №3. С. 17-34.

5. Кошель И.В. Морфологическая характеристика слизистой оболочки верхнечелюстного синуса при перфорации его дна во время стоматологических вмешательств. // Российская оториноларингология. 2016. №5 (86). С.29-35.

6. Шамсидинов Б.Н. Заболевания уха горла и носа. Душанбе: Ирфон, 2013. С. 748-756.

7. Шалабаев Б.Д. Хирургическое лечение объёмных деструктивных образований челюстно-лицевой области. Бишкек, 2013. 342 с.

REFERENCES

1. Abdurakhmonov O. B., Dzhabbarov K. D., Gafur-Akhunov M. A., Gildieva M. S. Morfologicheskaya kharakteristika rosta i klinicheskogo techeniya angiofibromy nosoglotki [Algorithm of morphological assessment for predicting clinical course of juvenile nasopharyngeal angiofibroma]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya – Russian otorhinolaryngology*, 2015, No. 6 (79), pp. 9-13.

2. Alimov A. I., Nosirov E. M., Khayitov O. R., Khayitov R. Yunosheskaya angiofibroma osnovaniya cherepa [Juvenile angiofibroma of skull base]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya – Russian otorhinolaryngology*, 2016, No. 4 (83), pp. 9-13.

3. Nercesyanyan M. V., Yakovlen S. B., Arustamyan S. R., Bocharov A. V. Rol embolizatsii v khirurgii yunosheskoy angiofibromy osnovaniya cherepa [Role of endovascular embolization in juvenile nasal angiofibroma management]. *Opyukholi golovy i shei – Head and neck tumors*, 2018, No. 8, pp. 28-37.

4. Nercesyanyan M. V., Kapitanov D. N., Shelesko E. V., Zinkevich D. N. *Differentsirovannyi podkhod k endoskopicheskomu udaleniyu yunosheskoy angiofibromyosnovaniya cherepa. Tekhnika endoskopicheskikh operatsiy* [Different modalities to endoscopic management of juvenile nasal angiofibromas. the techniques of endoscopic surgeries]. *Folia Otorinolaringologia et Patologiae Respiratoriae*, 2017, Vol. 23, No. 3, pp. 17-34.

5. Koshel I. V. Morfologicheskaya kharakteristika slizistoy obolochki verkhnechelyustnogo sinusa pri perforatsii ego dna vo vremya stomatologicheskikh vmeshatelstv [Morphological characteristics of the mucous membrane of the maxillary sinus in case of perforation of its bottom during dental interventions]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya – Russian otorhinolaryngology*, 2016, No. 5 (86), pp. 29-35.

6. Shamsidinov B. N. *Zabolevaniya ukha gorla i nosa* [Ear, nose and throat diseases]. Dushanbe, Irfon Publ., 2013. 748-756 p.

7. Shalabaev B. D. *Khirurgicheskoe lechenie obyomnykh destruktivnykh obrazovaniy chelyustno-litsevoy oblasti* [Surgical treatment of volumetric destructive formations of the maxillofacial region]. Bishkek, 2013. 342 p.

Сведения об авторе:

Икромов Махмадулло Курбонович – врач-оториноларинголог ГУ «Национальный медицинский центр Шифобахш» МЗиСЗН РТ

Полвонов Шукрулло Бобоевич – зав. кафедрой общей хирургии ГОУ «Государственный национальный университет», д.м.н.

Джураев Алим Салимович – зав. патолого-анатомическим отделением ГУ «Национальный медицинский центр Шифобахш» МЗиСЗН РТ

Рахматуллоев Рахимджон Рахматуллоевич – профессор кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии ТГМУ им. Абуали ибн Сино, д.м.н.

Зикирияходжаев Дильшод Зухурович – профессор кафедры онкологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино, д.м.н.

Назирмадова Мохира Бадаргаевна – врач-оториноларинголог ГУ «Национальный медицинский центр Шифобахш» МЗиСЗН РТ

Контактная информация:

Икромов Махмадулло Курбонович – тел.: (+992) 918530898; e-mail: Ikromov.mk-71@mail.ru

¹Камилова М.Я., ¹Давлатова З.Д., ²Давудова Ф.М.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ЗАДЕРЖКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА

¹ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗиСЗН РТ

²ГУ «Медицинский центр здоровья №2» УЗ г. Душанбе

¹Kamilova M.Y., ¹Davlatova Z.D., ²Davudova F.M.

ESTIMATION OF FETAL DEVELOPMENT DELAY RISK FACTORS

¹State Establishment “Tajik Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology” MHSP RT

²State Establishment “Medical Health Center #2”, DoH of Dushanbe

Цель исследования. Установить значимость факторов риска развития синдрома задержки развития плода (СЗРП) в Таджикистане.

Материал и методы. Ретроспективный анализ историй родов женщин, поступивших в клинику Таджикского НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии в 2019 году и родивших детей с СЗРП. Данное учреждение является стационаром самого высокого уровня, куда поступают беременные с СЗРП со всех регионов Таджикистана. Статистическая обработка данных включала расчет удельного веса каждой группы факторов и расчет интенсивного показателя по каждому отдельному фактору риска.

Результаты. Из 4 групп факторов риска развития СЗРП наиболее часто встречались факторы, связанные с осложненным течением беременности и репродуктивные. Среди социальных факторов ведущую позицию занимает плохое материальное состояние семьи, среди факторов репродуктивного здоровья – отягощенный гинекологический анамнез и первые роды, среди факторов соматического здоровья – гипертензия в анамнезе, среди факторов, связанных с течением беременности, – плацентарная недостаточность.

Заключение. Установленная значимость факторов риска развития синдрома задержки развития плода в Таджикистане диктует необходимость разработки методов прогнозирования данного осложнения у женщин с факторами риска для проведения профилактики с целью улучшения перинатальных исходов.

Ключевые слова: синдром задержки развития плода, факторы риска, методы прогнозирования

Aim. To establish the significance of fetal development delay risk factors (FGRF) in Tajikistan.

Material and methods. Retrospective analysis of the birth histories of women who entered the clinic of the Tajik Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology in 2019 and gave birth to children with FGRS. This institution is a hospital of the highest level, which receives pregnant women with FGRS from all regions of Tajikistan. Statistical data processing included the calculation of the specific weight of each group of factors and the calculation of the intensive indicator for each individual risk factor.

Results. Of the 4 groups of risk factors for the development of FGRP, the most common factors associated with the complicated course of pregnancy and reproductive factors. Among social factors, the leading position is taken by the poor material condition of the family, among the factors of reproductive health - a burdened gynecological history and first childbirth, among the factors of somatic health - a history of hypertension, among the factors associated with the course of pregnancy - placental insufficiency.

Conclusion. The established significance of risk factors for the development of fetal growth retardation syndrome in Tajikistan dictates the need to develop methods for predicting this complication in women with risk factors for prevention in order to improve perinatal outcomes.

Key words: syndrome of fetal development delay, risk factors, prognostic methods

Актуальность

В настоящее время проблема синдрома задержки развития плода (СЗРП) определена как наиболее значимая причина перинатальной заболеваемости и смертности [1].

СЗРП – симптомокомплекс, развивающийся у беременных с различными осложнениями беременности и экстрагенитальной патологией, приводящий к дисфункции эндотелия и развитию плацентарной недостаточности. Показано, что в основе развития плацентарной недостаточности лежит дисбаланс процессов апоптоза и ангиогенеза развивающейся плаценты. Последний приводит к нарушениям гормональной, гемодинамической и транспортной функциями плаценты. Несостоятельная плацента, не выполняющая в достаточной степени все свои функции, не может обеспечить благоприятные условия пренатального развития плода, что приводит к развитию СЗРП [2, 4, 9, 11].

Доказано, что лечение плацентарной недостаточности эффективно только при компенсированной ее форме, а при субкомпенсированных формах плацентарной недостаточности применение патогенетической терапии лишь приостанавливает процесс прогрессирования нарушений функций плаценты. В случаях выраженной плацентарной недостаточности и уже развившегося СЗРП терапия не дает эффекта. Единственным способом улучшить перинатальные исходы у женщин с субкомпенсированной плацентарной недостаточностью является своевременное решение вопроса о родоразрешении. Фармакотерапия, традиционно применяемая в этой ситуации, является неэффективной, так как не оказывает статистически значимого влияния на антропометрические показатели и состояние ребенка при рождении [5].

Прогнозирование СЗРП основано, прежде всего, на выявлении факторов риска с последующими лабораторными и инструментальными исследованиями уровней маркеров. До настоящего времени любые изолированные прогностические критерии СЗРП имеют недостаточную чувствительность. Исследования, направленные на поиск сочетанных прогностических критериев СЗРП, являются весьма актуальными [6, 7, 8, 10]. Проблема прогнозирования развития СЗРП – перспективное направление исследований и требует дальнейших разработок, что даст возможность провести своевременную профилактику плацентарной недостаточности и улучшить перинатальные исходы у женщин с факторами риска развития плацентарной недостаточности [3].

Значимость факторов риска развития СЗРП в определенной степени зависит от их распространенности. Последнее, в свою очередь, зависит от уровня развития и системы здравоохранения страны. В Таджикистане прежде не изучалась значимость факторов риска развития СЗРП.

Цель исследования

Установить значимость факторов риска развития СЗРП в Таджикистане.

Материал и методы исследования

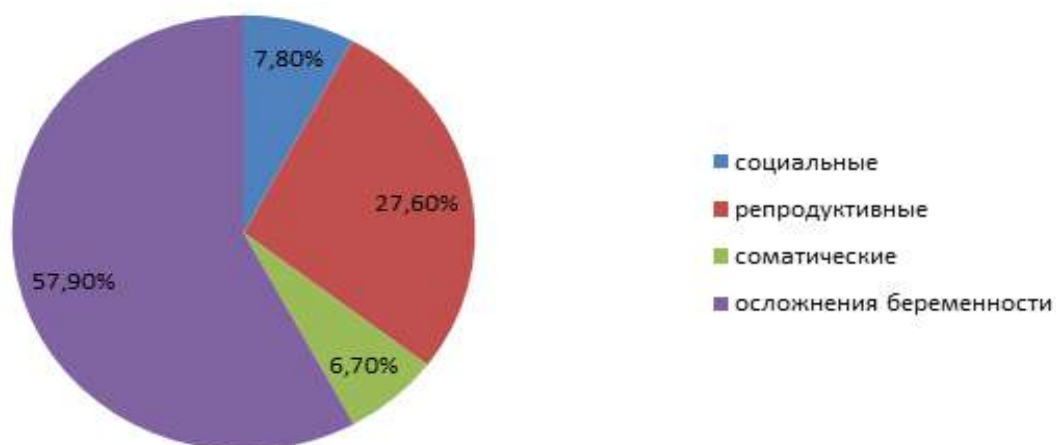
Объектом исследования явился Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии МЗиСЗН РТ. Материал исследования – 215 историй родов женщин, поступивших в клинику института в 2019 году и родивших детей с СЗРП.

Проведена оценка социальных факторов, факторов, отражающих репродуктивное здоровье женщин, факторов, отражающих соматическое здоровье, и факторов, возникающих во время беременности и со стороны плода. Среди социальных факторов приняты во внимание возраст матери до 18 лет и старше 35 лет, отсутствие наблюдения в центре репродуктивного здоровья, малоимущая семья. Факторы репродуктивного здоровья женщин включали предстоящие первые роды, выкидыши в анамнезе, гинекологическая патология в анамнезе, роды ребенком с СЗРП в анамнезе, низкий интергенетический интервал (1 год), многорождение в анамнезе. К факторам, возникающим во время беременности, отнесены анемия, кольпит, преэклампсия, ранний токсикоз, угроза прерывания беременности, плацентарная недостаточность, многоводие, двойня, пиелонефрит во время беременности, предлежание плаценты. К соматическим факторам отнесены хроническая гипертензия, варикозная болезнь, хронический пиелонефрит, пороки сердца, хронические заболевания ЖКТ.

Статистическая обработка полученных данных представляла собой оценку удельного веса каждой группы факторов риска, который рассчитывали в процентном отношении к общему количеству факторов риска. Для оценки распространенности фактора риска рассчитывали интенсивный показатель по каждому фактору – удельный вес фактора риска среди общего количества факторов риска определенной группы на 1000 беременных женщин.

Результаты и их обсуждение

Удельный вес различных групп факторов риска в Таджикистане представлен на рисунке.



Удельный вес групп факторов риска синдрома задержки развития плода

Как видно из рисунка, наиболее часто встречаемыми факторами риска синдрома развития плода являются осложнения беременности (57,9%) и репродуктивные факторы (27,6%).

Удельный вес факторов риска отдельных групп представлен в таблице.

Среди социальных факторов наиболее часто встречаемыми явились отсутствие качественного антенатального наблюдения и недостаток в семьях женщин, родивших детей с СЗРП. Удельный вес женщин в возрасте старше 35 лет (21,7%), родивших детей с СЗРП, был в 2 раза выше, чем возраст женщин моложе 19 лет (11,5%). Из факторов риска развития СЗРП, относящихся к репродуктивному здоровью, в Таджикистане наиболее часто отмечены первые роды (у каждой 2-й женщины, отнесенной к этой группе), отягощенный гинекологический анамнез (у каждой 5-й женщины), невынашивание в анамнезе (у каждой 10-й женщины). Среди гинекологической патологии в анамнезе отмечены бесплодие, миома, нарушения менструального цикла, воспалительные заболевания, такие как эндометриты, эрозия шейки матки. Основной причиной невынашивания в анамнезе являются перенесенные заболевания, вызванные инфекциями, передаваемыми половым путем, последствиями которых могут быть нарушения гормонального статуса женщин. Изучение связи уровней гормонов и белков фето-плацентарного комплекса и уровнем регуляторов ангиогенеза у женщин с привычным невынашиванием показало, что основные гормоны и белки фето-плацентарного комплекса – хорионический гонадотропин, трофобластический бета-гликопротеин, протеин А, прогестерон – являются веществами, недостаток которых связан с прерыванием беременности. Снижение уровней этих веществ

сопровождается увеличением уровней сосудистого фактора роста, тромбоцитарного фактора роста, что подтверждает связь уровней гормонов и белков с развитием плацентарной недостаточности, приводящей к СЗРП [1, 11].

Состояние соматического здоровья женщин и наличие различных заболеваний являются факторами, зависящими от матери. Согласно данным литературы, наиболее значимыми материнскими факторами являются гипертензия, сахарный диабет, анемии, аутоиммунные заболевания, заболевания почек [7].

Полученные в нашем исследовании данные показывают, что наиболее высокий удельный вес из соматических факторов имеет гипертензия в анамнезе. Дефицит массы тела имела каждая 4-я женщина, новорожденный которой имел синдром задержки развития плода. Ожирение встречалось среди данной группы факторов реже, чем дефицит массы тела. Удельный вес хронического пиелонефрита составил 18%.

Рост и пренатальное развитие плода зависят от условий формирования плаценты и оптимального взаимодействия кровотока в системе «мать-плацента-плод». В группе факторов риска СЗРП, связанных с осложнениями беременности, наибольший удельный вес представлен плацентарной недостаточностью (29,6%), что определяет данное осложнение беременности в субкомпенсированной и декомпенсированной формах основной причиной развития СЗРП. Анемия признана наиболее значимым материнским фактором развития СЗРП [7, 8].

В нашем исследовании у каждой 3-й женщины в группе факторов, связанных с беременностью и приведших к развитию СЗРП, диагностирована анемия во время данной беременности. Удельный вес гестационного пиелонефрита составил 11,4%.

Удельный вес факторов риска среди отдельных групп

Факторы	Абс. Число	Удельный вес
Социальные (74)		
Возраст до 19 лет	8	11,5%
Возраст старше 35 лет	15	21,7%
Малоимущая семья	27	39,1%
Не состояла на учете в ЦРЗ	19	27,5%
Факторы репродуктивного здоровья (263)		
1-е роды	145	55,1%
Невынашивание в анамнезе	34	12,9%
ОГА	53	20,2%
Многoroждение в анамнезе	21	7,9%
ИГИ 1 год	10	3,8%
Соматические факторы (64)		
Гипертензия	23	35,9%
Ожирение	11	17,2%
ДМТ	16	25%
Варикозная болезнь с ХВН	7	10,9%
Хронический пиелонефрит	12	18,8%
Осложнения беременности (551)		
Преэклампсия	74	13,4%
Угроза прерывания беременности	38	6,9%
Многоводие	24	4,6%
Анемия во время беременности	189	34,3%
Плацентарная недостаточность	163	29,6%
Пиелонефрит во время беременности	63	11,4%

Заключение

Таким образом, оценка факторов риска развития СЗРП в Таджикистане улучшает возможности прогнозирования данного осложнения и позволяет проводить своевременную профилактику в прегравидарный период и в ранние сроки беременности с учетом модулируемых факторов риска синдрома задержки развития плода, что улучшит показатели перинатальной заболеваемости и смертности в стране..

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 10-11 см. в REFERENCES)

1. Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Савельева Г.М. Акушерство. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 1200 с.
2. Бухтуева Н.Г., Пасман Н.М., Денисов М.Ю. и др. Клинические аспекты формирования синдрома задержки развития плода. //Consilium Medicum. 2017. № 2. С. 51-54.
3. Денисова Т.Г., Васильева Э.Н., Портнова Е.В. Медикаментозная профилактика синдрома задержки роста плода // Современные проблемы науки и образования. 2013. № 1.; URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=8306> (дата обращения: 05.01.2020).

4. Доброхотова Ю.Э., Джохадзе Л.С., Кузнецов П.А., Козлов П.В. Плацентарная недостаточность. Современный взгляд. М.: ГЭОТАР- Медиа, 2019. 44 с.
 5. Замалева Р.С., Мальцева Л.И., Черепанова Н.А. Состояние, проблемы лечения и прогнозирования задержки развития плода // Практическая медицина. 2016. №1(93). С. 41-44.
 6. Игнатко И.В., Мирющенко М.М. Прогностические маркеры синдрома задержки роста плода // Health and Education Millennium. 2016. Vol. 18. С. 1.
 7. Камилова М.Я., Рахматуллоева Д.М., Латифова М.С., Косимова Х.Х. Значимость и кумулятивный эффект сочетанного воздействия факторов риска развития плацентарной недостаточности у беременных женщин // Sciences of Europe. 2017. Vol. 1, No13 (13). P. 65-68.
 8. Кочерова В.В., Щербак В.И. Задержка внутриутробного развития плода: факторы риска, диагностика, отдаленные последствия // Российский педиатрический журнал. 2015. №18 (2). С. 36-42.
 9. Стрижаков А.Н., Тимохина Е.В., Игнатко И.В., Белоцерковцева Л.Д. Патопизиология плода и плаценты. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 176 с.
 10. Laura M. R. S., Laura Y. G. T., Jose V. F. F., Andres O. C. G. Potential Biomarkers of Pregnancy's Vascular Pathologies. *AngiomiRs: Potential Biomarkers of Pregnancy's*, 2015, pp. 1-10.
 11. Wu F., Tian F.J., Lin Y., Xu W.M. Oxidative stress: placenta function and dysfunction. *American Journal of Reproductive Immunology*, 2016, Vol. 76 (4), pp. 258-271.
 12. Ignatko I. V., Miryushchenko M. M. Prognosticheskie markery sindroma zaderzhki rosta ploda [Predictive markers of fetal growth retardation syndrome]. *Health and Education Millennium*, 2016, Vol. 18, pp. 1.
 13. Kamilova M. Ya., Rakhmatulloeva D. M., Latifova M. S., Kosimova Kh. Kh. Znachimost i kumulyativnyy effekt sochetannogo vozdeystviya faktorov riska razvitiya platsentarnoy nedostatochnosti u beremennykh zhenshchin [Significance and cumulative effect of the combined effect of risk factors for the development of placental insufficiency in pregnant women]. *Sciences of Europe*, 2017, Vol. 1, No. 13 (13), pp. 65-68.
 14. Kocherova V. V., Shcherbak V. I. Zaderzhka vnutriutrobnogo razvitiya ploda: faktory riska, diagnostika, otdalennyye posledstviya [Intrauterine growth retardation: risk factors diagnostics, long-term effects]. *Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal - Russian Pediatric Journal*, 2015, No. 18 (2), pp. 36-42.
 15. Strizhakov A. N., Timokhina E. V., Ignatko I. V., Belotserkovtseva L. D. *Patofiziologiya ploda i platsenty* [Pathophysiology of the fetus and placenta]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2015. 176 p.
 16. Dobrokhotova Yu. E., Dzhokhadze L. S., Kuznetsov P. A., Kozlov P. V. *Platsentarnaya nedostatochnost. Sovremennyy vzglyad* [Placental insufficiency. Modern look]. Moscow, GOETAR- Media Publ., 2019. 44 p.
 17. Zamaleeva R. S., Maltseva L. I., Cherepanova N. A. *Sostoyanie, problemy lecheniya i prognozirovaniya zaderzhki razvitiya ploda* [Condition, problems of treatment and prediction of fetal growth retardation]. *Prakticheskaya meditsina – Practical medicine*, 2016, No. 1 (93), pp. 41-44.
- REFERENCES
1. Aylamazyan E. K., Kulakov V. I., Radzinskiy V. E., Saveleva G. M. *Akusherstvo. Natsionalnoe rukovodstvo* [Obstetrics. National leadership]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2014. 1200 p.
 2. Bukhtueva N. G., Pasman N. M., Denisov M. Yu. *Klinicheskie aspekty formirovaniya sindroma zaderzhki razvitiya ploda* [Clinical aspects of the formation of fetal growth retardation syndrome]. *Consilium Medicum*, 2017, No. 2, pp. 51-54.
 3. Denisova T. G., Vasileva E. N., Portnova E. V. *Medikamentoznaya profilaktika sindroma zaderzhki rosta ploda* [Drug prevention of fetal growth retardation syndrome]. *Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya - Modern problems of science and education*, 2013, No. 1. Available at: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=8306>
 4. Dobrokhotova Yu. E., Dzhokhadze L. S., Kuznetsov P. A., Kozlov P. V. *Platsentarnaya nedostatochnost. Sovremennyy vzglyad* [Placental insufficiency. Modern look]. Moscow, GOETAR- Media Publ., 2019. 44 p.
 5. Zamaleeva R. S., Maltseva L. I., Cherepanova N. A. *Sostoyanie, problemy lecheniya i prognozirovaniya zaderzhki razvitiya ploda* [Condition, problems of treatment and prediction of fetal growth retardation]. *Prakticheskaya meditsina – Practical medicine*, 2016, No. 1 (93), pp. 41-44.
- Сведения об авторах:**
Камилова Мархабо Ядгаровна – руководитель акушерского отдела ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗиСЗН РТ, д.м.н., доцент
Давлатова Зарангез Дильмуродовна – научный сотрудник акушерского отдела ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗиСЗН РТ
Довудова Фируза Махмадалиевна – врач акушер-гинеколог, медицинской центр здоровья №2 г. Душанбе
- Контактная информация:**
Камилова Мархабо Ядгаровна – e-mail: marhabo1958@mail.ru

¹Касымов О.И., ¹Муниева С.Х., ²Хомидов М.Ф., ³Нуралиев М.Д.

ИММУНОМОДУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ

¹Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

²Ассоциация дерматовенерологов и косметологов РТ

³Кафедра морфологии медицинского факультета ГОУ «Таджикский национальный университет»

¹Kasymov O.I., ¹Munieva S.H., ²Homidov M.F., ³Nuraliev M.D.

IMMUNOMODULATING THERAPY OF KELOID SKARS

¹Department of Dermatology and STIs with Cosmetology course of the State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"

²Association of Dermatovenerologists and Cosmetologists of the RT

³Department of Morphology, Faculty of Medicine of State Education Establishment "Tajik National State University"

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность комбинированной терапии препаратом «Кеналог 40» и иммуномодулятором «Имунофан» в профилактике рецидивов келоидных рубцов.

Материал и методы. Обследовано 77 больных с келоидными рубцами. В первой группе (35 больных) проведена комбинированная терапия препаратом «Кеналог 40» и иммуномодулятором «Имунофан», во второй (42 больных) – монотерапия препаратом «Кеналог 40».

Результаты. Иммуномодулирующая терапия позволила восстановить иммунные показатели. Применение комбинированной терапии позволило получить отличный результат через 12 месяцев у 18 (51,4%) пациентов первой группы при отсутствии такого результата во второй.

Заключение. Несмотря на эффективность комбинированной терапии в коррекции иммунных показателей, отличный результат достигнут лишь в 51,4% случаев, что подтверждает необходимость улучшения методов хирургической коррекции или замену её на консервативные методы терапии.

Ключевые слова: келоидные рубцы, иммунные нарушения, хирургическая коррекция, иммуномодулирующая терапия

Aim. To study the clinical efficacy of combination therapy with "Kenalog 40" and the immunomodulator "Imunofan" in the prevention of recurrence of keloid scars.

Material and methods. 77 patients with keloid scars were examined. In the first group (35 patients), combined therapy with "Kenalog 40" and the immunomodulator "Imunofan" was performed, in the second group (42 patients), monotherapy with Kenalog 40 was carried out.

Results. Immunomodulatory therapy allowed to restore immune parameters. The use of combination therapy made it possible to obtain an excellent result after 12 months in 18 (51,4%) patients of the first group, while there was no such result in the second.

Conclusion. Despite the effectiveness of combination therapy in the correction of immune parameters, an excellent result was achieved only in 51,4% of cases, which confirms the need to improve surgical correction methods or replace it with conservative methods of therapy.

Key words: keloid scars, immune disorders, surgical correction, immunomodulating therapy

Актуальность

Келоидные рубцы являются одним из самых тяжелых видов рубцов кожи, часто

развиваются спонтанно, без определенной причины. Однако во многих случаях их возникновению способствует хирургиче-

ская травма, заживление которой зависит от таких факторов, как общий и местный иммунитет организма [3, 4, 5]. Известно, что любое оперативное вмешательство является так называемым «хирургическим стрессом» и на определенном этапе вызывает развитие вторичного иммунодефицита, который отражается, в первую очередь, на заживлении послеоперационной раны [1, 2]. По мнению других авторов, угнетение иммунного ответа происходит не за счет хирургического вмешательства, а за счет методов обезболивания, которые в 76% случаев приводят к изменению клеточного звена иммунитета [5, 9]. Развитие иммунных нарушений усугубляет имеющийся воспалительный процесс в послеоперационной ране и затягивает период первичного натяжения, что является немаловажным предрасполагающим фактором для формирования келоидного рубца. Сформировавшийся келоидный рубец является причиной изменения местного иммунитета окружающей его кожи и повышает ее сенсibilизацию, в связи с чем при его травматизации или хирургическом иссечении в большинстве случаев возникают рецидивы [6, 7, 8, 10].

Цель исследования

Изучить клиническую эффективность комбинированной терапии препаратом «Кеналог 40» и иммуномодулятором «Имунофан» в профилактике рецидивов келоидных рубцов.

Материал и методы исследований

Под наблюдением находилось 77 пациентов с келоидными рубцами, которые обратились с целью хирургического иссечения келоида. Возраст больных составил 20-35 лет (мужчин – 28, женщин – 49). В первую группу вошли 35 больных, которые получили комбинированную терапию препаратом «Кеналог 40» и иммуномодулятором «Имунофан». «Кеналог 40» является кортикостероидным препаратом с противовоспалительным и супрессивным действием, а «Имунофан» восстанавливает нарушения клеточного и гуморального иммунитета. Иммуномодулятор назначали внутримышечно по 1,0 мл через день (на курс 10 инъекций), «Кеналог 40» вводили в зону сохраненного келоида после хирургического иссечения. После окончания терапии (через 2 недели после оперативного лечения) проведено повторное исследование показателей иммунной системы. Вторую группу составили 42 (54,5%) больных, которые отказались от внутрирубцового введения «Кеналога», но получили терапию препаратом «Имунофан», аналогично первой группе больных.

Всем пациентам до и после операции производилась оценка иммунного статуса. Определяли абсолютное и относительное содержание лимфоцитов в периферической крови иммунофлуоресцентным методом «Статус» с использованием набора моноклональных и поликлональных антител, сывороточных иммуноглобулинов А, М, G, Е – иммуноферментным методом, циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) – методом преципитации полиэтиленгликоля по Ю.А. Гринвичу и Н.А. Алфёрову (1981), фагоцитарную активность нейтрофильных лейкоцитов крови и фагоцитарное число – по методу Н. А. Park (1972).

Статистическая обработка материала производилась с помощью прикладных программ Statistica и Exel 7.0.

Результаты и их обсуждение

Основной жалобой при поступлении больных являлся эстетический дефект, так как келоидные рубцы занимали большую площадь, которая варьировала от 10 до 50 см². В большинстве случаев келоидные рубцы локализовались по ходу хирургического рубца (82%) случая. В остальных случаях отсевы мелких келоидных рубцов наблюдались вокруг послеоперационной раны. Давность появления рубцов в среднем составила 3,5 года. Следует отметить, что все больные неоднократно принимали лечение с применением инъекций лидазы внутрь рубца и физиотерапевтических методов терапии. У всех отмечались рецидивы в течение первого месяца после лечения.

В результате проведенных исследований у больных в дооперационном периоде были выявлены изменения иммунных показателей: снижение общего количества лимфоцитов – у 58 (75,3%), пониженная функциональная активность субпопуляций CD₃-клеток (выявлена у 64 (83,1%) пациентов), у 62 (81,0%) имелось снижение содержания CD₄-субпопуляции (32,5±1,8), по сравнению с нормальными показателями (38,9±1,5) (p>0,01) и CD₈ (15,3±1,5) соответственно против (28,0±2,0), что привело к увеличению ИРИ (2,1±1,2) (p>0,01). Нарушения гуморального иммунитета были выявлены у 67 (87%) больных, что выражалось снижением CD₂₀ (4,9±1,5), по сравнению с нормой (7,3±1,5), и Ig M (1,21±1,0 против 1,26±0,2).

Через 10 дней после операции у пациентов первой группы, получивших комбинированную терапию, наблюдалось восстановление иммунных показателей, в то время как у пациентов второй группы не наблюдалось положительной динамики в иммунологических показателях (табл. 1).

Таблица 1

*Динамика иммунологических показателей у больных с келоидными рубцами
на фоне комбинированной терапии*

Показатели	Норма	Исходные показатели	Первая группа (n=35)	Вторая группа (n=42)	p
CD ₃ (%)	66,9±2,4	58,4±2,0	63,2±2,0*	57,2±2,4	> 0,001
CD ₄ (%)	38,9±1,5	32,5±1,8	36,3±1,3*	31,0±1,1	> 0,001
CD ₈ (%)	28,0±2,0	15,3±1,5	21,0±2,0*	14,8±1,5	> 0,001
ИРИ	1,4±0,1	2,1±1,2	1,7±0,6*	2,1±1,0	> 0,001
CD ₂₀ (%)	7,3±1,5	4,9±1,5	6,5±0,5*	5,3±1,2	> 0,001
CD ₁₆ (%)	14,0±2,0	12,7±0,9	13,7±0,9	11,9±0,9	< 0,005
IgG (мг/мл)	12,61±10,4	12,57±10,14	12,58±3,8	12,25±10,4	< 0,005
Ig A (мг/мл)	1,9±0,2	1,9±0,18	1,9±1,6	1,9±0,18	> 0,001
Ig M (мг/мл)	1,26±0,2	1,21±1,0	1,23±0,9	1,21±1,0	> 0,001
IgE (кЕ/л)	74,6±6,1	68,4±18,2	69,2±2,0*	67,6±18,2	< 0,005
ЦИК (г/л)	2,14±0,18	2,63±0,19	2,68±1,3*	2,57±0,19	> 0,001
ФАЛ (%)	73,7±6,1	56,3±4,9	65,2±2,0*	56,3±4,9	> 0,001

Примечание: p – достоверность различий в каждой группе; * – отмечены показатели до лечения, достоверно отличающиеся от контрольных значений

Как видно из таблицы, у больных первой группы исходные показатели CD₃ (58,4±2,0); CD₈ (15,3 ±1,5); ИРИ (2,1±1,2); CD₂₀ (5,9±0,5) достоверно отличались от нормальных показателей. Под влиянием проведенной терапии к концу курса у 27 (35,1%) больных эти показатели улучшились и достоверно отличались от исходных: CD₃ (63,2±2,0); CD₈ (21,0±2,0); ИРИ (1,7±0,6; p>0,01); CD₂₀ (6,5±0,5).

У 45 (58,4%) пациентов второй группы наблюдалось ухудшение показателей клеточного звена, что выражалось изменениями показателей субпопуляций лимфоцитов,

по сравнению с исходными показателями в предоперационном периоде: CD₃ (57,2±2,4) (p>0,001); CD₈ (14,8±1,5) (p<0,005); ИРИ (2,1±1,2) (p>0,001); CD₂₀ (5,3±1,2) (p<0,005).

Клиническую эффективность проведенной терапии оценивали в сроки от 6-ти до 12-ти месяцев по следующим критериям: отличный результат – нормотрофический эстетически приемлемый рубец; хороший – нормотрофический рубец с явлениями гиперпигментации; удовлетворительный – развитие гипертрофического или атрофического рубца; неудовлетворительный – развитие келоидного рубца (табл. 2).

Таблица 2

Динамика клинической эффективности комбинированной терапии

Результат	Основная группа (n=35)		Контрольная группа (n=42)	
	кол-во пациентов через 6 мес.	кол-во пациентов через 12 мес.	кол-во пациентов через 6 мес.	кол-во пациентов через 12 мес.
Отлично	19 (54,3%)	18 (51,4%)	0	0
Хорошо	16 (45,7%)	11 (31,4%)	27 (64,3%)	14 (33,3%)
Удовл.	0	5 (14,3%)	0	11 (26,2%)
Неудовл.	0	1 (2,9%)	0	17 (40,5%)

Как видно из таблицы, у пациентов первой группы через 6 месяцев после про-

веденного лечения отличный результат наблюдался в 19 (54,3%) случаях, но через

12 месяцев этот показатель снизился до 18 (51,4%). У 1 (2,9%) пациента через 12 месяцев отмечался рецидив келоида. Кроме того, через 12 месяцев наблюдалось 5 (14,3%) больных с удовлетворительным результатом. В контрольной группе количество пациентов с рецидивами келоида через 12 месяцев составило 17 (40,5%) случаев. Кроме того, в 2,2 раза чаще встречались удовлетворительные результаты, по сравнению с больными первой группы, то есть, соответственно 11 (26,2%)

против 5 (14,3%) случаев. Несмотря на то, что количество больных с хорошим результатом у больных второй группы через 12 месяцев составило 14 (33,3%), то есть увеличилось в 1,3 раза, по сравнению с аналогичным результатом из первой группы, где их количество составило 11 (31,4%), отличных результатов у больных второй группы не наблюдалось ни в одном случае.

В качестве иллюстрации приводим свои наблюдения.



Рис. 1. Больной Д., 33 года, посттравматический келоидный рубец до и через 12 месяцев после лечения



Рис. 2. Больная С., 35 лет, послеоперационный келоидный рубец до и через 12 месяцев после лечения

Заключение

В результате проведенных исследований доказано наличие иммунных нарушений у больных с келоидными рубцами, которые восстанавливаются после применения препарата «Иммунофан». Кроме того, ком-

бинированная терапия келоидных рубцов, заключающаяся в системном применении иммуномодулятора и введении кортикостероида в зону сохраненного рубца, показала наибольшую эффективность по сравнению с монотерапией препаратом «Кеналог40».

Необходимо отметить, что монотерапия больных второй группы не дала ни одного отличного результата, но и у больных первой группы количество случаев с отличным результатом составило через 12 месяцев лишь 51,4%. Данный результат указывает на то, что, несмотря на коррекцию иммунных показателей в дооперационном периоде и местную иммуносупрессию при внутрирубцовом введении кортикостероида, отличный результат не достигает высоких цифр. Это еще раз подтверждает необходимость улучшения методов хирургической коррекции или замены её на консервативные методы терапии.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 7-10 см. в REFERENCES)

1. Артыков К.П., Саидов М.С., Мухамадиева К.М. Проблемы хирургического лечения келоидных рубцов кожи // Вестник Авиценны. 2013. Т.56, № 3. С. 91- 94.
2. Богомолова Е.Б., Мартусевич А.К., Клеменова И.А., Янин Д.В., Галка А.Г. Применение современных методов визуализации в оценке состояния и прогнозировании развития патологических рубцов. // Медицина. 2017. Т.3, № 5. С. 58–75.
3. Гистология, эмбриология, цитология: учебник / Под ред. Ю.И. Афанасьева, Н.А. Юриной. М.: ГЭОТАРМедиа, 2016.
4. Мухамадиева К.М., Валиева М.С. Современные взгляды на патогенез рубцов постакне // Здравоохранение Таджикистана. 2017. №1. С.54- 60.
5. Таганов А.В., Бизунова М.А., Криницына Ю.М., Сергеева И.Г. Анализ методов лечения келоидных рубцов // Клиническая дерматология и венерология. 2017. №3. С. 97-102.
6. Филиппова О.В., Красногорский И.В. Структурные изменения в рубцовой ткани у детей на различных этапах созревания рубца и на фоне коллагенолитической терапии // Клиническая дерматология и венерология. 2013. Т.1, №11. С. 22–30.

REFERENCES

1. Artykov K. P., Saidov M. S., Mukhamadiev K. M. Problemy khirurgicheskogo lecheniya keloidnykh rubtsov kozhi [Problems of surgical treatment keloid cicatrices of skin]. *Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna*, 2013, Vol. 56, No. 3, pp. 91- 94.
2. Bogomolova E. B., Martusevich A. K., Klemenova I. A., Yanin D. V., Galka A. G. Primenenie sovremennykh metodov vizualizatsii v otsenke sostoyaniya i prognozirovani razvitiya patologicheskikh rubtsov [Application of

Modern Methods of Visualization in Study and Prognosing of Pathological Scars]. *Meditisina – Medicine*, 2017, Vol. 3, No. 5, pp. 58-75.

3. *Gistologiya, embriologiya, tsitologiya: uchebnik. Pod red. Yu. I. Afanaseva, N. A. Yurinoy* [Histology, embryology, cytology: textbook. Ed by Yu. I. Afanasev, N. A. Yurina]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2016.

4. Mukhamadiev K. M., Valieva M. S. Sovremennye vzglyady na patogenez rubtsov postakne [Modern sights to the pathogenesis of post-acne scars]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2017, No. 1, pp. 54- 60.

5. Taganov A. V., Bizunova M. A., Krinitsyna Yu. M., Sergeeva I. G. Analiz metodov lecheniya keloidnykh rubtsov [Analysis of treatments for keloids]. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya – Clinical Dermatology and Venereology*, 2017, No. 3, pp. 97-102.

6. Filippova O. V., Krasnogorskiy I. V. Strukturnye izmeneniya v rubtsovoiy tkani u detei na razlichnykh etapakh sozrevaniya rubtsa i na fone kollagenoliticheskoy terapii [Structural changes in scar tissue in children at different stages of scar maturation and during collagenolytic therapy]. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya – Clinical Dermatology and Venereology*, 2013, Vol. 1, No. 11, pp. 22-30.

7. Behera B., Kumari R., Thappa D. M., Malathi M. Therapeutic efficacy of intralesional steroid with carbon dioxide laser versus with cryotherapy in treatment of keloids: a randomized controlled trial. *Dermatologic Surgery*, 2016, Vol. 42, pp. 1188-1198

8. Heppt M. V., Breuninger H., Reinholz M., Feller-Heppt G. et al. Current strategies in the treatment of scars and keloids. *Facial Plastic Surgery*, 2015, Vol. 31, pp. 386-95.

9. Hochman B., Isoldi F. C., Furtado F., Ferreira L. M. New approach to the understanding of keloid: psycho-neuroimmune-endocrine aspects. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, 2015, Vol. 8, pp. 67-73.

10. Lee Y., Kim J., Yang C. E., Hong J.W., Lee W.J., Lee J. H. Combined Therapeutic Strategies for Keloid Treatment. *Dermatologic Surgery*, 2019, Vol. 45, pp. 802-810.

Сведения об авторе:

Касымов Олим Исмаилович – профессор кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии ИПОвСЗ РТ, д.м.н.
Муниева Саида Хамрокуловна – зав. кафедрой дерматовенерологии с курсом косметологии ИПОвСЗ РТ, к.м.н.
Хомидов Музаффар Файзалиевич – директор Ассоциации дерматовенерологов и косметологов Республики Таджикистан, к.м.н.

Нуралиев Махмадали Дустмуродович – зав. кафедрой морфологии медицинского факультета Таджикского национального университета, к.м.н., доцент

Контактная информация:

Муниева Саида Хамрокуловна – тел.: (+ 992) 918 69 16 15; e-mail: Saida.M.Pliva@mail.ru

Курбонова Ф.У., Шукурова С.М., Раджабов Р.М., Раджабова Г.М.

ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА РЕВМАТИЧЕСКИХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Кафедра терапии и кардио-ревматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Kurbonova F.U., Shukurova S.M., Rajabov R.M., Rajabova G.M.

PREDICTORS OF ADVERSE PROGNOSIS OF RHEUMATIC HEART DISEASE

Department of Therapy and Cardio-Rheumatology of the State Education Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»

Цель исследования. Выявление предикторов неблагоприятного исхода ревматических пороков сердца и их диагностическая значимость.

Материал и методы. Обследовано 110 пациентов с ревматическими пороками сердца (РПС), находившихся на стационарном и амбулаторном лечении за период 2016-2018 гг., женщин – 72,7%; мужчин – 27,3%.

Все больные распределены по видам РПС, степени хронической сердечной недостаточности (ХСН) и наличию легочной гипертензии (ЛГ).

Методы диагностики включали общеклинические, биохимические и иммунологические, выполнялись эхокардиография (ЭхоКГ) и доплер-эхокардиография (ДЭхоКГ).

Результаты. У большинства – 85,5% – больных в анамнезе не удалось определить начало острой ревматической лихорадки, лишь у 13 (11,8%) порок был установлен в детском или подростковом возрасте. В структуре РПС лидирующие позиции занимали митральные пороки – 91,8%, при этом у 57 (51,8%) пациентов наблюдалось изолированное поражение митрального клапана.

Основными причинами обращения больных с РПС были признаки ХСН (98,1%) и легочной гипертензии (70,1%), которые имели гемодинамические нарушения в виде ремоделирования левого предсердия и правых отделов сердца.

Заключение. Предикторами неблагоприятного течения РПС являются стертая клинико-анамнестическая картина, что способствует поздней диагностики. Присоединение ХСН и легочной гипертензии способствует ухудшению клинико-гемодинамических показателей больных с РПС.

Ключевые слова: ревматические пороки сердца, хроническая сердечная недостаточность, легочная гипертензия, эхокардиография

Aim. Identification of predictors of unfavorable outcome of rheumatic heart diseases and their diagnostic significance.

Material and methods. We examined (n-110) patients with rheumatic heart disease (RPS) who were on inpatient and outpatient treatment for the period 2016-2018. All patients were divided into types of RHD, the degree of CHF and the presence of pulmonary hypertension (PH). Patients were distributed according to gender: women 72,7%; men 27,3%. All patients in addition to clinical, biochemical, and immunological diagnostic methods, carried out the echocardiography (EchoCG) and Doppler echocardiography (for Echocardiography).

Results. The clinical and functional characteristics of rheumatic heart defects showed that the majority – 85,5% of patients in the anamnesis could not determine the clinic of rheumatic fever, and only 13 (11,8%) patients had the defect established in childhood or adolescence. In the structure of RHD, the leading positions were occupied by mitral defects – 91,8%, while 57 (51,8%) had isolated mitral valve damage.

The main reasons for treatment of patients with RHD were signs of CHF (98,1%) and pulmonary hypertension (70,1%), which had hemodynamic disorders in the form of remodeling of the left atrium and right heart sections.

Conclusion. An erased clinical and anamnestic picture is a predictor of an unfavorable course of RPD, which contributes to late diagnosis. The addition of CHF and pulmonary hypertension contributes to the deterioration of the clinical and hemodynamic parameters of patients with RP.

Key words: rheumatic heart disease, chronic heart failure, pulmonary hypertension, echocardiography

Актуальность

Ревматическая болезнь сердца, как следствие острой ревматической лихорадки (ОРЛ), по-прежнему является серьезной угрозой для здоровья в большинстве развивающихся стран, а также спорадически – в развитых странах [11].

Хронические ревматические болезни сердца (ХРБС) входят по МКБ в класс “Болезни системы кровообращения” и, по данным ВОЗ, остаются наиболее частой причиной летальных исходов в структуре болезней системы кровообращения в возрасте до 35 лет, превышая показатели смертности от ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии [1].

По данным Всемирной Федерации Сердца (WHF), в мире около 33 млн. человек страдают ревматическими заболеваниями сердца, и она служит причиной 320 тыс. случаев смертей ежегодно [10].

Реалии сегодняшнего дня таковы, что в последнее 2-3 десятилетия произошло существенное изменение клинической картины ревматизма: крайне редко встречаются острые и подострые формы заболевания с ярким артритом, лихорадкой, эритемой, хореей и пр. [4, 5].

Итогом всех органических заболеваний сердца и сосудов является развитие хронической сердечной недостаточности (ХСН), что определяет их высокую медико-социальную и экономическую значимость [7]. Значимость клапанных пороков сердца в этиологической структуре ХСН имеет тенденцию к росту и колеблется от 4% до 14% [2]. Особые затруднения вызывают повторные активации ревматического процесса с минимальными клинико-лабораторными изменениями, которые затушевывается проявлениями декомпенсации [2, 7].

Одним из факторов прогрессирования ХСН при митральных пороках сердца (МПС) является лёгочная гипертензия (ЛГ) [3]. ЛГ наблюдаются при большом спектре заболеваний и, по определению Европейского общества кардиологов, характеризуется хроническим прогрессирующим повышением лёгочного сосудистого сопротивления, что значительно ухудшает прогноз жизни пациента, в том числе у больных с РПС [8].

В настоящее время высокоинформативными и неинвазивными методами диагностики поражения сердца при РПС являются эхокардиография (ЭхоКГ) и доплер-эхокардиография (ДЭхоКГ). С их помощью можно достоверно оценить функцию левых отделов сердца, структуру клапанного аппарата, рас-

считать систолическое давление в лёгочной артерии (СДЛА) [9].

В Республике Таджикистан ситуация с РПС имеет свои особенности и приводит к негативным последствиям. Это обусловлено ослаблением интереса со стороны врачей к ревматизму в последние десятилетия, низкая их осведомленность и настороженность, которые приводят к росту и поздней выявляемости пороков среди молодых, прогрессированию ХСН и высокой летальности [6].

Цель исследования

Выявление предикторов неблагоприятного исхода ревматических пороков сердца и их диагностическая значимость.

Материал и методы исследования

Нами было обследовано 110 пациентов с ревматическими пороками сердца (РПС), находившихся на стационарном и амбулаторном лечении за период 2016-2018 гг. в условиях кардиоревматологического отделения ГКБ № 2 им. К.Т. Таджикиева, амбулатории студенческой поликлиники ТГМУ и кардиохирургического отделения Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии.

Изучались демографические (пол, возраст, социальное происхождение), анамнестические, клинические, инструментальные и лабораторные характеристики.

Всем больным проводилось полное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование, включая стандартные методы лабораторного (общеклинические, биохимические, иммунологические); рентгенологического, электрокардиографического и эхокардиографического исследования.

По данным клинико-инструментального исследования, включая расспрос пациента, объективные данные с обязательной аускультацией сердца, а также данные эхокардиографии – выставлялся диагноз порока сердца. Верификация диагноза РПС устанавливалась согласно диагностическим критериям (Поздняков Ю.М. и соавт., 2001).

Формулировка диагноза проводилась согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ – 10), подготовленной ВОЗ, Женева, 1992 (пересмотренной в 2003 году Ассоциацией ревматологов России).

Верификация диагноза ХСН и его стадии проводилась в соответствии с рекомендациями Национального общества специалистов по недостаточности кровообращения (Национальные рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр), 2013).

Диагноз ЛГ определяется при среднем давлении в ЛА более 25 мм рт.ст. в покое и/или 30 мм рт.ст. при физической нагрузке. Оценки степени тяжести ЛГ при МПС используют следующую классификацию: I степень – СДЛА > 30 < 50 мм рт.ст.; II степень – СДЛА > 50 < 80 мм рт.ст.; III степень СДЛА – более 80 мм рт.ст.

Всем больным проведено эхокардиографическое исследование на аппарате Siemens Acuson X300 RSCCVS (датчик 3,5 МГц) при спокойном дыхании. Определяли показатели систолической и диастолической функции ЛЖ – фракцию выброса (ФВ), объемы полостей сердца в конце систолы и диастолы. Определяли следующие параметры: КДО, КСО, КДР, КСР, ПЖ – показатели ремоделирования ПЖ и ЛЖ сердца, а также увеличение размеров ПП и ЛП. С целью оценки тяжести МС и МН нами использовались практические рекомендации Американской коллегии кардиологов и Европейского общества кардиологов по ведению больных с пороками сердца (2015 г.) на основе доплер-эхокардиографии.

Всем больным осуществлялась регистрация ЭКГ в 12 стандартных отведениях на электрокардиографе прибор Biocare (ECG-1200, Shenzhen Biocare Electronics, Co., Ltd.).

Статистическая обработка проводилась с помощью прикладного пакета Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США) методом вариационной статистики. Её результаты представлены в виде средних значений (М) и их ошибок ($\pm m$)

для количественных признаков, правильное распределение, медианы (Me) и интерквартильного интервала ([25q;75q]) – для неправильно распределенных анализируемых признаков. Для сравнения двух независимых групп использовался U-критерий Манна-Уитни. Сравнение трех и более независимых групп проводилось с применением метода ANOVA по H-критерию Крускала – Уоллиса. Сравнение двух зависимых выборок проводили с помощью T-критерия Вилкоксона. Во всех случаях нулевая гипотеза отвергалась при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Обследовано всего – 110 больных с ХРБС, мужчин 30 (27,3%); женщин – 80 (72,7%); средний возраст – $50,8 \pm 12$ лет.

Среди пациентов преобладали женщины 80 (72,7%), против 30 (27,3%) мужчин. Анализ структурной характеристики пороков сердца показал преобладание митральных пороков – 57 (51,8%), среди которых изолированный митральный стеноз – 6 (10,5%), митральная регургитация – 7 (12,2%) и у 44 (77,2%) выявлен комбинированный митральный порок.

У 53 (48,1%) были выявлены: сочетанные митрально-аортальные 35 (31,8%), митрально-аортально-трикуспидальные 8 (7,2%), митрально-трикуспидальный 1 (0,9%) и у 9 (8,1%) больных установлен изолированный аортальный порок.

Данные анамнеза и результаты частоты факторов риска представлены в таблице 1.

Таблица 1

Анамнестические данные и факторы риска больных (n=110)

Признаки	Abs (n= 110)	%
ОРЛ (в анамнезе)	16	14,5
Частые ангины	87	79,09
Установление диагноза РПС (в детстве)	13	11,8
Установление диагноза при беременности	4	3,6
Случайная находка	6	5,4
Переохлаждение	26	23,6
Физическое переутомления	22	20
Наследственность	17	15,4

Как видно из данных таблицы, только у 13 (11,8%) больных в анамнезе порок был установлен в детском или подростковом

возрасте. При этом только у 3 (2,7 %) из них наблюдалась клиника острой ревматической лихорадки, у 10 больных порок сердца был

установлен на основании аускультативной картины.

У большинства – 85,5% – в анамнезе не удалось определить клинику ОРЛ, средний возраст установления ревматического порока составлял $43,7 \pm 3,3$ года.

Во время прохождения службы в рядах Национальной армии у 6 человек впервые

обнаружен порок сердца. У 4-х пациенток выявлен шум во время беременности. Наследственная отягощенность имела место у 17 (15,4%).

Анализ анамнестических данных выявил ряд признаков у обследуемых нами больных. Характеристика жалоб представлена на рисунке 1.

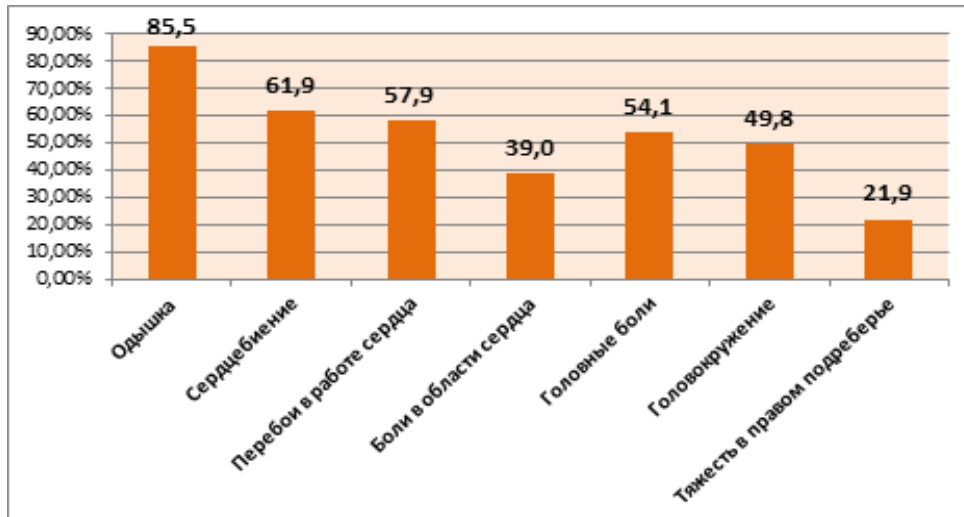


Рис. 1. Клинические проявления больных с РПС (n -110)

Как видно из данных рисунка, наиболее частыми жалобами больных с ХРБС являются: одышка (85,5%), сердцебиение (61,9%), перебои в работе сердца (57,9%), боли в области сердца (39%), головные боли (54,1%),

головокружение (49,8%), тяжесть в правом подреберье (21,9%).

Наблюдаемые нами больные были распределены по функциональным классам (ФК) ХСН (рис. 2).

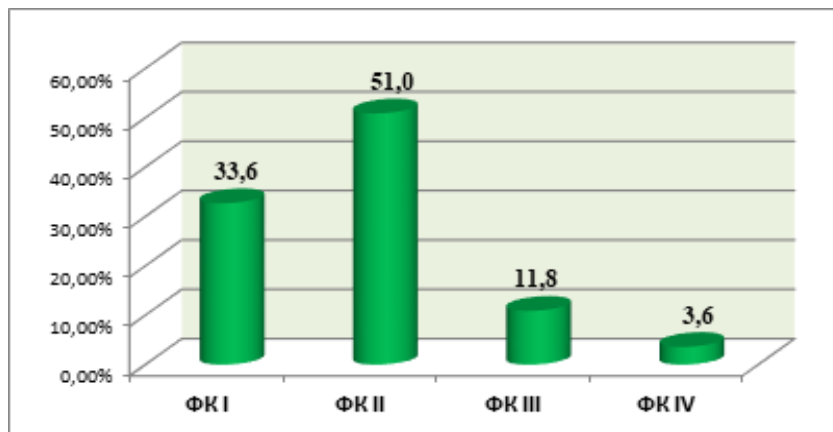


Рис. 2. Частота ФК ХСН у пациентов с ХРБС

Из общего количества наблюдаемых больных лишь у 2 не было признаков (сердечной недостаточности) декомпенсации. Преобладали больные с I и II функциональными классами недостаточности кровообращения: I функциональный класс – 33,6% (37), II функциональный класс – 51,0% (56), что в сумме составило 84,6%. На долю больных с 3 и 4 ФК приходится 15,4%: III функциональный класс – 11,8% (13) IV функциональный класс – 3,6% (4).

Митральные пороки (n=101) заняли лидирующие позиции среди пороков ревматической этиологии. Нами проведен поиск эхокардиографических показателей ремоделирования сердца с целью оценки тяжести сердечной недостаточности и осложнения. Была выделена подгруппа больных (n = 57) с изолированным поражением митрального клапана.

Из общего количества женщин – 46, мужчин – 11; средний возраст – 51,7 лет.

Таблица 2

Структурная характеристика больных с МПС

Вид порока	Abs (n-57)	%
Митральный стеноз	6	10,5
Митральная недостаточность	7	12,2
Комбинированный ревматический митральный порок:		
• с преобладанием стеноза	23	40,3
• с преобладанием недостаточности	3	5,2
• без явного преобладания	18	31,5

Как видно из данных таблицы, всего 13 больных представляли изолированные поражения митрального клапана: митральный стеноз – 6 (10,5%) и митральная недостаточность 7 (12,2%). Большинство больных – 44 (87%) – составили с комбинированными поражениями митрального клапана. Столь высокий процент больных с комбинированными поражениями клапанного аппарата можно объяснить с нескольких позиций. Во-первых, поздняя

диагностика ввиду отсутствия ревматологов во многих регионах республики; во-вторых, поздняя обращаемость самих пациентов; в-третьих, недостаточная профилактическая работа среди подростков по выявляемости групп риска и санации очагов инфекции.

Частота обнаружения Эхо-КГ-признаков ремоделирования правых и левых отделов сердца у больных МПС представлена в таблице 3.

Таблица 3

Эхо-кардиографические признаки ремоделирования у больных МПС (n-57)

Показатели	Частота обнаружения		Нормальные значения
	abs	%	
ЛП, мм	55	96	<40
ПП, мм	29	50	<38
КДР ПЖ, мм	25	43	<30
КДО ЛЖ, мл	15	26	Ж:59-138; М:96-157
КДР ЛЖ, мм	9	15	<56
КСО ЛЖ, мл	12	21	Ж:18-65; М:33-68
КСР ЛЖ, мм	6	10	<43

Данные эхокардиографического исследования свидетельствуют о высокой частоте ремоделирования левого предсердия (96%) и правых отделов сердца: расширение ПП (50%) и КДР ПЖ (43%). Учитывая высокие резервные сократительные способности ЛЖ, показатели КДР и КСР свидетельствуют о низкой частоте встречаемости ремоделирования ЛЖ (15% и 10% соответственно) у данной категории больных.

Нами изучены особенности клинического и гемодинамического течения легочной гипертензии (ЛГ) у больных с митральным пороком сердца.

Из общего количества больных у 40 (70,1%) наблюдалась легочная гипертензия. В зависи-

мости от степени тяжести ЛГ больные (n-40) разделены: ЛГ I ст. – 17; II ст. – 19; III ст. – 4 больных. Данные доплер-ЭхоКГ представлены в таблице 4.

Как видно из данных таблицы, у 17 больных (29,9%) не было признаков легочной гипертензии. Среди больных с ЛГ преобладали больные с 1-й и 2-й степенями ЛГ – 17 и 19 соответственно (всего 36 больных) и лишь у четырех больных наблюдалась легочная гипертензия 3 степени.

Нами проведен анализ клинических проявлений легочной гипертензии у больных МПС (n=40) и результаты представлены в таблице 5.

Таблица 4

**Характеристика ЛГ у обследованных больных
ревматическим МПС (n=57)**

Тип порока	Без ЛГ (n=17)	ЛГ I степени (n=17)	ЛГ II степени (n=19)	ЛГ III степени (n=4)
Изолированный МС (n=6)	–	–	5	1
Изолированная МР (n=7)	4	3	–	–
Комбинированный МП с преобладанием стеноза (n=23)	4	7	10	2
Комбинированный МП с преобладанием недостаточности (n=3)	–	2	1	–
МП без четкого преобладания (n=18)	9	5	3	1

Таблица 5

**Характеристика клинических проявлений
у больных МПС в ассоциации с ЛГ**

Симптомы	ЛГ I ст. % (n=17)	ЛГ II ст. % (n=19)	ЛГ III ст. % (n=4)	p
Одышка	100	100	100	> 0,05
Утомляемость	82,3	89,4	100	> 0,05
Общая слабость	58,8	68,4	75	> 0,05
Кардиалгия	41,1	47,3	50	> 0,05
Кашель (сухой)	29,4	63,1	75	< 0,05
Акцент II тона над ЛА	23,5	89,4	100	< 0,05

Симптоматика ЛГ при МПС в представленной классификации находится в корреляции со степенью ЛГ. Так, основными клиническими маркерами степени тяжести ЛГ у больных с МПС являются одышка, утомляемость, слабость, кашель и акцент II над легочной артерией ($p < 0,05$).

У всех больных отмечена одышка (100%), на втором месте были жалобы на утомляе-

мость, которая увеличивалась со степенью тяжести ЛГ. Кардиалгии наблюдались реже (50%). Акцент второго тона над легочной артерией выслушивался с высокой частотой 89,4% и 100% при ЛГ второй и третьей степеней.

Нами проведен эхокардиографический анализ больных с ЛГ (n=40) и без ЛГ (n=17), результаты данных ремоделирования сердца представлены в таблице 6.

Таблица 5

Характеристика клинических проявлений

ЭхоКГ показатели	Пациенты с лёгочной гипертензией (n=40)	Пациенты без лёгочной гипертензии (n=17)	p
Левое предсердие, мм	58,25	46,6	$p < 0,05$
Правое предсердие, мм	44,9	33,8	$p < 0,05$
КДР ПЖ, мм	30,8	25,5	$p < 0,05$
СДЛА мм рт.ст.	57,6	25,2	$p < 0,001$
КДР ЛЖ, мм	47,1	51,8	$p < 0,05$
КСР ЛЖ, мм	33,3	34,8	$p < 0,05$
КДО ЛЖ, мл	106,3	133	$p < 0,05$
КСО ЛЖ, мл	47,9	52,8	$p < 0,05$
ФВ ЛЖ, %	55,6	60	$p > 0,05$

Как видно из данных таблицы, размеры ЛП были достоверно выше ($p < 0,05$) у пациентов с ЛГ (58,25 против 46,6), а также размеры ПП (44,9 против 33,8). В подгруппе больных с ЛГ наблюдалась достоверное ($p < 0,001$) увеличение показателя СДЛА (57,6 против 25,2).

Заключение

Отсутствие ревматического анамнеза и яркой клинической симптоматики у больных с ХРБС способствуют прогрессированию и присоединению ХСН, аритмий, легочной гипертензии, которые негативно влияют на клиническое течение, снижают эффективность проводимой терапии и увеличивают частоту госпитализации.

Наличие атипичной и, зачастую, стёртой клинической картины у больных с РПС является основной причиной их ранней инвалидизации и летальности, необходимо своевременно выявлять и контролировать предикторы неблагоприятного прогноза.

У больных с РПС, помимо ревматического анамнеза, необходимо оценивать функциональное состояние внутренних органов с акцентом на эхо-кардиографическом обследовании.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 7-11 см. в REFERENCES)

1. ВОЗ. Объединение учреждений Организации Объединенных Наций в борьбе с неинфекционными заболеваниями // Бюллетень ВОЗ. 2013. №91. С. 623-623А.
2. Калягин А.Н., Горяев Ю.А. Поведенческие и социальные факторы хронической сердечной недостаточности у больных ревматическими пороками сердца // Вестник современной клинической медицины. 2010. Т. 3, Прил. I. С. 82-83.
3. Клименко А.А., Шостак Н.А., Андрияшкина Д.Ю., Кондрашов А.А. Лечение легочной артериальной гипертензии: актуальные вопросы // Кардиология: новости, мнения, обучение. 2019. № 7 (3). С. 46-55.
4. Петров В.С. Некоторые аспекты проблемы ревматических пороков сердца // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. 2013. №2. С. 82-87.
5. Черкашин Д.В., Кучмин А.Н., Шуленин С.М., Свистов А.С. Ревматическая лихорадка // Клиническая медицина. 2013. №7. С. 4-13.
6. Шукурова С.М., Ахунова М.Ф., Абдуллаев М.Ф. и др. Характеристика ревматологической патологии в Республике Таджикистан на стационарном этапе. // Научно-практическая ревматология. 2014. Т. 52(5). С. 530-534.

REFERENCES

1. ВОЗ. *Obedinenie uchrezhdeniy Organizatsii Obedinennykh Natsiy v borbe s neinfektsionnymi zabolovaniyami* [Bringing together United Nations agencies to fight non-communicable diseases]. Byulleten VOZ - Bulletin of World Health Organization, 2013, No. 91, pp. 623-623A.
2. Kalyagin A. N., Goryaev Yu. A. *Povedencheskie i sotsialnye faktory khronicheskoy serdechnoy nedostatochnosti u bolnykh revmaticheskimi porokami serdtsa* [Behavioral and social factors of chronic heart failure in patients with rheumatic heart disease]. *Vestnik sovremennoy klinicheskoy meditsiny – Bulletin of modern clinical medicine*, 2010, Vol. 3, pp. 82-83.
3. Klimenko A. A., Shostak N. A., Andriyashkina D. Yu., Kondrashov A. A. *Lechenie legochnoy arterialnoy gipertenzii: aktualnye voprosy* [Treatment of pulmonary arterial hypertension: current questions]. *Kardiologiya: novosti, mneniya, obuchenie – Cardiology: news, opinions, training*, 2019, No. 7 (3), pp. 46-55.
4. Petrov V. S. *Nekotorye aspekty problemy revmaticheskikh porokov serdtsa* [Dome aspects of rheumatic heart disease problem]. *Rossiyskiy mediko-biologicheskii vestnik im. akademika I.P. Pavlova – Russian medical and biological bulletin named after Academician I.P. Pavlov*, 2013, No. 2, pp. 82-87.
5. Cherkashin D. V., Kuchmin A. N., Shulenin S. M., Svistov A. S. *Revmaticheskaya likhoradka* [Rheumatic fever]. *Klinicheskaya meditsina – Clinical medicine*, 2013, No. 7, pp. 4-13.
6. Shukurova S. M., Akhunova M. F., Abdullaev M. F. *Kharakteristika revmatologicheskoy patologii v Respublike Tadjikistan na statsionarnom etape* [Characteristics of rheumatic pathology in the republic of Tajikistan as defined in hospital]. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya – Scientific and practical rheumatology*, 2014, Vol. 52 (5), pp. 530-534.
7. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*, 2016, Vol. 37, pp. 2129-2200.
8. Galie` N., Humbert M., Vachiery J.L. et al. / 2015 ESC/ERS Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension. The Joint Task Force for the Diagnosis and Treatment of Pulmonary Hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Respiratory Society (ERS). *European Respiratory Society*, 2015, Vol. 46, pp. 879–882.
9. Kotit S, Said K, ElFaramawy A, et al. Prevalence and prognostic value of echocardiographic screening for rheumatic heart disease. *Open Heart*, 2017, No. 4, pp. 1-6.
10. Remenyi B, Carapetis J, Wyber R, et al. World Heart Federation. Position statement of the World Heart Federation on the prevention and control of rheumatic heart disease. *Nature Reviews Cardiology*, 2013, No. 10 (5), pp. 284-292.
11. Watkins D. A., Johnson C. O., Colquhoun S. M., et al. Global, Regional, and National Burden of Rheumatic Heart Disease, 1990-2015. *New England Journal of Medicine*, 2017, Vol. 377 (8), pp. 713-722.

Сведения об авторах:

Шукурова Сурайё Максудовна – зав. кафедрой терапии и кардио-ревматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, член-корр. АМН РТ, д.м.н., профессор

Курбонова Фарзона Убайдуллоевна – ассистент кафедры терапии и кардио-ревматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Раджабов Рустам Мулладжонович – ассистент кафедры

терапии и кардио-ревматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Раджабова Гулноз Маъруфходжаевна – ассистент кафедры терапии и кардио-ревматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Контактная информация:

Курбонова Фарзона Убайдуллоевна – тел.: (+992)907 50 01 33; e-mail: zavar.imron@gmail.com

Махмудов Д.Т., Ашуров Г.Г.

КОМПЛЕКСНОЕ ИЗУЧЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С РАЗНОЙ ПРИВЫЧНОЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТЬЮ

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Makhmudov D.T., Ashurov G.G.

COMPLEX STUDY OF DENTISTRY STATUS BESIDE PATIENTS WITH DIFFERENT ACCUSTOMED MOTOR ACTIVITY

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

Цель исследования. Ситуационный анализ стоматологической заболеваемости у пациентов с низкой, средней и высокой привычной двигательной активностью.

Материал и методы. Проведено эпидемиологическое обследование органов и тканей полости рта у 850 пациентов и изучены клинические показатели стоматологической заболеваемости 106 больных с разной привычной двигательной активностью.

Результаты. Очень низкая форма привычной двигательной активности увеличивает распространенность стоматологических заболеваний у больных в 1,5-4 раза, по сравнению с высокой привычной двигательной активностью. Обнаружена 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. Тяжелые формы патологии пародонта в большинстве случаев диагностируются у пациентов с низким уровнем привычной двигательной активности, в то время как легкая форма данной патологии наиболее часто отмечалась у пациентов с высоким уровнем функциональной активности. В зависимости от уровня привычной двигательной активности распространенность и интенсивность стоматологической заболеваемости существенно возрастает в старших возрастных группах.

Ключевые слова: *гингивит, пародонтит, физическая активность, пародонтальный карман, зубной камень, кровоточивость*

Aim. Situational analysis of dental morbidity in patients with low, medium and high habitual motor activity.

Material and methods. An epidemiological examination of organs and tissues of the oral cavity was carried out in 850 patients and the clinical indicators of dental morbidity in 106 patients with different habitual motor activity were studied.

Results. An extremely low form of habitual physical activity increases the prevalence of dental diseases in patients by 1.5-4 times, compared with a high habitual physical activity. A moderate negative correlation was found between the value of the index of the intensity of dental caries and a decrease in motor activity. According to the analysis of the severity of periodontal lesions, chronic focal and generalized severe periodontitis was most often diagnosed in patients with a low level of motor activity.

Conclusion. In most cases, severe forms of periodontal pathology are diagnosed in patients with a low level of habitual motor activity, while a mild form of this pathology was most often observed in patients with a high level of functional activity. Depending on the level of habitual physical activity, the prevalence and intensity of dental morbidity increases significantly in older age groups.

Key words: *gingivitis, parodontitis, physical activity, parodontal pocket, teeth's stone, bleeding*

Актуальность

Несмотря на многочисленные исследования, представления об этиологии и патогенезе патологических изменений органов и тканей полости рта остаются во многом спорными и неясными. К настоящему времени сложилось мнение о том, что стоматологические заболевания развиваются под влиянием как местных причин, так сочетанного воздействия общих факторов на фоне измененной реактивности организма [2, 3, 5].

По мнению многих авторов [1, 7], патогенетические механизмы развития стоматологической патологии во многом зависят от состояния неспецифической резистентности организма, оказывающей влияние на способность микроорганизмов размножаться в полости рта и фиксироваться в виде мягкого зубного налета, а также влияющей на состав и свойства слюны, твердых тканей зубов, их устойчивость к патогенному действию микроорганизмов и продуктов их жизнедеятельности.

Общая резистентность человека в значительной мере определяется уровнем его функциональных возможностей. В качестве основы для более полной оценки функциональных резервов организма и установления его резистентности к разным факторам окружающей среды может быть предложена физиологическая потребность в двигательной активности [4].

Обобщая имеющиеся сведения о влиянии ограничения двигательной активности на обменные процессы в организме и структуру костной ткани, можно сделать заключение, что гиподинамия и гипокинезия вызывают существенные изменения как во всей опорно-двигательной системе, так и в зубочелюстной. Данные изменения характеризуются снижением минеральной насыщенности костной ткани, деструктивными процессами в тканях пародонта, нарушением микроциркуляции, изменением состава и свойства слюны, снижением порогов тактильной и болевой чувствительности [6].

Особое место в последнее время в развитии пародонтита стали придавать гиподинамии и гипокинезии жевательного аппарата. Последнее связано со спецификой современной жизни и тенденцией основной массы населения к гипокинезии, что в свою очередь приводит к снижению функциональных возможностей организма, появлению избыточной массы, которые в сочетании с другими неблагоприятными факторами играют существенную роль в увеличении заболеваемости [4, 6].

Установление взаимосвязей распространенности и интенсивности кариеса зубов,

заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта с уровнем привычной двигательной активности индивидуума может способствовать разработке рекомендаций по прогнозу и профилактике заболевания органов и тканей полости рта.

Цель исследования

Ситуационный анализ стоматологической заболеваемости у пациентов с низкой, средней и высокой привычной двигательной активностью.

Материал и методы исследования

Мы оценивали стоматологический уровень здоровья у 487 человек взрослого населения (268 мужчин, 219 женщин) в возрасте от 20 до 60 лет и старше. В зависимости от функциональных типов конституции пациенты разделены на 3 группы: 1-я группа – 139 (28,5%) с высокой, 2-я группа – 146 (30,0%) – со средней и 3-я группа 202 (41,5%) – с низким уровнями привычной двигательной активности.

Изучение состояния полости рта проведено в соответствии с методикой ВОЗ [3] с применением «Карты для оценки стоматологического статуса»: внеротовое обследование; оценка состояния височно-нижнечелюстного сустава; оценка состояния слизистой оболочки полости рта; обследование пародонта; измерение потери десневого прикрепления; заполнение зубной формулы для оценки состояния зубов и необходимости в лечении. Рассчитывались показатели распространенности и интенсивности стоматологических заболеваний и потребности в лечебно-профилактических мероприятиях у лиц с разной привычной двигательной активностью.

Полученный в результате клинического исследования цифровой материал обработан для статистического анализа. Различия между сравниваемыми группами считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Полученные материалы свидетельствуют о том, что хронические заболевания слизистой оболочки полости рта во всех возрастных группах были распространены значительно больше у лиц с низким уровнем привычной двигательной активности, по сравнению с пациентами, имеющими среднюю и высокую степени лабильности. Так, величина распространенности мукологической патологии у обследованных лиц первой группы в возрастных группах 20-29 и 30-39 лет минимальна – от $2,6 \pm 0,2\%$ до $7,4 \pm 2,3\%$. С возрастом этот показатель увеличивался ($p < 0,05$): в 40-49 лет – $21,3 \pm 4,3\%$; в 50-59 и старше 60 лет – соответственно $32,2 \pm 4,4\%$ и $37,4 \pm 4,7\%$ при усредненном значении $20,2 \pm 3,2\%$ (табл. 1).

Во второй группе (лица со средним уровнем двигательной активности) мукологическая патология составила минимальную величину в возрастных группах 20-29

(0,5±0,2%) и 30-39 лет (1,8±0,3%), преобладала в возрастных группах 40-49 (6,7±1,9%), 50-59 (10,9±2,1%) и старше 60 лет (18,2±3,3%) при среднецифровом значении 7,6±2,5%.

Таблица 1

Распространенность заболеваний слизистой оболочки полости рта в обследованных группах, %

Возраст, в годах	Уровень привычной двигательной активности		
	низкий	средний	высокий
20-29	2,6±0,2	0,5±0,2	–
30-39	7,4±2,3	1,8±0,3	1,6±0,2
40-49	21,3±4,3	6,7±1,9	3,4±1,9
50-59	32,2±4,4	10,9±2,1	6,3±2,1
60 >	37,4±4,7	18,2±3,3	10,2±2,6
В среднем	20,2±3,2	7,6±2,5	4,3±1,4

Величина исследуемых показателей у лиц с высоким уровнем привычной двигательной активности оказалась таковой. У 20-29-летних пациентов не была выявлена мукологическая патология. В возрастных группах 50-59 и старше 60 лет этот показатель был значительно выше (соответственно 6,3±2,1% и 10,2±2,6%). В возрастных группах 30-39 и 40-49 лет хронические формы заболевания слизистой полости рта оказались минимальными – 1,6±0,2% и 3,4±1,9% соответственно.

Как свидетельствуют приведенные данные, наиболее высокая распространенность заболеваний слизистой оболочки полости рта выявлена в группе лиц с низким уровнем привычной двигательной активности – 20,2±3,2% (41 чел.). У пациентов со средним и высоким уровнями привычной двигательной активности величина распространенности мукологической патологии составила соответственно 7,6±2,5% (11 чел.) и 4,3±1,4% (6 чел.).

Заболевания пародонта во всех возрастных группах были распространены значительно больше среди обследованных групп с низкой привычной двигательной активностью – в среднем 100,0% (202 чел.). В группе лиц со средней двигательной активностью этот показатель составил 95,3% (142 чел.), а в третьей группе – 79,1% (110 чел.). С возрастом у лиц с низкой, средней и высокой двигательной активностью величина распространенности пародонтальной патологии достоверно возрастала. Если в младших возрастных группах (20-29 и 30-39 лет) они выявлены соответственно в 88,7% и

96,3% случаев, то в последующих возрастных группах были выявлены стопроцентные величины названного показателя.

Во всех группах кровоточивость десны и наличие суб- и супрагингивальных зубных отложений (CPITN 1 и 2), как первое клиническое проявление заболеваний пародонта, преобладали в возрастных группах 20-29 и 30-39 лет. Наибольшее количество сегментов у лиц этих возрастов поражено ею в первой (2,26±0,21) и второй (1,52±0,19) обследованных группах. Следует отметить, что с возрастом число пародонтальных сегментов с кровоточивостью и зубным отложением уменьшается ввиду развития более глубоких изменений в структурных единицах тканей пародонта.

Число сегментов с пародонтальными карманами глубиной 4-5 мм (CPITN 3) у лиц с высокой привычной двигательной активностью в возрасте 20-29 и 30-39 лет относительно минимально (соответственно 3,26±0,15 и 3,65±0,11). В возрасте 40-49 лет этот пародонтальный показатель достоверно ($p<0,05$) увеличивался до значения 3,99±0,22, а в последующих возрастных группах наблюдалось хотя не достоверно, но снижение исследуемого показателя (соответственно до значения 3,35±0,25 и 3,94±0,18 пародонтального сегмента).

При высоком уровне привычной двигательной активности в возрастных группах 20-29 и 30-39 лет исходное значение пародонтального сегмента по индексу CPITN 4 соответствовало значениям 0,96±0,10 и 1,07±0,09. В последующих возрастных группах оно резко возрастало вследствие увеличения патоло-

гических карманов глубиной 6 мм и более ($1,33 \pm 0,14$, $1,49 \pm 0,17$ и $1,55 \pm 0,23$ – соответственно в возрастных группах 40-49, 50-59 и старше 60 лет). Усредненное значение индекса нуждаемости в лечении заболеваний пародонта у больных с высоким уровнем привычной двигательной активности составило 20,9%,

57,7% и 21,4% соответственно для CPITN 1 и 2, CPITN 3 и CPITN 4.

По аналогичной схеме также проводилась повозрастная структуризация индекса нуждаемости в лечении заболеваний пародонта у больных со средней привычной двигательной активностью (табл. 2).

Таблица 2

Исходное значение интенсивности заболеваний пародонта при среднем уровне привычной двигательной активности (в среднем на одного обследованного)

Возраст, в годах	CPITN 1 и 2		CPITN 3		CPITN 4		Итого секстантов	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
20-29	$1,32 \pm 0,22$ $p < 0,02$	22,0	$3,26 \pm 0,15$	54,4	$1,42 \pm 0,26$ $p > 0,2$	23,6	6,0	100
30-39	$0,82 \pm 0,11$ $p > 0,2$	13,7	$3,65 \pm 0,11$ $p > 0,1$	60,8	$1,53 \pm 0,27$ $p > 0,5$	25,5	6,0	100
40-49	$0,32 \pm 0,08$ $p < 0,05$	5,3	$3,99 \pm 0,22$ $p < 0,001$	66,5	$1,69 \pm 0,30$ $p < 0,05$	28,2	6,0	100
50-59	$0,64 \pm 0,17$ $p < 0,001$	10,7	$3,35 \pm 0,25$ $p > 0,2$	55,8	$2,01 \pm 0,29$ $p > 0,2$	33,5	6,0	100
60 и >	$0,10 \pm 0,03$ $p < 0,001$	1,67	$3,94 \pm 0,18$ $p > 0,2$	65,7	$1,96 \pm 0,24$ $p > 0,2$	32,7	6,0	100
В среднем	$0,64 \pm 0,12$	10,7	$3,64 \pm 0,18$	60,6	$1,72 \pm 0,18$	28,7	6,0	100

Как следует из таблицы 2, во всех обследованных возрастных группах преобладало число сегментов с пародонтальными карманами глубиной 4-5 мм (CPITN 3) от $3,26 \pm 0,15$ (54,4%) до $3,94 \pm 0,18$ (65,7%) сегмента на одного обследованного пациента. В промежуточных возрастных группах значение данного показателя варьировало от $3,65 \pm 0,11$ (60,08%) до $3,99 \pm 0,22$ (66,5%) и $3,35 \pm 0,25$ (55,8%) соответственно у 30-39-, 40-49- и 50-59-летних пациентов.

У пациентов данной группы значение пародонтального сегмента с патологическими зубодесневыми карманами глубиной 6 мм и более (CPITN 4) с возрастом увеличивалось ($p < 0,05$): от $1,42 \pm 0,26$ и $1,53 \pm 0,27$ соответственно в возрастных группах 20-29 и 30-39 лет до $1,69 \pm 0,30$ и $2,01 \pm 0,29$ пародонтального сегмента соответственно у 40-49- и 50-59-летних пациентов. Следует отметить, что в возрасте 60 лет и старше этот показатель, хотя недостоверно ($p > 0,05$), но все же снизился вследствие увеличения доли удаленных зубов.

В группе лиц со средним уровнем привычной двигательной активности суммарное значение показателя кровоточивости десен (CPITN 1), а также наличие суб- и супрагингивальных минерализованных зубных отложений (CPITN

2) во всех возрастных группах уменьшилось. Так, суммарное повозрастное распределение данного показателя на одного обследованного составило $1,32 \pm 0,22$ (22,0%), $0,82 \pm 0,11$ (13,7%), $0,32 \pm 0,08$ (5,3%), $0,64 \pm 0,17$ (10,7%) и $0,10 \pm 0,03$ (1,67%) соответственно в возрастных группах 20-29, 30-39, 40-49, 50-59 и старше 60 лет.

Среднецифровое значение интенсивности заболеваний пародонта при среднем уровне привычной двигательной активности составило 7,2%, 3,5%, 60,6% и 28,7% соответственно для CPITN 1, CPITN 2, CPITN 3 и CPITN 4.

При низком уровне привычной двигательной активности значение патологических изменений пародонтальных сегментов по индексу нуждаемости в лечении заболеваний пародонта имело наибольшие различия.

Во всех обследованных группах кровоточивость десны и наличие суб- и супрагингивальных зубных отложений (CPITN 1 и 2), как первое клиническое проявление заболеваний пародонта, преобладали в возрастных группах 20-29 и 30-39 лет. Наибольшее количество сегментов у лиц этих возрастов поражено в первой ($2,26 \pm 0,21$) и второй ($1,52 \pm 0,19$) обследованных группах. Следует отметить, что с возрастом число пародонтальных сегментов с кровоте-

чивостью и зубным отложением уменьшается ввиду развития более глубоких изменений в структурных единицах тканей пародонта.

У лиц с низкой привычной двигательной активностью суммарное значение индекса CPITN 1 и 2 в возрастных группах 20-29, 30-39 и 40-49 лет составило соответственно $0,87 \pm 0,12$ (14,5%), $0,55 \pm 0,10$ (9,2%) и $0,22 \pm 0,08$ (3,7%) при соответствующим значение $0,14 \pm 0,04$ (2,3%) и $0,07 \pm 0,02$ (1,2%) в возрастных группах 50-59 и старше 60 лет.

В возрасте 20-29 и 30-39 лет число сегментов с пародонтальными карманами глубиной 4-5 мм (CPITN 3) у лиц с низкой привычной двигательной активностью относительно минимально (соответственно 32,7% и 44,2%). Значение названного индекса в возрасте 40-49 лет достоверно ($p < 0,05$) увеличивался до значения 49,0%, а в последующих возрастных группах оно доходило до 52,5% и 53,8% соответственно на одного обследованного.

При низком уровне привычной двигательной активности в возрастных группах 20-29 и 30-39 лет кодовое значение пародонтального индекса CPITN 4 составило 52,8% и 46,6% соответственно. В последующих возрастных группах оно составило почти одинаковым значениям (47,3%, 45,2% и 45,0% соответственно).

У пациентов с низким уровнем привычной двигательной активности усредненное значение индекса нуждаемости в лечении заболеваний пародонта составило 6,2%, 46,5% и 47,3% соответственно для CPITN 1 (3,3%) и 2 (2,9%), CPITN 3 и CPITN 4.

Сопоставительная оценка составляющих элементов индекса нуждаемости в лечении заболеваний пародонта показала, что среди обследованных лиц независимо от уровня привычной двигательной активности практически не визуализировались здоровые пародонтальные сегмента (CPITN 0). Во всех группах суммарное значение кровоточивость десны (CPITN 1) и на-

личие зубного камня (CPITN 2), как первое проявление заболеваний пародонта, в зависимости от возрастного фактора и уровня двигательной активности оказалось таковым.

Таким образом, пациенты с разным уровнем привычной двигательной активности по всем структурным составляющим индекса нуждаемости в лечении заболеваний пародонта (CPITN 1, CPITN 2, CPITN 3 и CPITN 4) существенно различались.

Среди всех обследованных пациентов независимо от уровня привычной двигательной активности в младших возрастных группах (20-29 лет) уровень прикрепления десны имел небольшие различия и, как правило, не превышал 3 мм (от $5,92 \pm 0,1$ до $6,0 \pm 0,1$ сегмента). С возрастом происходило постепенное уменьшение числа сегментов с начальной степенью прикрепления десны во всех обследованных группах. В возрасте 30-39 и 40-49 лет потеря прикрепления десны 4-5 мм у лиц с низким и средним уровнями привычной двигательной активности была примерно одинаковой и в среднем отмечалась в $0,7 \pm 0,1$ – $0,9 \pm 0,1$ сегмента ($p < 0,05$). В группе пациентов с низкой привычной двигательной активностью этот показатель был значительно выше – $1,4 \pm 0,1$ сегмента. У лиц старших возрастов (50-59, 60 лет и старше) различия по этому показателю постепенно нивелируется во всех группах независимо от уровня привычной двигательной активности за счет удаления зубов с потерей прикрепления десны 6 мм и более.

Изучение кариесологического статуса показало, что независимо от уровня двигательной активности распространенность кариеса во всех группах составила стопроцентного значения. Вместе с тем, иная картина обнаружена при изучении интенсивности кариеса зубов среди обследованных лиц. Полученные материалы подтверждают, что с возрастом нарастала интенсивность кариеса по показателю КПУз (табл. 3).

Таблица 3

Значение индекса интенсивности кариеса зубов в зависимости от возраста и уровня привычной двигательной активности в обследованных группах

Возраст, в годах	Значение индекса КПУз у лиц с		
	низким уровнем двигательной активности	средним уровнем двигательной активности	высоким уровнем двигательной активности
20-29	$9,23 \pm 1,0$	$7,75 \pm 1,0$	$4,10 \pm 0,5$
30-39	$13,83 \pm 1,1$	$12,35 \pm 1,1$	$8,70 \pm 0,5$
40-49	$14,55 \pm 1,2$	$13,06 \pm 1,2$	$9,41 \pm 0,6$
50-59	$16,46 \pm 1,2$	$15,01 \pm 1,2$	$11,36 \pm 0,7$
60 >	$30,81 \pm 1,9$	$28,0 \pm 1,9$	$24,98 \pm 1,2$
В среднем	$16,98 \pm 1,3$	$15,23 \pm 1,3$	$11,71 \pm 0,7$

Как следует из таблицы 3, среди всех обследованных лиц, независимо от уровня привычной двигательной активности, с возрастом возрастала интенсивность кариеса зубов. Величина интенсивности кариеса зубов по индексу КПУз у лиц с низким, средним и высоким уровнем привычной двигательной активности в среднем составила $16,98 \pm 1,3$, $15,23 \pm 1,3$ и $11,71 \pm 0,7$ единиц соответственно ($p < 0,05$). Прирост интенсивности кариеса зубов с возрастом у лиц с низкой привычной двигательной активностью составил максимальную величину ($21,58 \pm 1,8$) относительно лиц со средней и высокой двигательной активностью (соответственно $20,25 \pm 0,9$ и $20,88 \pm 0,7$).

Усредненное значение компонента «К» во всех обследованных группах близки: $0,6 \pm 0,2$; $0,7 \pm 0,2$; $1,2 \pm 0,2$; $0,9 \pm 0,2$ и $0,8 \pm 0,2$ соответственно у 20-29-, 30-39-, 40-49-, 50-59- и 60-летних и старше. В зависимости от уровня активности вариабельность значения компонента «К» варьирует от $1,3 \pm 0,4$ до $1,9 \pm 0,4$ у лиц с высокой двигательной активностью, от $1,4 \pm 0,3$ до $2,1 \pm 0,3$ – у лиц со средней и от $1,2 \pm 0,3$ до $2,4 \pm 0,5$ – у лиц с низкой привычной двигательной активностью. У лиц старших возрастных групп этот компонент во всех группах снижается.

Суммарное значение осложненных форм кариеса зубов (компонент «Р» ± компонент «Х») у всех обследованных становится больше в возрасте 50-59 лет, а затем их число снижается. В возрастных группах 20-29, 30-39 и 40-49 лет суммарное значение этих компонентов сопоставимо во всех группах ($4,2 \pm 0,2$; $4,4 \pm 0,3$ и $4,6 \pm 0,3$ соответственно). Больше всего по этим компонентам индекса КПУз различаются лица, входящие в группу с низкой ($9,7 \pm 2,3$) и средней ($7,4 \pm 2,2$) привычной двигательной активностью. С возрастом эта разница исчезает за счет увеличения числа удаленных зубов.

Число удаленных зубов (компонент «У») во всех обследованных группах с возрастом (прямая корреляция), а также в зависимости от уровня привычной двигательной активности (обратно диаметральной зависимость) увеличивается. В группе пациентов с низкой двигательной активностью число удаленных зубов наибольшее ($13,10 \pm 4,2$) и значительно отличается от такового в группах со средней ($8,7 \pm 2,3$) и высокой ($3,5 \pm 1,1$) привычной активностью.

Таким образом, у пациентов с низкой привычной двигательной активностью усредненное значение распространенности мукологической патологии в 2,7 раза больше, чем у

лиц со средней двигательной активностью. У лиц с низким уровнем активности разница в распространенности заболеваний слизистой полости рта, по сравнению с пациентами с высоким уровнем привычной двигательной активности, была в 4,7 раза больше.

Заключение

В ходе проведенного исследования нами обнаружена отрицательная корреляция между значением распространенности заболеваний пародонта, индексом интенсивности кариеса зубов и снижением уровня двигательной активности.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 6-7 см. в REFERENCES)

1. Каримов С.М., Джураев Д.Э., Султанов М.Ш. Результаты оценки состояния тканей пародонта у взрослого населения с аномалиями зубочелюстной системы // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. Душанбе, 2019. № 4. С. 9-14.
2. Боровский Е.В., Лукиных Л.М. Стоматологический уровень здоровья в наших руках // Маэстро стоматологии. 2014. № 3. С. 17-19.
3. Леонтьев В.К., Пахомов Г.Н. Профилактика стоматологических заболеваний. М., 2016. 415 с.
4. Леонтьев В.К., Колпаков В.В., Брагин В.В. Концепция типовой вариабельности физиологической индивидуальности - фундаментальная основа системной профилактики и комплексной терапии в стоматологии // Стоматология. 2015. № 5. С. 4-8.
5. Леонтьев В.К., Макарова Р.П., Кузнецова Л.И., Блохина Ю.С. Сравнительная характеристика оценки качества жизни пациентами стоматологического профиля // Стоматология. 2011. С. 63-64.

REFERENCES

1. Karimov S. M., Dzhuraev D. E, Sultanov M. Sh. Rezultaty otsenki sostoyaniya tkaney parodonta u vzroslogo naseleniya s anomaliami zubochelyustnoy sistemy [Results of the estimation of condition parodontal tissue beside adult population with anomaly of teeth-maxillary system]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya – Herald of the institute of postgraduate education in health sphere*, 2019, No. 4, pp. 9-14.
2. Borovskiy E. V., Lukinikh L. M. Stomatologicheskij uroven zdorovya v nashikh rukakh [The dentistry level of health in our hand]. *Maestro stomatologii – Maestro of dentistry*, 2014, No. 3, pp. 17-19.
3. Leontev V. K., Pakhomov G. N. *Profilaktika stomatologicheskikh zabolevaniy* [Preventive measures of dentistry diseases]. Moscow, 2016. 415 p.
4. Leontev V. K., Kolpakov V. V., Bragin V. V. *Kontseptsiya tipovoy variabelnosti fiziologicheskoy individualnosti - fundamentalnaya osnova sistemnoy profilaktiki i*

kompleksnoy terapii v stomatologii [Concept of standard variability of physiological individuality - a fundamental base of the system of preventive measures and complex therapy in dentistry]. *Stomatologiya – Dentistry*, 2015, No. 5, pp. 4-8.

5. Leontev V. K., Makarova R. P., Kuznetsova L. I., Blokhina U. S. Sravnitel'naya kharakteristika otsenki kachestva zhizni patsientami stomatologicheskogo profilya [Comparative feature estimation of life's quality dentistry patient profile]. *Stomatologiya – Dentistry*, 2011, No. 2, pp. 63-64.

6. Montoye H. I., Taylor H. L. Measurement of physical activity in population studies a review. *Human Biology*, 2014, Vol. 56, pp. 195-216.

7. Tunmerman M. E., Van der Weijden G. Y. Risk factors for periodontitis. *International Journal of Dental Hygiene*, 2009, Vol. 4, pp. 2-7.

Сведения об авторах:

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

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

Контактная информация:

Махмудов Джурабек Тешиевич – тел.: (+992) 918 72 1155

¹Нозиров Дж.Х., ¹Рахимов З.Я., ²Нозиров А.Дж.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ БРАДИАРИТМИЯХ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ЗАДНЕНИЖНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

¹Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

²ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино

¹Nozirov J.Kh., ¹Rahimov Z.Ya., ²Nozirov A.J.

EMERGENCY CARE FOR BRADYARRHYTHMIA PATIENTS WITH ACUTE POSTERIOR MYOCARDIAL INFARCTION

¹Department of Cardiology with the Course of Clinical Pharmacology of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere» of the Republic of Tajikistan

²State Educational Establishment «Avicenna Tajik State Medical University»

Цель исследования. Оптимизация оказания экстренной медикаментозной помощи больным с нижним инфарктом миокарда, осложненным острыми брадиаритмиями.

Материал и методы. Проведено исследование 33 больных (19 мужчин, 14 женщин; средний возраст $61,5 \pm 3,3$ года: $59,2 \pm 2,8$ для мужчин, $63,8 \pm 3,0$ для женщин) с заднеинфарктом миокарда и брадиаритмией. Использованы клинико-анамнестические, лабораторно-биохимические, инструментальные и статистические методы исследования.

Результаты. С целью восстановления АВ-проводимости и уменьшения степени АВ-блокады использованы растворы атропина сульфата в дозе 1 мг/мл и эуфиллина в дозе 24 мг/мл (10 мл 2,4% раствора) в/в болюсно.

Установлена эффективность применения препаратов метилксантина (эуфиллин) у больных в ранние сроки острого инфаркта миокарда заднеинфарктной стенки с АВ-блокадой II, III ст. и депрессией сегмента ST в прекардиальных отведениях ЭКГ, по сравнению с пациентами с острым заднеинфарктом миокарда и АВ-блокадой без депрессии сегмента ST в прекардиальных отведениях, которые оказались высокочувствительными к приёму М-холинолитиков (атропин).

Заключение. Дифференцированный подход к назначению препаратов метилксантина и М-холинолитиков в ранние сроки острого заднеинфарктного инфаркта миокарда с АВ-блокадой II-III степеней с учетом анализа сегмента ST в прекардиальных отведениях ЭКГ, степень отклонения которого свидетельствует об объеме ишемического поражения миокарда, считается важным критерием, влияющим на выживаемость больных.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, атриовентрикулярные блокады, депрессия сегмента ST, электрокардиостимуляция

Aim. Optimization of emergency medical care for patients with lower myocardial infarction complicated by acute bradyarrhythmia's.

Material and methods. A study of 33 patients (19 men, 14 women; mean age $61,5 \pm 3,3$ years: $59,2 \pm 2,8$ for men, $63,8 \pm 3,0$ for women) with posterior infarction of myocardial infarction and bradyarrhythmia was carried out. Clinical-anamnestic, laboratory-biochemical, instrumental, and statistical research methods were used.

Results. In order to restore AV conductivity and reduce the degree of AV blockade, solutions of atropine sulfate at a dose of 1 mg / ml and aminophylline at a dose of 24 mg / ml (10 ml of a 2,4% solution) were used as an IV bolus.

The effectiveness of the use of drugs methylxanthine (aminophylline) in patients in the early stages of acute myocardial infarction of the posterior lower wall with AV block II, III degree was established. and ST segment depression in the precordial ECG leads, compared with patients with acute posterior inferior myocardial infarction.

tion and AV block without ST segment depression in the precordial leads, who were highly sensitive to taking M-anticholinergics (atropine).

Conclusion. A differentiated approach to the prescription of methylxanthine and M-anticholinergic drugs in the early stages of acute posterior inferior myocardial infarction with AV block II-III degrees, taking into account the analysis of the ST segment in the precordial ECG leads, the degree of deviation of which indicates the volume of ischemic myocardial damage, is considered an important criterion influencing on the survival of patients.

Key words: myocardial infarction, atrioventricular blocks, depression of ST segment, electrocardiostimulation

Актуальность

Атриовентрикулярные блокады (АВ-блокады) предполагают различную степень нарушения проводимости импульса возбуждения из предсердий к желудочкам – от относительно безобидного до катастрофически тяжелого [6, 9, 11]. Возникают при патологии миокарда (ишемия, некроз, воспаление, фиброз), передозировке ряда лекарственных препаратов, например, бета-адреноблокаторов, сердечных гликозидов и др. В ряде случаев немаловажную роль играет повышение парасимпатического тонуса [1, 8, 10, 11, 12].

Наиболее частой причиной остро возникающих АВ-блокад является острый инфаркт миокарда и чаще нижней локализации [2, 13].

В Республике Таджикистан, также как в России, смертность от инфаркта миокарда (ИМ) остается очень высокой и значительно превышает показатель аналогичных данных европейских стран [5, 7]. При этом более половины всех случаев смертей при ИМ происходят в первые часы от начала заболевания, ещё на догоспитальном этапе и чаще связаны с различными нарушениями ритма и проводимости [9, 11].

Одним из факторов, определяющих тяжесть течения заболевания и вероятность возникновения ранних АВ-блокад II-III степеней, а также синусовых, наджелудочковых и желудочковых тахикардий и летальность, является объем поражения сердечной мышцы. Поэтому уже на догоспитальном этапе имеется настоятельная необходимость оценки размера повреждения сердечной мышцы [3].

Одними из косвенных признаков, свидетельствующих о тяжести поражения миокарда при нижнем ИМ, являются наличие и степень выраженности депрессии сегмента ST в прекардиальных отведениях ЭКГ. При возникновении АВ-блокад II-III степеней стационарная летальность превышает 20%, тогда, как при неосложнённом его течении она не превышает 4-9%. Это в определенной степени связано с тем, что на сегодняшний день в отличие от тахикардий при брадикардиях нет эффективных медикаментозных методов коррекции, а своевременное проведение эндокардиальной электрокардиостимуляции (ЭКС) на догоспитальном в ряде

случаев и на госпитальном этапах не всегда возможно и/или эффективно [11].

В таких случаях обычно используют атропин, редко – изопротеринол, но их применение в большинстве случаев является недостаточно эффективным и небезопасным [4].

Особый интерес представляют сообщения о высокой эффективности препаратов метилксантина, в частности эуфиллина, при остро возникающих АВ-блокадах в первые часы нижнего ИМ.

Цель исследования

Оптимизация оказания экстренной медикаментозной помощи больным с нижним инфарктом миокарда, осложненным острыми брадикардиями.

Материал и методы исследования

Исследование осуществлено в период с 2012 по 2018 гг. на 33 больных (19 у мужчин и 14 женщин) с нижним инфарктом миокарда и брадикардией, госпитализированных в отделения реанимации взрослых ЦГБ г. Вахдат – 14 больных (9 мужчин и 5 женщин) и в Лечебно-диагностический центр «Парастор-2014» – 19 человек (11 мужчин и 8 женщин). Всего с нижним инфарктом миокарда за этот период было госпитализировано 116 пациентов, 83 из которых (71,6%) имели либо неосложнённое течение инфаркта нижней стенки, либо имело место ИМ нижней стенки с АВ-блокадой I степени, что явилось поводом для исключения этих пациентов из исследования. При этом средний возраст обследованных составил $61,5 \pm 3,3$ года ($59,2 \pm 2,8$ лет для мужчин и $63,8 \pm 3,0$ лет для женщин).

С целью восстановления АВ-проводимости и уменьшения степени АВ-блокады нами были использованы растворы атропина сульфата (произв. ООО Фарм. комп. «Здоровье», Украина) в дозе 1 мг/мл и эуфиллина (произв. ФКП «Армавирская биофабрика», Россия) в дозе 24 мг/мл (10 мл 2,4% раствора) в/в болюсно. Положительным эффектом считали полное восстановление АВ-проводимости или уменьшение степени АВ-блокады.

В зависимости от наличия и выраженности депрессии сегмента ST в прекардиальных отведениях ЭКГ больные были разделены на две группы. В первую группу (22 человек) вхо-

дили больные с АВ-блокадой без депрессии сегмента ST в прекардиальных отведениях ЭКГ – 66,7%, а во вторую (11 человек) – с АВ-блокадой с депрессией сегмента ST в любых прекардиальных отведениях ЭКГ – 33,3%.

Помимо клинико-anamnestических данных, в частности учета времени от начала заболевания, сбора жалоб и объективного обследования, включая мониторинг гемодинамических параметров, использованы лабораторные (определение уровня активности КФК и МВ-КФК), инструментальные (ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, ЭхоКГ).

Статистический анализ полученных результатов проводился при помощи стандартных средств анализов, входящих в состав компьютера Pentium-4 (фирмы SAMSUNG)

с программным обеспечением Microsoft Excel Word, 2007. Достоверность изученного явления определяли с помощью его средней ошибки, взаимосвязь признаков – с помощью расчета коэффициента корреляции (метод Пирсона), вычислялись критерии t (Стьюдента).

Летальность в ходе наблюдения составляла 6,06% (2 пациента: первый – с АВ-блокадой III степени дистальной формы, у которого после восстановления ритма и проводимости при помощи временной ЭКС не удалось восстановить деятельность мозга; второй – с асистолией).

В зависимости от степени нарушения АВ проводимости и имеющихся нарушений ритма и осложнений больные были распределены следующим образом (табл.).

Распределение обследованных в зависимости от степени АВ-блокады и имеющихся осложнений

<i>Степень нарушения АВ-проводимости и имеющихся осложнений</i>	<i>абс.</i>	<i>%</i>
<i>АВ-блокада II степени, Мобитц I с периодикой Венкебаха-Самойлова</i>	14	42,4
<i>АВ-блокада II степени, Мобитц I и острая сердечная недостаточность (Киллип II, III)</i>	3	9,09
<i>АВ-блокада II степени, Мобитц I и кардиогенный шок (рефлекторная форма)</i>	3	9,09
<i>АВ-блокада II степени, Мобитц I и кардиогенный шок (истинный)</i>	1	3,03
<i>АВ-блокада II степени, Мобитц II</i>	9	27,3
<i>АВ-блокада III степени, асистолия</i>	1	3,03
<i>АВ-блокада III степени (дистальный тип) с динамическим нарушением мозгового кровообращения</i>	1	3,03
<i>АВ-блокада III степени с фибрилляцией предсердий (синдром Фредерика)</i>	1	3,03
<i>Всего обследовано</i>	33	100

Результаты и их обсуждение

Среди госпитализированных больных в течение 7 лет (116 человек) с диагнозом «Острый нижний инфаркт миокарда» у 33 из них (28,4%) нами зарегистрированы брадиаритмии, которые развивались на фоне АВ-блокад II-III степеней в первые 6 часов от начала заболевания.

При этом анализ активности КФК МВ-КФК в первые сутки нижнего ИМ показал, что у больных 1-й группы максимальная активность КФК и МВ-КФК составила от $966,8 \pm 115,1$ U/L до $176,1 \pm 22,3$ U/L и была почти в 2 раза меньше, чем у больных 2-й группы, у которых объём поражения миокарда был достоверно больше (рис. 1).

В первые 6 ч от начала развития инфаркта миокарда течение заболевания у больных с депрессией сегмента ST в прекардиальных отведениях ЭКГ было более неблагоприятным в плане развития различных осложнений (табл. 1). В промежутке от 6 ч до одних суток и более частота развития различных осложнений, в частности брадиаритмии, была значительно ниже.

ЭКГ-мониторинг у 22 человек с АВ-блокадой II-III степеней без депрессии сегмента ST в прекардиальных отведениях в первые 30 мин. от начала блокады показал, что после внутривенного болюсного введения раствора атропина сульфата в дозе 1 мг одиннадцати и раствора эуфилина в дозе 240 мг остальным

одиннадцати больным отмечено укорочение интервала PQ (PR) в среднем на 30,4% (22,3%; 26,6%; 33,2%; 39,6% соответственно каждый случай) у пациентов, которым был введён раствор атропина. У больных, получавших

эуфиллин, укорочение интервала (на 7,2%) отмечено только у одной (9,1%), у остальных (90,9%) не только отмечено укорочение интервала PQ (PR), но и усугубилось течение блокады (рис. 2).

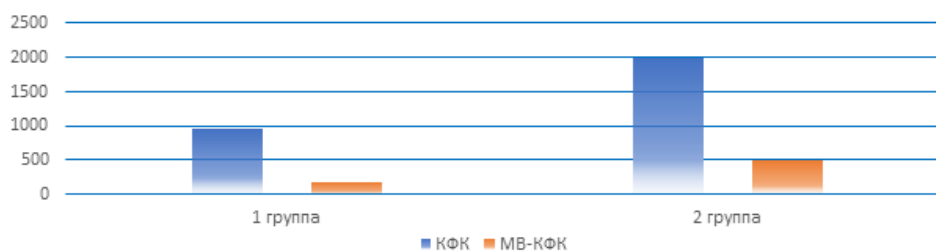


Рис. 1. Показатели активности КФК и МВ-КФК в первые сутки ИМ

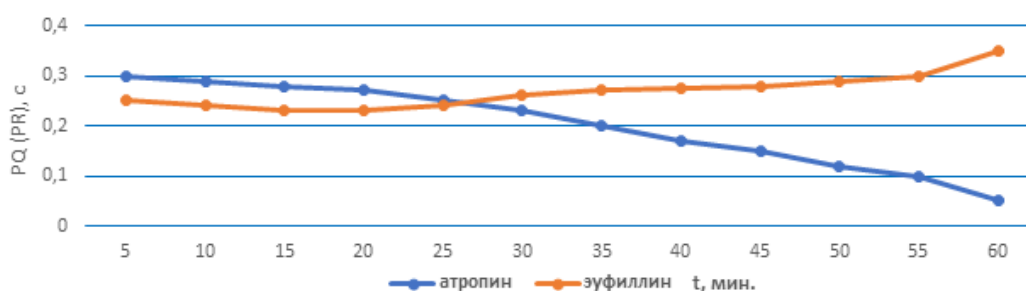


Рис. 2. Влияние атропина и эуфиллина на АВ-проводимость в первые 30-60 мин от начала развития АВ-блокады

Дальнейшие наблюдения в течение 6 часов и более показали, что атропин был высокоэффективен у 81,8% больных, средняя и низкая его эффективность отмечена у 18,2% пациентов (2 случая). При этом потребность в проведении ЭКС возникла у 9,1% пациентов, в основном в первые 6 часов от начала заболевания. В то же время у пациентов, получавших эуфиллин, необходимость в получении ЭКС возросла до 81,8% (в 9-ти случаях из одиннадцати).

Больные второй группы (с депрессией сегмента ST в прекардиальных отведениях ЭКГ) также были разбиты на 2 подгруппы по 6 и 5 человек в каждую.

ЭКГ-мониторинг больных 1-й подгруппы (↓ сегмента ST в V_{1-3} у четырех больных и ↓

сегмента ST в V_{4-6} у двух больных) показал, что после болюсного введения раствора эуфиллина в дозе 240 мг (10 мл 2,4% раствора) через 30 мин в среднем интервал PQ (PR) укоротился на 22,3% от исходного ($18,6 \pm 0,6\%$; $21,8 \pm 0,3\%$ и $26,4 \pm 0,3\%$ соответственно в каждом случае). В то же время введение атропина в дозе 1 мг оставшимся 5 больным второй подгруппы (↓ сегмента ST в V_{1-3} у двух и ↓ сегмента ST в V_{4-6} у трех больных) не только не оказало положительного эффекта в плане укорочения интервала PQ (PR), но у одной из них привёл к удлинению интервала PQ (PR) на 8,1%. При этом необходимость в ЭКС у пациентов второй подгруппы возросла до 95-100%.

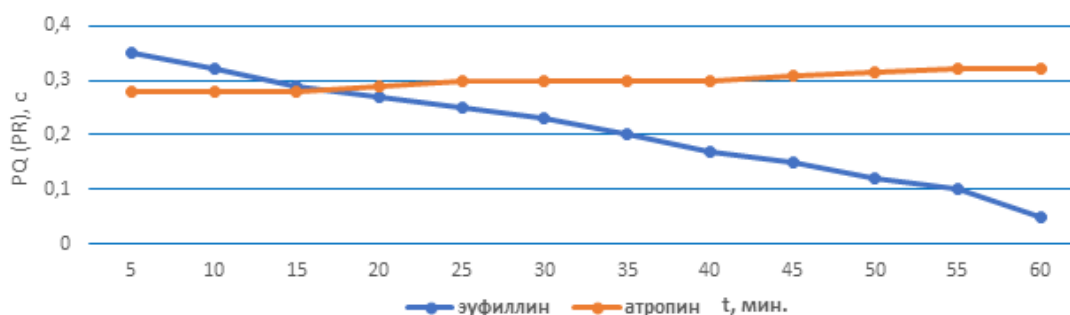


Рис. 3. Влияние эуфиллина и атропина на АВ-проводимость в первые 30-60 мин. от начала развития АВ-блокады

Дальнейший почасовой анализ (рис. 4) динамики АВ-блокады II-III степеней и эффективность применения атропина в первые 6 ч нижнего ИМ показали, что максимальная опасность возникновения АВ-блокады II-III

степеней наблюдается в первые 2 ч заболевания, когда эффективность атропина минимальна. Её эффективность возрастает по мере увеличения времени, прошедшего от начала заболевания ($r=0,956$; $P<0,05$).

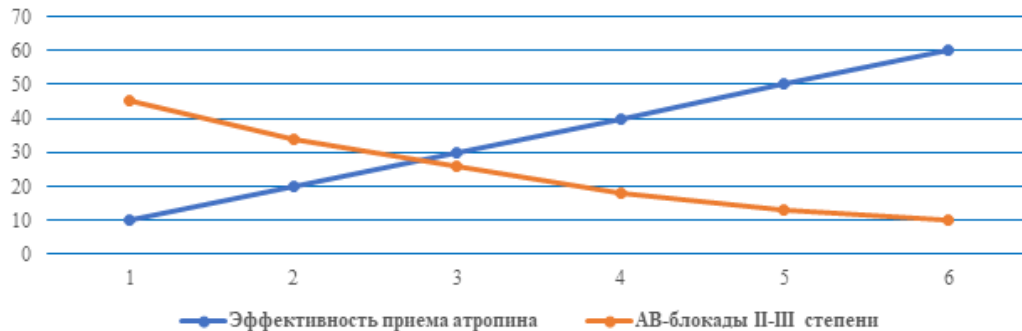


Рис. 4. Частота развития АВ-блокады II-III степеней и эффективность применения атропина у больных с нижним ИМ в зависимости от сроков заболевания

Наличие депрессии сегмента ST в прекардиальных отведениях ЭКГ в первые часы нижнего ИМ свидетельствует о большом объеме ишемического поражения сердечной мышцы и сопровождается высоким риском развития различных осложнений вплоть до развития летальных исходов.

У пациентов с нижним ИМ без депрессии сегмента ST в прекардиальных отведениях ЭКГ, по сравнению с пациентами, имеющими подобные ЭКГ изменения, в первые сутки нижнего ИМ показатели вариабельности синусового ритма выше, косвенно характеризующие парасимпатическую активность и, соответственно, отмечается высокая эффективность от применения атропина, которая нарастает по мере увеличения времени, прошедшего от начала заболевания.

У пациентов с нижним ИМ и депрессией сегмента ST в любых прекардиальных отведениях ЭКГ, по сравнению с больными, не имеющими подобных изменений в первые часы нижнего ИМ, чаще регистрируются АВ-блокады II-III степеней, которые малочувствительны к атропину, часто являются показанием к проведению ЭКС и высокочувствительны к эуфилину. Это свидетельствует о преимущественном значении аденозина, а не ваготонии в генезе ранних брадиаритмий, в частности у пациентов с депрессией сегмента ST.

Заключение

Таким образом, при оказании неотложной медикаментозной помощи больным острым нижним инфарктом миокарда, осложненным АВ-блокадой II-III степеней, необходимо учитывать наличие и степень депрессии сегмента ST в прекардиальных

отведениях ЭКГ, которые свидетельствуют о большом объеме ишемического повреждения миокарда и высокой чувствительности к препаратам метилксантина.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 9-13 см. в REFERENCES)

1. Багненко С.Ф. Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 872 с.
2. Белялов Ф.И. Аритмии сердца. Иркутск: РИО ИГМАПО, 2014.
3. Бокерия Л.А. Клинические рекомендации: Брадиаритмии. М., 2017. URL: <http://racs.ru/clinic/files/2017/Bradyarrhythmias.pdf>.
4. Лукьянова И.Ю., Шишкин А.Н. Ивабрадин в коррекции поздних нарушений атрио-вентрикулярного проведения у больных с нижним инфарктом миокарда // Consilium Medicum. 2017. № 19 (12). С. 42-46.
5. Олимзода Н.Х., Рафиев Х.К., Собиров С.И. Клинико-эпидемиологические аспекты инфаркта миокарда и частота сердечных осложнений // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2018. Т. VIII, №2. С. 230-236. doi: 10.3/712/2221-7355-8-2-230-236
6. Орлов В.А. Руководство по электрокардиографии. М.: Медицинское информационное агентство, 2017. 560 с.
7. Сафроненко В.А., Чесникова А.И., Хрипун А.В. Особенности течения ишемической болезни сердца у пациентов с 5-летним анамнезом инфаркта миокарда в зависимости от приверженности к терапии // Медицинский вестник Юга России. 2013. № 1. С. 60-63.
8. Шляхто Е.В. Кардиология. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 519 с.

RESERENSES

1. Bagnenko S. F. *Skoraya meditsinskaya pomoshch. Klinicheskie rekomendatsii* [Emergency. Clinical guidelines]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2015. 872 p.
 2. Belyalov F. I. *Aritmii serdtsa* [Arrhythmias of the heart]. Irkutsk, RIO IGMAPO Publ., 2014.
 3. Bokeriya L. A. *Klinicheskie rekomendatsii: Bradikaritmii* [Clinical practice guidelines: Bradyarrhythmias]. Moscow, 2017. Available at: <http://racvs.ru/clinic/files/2017/Bradikaritmii.pdf>.
 4. Lukyanova I. Yu., Shishkin A. N. Ivabradin v korrektsii pozdnikh narusheniy atrio-ventrikulyarnogo provedeniya u bolnykh s nizhnim infarktom miokarda [Correction of late violations of atrioventricular conduction in patients with lower myocardial infarction: the case of ivabradin]. *Consilium Medicum*, 2017, No. 19 (12), pp. 42-46.
 5. Olimzoda N. Kh., Rafiev Kh. K., Sobirov S. I. Kliniko-epidemiologicheskie aspekty infarkta miokarda i chastota serdechnykh oslozhneniy [Clinical and epidemiological aspects of myocardial infarction and frequency of heart complications]. *Vestnik Akademii meditsinskikh nauk Tadzhikistana – Herald of Academy of Medical sciences of Tajikistan*, 2018, Vol. 8, No. 2. pp. 230-236; doi: 10.3/712/2221-7355-8-2-230-236
 6. Orlov V. A. *Rukovodstvo po elektrokardiografii* [Electrocardiography guide]. Moscow, Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo Publ., 2017. 560 p.
 7. Safronenko V. A., Chesnikova A. I., Khripun A. V. Osobennosti techeniya ishemicheskoy bolezni serdtsa u patsientov s 5-letnim anamnezom infarkta miokarda v zavisimosti ot priverzhennosti k terapii [Features of coronary heart disease in patients with 5-year history of myocardial infarction depending of adherence]. *Meditsinskiy vestnik Yuga Rossii – Medical Herald of the South of Russia*, 2013, No. 1, pp. 60-63.
 8. Shlyakhto E. V. *Kardiologiya. Natsionalnoe rukovodstvo* [Cardiology. National leadership]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2018. 519 p.
 9. Auffret V., Loirat A., Leurent G. et al. High-grade atrioventricular block complicating ST segment elevation myocardial infarction in the contemporary era. *Heart*, 2016, Vol. 102, pp. 40.
 10. Drezner J.A., Ashley E., Baggish A.L. et al. Abnormal electrocardiographic findings in athletes: recognising changes suggestive of cardiomyopathy. *British Journal of Sports Medicine*, 2013, Vol. 47, No. 3, pp. 137-152.
 11. Harikrishnan P., Gupta T., Palaniswamy C. et al. Complete heart block complicating ST-segment elevation myocardial infarction. *JACC: Clinical Electrophysiology*, 2015, Vol. 1, No. 6, pp. 529.
 12. Nery P. B., Beanlands R. S., Nair G. M. et al. Atrioventricular block as the initial manifestation of cardiac sarcoidosis in middle-aged adults. *Journal of cardiovascular electrophysiology*, 2014, Vol. 25, No. 8, pp. 875-881.
 13. Singh Sh. M., FitzGerald G., Yan A. T. et al. High-grade atrioventricular block in acute coronary syndromes: insights from the Global Registry of Acute Coronary Events. *European Heart Journal*, 2015, Vol. 36 (16), pp. 976-83.
- Сведения об авторах:**
- Нозиров Джамшед Ходжиевич** – доцент кафедры кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н.
- Рахимов Зикриё Яхёевич** – Заслуженный работник РТ, главный кардиолог МЗиСЗН РТ, профессор кафедры кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.
- Нозиров Азизджон Джамшедович** – студент 6-го курса ТГМУ им. Абуали ибн Сино
- Контактная информация:**
- Нозиров Джамшед Ходжиевич** – тел: (+992 909 697 002); e-mail: doctor.vahdat@mail.ru

¹Одинаев И.И., ¹Шокиров М.К., ²Ашуров Г.Г.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И МЕТОДА ИММОБИЛИЗАЦИИ ОТЛОМКОВ

¹Кафедра челюстно-лицевой хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино

²Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

¹Odinaev I.I., ¹Shokirov M.K., ²Ashurov G.G.

PARTICULARITIES OF THE CURRENT OF POSTTRAUMATIC PERIOD IN PATIENTS FRACTURE OF THE MANDIBLE IN DEPENDING ON PARODONTOLOGY STATUS AND METHOD'S IMMOBILIZATION OF PIECE

¹Department of Maxilla-facial Surgery of the Avicenna Tajik State Medical University

²Department of Therapeutic Dentistry of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»

Цель исследования. Оценить результаты лечения больных с переломами нижней челюсти при воспалительных заболеваниях пародонта.

Материал и методы. Исследованы больные с воспалительно-деструктивными заболеваниями структурных единиц тканей пародонта в возрасте от 20 до 40 лет, у которых был диагностирован перелом нижней челюсти, из них 33 (86,8%) мужчины, 5 (13,2%) женщины.

Результаты. Определяется высокая прямая корреляционная зависимость между состоянием тканей пародонтальных структур и развитием инфекционно-воспалительных осложнений переломов нижней челюсти. На момент завершения лечения перелома нижней челюсти состояние тканей пародонта зависит от выбранного способа иммобилизации отломков.

Заключение. При использовании у больных двухчелюстных назубных шин отмечается прогрессирование воспалительно-деструктивных процессов в тканях пародонта. Выполнение остеосинтеза без межчелюстной фиксации снижало острые воспалительные явления в тканях пародонта. При межчелюстной фиксации на титановых винтах не происходило увеличения воспалительно-деструктивных процессов в тканях пародонта.

Ключевые слова: перелом нижней челюсти, хронический пародонтит, гингивит, остеосинтез, межзубные шины, иммобилизация отломка

Aim. To assess the results of treatment of patients with fractures of the mandible in inflammatory periodontal diseases.

Material and methods. Patients with inflammatory and destructive diseases of the structural units of periodontal tissues at the age of 20 to 40 years, who were diagnosed with a fracture of the mandible, of whom 33 (86,8%) were men, 5 (13,2%) were women were studied.

Results. A high direct correlation dependence between the state of tissues of periodontal structures and the development of infectious and inflammatory complications of mandibular fractures is determined. At the time of the completion of the treatment of the fracture of the lower jaw, the state of the periodontal tissues depends on the chosen method of immobilizing the fragments.

Conclusion. When using double-jaw splints in patients, progression of inflammatory and destructive processes in the periodontal tissues is noted. Performing osteosynthesis without intermaxillary fixation reduced acute inflammation in the periodontal tissues. With intermaxillary fixation with titanium screws, there was no increase in inflammatory and destructive processes in the periodontal tissues.

Key words: fracture of mandible, chronic parodontitis, gingivitis, osseous synthesis, between jaw bus, immobilizations of piece

Актуальность

Лечение больных с различными вариантами переломов нижней челюсти в связи с высоким риском развития посттравматических осложнений представляет сложную задачу. Вариабельность частоты развития посттравматических осложнений воспалительного характера при закрытом переломе нижней челюсти составляет 8,6-12,3%, а при открытом переломе нижней челюсти доходит до 18,8% [5, 7].

Около 75% переломов нижней челюсти – открытые, так как расположены в пределах зубного ряда, и являются первично инфицированными. При этом ухудшение гигиенического состояния полости рта у больных с переломами нижней челюсти отрицательно влияет на экосистему полости рта и в первые 10 дней после возникновения перелома названной локализации приводит к увеличению обсемененности условно-патогенными микроорганизмами в девять раз [4, 6].

По информации ряда исследователей [2, 3], до 95% взрослых имеют признаки заболеваний пародонта. При этом в возрастном периоде от 20 до 45 лет их встречаемость колеблется от 67% до 95%. В Республике Таджикистан распространенность заболеваний пародонта в возрасте 45 лет достигает 94%, а в возрастном периоде от 50 до 60 лет равна стопроцентным значениям [1].

Вышеизложенные научно обоснованные факты свидетельствуют о том, что у больных с переломами нижней челюсти имеется неблагоприятный пародонтологический статус, являющийся провоцирующим фактором развития посттравматических осложнений. Более того, иммобилизация отломков нижней челюсти усугубляет состояние пародонтологического статуса, что в большинстве случаев приводит к развитию инфекционно-воспалительных осложнений указанных переломов. Безусловно, больные с патологией пародонта в сочетании с переломом нижней челюсти требуют особого подхода при выборе метода иммобилизации отломков и планировании пародонтологических лечебно-профилактических мероприятий.

Цель исследования

Оценить результаты лечения больных с переломами нижней челюсти при воспалительных заболеваниях пародонта.

Материал и методы исследования

С целью выявления влияния воспалительных заболеваний пародонта на возникновение инфекционно-воспалительных осложнений переломов нижней челюсти (нагноение мягких тканей и костной раны, травматического

остеомиелита) мы использовали следующие материалы и методы. Исследования проведены у 38 больных с переломами нижней челюсти в возрасте от 20 до 40 лет. При клинорентгенологическом обследовании у всех пациентов наряду с переломами названной локализации были диагностированы воспалительно-деструктивные заболевания пародонта локализованного характера.

Больные были разделены в зависимости от пародонтологической нозологии и способов иммобилизации отломков: в первую группу вошли 12 пациентов, которым иммобилизацию производили с использованием двучелюстных назубных шин; во второй группе (8 человек) использовали остеосинтез; в третьей группе (10 человек) иммобилизация отломков производилась с применением межчелюстной фиксации на титановых винтах.

Результаты клинорентгенологических и индексных показателей подвергались вариационно-статистической обработке по критерию Стьюдента-Фишера. Для оценки влияния качественных признаков рассчитывали показатель отношения шансов с расчетом 95% доверительного интервала. Достоверными считали результаты, у которых доля допустимой ошибки была не более 5%, т.е. $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

При ситуационной оценке пародонтологического статуса у больных с переломом нижней челюсти в 28,9% случаев (11 человек) был диагностирован хронический очаговый гингивит, а в 71,1% случаев (27 человек) – хронический очаговый пародонтит (табл. 1).

В ходе структуризации воспалительных заболеваний пародонта среди обследованных лиц 11 пациентов (28,9%) оказались с хроническим гингивитом, 13 пациентов (34,2%) – с хроническим пародонтитом легкой степени, 11 (28,9%) – с пародонтитом средней степени и 3 (8,0%) – с пародонтитом тяжелой степени.

Среди вышеперечисленных пациентов нами проводилось традиционное (ортопедическое) лечение переломов нижней челюсти с тем, чтобы проанализировать влияние пародонтологического статуса на развитие посттравматических инфекционно-воспалительных осложнений. Как свидетельствуют данные таблицы, отсутствие инфекционно-воспалительных осложнений было зафиксировано у 36,4% больных с хроническим гингивитом, а у 18,8% из них мы наблюдали посттравматические осложнения при переломах нижней челюсти.

Таблица 1

Структурная оценка пародонтологического статуса у больных с переломами нижней челюсти с отсутствием и развитием посттравматических осложнений

Категория больных	Хронический очаговый гингивит		Хронический очаговый пародонтит						Всего	
			легкой степени		средней степени		тяжелой степени			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
С отсутствием посттравматических осложнений	8	36,4	9	40,9	5	22,7	–		22	100
С развитием посттравматических осложнений	3	18,8	4	25,0	6	37,5	3	18,8	16	100
Всего	11	28,9	13	34,2	11	28,9	3	8,0	38	100

Визуализация больных с переломами нижней челюсти показала отсутствие осложнений гнойно-воспалительного характера у 40,9% (9 человек) лиц с легкой степенью хронического очагового пародонтита и у 22,7% (5 человек) – с пародонтитом средней степени тяжести. Развитие посттравматических осложнений переломов нижней челюсти нами было зафиксировано у 4 (25,0%) больных с легкой степенью хро-

нического пародонтита, у 37,5% (6 человек) – с пародонтитом средней степени и у 18,8% лиц – с тяжелой степенью тяжести.

Параметрические показатели пародонтологического статуса при переломах нижней челюсти среди обследованного контингента больных с отсутствием и наличием посттравматических осложнений наглядно отражены в виде иллюстрации (рис. 1).

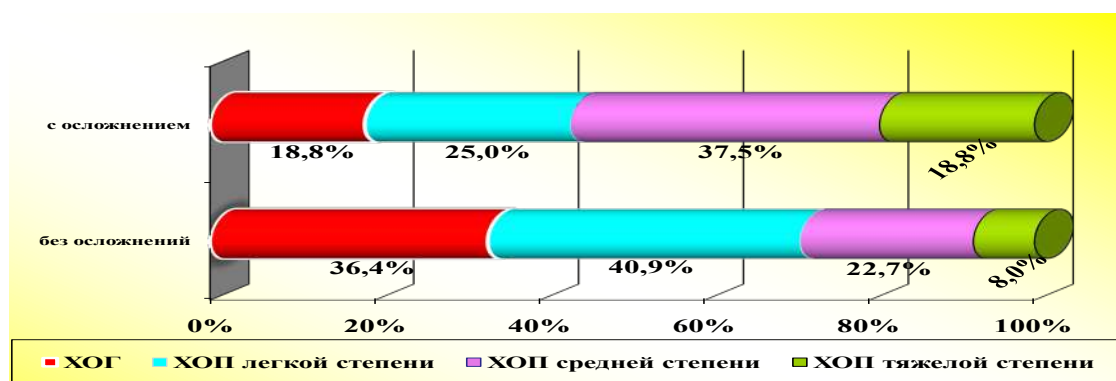


Рис. 1. Состояние пародонтологического статуса при переломах нижней челюсти у больных с отсутствием и наличием посттравматических осложнений

Полученные фактические материалы позволяют констатировать прогрессивное снижение частоты посттравматических инфекционно-воспалительных осложнений переломов нижней челюсти при наличии гингивита и пародонтита легкой степени тяжести, увеличение исследуемого показателя у лиц с хроническим пародонтитом средней и тяжелой степеней.

С целью изучения зависимости развития посттравматических осложнений от метода иммобилизации отломков у больных с переломом нижней челюсти нами были выбраны 30 больных с патологией пародонта. Данных па-

циентов мы разделили на три группы. Первую группу составил 12 человек (40,0%), среди которых иммобилизация отломков производилась с использованием двучелюстных назубных шин. Вторая группа насчитывала 8 (26,7%) человек, которым выполнялся остеосинтез. В третью группу вошли 10 человек (33,3%), у которых иммобилизация отломков нижней челюсти проводилась с применением межчелюстной фиксации на титановых винтах.

У больных с переломом нижней челюсти для оценки исходного состояния пародонтологического статуса нами были использованы: клиническое обследование, включающее

опрос пациентов, выяснение жалоб, визуальный осмотр полости рта. Для более детального изучения пародонтологического статуса использовали индексную оценку (РМА, ИГ, ПИ, SBI) и гингивоскопию.

Как видно из таблицы 2, исходный уровень клинического состояния пародонта у больных всех групп был в целом сравним (существенных различий при сравнении показателей не отмечено).

Таблица 2

Индексные показатели пародонтологического статуса у больных с переломом нижней челюсти, n=30

Индексные показатели	Первичный осмотр		
	первая группа* (n=12)	вторая группа* (n=8)	третья группа* (n=10)
РМА	38,9 (32,8; 44,9)	40,1 (35,0; 45,1)	38,1 (32,4; 43,8)
ИГ	1,7 (1,2; 2,1)	1,8 (1,6; 2,0)	1,6 (1,1; 2,1)
ПИ	2,6 (2,1; 3,1)	3,2 (2,8; 3,5)	3,2 (2,8; 3,6)
SBI	2,5 (2,0; 3,0)	2,5 (2,0; 3,0)	2,5 (2,0; 3,0)
Гингивоскопия, балл	2,5 (2,0; 3,0)	2,5 (2,0; 3,0)	2,5 (2,0; 3,0)

Примечание: * – для оценки показателей были выбраны непараметрические методы (критерий Манна-Уитни), так как группы являлись выборками малого объема; (в скобках – минимальная и максимальная величина исследуемых параметров)

Так, у больных с переломом нижней челюсти значения папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА) соответствовали воспалению десны средней степени, индекс гигиены (ИГ) был высоким, что характеризовало неудовлетворительную гигиену полости рта, индекс Рассела (ПИ) соответствовал средней фазе воспалительного процесса в пародонте, индекс кровоточивости десневой борозды (SBI) определялся по проявлению кровоточивости при зондировании. При гингивоскопии (окрашивание 2%-м водным раствором Люголя десна окрашивалась в ко-

ричневый цвет, что соответствовало 3 баллам) определялась 3-я степень йодпозитивности в тканях пародонта, что характеризовало выраженное воспаление в тканях пародонта у больных с переломом нижней челюсти.

У больных с переломом нижней челюсти после проведения соответствующего лечения были реализованы основополагающие принципы традиционной и профессиональной гигиены полости рта. Эффективность этих принципов была изучена с использованием индексных показателей в динамическом аспекте (табл. 3).

Таблица 3

Динамика индексных показателей у больных с переломом нижней челюсти в зависимости от способа иммобилизации костных отломков

Индексный показатель	Иммобилизация двучелюстными на зубными шинами (n=12)			Остеосинтез без межчелюстной фиксации (n=8)			Межчелюстная фиксация на титановых винтах (n=10)		
	до фиксации	8-11 день	через месяц	до фиксации	8-11 день	через месяц	до фиксации	8-11 день	через месяц
РМА	38,9±3,5	7,5±1,9	21,5±2,9	40,1±3,6	5,3±1,7	16,2±2,4	38,1±3,5	2,4±1,2	8,3±2,1
ИГ	1,7±0,5	0,6±0,1	0,8±0,1	1,8±0,5	0,5±0,2	0,7±0,1	1,6±0,6	0,5±0,2	0,5±0,2
ПИ	2,6±0,6	2,3±0,6	2,6±0,4	3,2±0,5	1,9±0,3	2,2±0,6	3,2±0,6	1,5±0,3	1,4±0,5
SBI	2,5±0,6	0,8±0,2	1,0±0,4	2,5±0,6	0	1,1±0,5	2,5±0,7	0	0
Гингивоскопия	2,5±0,5	1,5±0,5	2,0±0,3	2,5±0,5	1,2±0,4	1,8±0,3	2,5±0,5	1,0±0,2	1,3±0,4

Оценивая индексные показатели у больных с переломами нижней челюсти, можно сделать следующие выводы: на 8-11 день значение индекса РМА снизилось в 5,2 раз в первой группе, в 7,6 раз – во второй группе, в третьей – в 15,9 раз, что свидетельствует о купировании воспаления в тканях пародонта у лиц, где иммобилизация отломков производилась с применением межчелюстной фиксации на титановых винтах. Спустя месяц значение названного индекса у больных первой и второй групп составило соответственно $21,5 \pm 2,9\%$ и $16,2 \pm 2,4\%$, что соответствовало легкой степени пародонтальной патологии, а у больных третьей группы $РМА = 8,3 \pm 2,1\%$, что было расценено как незначительное пародонтальное воспаление, которое не имело статистического значения.

Среди обследованного контингента больных значение ИГ во всех группах был сравнимым и соответствовало хорошей гигиене полости рта, тогда как через месяц у пациентов первой и второй групп оно возросло и снова соответствовало удовлетворительной гигиене полости рта, а у представителей третьей группы, где была использована межчелюстная фиксация на титановых винтах, значение исследуемого индекса оставалось без изменений.

Пародонтальный индекс (ПИ) на 8-11 день наблюдения в первой группе снизился в 1,1 раза, во второй – в 1,7, а в третьей – в 2,1 раза. Таким образом, степень вовлеченности пародонтальных структур в патологический процесс уменьшается в большей степени в третьей группе, что связано, по нашему мнению, с использованием способа межчелюстной фиксации отломков нижней челюсти на титановых винтах. Эти показатели были стабильны и через месяц наблюдения.

У больных первой группы на 8-11 день наблюдения после иммобилизации фрагментов нижней челюсти регистрировали первую степень кровоточивости десневой борозды (SBI). За этот же период наблюдения у больных второй и третьей групп индекс кровоточивости десневой борозды был равен нулю в подтверждение отсутствия воспаления в тканях пародонта, что свидетельствует о продолжении ремиссии заболевания.

При осмотре после проведенной расширенной гингивоскопии на 8-11 день площадь воспаления у всех групп больных уменьшилась соответственно в 1,7, 2,1 и 2,5 раза, тогда как через месяц наблюдения эти данные вновь увеличились в 1,3, 1,4 и 1,9 раза соответственно в первой, второй и третьей группах.

Результаты наблюдения у больных первой группы (12 человек), где иммобилизация отломков нижней челюсти производилась с использованием двучелюстных назубных шин, в 25,0% случаев (у 3 человек) показали наличие нагноения костной раны, при этом в 16,7% случаев (у 2 человек) наблюдали хронизацию инфекционно-воспалительного процесса с последующим развитием травматического остеомиелита. У больных второй группы (8 человек), где проводился остеосинтез, значение исследуемых показателей составило соответственно 37,7% и 25,5% (3 и 2 человек соответственно). У пациентов 3 группы (10 человек), где иммобилизации отломков нижней челюсти осуществлялась с применением межчелюстной фиксации на титановых винтах, был зафиксирован самый низкий процент посттравматических осложнений инфекционно-воспалительного характера (нагноение костной раны определялось у 10% из них, развитие травматического остеомиелита не наблюдалось) (рис. 2).

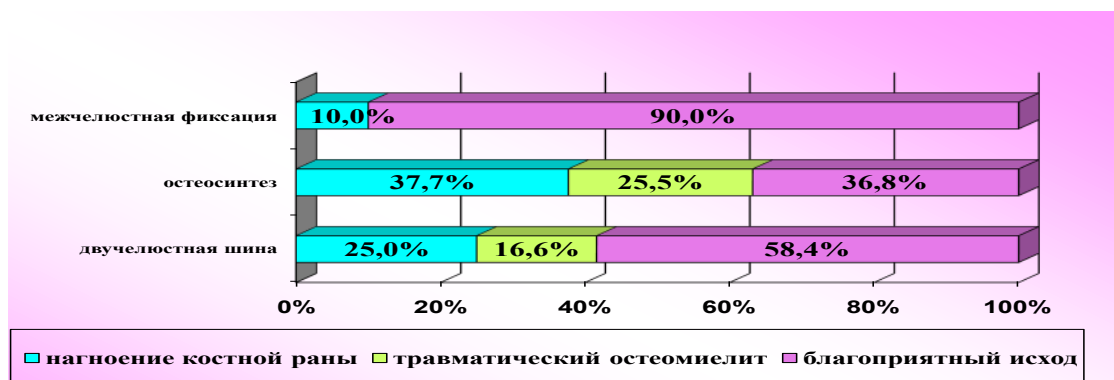


Рис. 2. Развитие инфекционно-воспалительных осложнений при переломах нижней челюсти в зависимости от метода иммобилизации отломков

Полученные материалы свидетельствуют о том, что состояние пародонтологического

статуса у больных с переломами нижней челюсти напрямую зависят от способа им-

мобилизации отломков. Активная реализация традиционных и профессиональных способов гигиены полости рта наиболее эффективна при использовании межчелюстной фиксации отломков нижней челюсти на титановых винтах.

Заключение

Таким образом, у больных с переломами нижней челюсти имеется прямая корреляция между степенью тяжести воспалительных заболеваний пародонта и развитием инфекционно-воспалительных осложнений переломов названной локализации. При переломах нижней челюсти метод иммобилизации отломков с использованием межчелюстной фиксации на титановых винтах представляется наиболее оптимальным из-за отсутствия прогрессирования воспалительно-деструктивных процессов в структурных единицах тканей пародонта и наименьшим числом посттравматических осложнений.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 4-7 см. в REFERENCES)

1. Джураев Д.Э., Каримов С.М., Султанов М.Ш. Результаты оценки состояния тканей пародонта у взрослого населения с аномалиями зубочелюстной системы // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. Душанбе, 2019. № 4. С. 9-14.
2. Махмудов Д.Т., Каримов С.М., Гурезов М.Р., Амхадов И.С. Оценка клинико-рентгенологических параметров состояния органов и тканей полости рта в зависимости от уровня привычной двигательной активности // Медицинский алфавит. Стоматология. Москва, 2019. Т. 1, № 5(380). С. 52-54.
3. Махмудов Д.Т., Гурезов М.Р., Зарипов А.Р. О взаимосвязи клинического состояния пародонтального комплекса с уровнем физической активности стоматологических пациентов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. Душанбе, 2019. № 1. С. 48-52.

RESERENSES

1. Dzhuraev D. E., Karimov S. M., Sultanov M. Sh. Rezultaty otsenki sostoyaniya tkaney parodonta u vzroslogo naseleniya s anomaliami zubochehyustnoy sistemy [Results of the estimation of parodontal's tissue condition

beside adult population with anomaly of teeth-maxillary system]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya – Herald of postgraduate education in health sphere*, 2019, No. 4, pp. 9-14.

2. Makhmudov D. T., Karimov S. M. Otsenka kliniko-rentgenologicheskikh parametrov sostoyaniya organov i tkanei polosti rta v zavisimosti ot urovnya privichnoi dvigatelnoi aktivnosti [Estimation of clinical and x-ray parameters of condition organ and tissue oral cavity in depending of level of the accustomed motor activity]. *Meditsinskii alfavit. Stomatologiya – Medical alphabet. Dentistry*, 2019, No. 5 (380), pp. 52-54.

3. Makhmudov D. T., Gurezov M. R., Zaripov A. R. O vzaimosvyazi klinicheskogo sostoyaniya parodontalnogo kompleksa s urovnem fizicheskoi aktivnosti stomatologicheskikh patsientov [About intercoupling the clinical condition of parodontal complex with level of the physical activity of dentistry patient]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya – Herald of postgraduate education in health sphere*, 2019, No. 1, pp. 48-52.

4. Shankar A. N., Shankar V. N., Hegde N. The pattern of maxillofacial fractures – a multicentre retrospective study. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, 2012, Vol. 40, pp. 675-679.

5. Haug R. H., Prather J., Indresanto A.T. An epidemiological survey of facial fractures and concomitant injuries. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 2014, Vol. 62, No. 697-701.

6. Moshy J., Mosha H.J., Lema P.A. Prevalence of maxilla-mandibular fractures in mainland Tanzania. *East African Medical Journal*, 2016, Vol. 73, No. 3, pp. 172-175.

7. Schon R., Roveda S.I., Carter B. Mandibular fractures in Townsville, Australia: incidence, aetiology and treatment using the 2.0 AO/ASIF miniplate system. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 2013, Vol. 39, No. 2, pp. 145-148.

Сведения об авторах:

Одинаев Илхом Исмолиддинович – соискатель кафедры челюстно-лицевой хирургии ТГМУ им. Абуали ибн Сино
Шокиров Мирзоумар Кодирович – ассистент кафедры челюстно-лицевой хирургии ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н.

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

Контактная информация:

Шокиров Мирзоумар Кодирович – тел.: (+992) 918 64 28 96

© Коллектив авторов, 2020

УДК 616.314.17-002.2-031.84

¹Шарипов Х.С., ¹Зарипов А.Р., ²Гурезов М.Р.

ОЦЕНКА РЕГЕНЕРАТОРНЫХ ПРОЦЕССОВ ОКОЛОВЕРХУШЕЧНОЙ ДЕСТРУКЦИИ ЗУБОВ, СЛУЖАЩИХ ОПОРАМИ НЕСЪЕМНОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ КОНСТРУКЦИИ

¹Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино

²Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

¹Sharipov Kh.S., ¹Zaripov A.R., ²Gurezov M.R.

ESTIMATION OF REGENERATORY PROCESSES NEARAPICALLY DESTRUCTION TEETH, SERVING SUPPORTIN ELEMENTS OF FIXED ORTHOPEDIC DESIGN

¹Department of Orthopedic Dentistry of the Avicenna Tajik State Medical University

²Departments of Therapeutic Dentistry of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»

Цель исследования. Изучить состояние регенерации тканей периодонта осложненных форм кариеса зубов, служащих опорами несъемной ортопедической конструкции, в зависимости от возрастного и гендерного показателя.

Материал и методы. Представлены результаты консервативного лечения 53 мужчин и 81 женщины с деструктивным хроническим периодонтитом в зубах, служащих опорами несъемной супраконструкции. У пациентов исследованы: периапикальная ткань 12 резцов, 119 премоляров и 3 моляров, служащих в дальнейшем супраконструкционными опорами. Возраст пациентов составил от 20 до 50 лет. Обследование проводили при обращении, через 6 месяцев, 1 и 2 года после окончания проекционно-периапикального лечения эндодонтических осложнений зубов, служащих опорами несъемной ортопедической конструкции, которое осуществляли в соответствии с протоколом эндодонтической подготовки корневых каналов.

Результаты. При исследовании на конусно-лучевом компьютерном томографе изменений тканей пародонта в различные сроки после консервативной терапии деструктивного хронического периодонтита опорных зубов, в дальнейшем служащих опорами несъемной конструкции, было обнаружено, что размеры очага деструкции и плотность костной ткани альвеолярного отростка через 6 месяцев, 1 и 2 года после эндодонтического лечения достоверно меняются.

Заключение. После проведенного эндодонтического лечения наиболее выражено меняются размеры области периапикальной деструкции у пациентов 40-49 лет, меньше – у больных 20-29 лет. У мужчин постэндодонтические регенераторные процессы в периодонте выражены больше, чем у женщин. Плотность костной ткани вокруг периодонта леченых зубов у мужчин 20-29 лет восстанавливается интенсивнее, чем в группе пациентов 40-49 лет. У женщин возрастные различия в состоянии изучаемых периапикальных тканей в разные сроки после эндодонтического лечения не определялись.

Ключевые слова: зуб, околоверхушечная деструкция, опорный зуб, эндодонтическое лечение, несъемный ортопедический протез, окклюзионный дефект

Aim. Study the condition of regenerations periodontal tissue of complicated forms caries, serving supporting elements of fixed orthopedic design in depending of age and gender's factors.

Material and methods. In the article presented results of the conservative treatment of destructive forms of chronic periodontitis among teeth serving as a support of fixed supraconstruction. Amongst examined persons were 53 man and 81 woman. Beside patient explored periapically tissue of 12 incisors, 119 premolar and 3 molar, serving hereinafter

supporting of supraconstruction prosthetic design. Age patient will form from 20 to 50 years: 20-29 years - 63 persons (212 man and 41 woman); 30-39 years - 40 (18 man and 22 woman); 40-49 years - 31 (13 man and 18 woman). Examination conducted when referencing, in 6 months, 1 and 2 after completion projection-periapically treatment of endodontic complications teeth, serving as a supporting of fixed orthopedic design, which realized in accordance of endodontic protocol training of root channel.

Results. At study on conic beam computer tomography change of parodontal tissue at different periods after conservative therapy of destructive chronic periodontitis supporting teeth, hereinafter serving as a supporting elements of fixed orthopedic designs, was discovered that sizes of the centre destruction and density bone fabrics of alveolar offshoot in 6 months, 1 and 2 year after endodontic treatment are realistically changed.

Conclusion. After called of endodontic treatment the most expressing are changed sizes of the periapically destruction area beside patient 40-49 years, less beside patient 20-29 years. Beside man postendodontic regenerative processes in periodont denominated more, than beside woman. Density bone tissue around periodont of treated teeth beside man 20-29 years are restored intensify, than in group patient of 40-49 years. Beside woman age differences able under study periapically fabric at different periods after endodontic treatment were not defined.

Key words: teeth, nearapically destruction, supporting teeth, endodontic treatment, fixed orthopedic prosthetic device, occlusion defect

Актуальность

Наиболее простой критерий оценки тяжести воспалительных поражений околоверхушечной ткани представляет собой определение степени деструкции соединительной ткани верхушечной зоны. Деструктивные хронические периодонтиты характеризуются воспалением поддерживающих тканей верхушечной зоны, что в конечном итоге приводит к резорбции альвеолярного отростка челюсти и потере зубов [3, 5, 6]. Однако восстановление резорбтивного очага околоверхушечного пространства после успешного эндодонтического лечения, когда заживление происходит путем образования новообразованной костной ткани и окружающей соединительной ткани, считается благоприятным клиническим признаком [1, 2, 4]. Следует отметить, что на сегодняшний день в литературе нет данных об особенностях восстановления резорбтивного очага околоверхушечных тканей зубов, служащих в дальнейшем опорами супраконструкционных элементов несъемных ортопедических протезов.

Цель работы

Изучить состояние регенерации тканей периодонта осложненных форм кариеса зубов, служащих опорами несъемной ортопедической конструкции, в зависимости от возрастного и гендерного показателя.

Материал и методы исследования

Работа выполнена на базе кафедры ортопедической стоматологии Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибн Сино и терапевтической стоматологии Института последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан, оказывающих амбулаторную стоматологическую помощь

в соответствии с действующими клиническими стандартами. Субъектом научного исследования послужили 53 мужчины и 81 женщина в возрасте от 20 до 50 лет, у которых были исследованы 134 зуба (12 резцов, 119 премоляров и 3 моляра) с деструктивным периодонтитом, которые в дальнейшем служили опорами несъемной ортопедической конструкции. После проведенного эндо-протетического лечения повторное рентгенологическое обследование с использованием конусно-лучевой компьютерной томографии проводили через 6 месяцев, 1 и 2 года.

Пациенты с деструктивным хроническим периодонтитом были распределены на 3 группы в зависимости от возраста: 20-29, 30-39 и 40-49 лет. Распределение пациентов на группы по возрасту связано с тем, что плотность костной ткани с возрастом снижается, а деминерализация альвеолярных отростков челюстей при наличии околоверхушечной патологии служит причиной развития патологического процесса апикального участка опорных зубов. Все пациенты не принимали лекарственных веществ, влияющих на плотность тканей зубов и состояние периодонта. У всех обследованных не было признаков сопутствующих заболеваний, изменяющих состояние зубов и периодонтальных тканей. На конусно-лучевом компьютерном томографе определяли максимальный и минимальный размеры резорбтивного очага, а также площадь патологического очага.

Статистическую обработку результатов проводили с помощью прикладной статистической программы MS Excel, достоверность различий сравниваемых средних величин определяли на основании критерия Стьюдента. Вычисляли средние показатели и

ошибку среднего значения для абсолютных величин и доли для относительных величин. Различия между средними величинами считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

После статистической обработки данных было обнаружено наличие параметрических изменений тканей периодонта околоверхушечной деструктивной зоны в зависимости от возрастного фактора. Так, при изучении состояния периапикальных тканей у всех пациентов в возрасте 20-29 лет обнаружено, что максимальный раз-

мер патологического очага в периодонте при обращении и через 6 месяцев после эндодонтического лечения был достоверно больше, чем через 2 года (в 4,2 и 4,1 раза соответственно).

По данным таблицы 1, у мужчин этой возрастной группы с деструктивным хроническим периодонтитом отмечено уменьшение максимального и минимального размеров очага деструкции в периодонте опорных зубов через 2 года после завершения эндодонтического лечения и протезирования окклюзионного дефекта.

Таблица 1

Динамика размеров резорбтивного очага апикальной зоны опорных зубов с деструктивным хроническим периодонтитом в разные сроки после эндодонтического лечения и протезирования у пациентов 20-29 лет ($M \pm m$)

Параметр резорбтивного очага	При обращении	Через 6 месяцев	Через 1 год	Через 2 года
Размер резорбтивного очага периапикальной зоны				
Максимальный, мм:				
все пациенты	4,71±1,39	4,53±1,45	2,47±1,10	1,11±0,5
мужчины	4,83±1,41	4,58±1,55	2,16±1,0	1,01±0,4
женщины	4,41±1,20	4,24±1,23	2,37±1,03	1,03±0,5
Минимальный, мм:				
все пациенты	4,63±1,80	4,59±1,79	2,26±1,25	0,93±0,4
мужчины	4,50±1,73	4,33±1,79	1,79±1,05	0,57±0,2
женщины	4,86±1,85	4,69±1,79	2,37±1,34	0,96±0,4
Площадь, мм ² :				
все пациенты	24,5±12,7	23,3±12,1	11,5±7,1	5,52±2,1
мужчины	23,8±11,1	22,3±11,1	9,15±4,6	4,56±3,6
женщины	23,6±12,4	22,5±11,5	11,8±7,7	5,08±3,8

Как видно из полученных материалов, у мужчин максимальный размер резорбтивного очага уменьшился в 4,8 и 4,5 раза соответственно в сравнении с таковым на момент обращения за эндодонтической помощью и через 6 месяцев после завершения эндодонтического лечения и протезирования несъемными протезами. Минимальный размер резорбтивного околоверхушечного очага через 2 года стал меньше в 7,9 и 7,6 раза соответственно, чем при обращении и спустя 6 месяцев

Вместе с тем, у женщин наблюдалось уменьшение только максимального размера резорбтивного периапикального очага: к 2 годам после эндодонтического лечения и протезирования зубов он сократился в 4,3 и 4,1 раза в сравнении с таковым при пер-

вичном обращении и через 6 месяцев после соответствующего лечения опорных зубов.

При сопоставительном анализе изучаемых показателей регенерации резорбтивного периапикального очага после лечения деструктивного хронического периодонтита премоляров у мужчин и женщин в каждый срок обследования отдельно достоверная разница выявлена только спустя 2 года после эндопротетической манипуляции. Данные рентгенологической визуализации позволяют отметить, что у мужчин в этот срок минимальный размер очага деструкции в периодонте меньше, чем у женщин, в 4,1 раза.

Более выраженные изменения объема деструктивных тканей в периодонте апикальной зоны у женщин объясняются тем, что у них костная ткань альвеолярных от-

ростков более разрежена, часто наблюдаются явления остеопороза и это согласуется с данными литературы [3, 5, 6]. Именно по этой причине деструктивные процессы из околоверхушечного очага имеют возможности для более широкого распространения. Кроме того, после проведения полноценного эндодонтического лечения деструктивных периодонтитов по этим же причинам у женщин апикальные регенераторные процессы протекают медленнее, т.е. меньше скорость и степень регенерации периодонтальных тканей и окружающей апикальной кости.

При исследовании периапикальных тканей опорных зубов с деструктивным хроническим периодонтитом, служащих опорами

несъемной ортопедической конструкции, в разные сроки после эндодонтического лечения и протезирования у пациентов 30-39 лет достоверные изменения размеров резорбтивного очага периодонта не определялись. Среди обследованных мужчин этой возрастной группы обнаружена достоверная динамика изучаемых параметров в различные сроки после эндопротетического вмешательства ($4,41 \pm 1,25$ мм, $3,29 \pm 1,39$ мм и $2,21 \pm 1,32$ мм соответственно), тогда как у женщин также менялись минимальный размер (соответственно $4,01 \pm 0,78$ мм, $3,01 \pm 0,61$ мм и $2,04 \pm 0,62$) и площадь очага периапикальной деструкции (соответственно $21,1 \pm 3,97$ мм², $14,5 \pm 3,60$ мм² и $9,83 \pm 2,22$ мм²) (табл. 2).

Таблица 2

Динамика размеров резорбтивного очага апикальной зоны опорных зубов с деструктивным хроническим периодонтитом в разные сроки после эндодонтического лечения и протезирования у пациентов 30-39 лет ($M \pm m$)

Параметр резорбтивного очага	При обращении	Через 6 месяцев	Через 1 год	Через 2 года
Размер резорбтивного очага периапикальной зоны				
Максимальный, мм:				
все пациенты	$4,33 \pm 1,06$	$4,21 \pm 1,07$	$3,16 \pm 1,08$	$2,19 \pm 0,99$
мужчины	$4,57 \pm 1,19$	$4,41 \pm 1,25$	$3,29 \pm 1,39$	$2,21 \pm 1,32$
женщины	$4,13 \pm 0,90$	$4,04 \pm 0,88$	$3,05 \pm 0,74$	$2,18 \pm 0,60$
Минимальный, мм:				
все пациенты	$4,24 \pm 1,11$	$4,37 \pm 1,13$	$3,10 \pm 0,98$	$2,13 \pm 1,14$
мужчины	$4,48 \pm 1,49$	$4,41 \pm 1,52$	$3,19 \pm 1,28$	$2,19 \pm 1,58$
женщины	$4,08 \pm 0,77$	$4,01 \pm 0,78$	$3,01 \pm 0,61$	$2,04 \pm 0,62$
Площадь, мм ² :				
все пациенты	$21,9 \pm 7,25$	$21,5 \pm 7,27$	$15,2 \pm 6,33$	$10,1 \pm 6,07$
мужчины	$22,2 \pm 9,87$	$21,9 \pm 9,96$	$16,1 \pm 8,54$	$10,4 \pm 8,74$
женщины	$21,5 \pm 4,10$	$21,1 \pm 3,97$	$14,5 \pm 3,60$	$9,83 \pm 2,22$

Как свидетельствуют данные таблицы 2, через 2 года минимальный размер резорбтивного периапикального очага у женщин уменьшился в 2,0 и 1,9 раза соответственно в сравнении с таковым при первичном обращении и спустя 6 месяцев после эндопротетического лечения. Площадь резорбтивного очага к 2 годам сократилась в 2,2 и 2,1 раза соответственно относительно таковой при первичном обращении и спустя 6 месяцев после эндопротетического лечения.

Более выраженные репаративные изменения перирадикулярных тканей у женщин несколько неожиданны и противоречат данным литературы [3, 5, 6], так как у женщин чаще

обнаруживаются явления остеопороза, что может способствовать более широкому распространению периапикальной инфекции, большему объему вовлеченных в деструкцию тканей и, значит, более длительным и менее интенсивным процессам регенерации после эндопротетического лечения зубов и окклюзионных дефектов.

Относительно такого положения нам представляется, что обнаруженные более выраженные периапикальные изменения у женщин связаны с большой ошибкой средних величин исследованных показателей у пациентов мужского пола. Скорее всего, мужчины обращаются за эндодонтической

помощью значительно позже женщин при хронической периодонтальной патологии или его обострения. Соответственно, больше и разброс значений вариационного ряда, полученных при обследовании мужчин в каждый срок при обращении и после эндодонтического лечения, что приводит к отсутствию достоверных изменений или к их маскировке.

У пациентов 40-49 лет с деструктивным хроническим периодонтитом максимальный размер патологического очага при первичном обращении и через 6 месяцев после эндодонтического лечения был достоверно больше, чем через 2 года, на 49,3% и 48,4% соответственно. Минимальный размер околоверхушечной резорбтивной зоны до и через 6 месяцев после эндодонтического лечения зубов и восстановления окклюзионных дефектов с их использованием был больше в сравнении с таковым через 2 года на 49,7% и 48,7% соответственно, а площадь при первичном обращении и через 6 месяцев превосходила таковую через 2 года в 2,2 раза соответственно (табл. 3).

В данной возрастной группе после лечения деструктивного хронического периодонтита у пациентов мужского и женского пола произошли примерно одинаковые изменения.

Так, у мужчин 40-49 лет через 2 года после эндодонтического лечения опорных зубов максимальный размер резорбтивного очага в апикальном периодонте уменьшился в 2,2 и 2,1 раза соответственно в сравнении с таковым при первичном обращении и через 6 месяцев. Спустя 2 года минимальный размер резорбтивного очага периапикальной зоны был в 2,1 раза меньше, чем при первичном обращении, площадь пораженных тканей – соответственно в 2,5 и 2,4 раза меньше, чем при первичном обращении и через 6 месяцев после эндодонтического лечения.

Почти идентичная динамика наблюдалась среди обследованного контингента женщин в возрасте 40-49 лет: максимальный размер резорбтивного очага в апикальном периодонте через 2 года после эндодонтического лечения опорных зубов уменьшился в 1,9 и 1,8 раза соответственно в сравнении с таковым при первичном обращении и через 6 месяцев. Минимальный размер резорбтивного очага периапикальной зоны у женщин этой возрастной группы спустя 2 года оказался в 1,9 раза меньше, чем при первичном обращении, площадь пораженных тканей – меньше в 2,1 и 2,0 раза соответственно, чем при первичном обращении и через 6 месяцев после эндодонтического лечения.

Таблица 3

Динамика размеров резорбтивного очага апикальной зоны опорных зубов с деструктивным хроническим периодонтитом в разные сроки после эндодонтического лечения и протезирования у пациентов 40-49 лет ($M \pm m$)

Параметр резорбтивного очага	При обращении	Через 6 месяцев	Через 1 год	Через 2 года
Размер резорбтивного очага периапикальной зоны				
Максимальный, мм:				
все пациенты	4,48±0,68	4,40±0,72	3,41±0,74	2,27±0,71
мужчины	4,51±0,50	4,43±0,60	3,29±0,70	2,08±0,86
женщины	4,45±0,79	4,38±0,82	3,49±0,77	2,41±0,56
Минимальный, мм:				
все пациенты	4,37±0,67	4,29±0,73	3,22±0,57	2,20±0,72
мужчины	4,16±0,61	4,13±0,65	3,13±0,46	1,99±0,89
женщины	4,52±0,68	4,40±0,78	3,28±0,65	2,34±0,55
Площадь, мм ² :				
все пациенты	21,6±4,07	21,3±4,19	15,8±3,99	9,75±2,82
мужчины	21,1±3,57	20,8±3,91	15,6±4,44	8,42±2,92
женщины	21,9±4,46	21,6±4,46	16,0±3,75	10,7±2,39

Исходя из полученных данных, следует отметить, что у пациентов мужского пола

через 2 года после эндодонтического лечения опорных зубов максимальный и минималь-

ный размеры апикального резорбтивного очага уменьшились соответственно на 53,9% и 52,2% в сравнении с таковым при первичном обращении, на 53,1% и 51,8% – в сравнении с таковым через 6 месяцев после эндопротетического лечения. Площадь резорбтивного очага уменьшилась на 60,2% и 59,6% соответственно, в сравнении с первичным обращением и через 6 месяцев после соответствующего лечения.

У пациентов женского пола через 2 года после эндодонтического лечения опорных зубов максимальный размер апикального резорбтивного очага уменьшился на 45,8%, минимальный – на 48,2% в сравнении с таковым при первичном обращении, соответственно на 45,0% и 46,8% – в сравнении с таковым через 6 месяцев после эндопротетического лечения. Площадь резорбтивного очага уменьшилась на 51,1% и 50,5% соответственно, чем при первичном обращении и через 6 месяцев после проведенного нами лечения.

Как и следовало ожидать, мы обнаружили определенную разницу с достоверной тенденцией в полученных результатах у мужчин и женщин данной возрастной группы. В частности, у женщин максимальная и минимальная разницы резорбтивного очага периапикальной зоны оказались соответственно на 8,1% и 4,0% меньше, чем у мужчин, а площадь пораженного участка – на 9,1%. Такая низкая репаративная тенденция у женщин в отдаленные сроки после эндопротетического лечения опорных зубов, на наш взгляд, связана с прогрессированием у них остеопороза с возрастом, развитием менопаузальных и других дистормональных нарушений.

Учитывая, что увеличение плотности челюстных костей – благоприятный признак, свидетельствующий о развитии регенераторных процессов [5], можно утверждать, что у молодых пациентов мужского пола (20-29 лет) репарация пораженных апикальных тканей через 2 года после эндодонтического лечения опорных зубов выражена больше (максимальный размер резорбтивного очага уменьшился в 4,8 раза в сравнении с таковым на момент обращения), чем у пациентов более старшего возраста – в 2,1 и 2,2 раза соответственно у 30-39- и 40-49-летних мужчин. У женщин также обнаружены аналогичного различия, где максимальный размер резорбтивного очага уменьшился в 4,3, 1,9 и 1,8 раза в сравнении с таковым на момент обращения соответственно у 20-29-, 30-39- и 40-49-летних женщин.

Полученный фактический материал свидетельствует о том, что через 2 года после

успешного завершения эндодонтического лечения опорных зубов резорбтивные очаги малой величины регенерируются в неполном объеме. Так, за этот период максимальный размер резорбтивного очага у 20-29-летних мужчин и женщин уменьшился соответственно на 79,1% и 76,6%, у 30-39-летних – соответственно на 51,6% и 47,2% при значении 53,9% и 45,8% соответственно у 40-49-летних мужчин и женщин. Уменьшение величины минимального размера резорбтивного очага периапикальной зоны оказалось таковым: 87,3% и 80,2% – 20-29-летних мужчин и женщин; 51,1% и 50,0% – у 30-39-летних; 52,2% и 48,2% – соответственно у 40-49-летних мужчин и женщин.

Среди обследованных лиц через 2 года после завершения эндопротетического лечения площадь периапикального очага деструкции уменьшилась на 19,24 мм² (80,8%) и 18,52 мм² (78,5%) соответственно у 20-29-летних мужчин и женщин, на 11,8 мм² (53,2%) и 11,7 мм² (54,4%) – у 30-39-летних, на 12,7 мм² (60,2%) и 11,2 мм² (51,1%) – соответственно у 40-49-летних мужчин и женщин. Тем не менее, основываясь на результатах изучения литературы, мы все таки ожидаем достоверного сокращения размеров резорбтивного очага и выраженного увеличения плотности костной ткани околоверхушечной зоны, как минимум, через 5 лет после завершения эндодонтического лечения.

Заключение

Таким образом, после эндодонтического лечения опорных зубов и протезирования окклюзионных дефектов наиболее выражено меняются размеры резорбтивного очага периапикальной зоны у 20-29-летних пациентов, менее значительно – в возрастных группах 30-39 и 40-49 лет. Через 2 года после эндопротетического лечения уменьшаются минимальный и максимальный размеры резорбтивного очага околоверхушечной зоны, а также площадь очага деструкции в апикальном периодонте. После лечения хронического деструктивного периодонтита регенераторные процессы резорбтивного очага выражены больше у мужчин, чем у женщин.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 5-6 см. в REFERENCES)

1. Вейсгейм Л.Д., Гоменюк Т.Н., Гоменюк Е.В. Клиническое применение препарата на основе гидроксида кальция для сохранения зубов, используемых в каче-

стве опоры мостовидного протеза и нуждающихся в повторном эндодонтическом лечении // *Эндодонтия today*. 2014. № 2. С. 7-9.

2. Дурова В.М., Дурова А.В., Десятниченко К.С., Истранова Е.В. Оценка эффективности лечения деструктивных периодонтитов остеопластическим материалом «ТрАпекс-гель» // *Стоматология*. 2011. № 1 (90). С. 30-33.

3. Митронин А.В., Герасимова М.М. Эндодонтическое лечение болезней пульпы и периодонта (часть 1). Применение гидроксида кальция в эндодонтии // *Эндодонтия today*. 2012. № 1. С. 9-15.

4. Тагаева Ш.О. Ситуационная оценка качества эндодонтического лечения у пациентов с сочетанным эндодонто-пародонтальным поражением // *Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения*. 2018. № 3. С. 69-72.

REFERENCES

1. Veisgeim L. D., Gomenyuk T. N., Gomenyuk E. V. Klinicheskoe primeneniye preparata na osnove gidroksida kaltsiya dlya sokhraneniya zubov, ispolzuemykh v kachestve opory mostovidnogo proteza i nuzhdayushikhsya v povtornom endodonticheskom lechenii [Clinical using of preparation on base of hydroxide calcium for conservation teeth, used as full tilts of bridge's prosthetic device and needing for repeated endodontic treatment]. *Endodontiya today – Endodontology today*, 2014, No. 2, pp. 7-9.

2. Durova V. M., Durova A. V., Desyatnichenko K. S., Istranova E. V. Otsenka effektivnosti lecheniya destruktivnykh periodontitov osteoplasticheskim materialom «TrApeks-gel» [Estimation of efficiency of the treatment destructive periodontitis by «TrApex-gel» material]. *Stomatologiya – Dentistry*, 2011, No. 1 (90), pp. 30-33.

3. Mitronin A. V., Gerasimova M. M. Endodonticheskoe lechenie bolezney pulpy i periodonta (chast 1). Primeneniye gidroksida kaltsiya v endodontii [Endodontic treatment of the pulp and periodont diseases (the part 1). Using of hydroxide calcium in endodontology]. *Endodontiya today – Endodontology Today*, 2012, No. 1, pp. 9-15.

4. Tagaeva Sh. O. Situatsionnaya otsenka endodonticheskogo lecheniya u patsientov s sochetannim endodonto-parodontalnym porazheniem [Situational estimation of quality endodontic treatment beside patient with combined endo-perio defeat]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniy v sfere zdavoookhraneniya – Herald of Postgraduate Education in Healthcare Sphere*, 2018, No. 3, pp. 69-72.

5. Caliskan M. K. Prognosis of large cyst-like periapical lesions following nonsurgical root canal treatment: a clinical review. *International Endodontic Journal*, 2014, Vol. 37, pp. 408-416.

6. Friedlander L., Chandler N., Love R. Periapical healing following combined non-surgical and surgical retreatments. *Dental IQ*, 2011, Vol. 30, pp. 43-53.

Сведения об авторах:

Шарипов Хуриед Саиджонович – соискатель кафедры ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Зарипов Акбар Рахмонович – зав. кафедрой ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н., доцент

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

Контактная информация:

Шарипов Хуриед Саиджонович – тел.: (+992) 918 22 88 08

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

© Коллектив авторов, 2020

УДК 616-007-053.1

Мирзабекова Б.Т., Мухамадиева С.М., Хайридинова Дж.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ ПЛОДА

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ ИПОвСЗ РТ

Mirzabekova B.T., Muhamadieva S.M., Hairidinova J.A.

MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF CONGENITAL FETAL DEVELOPMENT

Department of Obstetrics and Gynecology No. 1 of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»

Анализ литературных данных свидетельствует о высокой частоте врожденных пороков развития плода (ВПР) во многих странах мира, которые являются одной из основных причин перинатальной смертности и инвалидизации детей. Поражение центральной нервной системы и сердечно-сосудистая патология занимают лидирующее место в структуре ВПР. Имеются разноречивые мнения о причинах и факторах развития этой патологии. В Республике Таджикистан, регионе высокой рождаемости и высоким процентом близкородственных браков, данная проблема требует более детального изучения и улучшения качества медицинской помощи беременным с ВПР.

Ключевые слова: врожденные пороки развития, перинатальная смертность, центральная нервная система, новорожденные

Analysis of literature data shows high frequency of congenital fetal development (CFD) in many countries in the world which is one of the main reasons of perinatal mortality and child disability. The effect of central nervous system and cardio-vascular pathology take the leading place in the CFD structure. Contradictory opinion and development factors of this pathology also exist. In the Republic of Tajikistan, in the region of high birth-rate and high percentage of close-relative marriages, this problem requires a thorough study and improvement of healthcare quality for pregnant with CFD.

Key words: Congenital development, perinatal mortality, central nervous system, newborns

Одной из актуальных проблем современной перинатологии являются врожденные аномалии развития плода (ВА), которые занимают лидирующее место в структуре перинатальной смертности [3, 6].

По данным ВОЗ, за последние 5 лет дети, рожденные с внутриутробными пороками развития (ВПР), составляют 4-6%, а смертность среди этой категории новорожденных достигает до 40-50%, при этом в развитых странах Европы и стран запада ВПР выходят на первый план в структуре перинатальной смертности [34].

По данным статистики разных стран, на фоне снижающейся детской смертности от-

мечается рост количества ВПР [7, 16, 18, 31]. В последние годы, несмотря на значительное снижение перинатальной смертности в РФ, в 2015 г. она составила 10,17 детей на 1000 живорожденных, что существенно выше, чем в странах Европы [10, 15, 16, 25]. Исследователи зарубежных стран утверждают, что ВПР занимает второе место в структуре младенческой смертности, составляя в среднем 20,3%, при этом более чем в 42% случаев смертность прямо или косвенно связана с ВПР. Авторами установлено, что среди мертворожденных младенцев ВПР выявлены в 15-20% случаев [9, 13, 15]. Суммарные показатели ВПР по России составили 18,59% [8, 9, 25]. В Республике

Казахстан частота ВПР составила 22,9 на 1000 рождений [6, 16, 17].

Исследователями установлено, что имеет место различие в частоте ВПР от пола ребенка. Частота ВПР у новорожденных мальчиков выше, чем у девочек и составляет 17,57% и 12,78% соответственно [9, 29].

Следует указать, что не все пороки развития выявляются в момент рождения младенца. Некоторые определяются позже, к двум годам жизни аномалии диагностируются у 6% детей, к 5 годам – у 8% детей и 2% диагностируются у детей старшего возраста [12, 22, 31]. По данным мировой статистики, в структуре детской инвалидности ВПР составляют 42,4-56,2% [33].

Большинство авторов относят ВПР к числу наиболее часто встречаемых патологий новорожденных, которые являются наиболее частой причиной мертворождаемости, неонатальной смертности и инвалидизации детей [1, 9, 22, 24, 25]. Данные исследователей Кыргызской республики указывают на устойчивый рост ВА в 1,6 раза за период 2007-2014 гг., и в структуре младенческой смертности они занимают второе место [11, 13, 21].

Исследования, проведенные в ряде стран, показали, что 25-30% всех перинатальных потерь обусловлены анатомическими дефектами органов [4, 5, 8, 15]. По последним данным, ВПР относят к группе экоассоциированных заболеваний, которые являются индикаторами окружающей среды и социального положения страны, представляют собой глобальную медико-социальную проблему государства, отражающейся на статусе семьи и требующей больших экономических затрат [6, 14, 19].

До 80% множественных пороков развития заканчиваются смертью ребенка в младенческом возрасте, но при выживании данного контингента детей невозможно в полной мере обеспечить качество здоровья, необходимое для интеграции в общество [13, 22]. Все эти данные определяют совершенствование профилактики ВПР как актуальнейшую задачу здравоохранения и ведомств социальной защиты населения. В Республике Таджикистан, регионе высокой рождаемости и высоким процентом близкородственных браков, отсутствия оздоровления девочек в подростковом возрасте, до настоящего времени остаются неизученными частота и структура ВПР плодов и новорожденных, нет однозначного мнения о роли различных экзо- и эндогенных факторов в возникновении ВПР [19].

Длительное и сложное лечение больных с врожденными пороками, медико-педагогическая и социальная помощь детям-инвалидам требуют значительных экономических затрат. Одной из основных задач перинатального акушерства является предупреждение рождения детей с врожденными аномалиями развития [17, 24].

Исследования, проведенные в России за 2013-2017 гг., показали, что средняя частота ВПР, выявленных при ультразвуковом скрининге, составила 1,38%, что сопоставимо с мировыми данными [2, 11, 20].

ВПР – это морфологический дефект органа, тела, возникающий в результате нарушения внутриутробного развития эмбриона и стойкого нарушения морфогенеза (органогенеза), сопровождающийся выраженными нарушениями функций органов, выявляемый у новорожденных.

Аномалии развития – дефекты органов, не вызывающие серьезных нарушений функций поврежденных органов. Микроаномалии развития – отклонения от нормального развития органов, не влияющие на их функции. Микроаномалии развития выявляются у 14% новорожденных детей. Клиническое значение имеют множественные микроаномалии [17].

Аномалии развития – дефекты органов, не вызывающие серьезных нарушений функций поврежденных органов. Микроаномалии развития – отклонения от нормального развития органов, не влияющие на их функции. Микроаномалии развития выявляются у 14% новорожденных детей. Клиническое значение имеют множественные микроаномалии [17].

В Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятый пересмотр (МКБ - 10), ВПР включены в класс XVII: «Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения». Классификация ВПР в зависимости от причин возникновения делит их на: генетические формы, обусловленные геномными, хромосомными и генными мутациями; тератогенные факторы, возникающие в результате внешних воздействий среды; мультифакториальные пороки, возникающие в результате совместного действия генетических и факторов внешней среды [34].

В Таджикистане с 2014 года внедрен реестр №32 (форма учета перинатальной смертности и анализ ВПР) [13].

По данным мировой статистики, причины 40-60% аномалий развития плода не установлены, к ним применяют термин «спорадические дефекты рождения», обозначающий неизвестную причину, случайное возникновение и низкий риск повторного возникновения у будущих детей [14, 16]. Для 20-25% аномалий более вероятна многофакторная причина – комплексное взаимодействие многих генетических дефектов и факторов окружающей среды. Остальные 10-13% аномалий связаны с воздействием среды и только 12-15% имеют чисто генетические причины [1, 5].

Исследователями Республики Казахстан выявлено, что генетические факторы развития ВПР присутствуют у 20-25%, тератогенные факторы – у 7-10% и мультифакториальные – у 65-75% [6].

По своей структуре ВПР разделяются на изолированные пороки, возникающие в результате нарушения одного органа (расщелина губы или неба, пороки сердца), системные пороки, возникающие вследствие нарушения целой системы (ЦНС, ССС, костно-мышечной системы), множественные пороки развития и синдромы (устойчивое сочетание пороков развития двух или более органов, возникающих независимо друг от друга, патогенетически связанных друг с другом (синдром Дауна, Патау, Эдвардса) [23].

По данным ВОЗ, в структуре ВПР у умерших детей, независимо от возраста, первое место занимали пороки сердечно-сосудистой системы (34,66%), затем следует множественные пороки развития (19,4%) и пороки ЦНС (17,76%) [26, 29, 30, 33, 34].

Анализ структуры ВПР, выявленных у детей в Российской Федерации за период 2015-2018 гг., показал, что преобладающее количество ВПР составили изолированные пороки развития (77,53%), в остальных случаях наблюдались множественные пороки развития (22,47%) [23]. Среди изолированных пороков у новорожденных ведущими были пороки развития сердечно-сосудистой системы (30,57%), второе место – пороки центральной нервной системы и органов чувств (16,98%), костно-мышечной системы (13,06%). Синдром Дауна составил 22,47% от общего количества пороков [3, 5, 26]. Частота синдрома Патау и Эдвардса крайне низка, что связано с низким уровнем диагностики и высокой смертностью с данной патологией в первые сутки после рождения [9].

При ультразвуковом скрининге за 2017 год российскими авторами установлено, что в три раза чаще встречаются пороки развития у плодов из двоен – 16% от общего количества рожденных двоен [12, 14].

Наиболее значимыми факторами риска развития ВПР в постсоветских странах следует считать: отягощенный наследственный анамнез (92,8%), урбанизация (83,0%), первые роды (66,3%), возраст моложе 20 лет (48,6%), социальная принадлежность к неработающему населению (33,3%) [3, 14, 24]. По данным проведенных исследований, возможно развитие дефектов нервной трубки (ДНТ) в результате авитаминоза, при этом экзогенное или периконцепционное поступление фолиевой кислоты (ФК) в организм

женщины снижает риск ДНТ у её будущего ребёнка [17, 34].

Анализ проведенных в мире исследований показал, что содержание фолата может явиться важным фактором развития ДНТ на основании клинических наблюдений. Так, исследование включало использование диеты, обогащенной мультивитаминами (ФК 0,36 мг/сут), в периконцепционный период у женщин, ранее имевших детей с ДНТ. Контрольную группу составили женщины, забеременевшие без приема витаминов. Результаты проведенного многоцентрового исследования показали снижение частоты ДНТ плода у женщин, принимавших витамины, на 83-91% в сравнении с контрольной группой [3, 12, 17]. Полученные результаты указывают на важную роль в потреблении витаминов или ФК для снижения частоты ДНТ у новорожденных [24, 27, 30, 32].

По мнению различных авторов, дефицит фолатов связан с множественными нарушениями, включая пороки развития у плода (в том числе ДНТ). Биохимические внутриклеточные реакции, метилирование ДНК, играют важную роль для правильного эмбриогенеза [7, 17, 31].

По данным мировой статистики, среди выявленных особенностей развития плодов, диагностированных при ультразвуковом скрининге, стабильно высокой остается частота нарушений развития ЦНС (до 30%), скелетных дисплазий (до 15%) и множественных пороков развития (до 10%) [2, 28, 29, 34].

В настоящее время профилактику врожденных болезней плода разделяют на первичную и вторичную. Первичная профилактика направлена на оздоровление окружающей среды и на принятие ряда мер по улучшению здоровья родителей перед и во время предстоящей беременности [3, 17].

Авторы указали, что частота ВПР выше у женщин, проживающих в городах, по сравнению с сельскими женщинами, что, вероятно, связано с большим влиянием внешне-средовых компонентов в этиопатогенезе ВПР и обусловлены высокой техногенной нагрузкой в больших городах [14, 16, 18].

Генетический скрининг является популяционным методом диагностики врожденных аномалий развития плода [20, 26].

Совершенствование методов антенатальной диагностики, скрининг беременных на наличие ВПР, внедрение современных перинатальных технологий признаны одними из главных для снижения перинатальной смертности [2, 9, 30]. С медико-социальной точки зрения решающую роль в комплексе

мероприятий по профилактике и предупреждению наследственной и врожденной патологии принадлежит пренатальной диагностике (ПД), позволяющей предотвратить рождение детей с тяжелыми, некорректируемыми пороками развития, с социально значимыми и смертельными генными и хромосомными болезнями [29, 34]. По данным российских авторов, несмотря на реформу Министерства здравоохранения и региональных комитетов по охране здоровья матери и ребенка в рамках реализации Приоритетного национального проекта «Здоровье», эффективность ПД остается все еще весьма на низком уровне [25].

Многие авторы считают, что одним из наиболее рациональных и перспективных направлений, способствующих снижению вероятности развития ВПР, является его прогнозирование, которое позволяет определить наиболее рациональную тактику ведения женщин и параллельно учесть все возможные профилактические мероприятия. В то же время отмечается некоторое снижение рождения детей с ВПР в связи с широким внедрением в медицинскую практику ультразвукового пренатального скринингового обследования [3, 6, 22, 25]. Это дает время и возможность родителям своевременно, на ранних стадиях развития плода, принять решение о пролонгировании беременности или определить тактику ведения беременности, а также алгоритм дальнейшего обследования плода. Преобладающее большинство особенностей развития установлено в первой половине беременности - до 80% [9, 24, 27, 28]. Установлена тенденция к увеличению частоты пороков развития, обнаруженных в первом триместре беременности, - до 30% [1, 5].

В настоящее время большинство ВПР выявляются при втором скрининговом исследовании (50%), то есть в сроке 18-21 недель [7, 21]. Авторами установлено, что наиболее частыми обнаруживаемыми пороками в этом сроке явились пороки сердечно-сосудистой, нервной и мочевыделительной систем [5, 15, 21]. Среди пороков, впервые выявленных в третьем триместре беременности, преобладают образования брюшной полости (кисты паренхиматозных органов, атрезия кишечника) [1, 11].

Данные ВОЗ за 2017 год указывают, что пациенты нередко обращаются для ультразвукового скрининга только в третьем триместре беременности. Установлено, что большинство ВПР, диагностированных пренатально, были подтверждены после рождения [32].

Таким образом, анализ литературных данных свидетельствует, что одной из основных причин перинатальной смертности и инвалидизации детей во многих странах мира являются ВПР, не имеющие тенденции к снижению. Поражение центральной нервной системы и сердечно-сосудистая патология являются лидирующими в структуре ВПР. Имеются разноречивые мнения о причинах и факторах развития ВПР. В Республике Таджикистан, регионе высокой рождаемости, с высоким процентом близкородственных браков, данная проблема требует более детального изучения, а также улучшения качества медицинской помощи беременным с ВПР.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 26-34 см. в REFERENCES)

1. Алтынник Н.А., Минкаилова А.Д. Пренатальная диагностика двух случаев свищевой формы аноректальной атрезии у плода в 11-14 недель беременности // Пренатальная диагностика. 2018. Т. 17, № 3. С. 248-254.
2. Алтынник Н.А. Пренатальная ультразвуковая диагностика аномалии Эбштейна до 12 недель беременности // Пренатальная диагностика. 2018. Т. 17, № 2, С.152-154
3. Воеводин С.М., Шеманаева Т.В.. Профилактика пороков развития.// Медицинский Совет. 2016. №2. С. 26-31.
4. Волков А.Е., Волошин В.В., Фоменко О.А. Пренатальная диагностика врожденной тератомы головного мозга // Пренатальная диагностика. 2018. Т. 17, № 4. С. 350-354 .
5. Галкина О.Л. Особенности кровотока в венозном протоке у плодов с врожденными аномалиями развития, диагностированными в I триместре беременности // Пренатальная диагностика. 2018. Т.17, № 3. С. 211-214
6. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулык» на 2016-2019 гг. Астана, 2016. 158 с.
7. Гусина А.А. и др. Случай муколипидоза II альфа/бета у плода, манифестировавшего как точечная хондродисплазия во II триместре беременности // Пренатальная диагностика. 2019. Т.18, № 1. С. 73-81.
8. Даминов И.Н., Насырова С.Ф. Случай пренатальной ультразвуковой диагностики верхней затылочной черепно-мозговой грыжи у плода во II триместре беременности // Пренатальная диагностика. 2018. Т.17, № 4. С.360-365.
9. Демикова Н.С., Подольная М.А., Лапина А.С., Асанов А.Ю. Влияние пренатальной диагностики и селективных прерываний беременности на частоту

врожденных пороков развития // Акушерство и гинекология. 2017. п 7. С.130-135.

10. Ежова В.В., Вдовина Т.М. Пренатальная диагностика синдрома Тернера: два клинических наблюдения и ретроспективный анализ выявленных случаев на базе Ставропольского краевого КДЦ в 2008-2018 гг. // Пренатальная диагностика. 2018. Т. 17, № 4. С. 331-338.

11. Ежова В.В. Пренатальная ультразвуковая диагностика дивертикула пищевода в III триместре беременности // Пренатальная диагностика. 2019. Т. 18, № 1. С. 82-85.

12. Ежова В.В. Случай пренатальной диагностики эпителиального копчикового хода (пилонидальной кисты) // Пренатальная диагностика. 2019. Т. 18, № 2. С.148-151

13. Ежегодные статистические сборники Национального Центра медицинской статистики МЗиСЗ РТ (форма №32) 2014-2018 гг. Душанбе, 2014-2018.

14. Костюков К.В., Гладкова К.А. Диагностика фето-фетального трансфузионного синдрома, синдрома анемии-полицитемии при монохориальной многоплодной беременности. //Акушерство и гинекология. 2016. №1. С. 10-15.

15. Костюков К.В., Гладкова К.А., Гасанова Р.М., Тетраушвили Н.К., Бокерия Е.Л. Патология сердечно-сосудистой системы плодов при фето-фетальном трансфузионном синдроме. // Детские болезни сердца и сосудов. 2018. №15(3). С.137-144.

16. Национальная Стратегия Республики Таджикистан до 2030 года. Постановление Правительства № 392 от 1 октября 2016 года. Душанбе, 2016. 84 с.

17. Надеев А.П., Орынбасаров С.О., Жолмурзаев Б.Т. Нозологическая структура врожденных пороков развития плодов и детей в Приаралье (Республика Казахстан) // Архив патологии. 2019. № 4. С.48-52.

18. Нароган М. В. и др. Значение фолатов для здоровья и развития ребенка // Акушерство и гинекология. 2019. № 8. С. 46-52.

19. Новикова И.В. и др. Синдром дисгенезии клоаки в I триместре беременности //Пренатальная диагностика. 2019. Т. 18, № 3. С. 230-236.

20. Отарян К.К. и др. Синдром FATCO: случай пренатальной диагностики во II триместре беременности // Пренатальная диагностика. 2018. Т. 17, № 4. С. 355-359.

21. Самигуллина А.Э., МаксUTOва Э.М., Жихарева В.В. Анализ детской инвалидности при врожденных аномалиях в Кыргызской Республике // Педиатрия. 2017. № 2. С.182-186.

22. Сидорова О.Г., Кононова С.К. Случай пренатальной диагностики ЕЕС-синдрома (эктродактилии - эктодермальной дисплазии - расщелины губы и неба) // Пренатальная диагностика. 2018. Т. 17, № 4. С. 366-369

23. Тютюнник В.Л.,БалушкинаА.А.Алгоритм назначения препаратов железа при беременности // Акушерство и гинекология. 2019. № 6. С. 33-34:

24. Шургая М.А., Меметов С.С., Иванова Т.А., Ка-раева А.Ф., Лялина И.В. Медико-социальные аспекты демографической ситуации в России. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2017. Т.20, №4. С.214-220.

25. Эсетов М.А., Эсетов А.М. Ультразвуковые маркеры открытых дефектов позвоночника плода в 11-14 недель беременности: обзор литературы //Пренатальная диагностика. 2019. Т. 18. № 3. С. 201-209.

RESERENSES

1. Altynnik N. A., Minkailova A. D. Prenatalnaya diagnostika dvukh sluchaev svishchevoy formy anorektalnoy atrezii u ploda v 11-14 nedel beremennosti [Prenatal diagnosis of two cases of fistulous anorectal atresia in a fetus at 11-14 weeks of gestation]. *Prenatalnaya diagnostika - Prenatal diagnosis*, 2018, Vol. 17, No. 3, pp. 248-254.

2. Altynnik N.A. Prenatalnaya ultrazvukovaya diagnostika anomalii Ebshteyna do 12 nedel beremennosti [Prenatal ultrasound diagnosis of Ebstein's anomaly before 12 weeks of pregnancy]. *Prenatalnaya diagnostika - Prenatal diagnosis*, 2018, Vol. 17, No. 2, pp. 152-154.

3. Voevodin S. M., Shemanaeva T. V. *Profilaktika porokov razvitiya* [Prevention of malformations]. *Meditinskiy Sovet - Medical advice*, 2016, No. 2, pp. 26-31.

4. Volkov A. E., Voloshin V. V., Fomenko O. A. Prenatalnaya diagnostika vrozhdennoy teratomy golovnog mozga [Prenatal diagnosis of congenital teratoma of the brain]. *Prenatalnaya diagnostika - Prenatal diagnosis*, 2018, Vol. 17, No. 4, pp. 350-354 .

5. Galkina O. L. Osobennosti krovotoka v venoznom protoke u plodov s vrozhdennymi anomaliyami razvitiya, diagnostirovannymi v I trimestre beremennosti [Features of blood flow in the ductus venosus in fetuses with congenital malformations diagnosed in the first trimester of pregnancy]. *Prenatalnaya diagnostika - Prenatal diagnosis*, 2018, Vol. 17, No. 3, pp. 211-214

6. Gosudarstvennaya programma razvitiya zdavookhraneniya Respubliki Kazakhstan «Densaulyk» na 2016-2019 gg [State program for the development of health care of the Republic of Kazakhstan "Densaulyk" for 2016-2019]. Astana, 2016. 158 p.

7. Gusina A. A. Sluchay mukolipidoza II alfa/beta u ploda, manifestirovavshego kak tochechnaya khondrodisplaziya vo II trimestre beremennosti [A case of mucopolidosis II alpha / beta in a fetus manifested as punctate chondrodysplasia in the II trimester of pregnancy]. *Prenatalnaya diagnostika - Prenatal diagnosis*, 2019, Vol. 18, No. 1, pp. 73-81.

8. Daminov I. N., Nasyrova S. F. Sluchay prenatalnoy ultrazvukovoy diagnostiki verkhney zatylochnoy cherepno-mozgovoy gryzhi u ploda vo II trimestre beremennosti [A case of prenatal ultrasound diagnostics of the superior occipital craniocerebral hernia in a fetus in the second trimester of pregnancy]. *Prenatalnaya diagnostika - Prenatal diagnosis*, 2018, Vol. 17, No. 4, pp. 360-365.

9. Demikova N. S., Podolnaya M. A., Lapina A. S., Asanov A. Yu. Vliyaniye prenatalnoy diagnostiki i selektivnykh

preryvaniy beremennosti na chastotu vrozhdennykh porokov razvitiya [Impact of prenatal diagnosis and selective abortion on the incidence of congenital malformations]. *Akusherstvo i ginekologiya – Obstetrics and gynecology*, 2017, No. 7, pp. 130-135.

10. Ezhova V. V., Vdovina T. M. Prenatalnaya diagnostika sindroma Terner: dva klinicheskikh nablyudeniya i retrospektivnyy analiz vyyavlenykh sluchaev na baze Stavropolskogo kraevogo KDTS v 2008-2018 gg. [Prenatal diagnosis of Turner syndrome: two clinical observations and a retrospective analysis of the detected cases on the basis of the Stavropol Regional CDC in 2008-2018.]. *Prenatalnaya diagnostika – Prenatal diagnosis*, 2018, Vol. 17, No. 4, pp. 331-338.

11. Ezhova V. V. Prenatalnaya ultrazvukovaya diagnostika divertikula pishchevoda v III trimestre beremennosti [Prenatal ultrasound diagnostics of esophageal diverticulum in the third trimester of pregnancy]. *Prenatalnaya diagnostika – Prenatal diagnosis*, 2019, Vol. 18, No. 1, pp. 82-85.

12. Ezhova V. V. Sluchay prenatalnoy diagnostiki epiteliynogo kopchikovogo khoda (pilonidnoy kisty) [Case of prenatal diagnosis of epithelial coccygeal passage (pilonidal cyst)]. *Prenatalnaya diagnostika – Prenatal diagnosis*, 2019, Vol. 18, No. 2, pp. 148-151

13. *Ezhegodichnye statisticheskie sborniki Natsionalnogo Tsentra meditsinskoy statistiki MZiSZ RT (forma №32) 2014-2018 gg* [Annual statistical compilations of the National Center for Medical Statistics of the Ministry of Health and Social Health of the Republic of Tajikistan (form No. 32) 2014-2018]. Dushanbe, 2014-2018.

14. Kostyukov K. V., Gladkova K. A. Diagnostika fetofetalnogo transfuzionnogo sindroma, sindroma anemii-politsitemii pri monokhorialnoy mnogoplodnoy beremennosti [Diagnostics of the fetal-fetal transfusion syndrome, anemia-polycythemia syndrome in monochorionic multiple pregnancy]. *Akusherstvo i ginekologiya – Obstetrics and gynecology*, 2016, No. 1, pp. 10-15.

15. Kostyukov K. V., Gladkova K. A., Gasanova R. M., Tetruashvili N. K., Bokeriya E. L. Patologiya serdechno-sosudistoy sistemy plodov pri fetofetalnom transfuzionnom sindrome [Pathology of the fetal cardiovascular system in fetal fetal transfusion syndrome]. *Detskie bolezni serdtsa i sosudov – Children's diseases of the heart and blood vessels*, 2018, No. 15 (3), pp. 137-144.

16. *Natsionalnaya Strategiya Respubliki Tadjikistan do 2030 goda. Postanovlenie Pravitelstva № 392 ot 1 oktyabrya 2016 goda* [National Strategy of the Republic of Tajikistan until 2030. Government Decision No. 392 of October 1, 2016]. Dushanbe, 2016. 84 p.

17. Nadeev A. P., Orynbasarov S. O., Zholmurzaev B. T. Nozologicheskaya struktura vrozhdennykh porokov razvitiya plodov i detey v Priarale (Respublika Kazakhstan) [Nosological structure of congenital malformations of fetuses and children in the Aral Sea region (Republic of Kazakhstan)]. *Arkhiv patologii – Archive of pathology*, 2019, No. 4, pp. 48-52.

18. Narogan M. V. Znachenie folatov dlya zdorov'ya i razvitiya rebenka [The importance of folate for child health

and development]. *Akusherstvo i ginekologiya – Obstetrics and gynecology*, 2019, No. 8, pp. 46-52.

19. Novikova I. V. Sindrom disgenезii kloaki v I trimestre beremennosti [Cloacal dysgenesis syndrome in the first trimester of pregnancy]. *Prenatalnaya diagnostika – Prenatal diagnosis*, 2019, Vol. 18, No. 3, pp. 230-236.

20. Otaryan K. K. Sindrom FATCO: sluchay prenatalnoy diagnostiki vo II trimestre beremennosti [FATCO syndrome: a case of prenatal diagnosis in the second trimester of pregnancy]. *Prenatalnaya diagnostika – Prenatal diagnosis*, 2018, Vol. 17, No. 4, pp. 355-359.

21. Samigullina A. E., Maksutova E. M., Zhikhareva V. V. Analiz detskoy invalidnosti pri vrozhdennykh anomal'yakh v Kyrgyzskoy Respublike [Analysis of Childhood Disability in Congenital Anomalies in the Kyrgyz Republic]. *Pediatrya – Pediatrics*, 2017, No. 2, pp. 182-186.

22. Sidorova O. G., Kononova S. K. Sluchay prenatalnoy diagnostiki EES-sindroma (ektrodaktilii - ektodermalnoy displazii - rassheliny guby i neba) [A case of prenatal diagnosis of the EEC syndrome (ectrodactyly - ectodermal dysplasia - cleft lip and palate)]. *Prenatalnaya diagnostika – Prenatal diagnosis*, 2018, Vol. 17, No. 4, pp. 366-369

23. Tyutyunnik V. L., Balushkina A. A. Algoritm naznacheniya preparatov zheleza pri beremennosti [Algorithm for prescribing iron preparations during pregnancy]. *Akusherstvo i ginekologiya – Obstetrics and gynecology*, 2019, No. 6, pp. 33-34:

24. Shurgaya M. A., Memetov S. S., Ivanova T. A., Karaeva A. F., Lyalina I. V. Mediko-sotsialnye aspekty demograficheskoy situatsii v Rossii [Medical and social aspects of the demographic situation in Russia]. *Mediko-sotsialnaya ekspertiza i reabilitatsiya – Medical and social examination and rehabilitation*, 2017, Vol. 20, No. 4, pp. 214-220.

25. Esetov M. A., Esetov A. M. Ultrazvukovye markery otkrytykh defektov pozvonochnika ploda v 11-14 nedel beremennosti: obzor literatury [Ultrasound markers of open fetal spine defects at 11-14 weeks of gestation: a literature review]. *Prenatalnaya diagnostika – Prenatal diagnosis*, 2019, Vol. 18, No. 3, pp. 201-209.

26. Barua S., Chadman K. K., Kuizon S., Buenaventura D., Stapley N. W., Ruocco F., Begum U., Guariglia S. R., Brown W. T., Junaid M. A: Increasing Maternal or Post-Weaning Folic Acid Alters Gene Expression and Moderately Changes Behavior in the Offspring. *PLoS One*, 2014, No. 9, pp. 10-16.

27. Bennett D., Collins R., Peto R: Effects of folic acid supplementation on overall and site-specific cancer incidence during the randomised trials: meta-analyses of data on 50,000 individuals. *Lancet*, 2013, No. 381, pp. 1029-1036.

28. Bowman Z. S., Kennedy A. M. Sonographic appearance of the placenta. *Current Problems in Diagnostic Radiology*, 2014, No. 43 (6), pp. 356-373

29. Dorothy A., Oluoch N. M., Kemp B., et al. Provision and perceptions of antenatal care and routine antenatal ultrasound scanning in rural Kenya. *Bull. Pregnancy and Childhealth*, 2015, No. 15, pp. 127.

30. Imbard A., Benoist J. F., Blom H. J. Neural tube defects, folic acid and methylation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2013, No. 10, pp. 4352-4389

31. Mashuda D. F. Patterns and factors associated with congenital anomalies among young infants admitted at Bugando medical Centre, Mwanza-Tanzania. *BioMed Central*, 2014, No. 4, pp. 195.

32. Moore T. R. *Placenta and umbilical cord imaging*. *Maternal Fetal Medicine*. Philadelphia, Saunders Elsevier Inc., 2014. 379-395 p.

33. Wallingford J. B., Niswander L. A., Shaw G. M., Finnell R. H: The continuing challenge of understanding, preventing, and treating neural tube defects. *Science*, 2013, No. 339, pp. 234-235.

34. Vintzileos A. M., Ananth C. V., Smulian J. C. Using ultrasound in the clinical management of placental

implantation abnormalities. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2015, No. 213, pp. 70-77.

Сведения об авторах:

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

Мирзабекова Бахаргуль Токторбаевна – ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Хайриддинова Дж.А. – ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Контактная информация:

Мухамадиева Саодатхон Мансуровна – тел.: (+992) 939 99 91 28

¹Олимов А.М., ²Муллоджанов Г.Э., ²Гурезов М.Р.

К ВОПРОСУ О СОСТОЯНИИ ЗУБОАЛЬВЕОЛЯРНОГО КОМПЛЕКСА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ПАЦИЕНТОВ С РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЕБА

¹Кафедра челюстно-лицевой хирургии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино

²Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

¹Olimov A.M., ²Mullodzhanov G.E., ²Gurezov M.R.

TO QUESTION ABOUT CONDITION OF TEETH-ALVEOLAR COMPLEX OF MAXILLA IN PATIENT WITH CLEFT OF THE LIP AND PALATE

¹Department of Maxillofacial surgery of the State Educational Establishment «Avicenna Tajik State Medical University»

²Department of Therapeutic Dentistry of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan» dentures

Аннотация

Врожденная расщелина верхней губы, альвеолярного отростка верхней челюсти и нёба является тяжелым пороком эмбрионального развития, который приводит к эстетическим и функциональным нарушениям в челюстно-лицевой области, обуславливая психологические и социальные трудности для пациента. Реабилитация таких больных объединяет диагностические, лечебные и восстановительные мероприятия, направленные на улучшение анатомических, функциональных и эстетических показателей.

Ключевые слова: зубоальвеолярный комплекс, верхняя челюсть, губа, нёба, расщелина, полость рта, язык

Annotation

Congenital cleft of the upper lip, alveolar process of the upper jaw and palate is a severe malformation of embryonic development, which leads to aesthetic and functional disorders in the maxillofacial region, causing psychological and social difficulties for the patient. Rehabilitation of such patients combines diagnostic, therapeutic and restorative measures aimed at improving anatomical, functional, and aesthetic indicators.

Key words: teeth-alveolar complex, maxilla, lip, palate, cleft, oral cavity, tongue

Расщелина губы и нёба является самым распространенным в мире пороком развития и составляет, в среднем, в зависимости от страны или региона от 1:1500 до 1:600. Занимая 3-4-е место в структуре врожденных аномалий, она остается на одном из первых мест по тяжести анатомических и функциональных нарушений [15, 24, 30, 31, 32].

За последнее время получено достаточно много противоречивых сведений о частоте рождения детей с врожденной расщелиной губы и неба, причем этот показатель в разных регионах и странах варьирует в разных преде-

лах. В России он колеблется от 1:630 до 1:1280 [3, 14, 20], среднестатистический показатель в Европе - от 1:500 до 1:1000; в США - 1:600, в Японии - 1:588, на африканском континенте - 1:2440 [25, 27, 28, 29].

Среди других форм двусторонняя расщелина губы и неба является самой тяжелой формой аномалии и встречается сравнительно реже (15-25% случаев). Данная форма сопряжена с рядом трудностей как дооперационной подготовки, так и проведения первичного хирургического вмешательства, в связи с чем врачи-ортодонты и челюстно-ли-

цевые хирурги часто допускают ошибки при лечении таких пациентов [17, 19].

В условиях неблагоприятной демографической ситуации и увеличения частоты врожденной патологии челюстно-лицевой области одной из актуальных проблем здравоохранения является реабилитация детей с пороками развития [4, 6, 10, 11, 16].

Расщелина губы и неба - сложный, мультифакторный порок развития лица. Так как предупредить данный порок в настоящее время невозможно, то на первый план выходит поиск наиболее эффективных методик, позволяющих устранить не только анатомические дефекты, но и функциональные нарушения дыхания, питания, речи, мимики. Реабилитация таких пациентов, как утверждают Н.В. Стариков с соавт. [12, 14], - сложнейшая задача, требующая скоординированных действий многих специалистов: челюстно-лицевого хирурга, ортодонта, врача лучевой диагностики, терапевта, логопеда.

Учитывая наличие расщелины неба и неправильного положения языка, для налаживания вскармливания в период новорожденности, J. Delaire et al. [26] проводили определенные ортодонтические мероприятия: применяли различные модификации плавающего obturatora и разобщающие пластинки.

Деформации челюстно-лицевой области у пациентов с расщелиной губы и неба обусловлены как первичными изменениями, которые связаны с пороком развития костей и мягких тканей и последующей диспропорцией роста между порочно развитыми и нормальными отделами челюстно-лицевой области, так и вторичными ятрогенными изменениями, а также изменениями, связанными с отсутствием физиологических контактов зубных рядов верхней и нижней челюстей [2].

По мнению авторов ближнего зарубежья [1], возникновение ятрогенных изменений связано с тем, что хирургическое устранение анатомических дефектов при расщелинах губы и неба приводит к возникновению рубцов, препятствующих развитию верхней челюсти. К аналогичному выводу пришли исследователи дальнего зарубежья [31].

Авторы [12] сообщают об особенностях положения и функции языка у пациентов с расщелиной губы и неба. В работе исследователи уточняли расположение верхушки языка и его спинки, измеряли площадь всего языка, площадь полости рта, площадь пространства, свободного от языка, косвенно

указывающего на положение языка в полости рта.

По сведениям С.В. Чуйкина с соавт. [23], у лиц с расщелиной губы и неба максимально полную и точную информацию о линейных размерах и объемах языка и полости рта может дать только компьютерная томография, поскольку этот метод позволяет изучить состояние и мягкотканых структур, и костей лицевого скелета в различных плоскостях. Именно использование мультипланарных реконструкций предоставляет возможность прецизионного расчета искомых параметров.

В последнее 10-летие отмечается тенденция к увеличению частоты рождения детей с врожденной расщелиной губы и неба. Одной из причин возникновения данной патологии считается ухудшение экологического состояния окружающей среды, связанного с интенсивным развитием промышленности, в частности, нефтехимической. В указанном направлении С.В. Чуйкин с соавт. [23] провели анализ обследования 1707 детей с различными клиническими формами врожденной расщелины губы и неба и выявили высокий процент тяжелых форм данного порока развития: врожденная изолированная расщелина неба ($39,6 \pm 1,10\%$) и комбинированная расщелина верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба ($34,27 \pm 1,15\%$). Врожденная изолированная расщелина верхней губы встречалась только в $26,13 \pm 1,06\%$.

Динамический анализ частоты расщелина верхней губы и неба в Республике Саха за последние 13 лет выявил ее циклические колебания с пиками повышения в 2000, 2007 и 2012 г., в которые частота исследуемой патологии составила соответственно 1,90; 2,60 и 1,54 на 1000 новорожденных. За последний 3 года, по сведениям И.Д. Ушницкого с соавт. [18], наметилась тенденция к повышению этого показателя. При этом наименьшая частота рождения детей с упомянутой патологией была выявлена в 2010 г. ($0,86$ на 1000 новорожденных). Данные о рождении детей с врожденными аномалиями лица и челюстей за исследованный период колебались в пределах от 13 до 40 зарегистрированных случаев в год, а показатель частоты составил 1 случай на 753 новорожденных.

Доля врожденных пороков лица и челюстей у детей Республики Саха, проживающих в городской и сельской местностях, достоверно различна: в городе - $34,61 \pm 11,21\%$, в сельской местности - $65,39 \pm 8,15\%$. Выявлены

различия по полу в частоте: у мальчиков - $37,07 \pm 1,1\%$, у девочек - $62,97 \pm 0,8\%$ [18].

У пациентов с расщелиной губы и неба по результатам мультиспиральной компьютерной томографии наличие микрогlossии подтверждается выявленным уменьшением объема языка по сравнению с возрастными нормами, а также увеличенным объемом пространства, свободного от языка, в верхнем отделе полости рта [9].

Общеизвестна взаимосвязь зубочелюстно-лицевых аномалий с предрасположенностью к кариесу зубов и его осложнениям, к заболеваниям пародонта и, как следствие, к ранней потере зубов и патологии височно-нижнечелюстных суставов; одновременно нарушаются функции дыхания, жевания, глотания и речи. При обследовании 840 детей дошкольного возраста от трех до шести лет И.Н. Минаевой [8] было выявлено, что 38,2% из них нуждаются в ортодонтической профилактике и 15,7% - в ортодонтическом лечении (30 лет назад, по мнению автора, эти цифры соответствовали 35,1% и 12%).

По мнению Н.М. Хелминской с соавт. [21], количество пороков и аномалий развития черепно-лицевой области исчисляется сотнями, и они проявляются не только эстетическими изменениями лица, но приводят к нарушению жизненно важных функций, а также отражаются на психическом состоянии пациентов и их семьи.

Одним из важнейших направления медицинской науки и практики здравоохранения является профилактика и лечение врожденных заболеваний у детей, приводящих к ограничению их жизненных и социальных функций. Учитывая высокую значимость врожденной челюстно-лицевой патологии в развитии инвалидности, исследование причин формирования врожденных расщелин губы и неба и их профилактика является чрезвычайно важным [5, 13, 22].

С целью выявления факторов риска возникновения врожденных расщелин губы и неба, их раннего выявления и устранения были опрошены 250 семей, имеющих детей с данной патологией, и столько же со здоровыми детьми в городах и районах Удмуртской Республики. Для раннего выявления семей с риском рождения ребенка с патологией челюстно-лицевой области, своевременного обследования будущих родителей и проведения целенаправленной профилактической работы автором разработана скрининговая прогностическая таблица. Применение скрининговых методик позволяет уже на доврачебном этапе выделить семьи (будущих

родителей) группы риска, а затем проводить обследование их с приоритетом.

У новорожденных с врожденной расщелиной губы и неба физиологию сосания и глотания молока изучали на основе оценки положения языка и координации движения его анатомических отделов (кончика, спинки и корня), скорости и ритма движения языка, движений мягкого неба. По данным ультразвукового исследования, в состоянии физиологического покоя язык у детей с расщелиной неба располагается таким образом, что кончик языка упирается в основание альвеолярного отростка нижней челюсти, а спинка языка поднимается вверх, располагаясь между небными отростками, обтурируя собой расщелину неба [9].

У пациентов с полной односторонней расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба метод фотометрии лица в прямой и носоподбородочной проекциях эффективно позволяет определить клинические изменения в процессе предоперационного ортодонтического лечения. Данный метод диагностики является оптимальным при работе с пациентами грудного возраста, безвредным и экономически эффективным.

Ортодонтические и ортопедические методы являются важными составляющими комплексного лечения детей с врожденной патологией верхней губы и неба. Авторами [22] проведено комплексное обследование 63 детей с полным односторонним несращением верхней губы и неба в возрасте трех-шести лет перед уранопластикой. Результаты обследования детей перед уранопластикой показали, что в 100% случаев имеется хроническая патология ЛОР-органов. Были обнаружены аденоиды (32,5%), риниты (25%), хронические тонзиллиты (22,5%), фарингиты (15%) и синуситы (5%). У 92% детей было нарушено носовое дыхание. Различной степени сужение зубной дуги верхней челюсти обнаружено у 65% пациентов.

Разработанная Е.В. Филимоновой с соавт. [20] методика комплексного лечения детей с врожденным односторонним несращением верхней челюсти и неба включала в себя расширение зубной дуги верхней челюсти перед уранопластикой до параметров сформированного прикуса молочных зубов, протезирование несъемными ортопедическими конструкциями, санацию ЛОР-органов, дыхательную и логопедическую гимнастику. В результате применения данной методики число детей с носовым типом дыхания увеличилось на $53,8 \pm 9,49\%$,

что на 9,35% выше, чем в группе сравнения. Получены однородные показатели носового сопротивления на стороне патологии и на противоположной стороне у $66,6 \pm 9,08\%$ пациентов. Объем воздушного потока на стороне несращения был в 1,8 раза выше, чем в группе сравнения. Доля участия половины носа на стороне несращения в первой группе составила $37,34 \pm 4,84\%$, что на 9,54% выше, чем во второй группе.

Под наблюдением автора [7] находились 30 детей в возрасте от 0 до 29 дней с несиндромальной односторонней расщелиной губы, альвеолярного отростка и нёба до хирургических вмешательств, и 45 детей в возрасте от 4 до 6 мес. Для обеих групп исследования разработана методика пренатальной диагностики и консультирования родителей. В ходе работы над исследованием выявлено, что при постановке вышеупомянутого диагноза информация о возможности лечения наследственного заболевания, сроках, длительности, характере хирургического лечения и, особенно, косметического эффекта на начальном этапе гораздо важнее для родителей.

В исследование Е.И. Решетняка [11] были включены 19 пациентов с односторонней расщелиной губы и нёба и дефектом альвеолярного отростка верхней челюсти. Всем пациентам проведено оперативное вмешательство в объеме костной пластики альвеолярного отростка верхней челюсти комбинированным трансплантатом с использованием материала Bio-Oss, аутогенной кости с тела нижней челюсти.

Таким образом, одним из важнейших направлений в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии является профилактика и лечение врожденных пороков лица и челюстей, приводящих к ограничению их жизненных и социальных функций. Учитывая высокую значимость врожденной челюстно-лицевой патологии в развитии инвалидности, исследование причин формирования врожденных расщелин губы и нёба и их профилактика являются чрезвычайно важными. Разносторонний анализ больных с врожденными аномалиями лица и челюстей, усовершенствование методов хирургического лечения, а также комплексный подход в период послеоперационной реабилитации позволят повысить эффективность лечения пациентов.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 24-32 см. в REFERENCES)

1. Боровицкая Н.Н. Повторная и отсроченная костная пластика расщелины альвеолярного отростка // Врожденная и наследственная патология головы и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. М., 2012. С. 40-50.
2. Гончаков С.Г., Гончаков Г.В., Притыко А.Г. Хирургическое лечение больных с обширными дефектами твердого неба // Врожденные и наследственные патологии головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. М., 2013. С. 28-31.
3. Давыдов Б.Н., Бессонов С.Н. Лечение врожденных двусторонних расщелин верхней губы // Стоматология. 2013. № 2. С. 60-64.
4. Иванова М.Д. Реабилитация пациентов с вторичными деформациями носа после устранения врожденных односторонних расщелин губы и неба // Стоматология. 2015. № 6. С. 68-69.
5. Короленкова М.В., Старикова Н.В., Агеева Л.В. Факторы риска аплазии и гипоплазии зубов у детей с расщелинами губы и нёба // Стоматология. 2016. № 1. С. 59-62.
6. Кулаков О.Б., Мальгинов Н.Н., Першина М.А. Замещение дефектов альвеолярного отростка и зубных рядов у пациентов с врожденной патологией челюстно-лицевой области // Российский стоматологический журнал. 2013. № 2. С. 21-23.
7. Макленнан А.Б. Хирургическое лечение детей с расщелиной губы и нёба в периоде новорожденности // Стоматология. 2016. № 3. С. 80.
8. Минаева И.Н. Профилактика зубочелюстно-лицевых аномалий как составляющая комплексной программы профилактики стоматологических заболеваний // Стоматология детского возраста и профилактика. 2016. № 3 (4). С. 33-38.
9. Надточий А.Г., Старикова Н.В., Фомина Г.И. Морфофункциональная характеристика языка у пациентов с расщелиной губы и неба по результатам мультиспиральной компьютерной томографии // Стоматология. 2012. № 4. С. 54-59.
10. Николаева С.А., Першина М.А., Ульянов С.А. Анализ и пути профилактики осложнений костной пластики расщелины альвеолярного отростка у детей и подростков с врожденной расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка, неба // Российская стоматология. 2014. № 3. С. 24-29.
11. Решетняк Е.И. Изучение дефектов альвеолярного отростка верхней челюсти у детей с односторонней расщелиной верхней губы и нёба методами 3D-моделирования // Стоматология. 2016. № 3. С. 81.
12. Старикова Н.В., Надточий А.Г. Эхографическая оценка положения и функции языка у пациентов с расщелиной губы и неба // Клиническая стоматология. 2012. № 1. С. 36-38.
13. Старикова Н.В., Надточий А.Г., Агеева М.И. Пренатальная диагностика расщелины неба по структурным особенностям и функции языка // Стоматология. 2013. № 1. С. 70-75.

14. Старикова Н.В., Надточий А.Г., Сафронова Ю.А. Особенности структуры, положения и функции языка у пациентов с расщелиной губы и неба по данным ультразвукового исследования // *Стоматология*. 2012. № 3. С. 56-60.

15. Старикова Н.В., Удалова Н.В. Современные технологии раннего ортопедического лечения пациентов с расщелиной губы и неба // *Стоматология*. 2013. № 4. С. 66-69.

16. Супиев Т.К., Мамедов А.А., Негаметзянов Н.Г. Врожденная расщелина верхней губы и неба. Алматы, 2013. 496 с.

17. Супиев Т.К., Мамедов А.А., Негаметзянов Н.Г. Опыт комплексного лечения детей с двусторонней расщелиной губы и неба // *Стоматология*. 2014. № 5. С. 69-74.

18. Ушницкий И.Д., Исаков Л.О., Винокуров М.М. Динамический анализ частоты и структуры врожденных аномалий челюстно-лицевой области в Якутии // *Стоматология*. 2015. № 2. С. 37-39.

19. Фадеева Р.А., Исправникова А.Н. Классификации зубочелюстных аномалий. Система количественной оценки зубочелюстно-лицевых аномалий. Санкт-Петербург, 2011. 67 с.

20. Филимонова Е.В., Дмитриенко С.В., Буйда О.А. Планирование ортодонтического и ортопедического лечения детей трех-шести лет с врожденным односторонним несращением верхней губы и неба // *Стоматология детского возраста и профилактика*. 2016. № 3. С. 77-79.

21. Хелминская Н.М., Притыко А.Г. Значение рационального планирования комплексного лечения и реабилитации больных с врожденными пороками черепно-лицевой области // *Стоматология детского возраста и профилактика*. 2016. № 3 (4). С. 49-51.

22. Чкадуа Т.З., Иванова М.Д., Даминов Р.О. Восстановление носового дыхания и устранение деформации костно-хрящевого отдела носа у пациента с правосторонней атрезией хоаны и врожденной левосторонней расщелиной губы и неба // *Стоматология*. 2016. № 1. С. 35-39.

23. Чуйкин С.В., Персие Л.С., Давлетшин Н.А. Способ исследования врожденной расщелины неба до и после уранопластики на основе компьютерной томографии // *Ортодонтия*. 2017. Т. 4, № 40. С. 19-23.

RESERENSES

1. Borovitskaya N. N. Povtornaya i otsrochennaya kostnaya plastika rasshcheliny alveolyarnogo otrostka [Repeated and delayed bone grafting of the cleft alveolar bone]. *Vrozhdenneya i nasledstvennaya patologiya golovy i shei u detey: aktualnye voprosy kompleksnogo lecheniya - Congenital and hereditary head and neck pathology in children: topical issues of complex treatment*, 2012, pp. 40-50.

2. Gonchakov S. G., Gonchakov G. V., Prityko A. G. Khirurgicheskoe lechenie bolnykh s obshirnymi defektami tverdogo neba [Surgical treatment of patients with exten-

sive defects of the hard palate]. *Vrozhdenneya i nasledstvennaya patologiya golovy, litsa i shei u detey: aktualnye voprosy kompleksnogo lecheniya - Congenital and hereditary head and neck pathology in children: topical issues of complex treatment*, 2013, pp. 28-31.

3. Davydov B. N., Bessonov S. N. Lechenie vrozhdennykh dvustoronnnykh rasshcheliny verkhney guby [Treatment of congenital bilateral clefts of the upper lip]. *Stomatologiya - Dentistry*, 2013, No. 2, pp. 60-64.

4. Ivanova M. D. Reabilitatsiya patsientov s vtorychnymi deformatsiyami nosa posle ustraneniya vrozhdennykh odnostoronnnykh rasshcheliny guby i neba [Rehabilitation of patients with secondary nose deformities after elimination of congenital unilateral clefts of the lip and palate]. *Stomatologiya - Dentistry*, 2015, No. 6, pp. 68-69.

5. Korolenkova M. V., Starikova N. V., Ageeva L. V. Faktory riska aplazii i gipoplazii zubov u detey s rasshchelinyami guby i nyoba [Risk factors for dental aplasia and hypoplasia in children with cleft lip and palate]. *Stomatologiya - Dentistry*, 2016, No. 1, pp. 59-62.

6. Kulakov O. B., Malginov N. N., Pershina M. A. Zameshchenie defektov alveolyarnogo otrostka i zubnykh ryadov u patsientov s vrozhdennoy patologiyey chelyustno-litsevoy oblasti [Replacement of defects of the alveolar ridge and dentition in patients with congenital pathology of the maxillofacial region]. *Rossiyskiy stomatologicheskii zhurnal - Russian dental journal*, 2013, No. 2, pp. 21-23.

7. Maklennan A. B. Khirurgicheskoe lechenie detey s rasshcheliny guby i nyoba v periode novorozhdennosti [Surgical treatment of children with cleft lip and palate in the neonatal period]. *Stomatologiya - Dentistry*, 2016, No. 3, pp. 80.

8. Minaeva I. N. Profilaktika zubochelyustno-litsevykh anomalii kak sostavlyayushchaya kompleksnoy programmy profilaktiki stomatologicheskikh zabolevaniy [Prevention of dento-maxillofacial anomalies as part of a comprehensive program for the prevention of dental diseases]. *Stomatologiya detskogo vozrasta i profilaktika - Pediatric dentistry and prevention*, 2016, No. 3 (4), pp. 33-38.

9. Nadtochiy A. G., Starikova N. V., Fomina G. I. Morfofunktsionalnaya kharakteristika yazyka u patsientov s rasshcheliny guby i neba po rezultatam multispiralnoy kompyuternoy tomografii [Morphological and functional characteristics of the tongue in patients with cleft lip and palate according to the results of multislice computed tomography]. *Stomatologiya - Dentistry*, 2012, No. 4, pp. 54-59.

10. Nikolaeva S. A., Pershina M. A., Ulyanov S. A. Analiz i puti profilaktiki oslozhneniy kostnoy plastiki rasshcheliny alveolyarnogo otrostka u detey i podrostkov s vrozhdennoy rasshcheliny verkhney guby, alveolyarnogo otrostka, neba [Analysis and ways of prevention of complications of bone grafting of the alveolar bone cleft in children and adolescents with congenital cleft of the upper lip, alveolar bone, palate]. *Rossiyskaya stomatologiya - Russian dentistry*, 2014, No. 3, pp. 24-29.

11. Reshetnyak E. I. Izuchenie defektov alveolyarnogo otrostka verkhney chelyusti u detey s odnostoronney rasshcheliny verkhney guby i nyoba metodami 3D-mod-

elirovaniya [Study of defects of the alveolar process of the upper jaw in children with a unilateral cleft of the upper lip and palate using 3D modeling methods]. *Stomatologiya – Dentistry*, 2016, No. 3, pp. 81.

12. Starikova N. V., Nadtochiy A. G. Ekhograficheskaya otsenka polozheniya i funktsii yazyka u patsientov s rasshchelinoy guby i neba [Echographic assessment of tongue position and function in patients with cleft lip and palate]. *Klinicheskaya stomatologiya – Clinical dentistry*, 2012, No. 1, pp. 36-38.

13. Starikova N. V., Nadtochiy A. G., Ageeva M. I. Prenatalnaya diagnostika rasshcheliny neba po strukturnym osobennostyam i funktsii yazyka [Prenatal diagnosis of cleft palate by structural features and function of the tongue]. *Stomatologiya – Dentistry*, 2013, No. 1, pp. 70-75.

14. Starikova N. V., Nadtochiy A. G., Safronova Yu. A. Osobennosti struktury, polozheniya i funktsii yazyka u patsientov s rasshchelinoy guby i neba po dannym ultrazvukovogo issledovaniya [Features of the structure, position and function of the tongue in patients with cleft lip and palate according to ultrasound]. *Stomatologiya – Dentistry*, 2012, No. 3, pp. 56-60.

15. Starikova N. V., Udalova N. V. Sovremennye tekhnologii rannego ortopedicheskogo lecheniya patsientov s rasshchelinoy guby i nyoba [Modern technologies for early orthopedic treatment of patients with cleft lip and palate]. *Stomatologiya – Dentistry*, 2013, No. 4, pp. 66-69.

16. Supiev T. K., Mamedov A. A., Negametzyanov N. G. Vrozhdennaya rasshchelina verkhney guby i neba [Congenital cleft of the upper lip and palate]. Almaty, 2013. 496 p.

17. Supiev T. K., Mamedov A. A., Negametzyanov N. G. Opyt kompleksnogo lecheniya detey s dvustoronney rasshchelinoy guby i neba [Experience in the complex treatment of children with bilateral cleft lip and palate]. *Stomatologiya – Dentistry*, 2014, No. 5, pp. 69-74.

18. Ushnitskiy I. D., Isakov L. O., Vinokurov M. M. Dinamicheskiy analiz chastoty i struktury vrozhdennykh anomalii chelyustno-litsevoy oblasti v Yakutii [Dynamic analysis of the frequency and structure of congenital anomalies of the maxillofacial region in Yakutia]. *Stomatologiya – Dentistry*, 2015, No. 2, pp. 37-39.

19. Fadeeva R. A., Ispravnikova A. N. Klassifikatsii zubochelestnykh anomalii. Sistema kolichestvennoy otsenki zubochelestno-litsevykh anomalii [Classification of dentoalveolar anomalies. System for quantifying dento-maxillofacial anomalies]. St. Petersburg, 2011. 67 p.

20. Filimonova E. V., Dmitrienko S. V., Buyda O. A. Planirovanie ortodonticheskogo i ortopedicheskogo lecheniya detey trekh-shesti let s vrozhdenным односторонним несращением верхней губы и неба [Planning of orthodontic and orthopedic treatment for children aged three to six years with congenital unilateral nonunion of the upper lip and palate]. *Stomatologiya detskogo vozrasta i profilaktika – Pediatric dentistry and prevention*, 2016, No. 3, pp. 77-79.

21. Khelminskaya N. M., Prityko A. G. Znachenie ratsionalnogo planirovaniya kompleksnogo lecheniya i reabilitatsii bolnykh s vrozhdenными porokami cherepno-litsevoy oblasti [The importance of rational planning of complex treatment and rehabilitation of patients with congenital defects of the craniofacial region]. *Stomatologiya*

detskogo vozrasta i profilaktika – Pediatric dentistry and prevention, 2016, No. 3 (4), pp. 49-51.

22. Chkadua T. Z., Ivanova M. D., Daminov R. O. Vosstanovlenie nosovogo dykhaniya i ustranenie deformatsii kostno-khryashchevogo otdela nosa u patsienta s pravostoronney atreziei khoany i vrozhdennoy levostoronney rasshchelinoy guby i nyoba [Restoration of nasal breathing and elimination of deformity of the osteochondral part of the nose in a patient with right-side choanal atresia and congenital left-sided cleft lip and palate]. *Stomatologiya – Dentistry*, 2016, No. 1, pp. 35-39.

23. Chuykin S. V., Persie L. S., Davletshin N. A. Sposob issledovaniya vrozhdennoy rasshcheliny neba do i posle uranoplastiki na osnove kompyuternoy tomografii [Method for the study of congenital cleft palate before and after uranoplasty based on computed tomography]. *Ortodontiya – Orthodontics*, 2017, Vol. 4, No. 40, pp. 19-23.

24. Andersson E. M., Frank A. Clefts of the secondary palate referred to the Oslo cleft team: Epidemiology and cleft severity in 944 individuals. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 2013, Vol. 47, No. 4, pp. 335-342.

25. Dariusz R., Piotr W., Maciej K. Osteoplasty of the Cleft Defect. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 2012, Vol. 21, No. 2, pp. 255-262.

26. Delaire J., Presious D. Avoidance of the use vomering mucosa in primary surgical management of velopalatine clefts. *Oral Surgery*, 2015, Vol. 60, pp. 589-597.

27. Freitas J.A., Garib D.G., Trindade-Suedam, I.K. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies-USP (HRAC-USP)-part 3: oral and maxillofacial surgery. *Journal of Applied Oral Science*, 2012, Vol. 20, No. 6, pp. 673-679.

28. Gui-Youn C. Retrospective review of secondary alveolar cleft repair. *Annals of maxillofacial surgery*, 2013, Vol. 3, No. 1, pp. 46-50.

29. Horseywell B. B., Henderson J. M. Secondary osteoplasty of the alveolar left defect. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 2013, Vol. 61, pp. 1082-1090.

30. Larhein T. A., Westesson P. L. Maxillofacial imaging. *Springer*, 2016, 356 p.

31. Millard D. R., Latham R. A. Improved primary surgical and dental treatment of clefts. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 2012, Vol. 86, pp. 856-871.

32. Mohammad H. R., Mehdi S. An epidemiologic study of oral clefts in Iran: analysis of 1669 cases. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 2015, Vol. 37, No. 2, pp. 191-196.

Сведения об авторах:

Олимов Акбаршо Махмадиевич – соискатель кафедры челюстно-лицевой хирургии ТГМУ им. Абуали ибн Сино
Муллоджанов Гайратжон Элмуродович – ассистент кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н.

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

Контактная информация:

Олимов Акбаршо Махмадиевич – тел.: (+992) 918 70 63 20

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

© Коллектив авторов, 2020

УДК 618.1

¹Касимова З.Н., ²Рахимбоева Н.У., ²Тазибекова Ё.М., ²Якубова Н.О.

БЕРЕМЕННОСТЬ В РУДИМЕНТАРНОМ РОГЕ МАТКИ

¹Курс акушерства и гинекологии Худжандского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ

²Согдийский Областной родильный дом

¹Kasimova Z.N., ²Rachimbоеva N.U., ²Gazibekova J.M., ²Yakubova N.O.

PREGNANCY IN THE RUDIMENTARY UTERINE HORN

¹The course of Obstetrics and Gynecology of Khujand department of the State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"

²Sogd Regional Maternity Hospital

Описывается клинический случай беременности в рудиментарном роге матки. Своевременная диагностика беременности на основании данных внутреннего гинекологического исследования, УЗИ, МРТ позволила решить вопрос о своевременном оперативном вмешательстве до разрыва плодовместилища.

Ключевые слова: внематочная беременность, аномалия матки, рудиментарный рог матки

A clinical case of pregnancy in the rudimentary uterine horn is described. Timely diagnosis of pregnancy based on the data of internal gynecological examination, ultrasound, MRI made it possible to resolve the issue of timely surgical intervention before the rupture of the fetus.

Key words: ectopic pregnancy, uterine abnormality, rudimentary of horn uterine

Патология женских половых органов может быть весьма разнообразной и включать недоразвитие отдельных органов, неправильное анатомическое строение, а также удвоение матки и влагалища, которые часто сопровождаются нарушением детородной функции.

Среди аномалии матки двурогость является наиболее встречаемой, но в целом она диагностируется только у 0,1-0,5% женщин. Иногда женщина может не подозревать, что у нее двурогая матка. Формирование этой аномалии связано с нарушениями внутриутробного развития. Патология развивается вследствие неполного слияния мюллеровых протоков на 10-14 неделях эмбриогенеза, что приводит к разделению полости матки на две ниши. Чаще при двурогой матке имеются одна шейка и одно влагалище, но возможно также удвоение шейки и наличие неполной влагалищной перегородки. Один рог в двурогой матке может быть зачаточным

(рудиментарным). Это чрезвычайно редкий анатомический дефект матки (1 случай на 100 000 женщин). Беременность в рудиментарном роге матки - достаточно редкое явление. В случае прикрепления плодного яйца в рудиментарном роге беременность протекает по типу внематочной беременности. По клиническому течению беременность в рудиментарном роге матки почти не отличается от трубной беременности. В связи с более мощной мускулатурой рудиментарного рога матки, по сравнению с трубой, беременность в рудиментарном роге прерывается в более поздние сроки, чем трубная. Беременность в роге матки диагностируется к 12-16 недельному сроку, как правило, после разрыва плодовместилища и редко - в период прогрессирования. Прерывание беременности обычно сопровождается появлением острых болей внизу живота, нарастанием картины «острого живота» с разрывом рога и внутрибрюшным кровотечением. Это состояние

может представлять серьёзную угрозу для жизни и здоровья женщины. Диагностировать такую патологию можно на основании данных гинекологического исследования, теста-ХГЧ, УЗ диагностики и МРТ.

Предлагаем свой опыт наблюдения за таким редким случаем и полагаем, что случай представляет определённый интерес широкому кругу практикующих врачей

Больная Ш.У., 20 лет. Направлена в Согдийский областной родильный дом в гинекологическое отделение с диагнозом: Беременность 12 недель. Внематочная беременность.

Из анамнеза: менструации с 14 лет, по 3-4 дня, регулярные через 30 дней, умеренные, безболезненные. В браке в течение 1 года. Беременность 1. Родов-0. При задержке менструации в 2 месяца сделала тест на беременность, который был положительным. В данный период не обращалась к врачу. Через один месяц (в 12 недель) при обращении в центр здоровья по поводу беременности была направлена на УЗИ. При УЗ исследовании была заподозрена внематочную беременность, в связи с чем женщина срочно направлена для госпитализации.

При поступлении жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Гемодинамика не нарушена. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. При влагалищном исследовании: влагалище свободное, нерожавшей женщины. Шейка одна, конической формы, наружный зев закрыт. Тело матки смещено влево, увеличено в размере, матка плотная, безболезненная, неподвижная. Правее матки определяется округлое образование, мягкой консистенции, с четкими границами, безболезненное. Своды глубокие, безболезненные. Выделения слизистые, умеренные.

При трансвагинальном УЗИ: матка обычных размеров, МЭхо - 12 мм, выше матки определяется живой плод. БПР - 20 мм, ДБК - 8 мм, ТВП - 9 мм, СДЖ - 26 мм. В области шеи плода определяется гигрома. Мочевой пузырь плода увеличен до 20 мм. Заключение: Беременность 12 недель (брюшная). Аномалия развития плода. Гигрома шейного отдела. Мегацистит.

Произведена МРТ: визуализируется двурогая матка, размерами 2,6×3,4 см, 3,8×6,2 см. Миометрий обычной плотности, гомогенной структуры. Полость матки не изменена, эндометрий хорошо дифференцируется. Шейка матки деформирована. Визуализируется объемное образование размером 4,9×5,4×5,4 см, гиперинтенсивного МР-сигнала на T2 и гипоинтенсивного - на T1. Заключение: Аномалия развития органов малого таза.

Двурогая матка. Плодное яйцо в области малого таза справа.

Выставлен диагноз: Беременность 12 недель. Брюшная беременность. Аномалия развития матки. Двурогая матка. Аномалия развития плода.

Консилиумом врачей решено произвести лапаротомию в плановом порядке. Объем операции решить по вскрытии брюшной полости.

Под общим наркозом произведена нижнесрединная лапаротомия. При вскрытии брюшной полости её органы без особенностей. В малом тазу определяется увеличенная матка размером до 5 недель, плотная, обычной окраски. В области правого угла матки, ближе к истмическому отделу, определяется округлое образование, соответствующее 11-12 неделям беременности, с истонченными стенками, что позволяет легко определить части плода. Рог имеет свои нормальные придатки и круглую связку. Придатки слева не увеличены, без особенностей. Визуально обращало внимание отсутствие выраженной ножки рудиментарного рога. Поэтому создавалась впечатление, что рог и матка составляют единое целое. Произведена резекция рудиментарного рога с придатками, подшивание круглой связки и собственной связки яичника к ране. При ревизии данного материала обнаружены послед и плод, соответствующие 12 нед. беременности. Плод с аномалией развития - гигрома шейного отдела. Материал был отправлен на патогистологическое исследование.

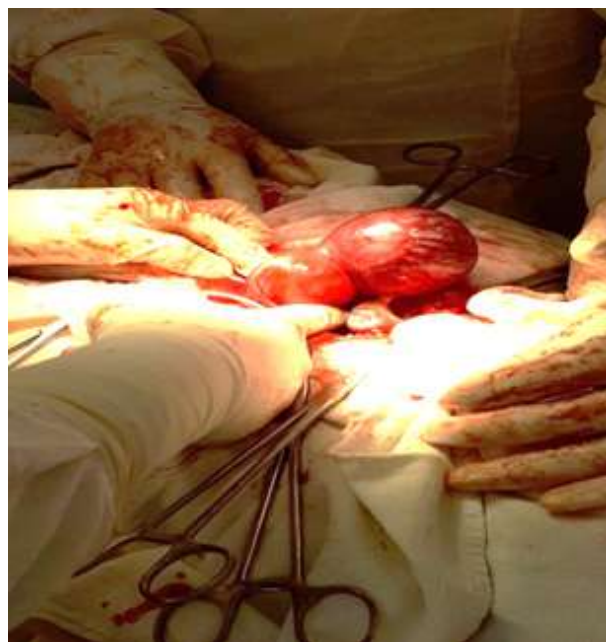


Рис. 1. Вид матки и рудиментарного рога во время операции

Заключение патогистологического исследования материала: ткань тела матки с плацентарной тканью, что указывает на беременность в рудиментарном роге матки. В теле плода – асцит и грыжа шейного отдела

Послеоперационный диагноз: Беременность в рудиментарном роге матки. Аномалия развития матки. Двурога матка. Аномалия развития плода. Гигрома шейного отдела плода.



Рис. 2. Плод и плацентарная ткань

Послеоперационный период протекал гладко. Женщина в удовлетворительном состоянии выписана домой на 9 сутки после операции. УЗИ при выписке: матка в антифлексии, размером 46 × 30 × 37 мм. Эндометрий не расширен, М-Эхо однородный. По правому углу визируются послеоперационные швы, без особенностей. Шейка матки 32 × 27 мм. Придатки без особенностей. Заключение: Состояние после операции. Матка и придатки без особенностей.

Анализируя данный случай, можно сделать следующие выводы. Во-первых, клинически беременность протекала совершенно нормально и женщина считала себя здоровой. Во-вторых, на первичном уровне своевременно выявлена аномалия локализации плодного яйца и женщина была направлена для госпитализации. В-третьих, сегодня при тщательной диагностике беременности, проведении ХГЧ-теста, УЗИ, МРТ можно установить локализацию плодного яйца, что определяет дальнейшую врачебную тактику. В-четвертых, своевременное оперативное лечение помогло избежать катастрофы в виде разрыва плодных оболочек с кровотечением, что способствовало быстрейшему выздоровлению женщины.

Таким образом, клиническое наблюдение свидетельствует о возможности диагности-

рования прогрессирующей беременности в рудиментарном роге матки. Своевременная диагностика беременности в рудиментарном роге на основании данных внутреннего гинекологического исследования, УЗИ, МРТ позволяет решить вопрос о своевременном оперативном вмешательстве до разрыва плодных оболочек.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В., Богданов Е.А., Степанян А.А., Окулов А.Б., Глыбина Т.М. и др. Аномалии развития женских половых органов: вопросы идентификации и классификации. // Проблемы репродукции. 2010. №16(2). С. 7-15.
2. Айламазян Э.Д. и др. Акушерство. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР- Медиа, 2014. С. 96-97
3. Айламазян Э.Д., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных ситуациях в гинекологии. М., 2009. 172 с.

RESERENSES

1. Adamyan L. V., Bogdanov E. A., Stepanyan A. A., Okulov A. B., Glybina T. M. Anomalii razvitiya zhenskikh polovykh organov: voprosy identifikatsii i klassifikatsii [Anomalies in the development of female genital organs: issues of identification and classification]. *Problemy reproduksii – Reproduction problems*, 2010, No. 16 (2), pp. 7-15.
2. Aylamazyan E. D. *Akusherstvo. Natsionalnoe rukovodstvo* [Obstetrics. National leadership]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2014. 96-97 p.
3. Aylamazyan E. D., Ryabtseva I. T. *Neotlozhnaya pomoshch pri ekstremal'nykh situatsiyakh v ginekologii* [Emergency care in extreme situations in gynecology]. Moscow, 2009. 172 p.

Сведения об авторах:

Касымова Замира Назаровна – зав. курсом акушерства гинекологии Худжандского отделения ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Рахимбоева Наима Усмановна – зав. гинекологическим отделением Согдийского областного родильного дома

Гозибекова Ёкут Мухиддиновна – врач акушер-гинеколог Согдийского областного родильного дома, к.м.н.

Якубова Насиба Олимовна – врач акушер-гинеколог Согдийского областного родильного дома

Контактная информация:

Касымова Замира Назаровна – тел.: (+992) 927 70 07 03; e-mail: Kasimova-z2015@mail.ru

© Коллектив авторов, 2020

УДК 616.831.8-009.17-08; 616.379-008.64

¹Касимова С.Д., ²Иззатов Х.Н.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МИАСТЕНИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

¹Кафедра эндокринологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

²Кафедра неврологии и медицинской генетики ГОУ ИПОвСЗ РТ

¹Kasimova S.J., ²Izzatov Kh.N.

FEATURES OF THE CURRENT OF MYASTHENIA IN DIABETES MELLITUS

¹Chair of Endocrinology of the State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"

²Chair of Neurology and Medical Genetics of the State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"

В статье приводятся 2 случая с различными клиническими формами миастении, диагностированными у больных сахарным диабетом 2 типа. Показаны трудности диагностики миастении при диабете и необходимость индивидуального подхода в выборе тактики лечения для достижения компенсации сахарного диабета, как ключевого фактора при назначении глюкокортикоидов.

Ключевые слова: миастения, сахарный диабет, медикаментозная терапия

The article presents 2 cases with different clinical forms of myasthenia gravis, diagnosed in patients with type 2 diabetes. The difficulties in diagnosing myasthenia gravis in diabetes and the need for an individual approach in choosing treatment tactics to achieve compensation for diabetes mellitus, as a key factor in prescribing glucocorticoids, are shown.

Key words: myasthenia, diabetes, drug therapy

Миастения (myastheniagravis) - симптомо-комплекс, основным проявлением которого является патологическая мышечная слабость. Заболевание на ранних стадиях диагностируется с трудом, в связи с чем процент ошибок при первичном обращении в постановке диагноза колеблется от 20% до 70%. По данным различных исследований, заболеваемость миастенией составляет от 1,70 до 10,4 случаев на 100 тыс. населения в год [1]. Женщины страдают чаще мужчин, пик заболеваемости приходится на две возрастные группы: до 20 лет и старше 60 лет.

Являясь аутоиммунным заболеванием, миастения может сочетаться с симптомами ряда других аутоиммунных заболеваний (системная красная волчанка, болезнь Шегрена, дебютная стадия рассеянного склероза). В 4-5% случаев отмечается сочетание с

ревматоидным артритом, в 8-10% случаев - с заболеваниями щитовидной железы [2]. По распространенности мышечной слабости выделяют локальные и генерализованные формы: глазная миастения, глоточно-лицевая миастения, скелетно-мышечная миастения и генерализованная миастения. Опасность для жизни возникает при развитии миастенического криза, что чаще всего связано с прогрессированием заболевания под влиянием неблагоприятных факторов (инфекции, операции, неадекватное назначение лекарств, противопоказанных при миастении). Для больных сахарным диабетом, течение которого осложняется проявлениями целого ряда сердечно-сосудистых и неврологических осложнений, присоединение миастении кардинально ухудшает течение сахарного диабета, прогноз для жизни и требует

тщательного, адекватного подбора сахароснижающих препаратов, учитывая приём больными больших доз глюкокортикоидов.

Клинический случай 1

Пациент Сафаров Г., 58 лет в течение 1,5 месяцев, начиная с августа 2018 года, лечился у окулиста амбулаторно и затем стационарно в Национальном медицинском центре «Шифобахш» по поводу покраснения в глазу. В последующем присоединился птоз правого века, появилось косоглазие, поэтапно опустилось левое веко, присоединилась слабость в конечностях, изменилась походка. Пациент отмечает, что утром после сна птоза нет, но через несколько минут веки опускаются и появляется двоение в глазах, эпизодически затруднения при глотании. Учитывая то, что пациент в течение 8 лет страдает сахарным диабетом 2 типа, инсулинозависимой формой, появившиеся неврологические симптомы в начале расценены, как «Диабетическая краниальная полинейропатия». В литературе [2] описаны краниобульбарные нарушения при длительном, плохо контролируемом сахарном диабете. Больному были назначены инъекции трентала, актовегина, берлитиона для устранения неврологических симптомов. Эффекта от назначенной терапии не было.

Проведённая в дальнейшем проба с прозергином расценена как положительная. Выставлен диагноз: «Миастения, генерализованная форма. Сахарный диабет 2 типа (инсулинозависимая форма) в стадии неполной компенсации. Асимметричная грыжа белой линии живота больших размеров».

Пациент был дообследован: декремент-тест от 10.12.2018 г. – картина, похожая на миастению; МРТ головного мозга от 29.08.2018 г. - признаков патологического образования и очагового поражения головного мозга, зрительных нервов и глазных яблок не установлено. Картина смешанной, преимущественно наружной гидроцефалии; КТ грудного и поясничного отделов позвоночника от 07.12.2018 г. - остеохондроз, старый компрессионный перелом тела позвонка Th 4, циркулярная протрузия межпозвонковых дисков L4-5; МРТ органов грудной клетки от 07.12.2018 г. - признаки правостороннего плеврита (незначительное количество жидкости в правой плевральной полости). Проведён онкопоиск - онкопатологии не выявлено.

По результатам исследования больному проводилось лечение калимином по 60 мг 3 раза в день и 3 сеанса плазмафереза. Лечение было неэффективным. С февраля 2019 года пациент перестал вставать с постели, за последние 6 месяцев потерял в массе 6

кг, нарастала общая слабость, появились изменения в голосе и акте глотания. Дальнейшее обследование и лечение проведено с 18.03.2019 г. в Москве.

Неврологический статус при осмотре пациента: в сознании, правосторонний птоз. Корнеальные рефлексы сохранены. Значительное ограничение глазных яблок во всех направлениях (выраженный офтальмопарез). Нистагма нет. Слабость мимической и жевательной мускулатуры. Глотательный рефлекс и речь сохранены. Лёгкая дисфония. Вялый тетрапарез. Сухожильные рефлексы с верхних конечностей живые, с нижних конечностей - торпидные. Симптом Бабинского слева положительный. Изменения чувствительности в нижних конечностях по полиневритическому типу. Координаторные пробы не выполнены из-за пареза. Проведены также исследования на антитела к мышечной тирозинкиназе, скелетным мышцам, ацетилхолиновым рецепторам (АХР), антинейрональным антителам, а также ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий, вен нижних конечностей и мочевыделительной системы. Пациент консультирован эндокринологом.

Заключительный диагноз:

Основное заболевание: Миастения, генерализованная форма. Тяжёлое течение. Грубые глазодвигательные, лёгкие бульбарные нарушения. Вялый тетрапарез.

Сопутствующие заболевания: Сахарный диабет 2 типа (инсулинзависимый). Диабетическая микроангиопатия. Непролиферирующая диабетическая ретинопатия. Хронический пиелонефрит, вне обострения. Распространённая дорсопатия с дегенеративно-дистрофическими изменениями позвоночника.

Пациенту проведено лечение: преднизолон (1 мг/кг) 85 мг/сутки через день с последующим постепенным снижением дозы до 0,75 мг/кг ежедневно в течение 16 недель, длительно, антихолинэстеразная, антиоксидантная, гастропротекторная и адекватная инсулинотерапия в сочетании с метформином. Цель гликемического контроля – гликированный гемоглобин - менее 7%. Проведено также 5 сеансов плазмафереза без замещения.

На фоне получаемой терапии отмечалась выраженная положительная динамика. Уменьшилась общая слабость, выросла мышечная сила в конечностях, повысилась двигательная активность, выросла сила мимической и жевательной мускулатуры, увеличился объём движений глазных яблок с последующим полным устранением дву-

стороннего птоза. Пациент начал присаживаться в кровати. В настоящее время на дозе преднизолона 30 мг/сутки пациент активен, ходит без посторонней помощи, опираясь на трость. Каллимин отменён за неэффективностью. Уровень гликированного гемоглобина на интенсифицированном режиме инсулинотерапии в пределах 7,4-7,9%.

Особенностью описанного клинического случая является сочетание генерализованной формы миастении с сахарным диабетом 2 типа, который не имеет аутоиммунной природы. Достижению компенсации углеводного обмена и целевого уровня гликированного гемоглобина способствовало назначение интенсифицированного режима инсулинотерапии «Хумулином М3» два раза в день и инсулина короткого действия «Актрапид» перед основными приёмами пищи соответственно гликемическому профилю. Назначенный сахароснижающий препарат «Глюкофаж Лонг» - 750 мг в сутки способствовал снижению инсулинорезистентности, которая неизбежна при лечении большими дозами глюкокортикоидов. Адекватная сахароснижающая терапия наряду с коррекцией питания и лечебной физкультурой позволили снизить побочные действия от приёма больших доз глюкокортикоидов.

Клинический случай 2

Пациентка Тугонова С., 40 лет, консультирована и обследована в «Научном центре неврологии РАМН» в г. Москва в июле 2019 года. Жалобы и анамнез заболевания: больна с октября 2017 года, когда после большой физической и психоэмоциональной перегрузки появились головокружения, общая слабость, двоение в глазах. Эпизодически в течение года отмечала затруднение при глотании, слабость в конечностях, которые не давали возможности, например, причесться самостоятельно или повесить бельё. Пациентка в течение 4 лет страдает сахарным диабетом 2 типа, который практически не контролировала и не принимала регулярно сахароснижающих препаратов. У родственников диабет и миастению отрицает. Последние два года принимает комбинированный сахароснижающий препарат галвус/мет - сочетание метформина с глиптином. Мама и тётя страдают гормонально зависимой формой бронхиальной астмы. Гинекологически здорова, имеет троих здоровых детей. Во время последней беременности в 2012 году периодически отмечала кратковременные приступы мышечной слабости, что связывала с беременностью. В связи со слабостью родовой деятельности родоразрешение было про-

изведено кесаревым сечением. После родов состояние не вызывало беспокойства. Приступы мышечной слабости возобновились в 2017 году на фоне психоэмоционального и физического перенапряжения.

Неврологический статус: в сознании, на вопросы отвечает по существу. Менингеальных симптомов нет. Черепно-мозговая иннервация: запахи различает. Глазные щели: малодинамичный птоз, больше слева. Движения глазных яблок ограничены в крайних отведениях. Нистагма нет. Двоение по горизонтали и вверх. Конвергенция ослаблена. Лицо симметричное. Слух сохранён. Глотание и фонация: при нагрузке лёгкая дизартрия.

В руках проксимальный парез. Разгибатели мышц шеи ослаблены. Мышечный тонус не изменён. Походка нормальная, опорой не пользуется. Сухожильные и периостальные рефлексы живые. Чётких расстройств поверхностной и глубокой чувствительности нет. Тазовые функции контролирует.

После проведения прозеринового пробы двоение уменьшилось, но появились выраженные фасцикуляции.

Проведенные обследования: гормоны щитовидной железы и уровень паратормона в норме. Антитела к АХР - 0,3 нмоль/л (норма >0,45 нмоль/л), антитела-Musk - 12 ЕД/мл (норма 0-0,4 ЕД/мл). Стимуляционные декремент тесты обнаружили нарушения в круговой мышце глаза (20%), двубрюшной мышце (14%), дельтовидной мышце (10%). Гликемический профиль в течение дня: натощак глюкоза крови 6,5 ммоль/л, на фоне еды - 9,6-16,1 ммоль/л. Гликированный гемоглобин - 7,2% (норма 4-6%).

Выставлен диагноз: Миастения, краниобулбарная форма. Musk положительная. АХР отрицательная, холинорезистентная форма миастении. Сахарный диабет 2 типа. Целевой уровень гликированного гемоглобина < 7%. Миома матки. Перелом малоберцовой кости в 2000 году.

Не переносит АХЭП (антихолинэстеразные препараты). Назначено лечение: метилпреднизолон в дозе 96 мг/сутки через день с последующим снижением дозы, хлорид калия по 1 г/сутки, кальция карбонат 1250 мг/сутки, витамин Д₃ 2000 ЕД/сутки, метформин в суточной дозе 1500-2000 мг под контролем уровня гликемии и гликированного гемоглобина. Состояние больной значительно улучшилось. Птоза, двоения нет. Нарушений глазодвигательных мышц нет. Сила и функция во всех исследованных мышцах восстановились. Патологическая мышечная утомляемость исчезла.

Пациентка вернулась к умственной работе и находится под амбулаторным наблюдением. Из побочных эффектов лечения глюкокортикоидами – прибавила 4 кг в массе тела.

Особенностью данного клинического случая является постепенное начало заболевания, с 2012 года, проявившегося эпизодическими приступами мышечной слабости в период беременности. Симптомы миастении кранио-бульбарной формы исчезли на фоне глюкокортикоидной терапии, но возникла прибавка в массе тела и риск развития остеопороза в перименопаузальном периоде, в связи с чем проводился контроль уровня кальция и фосфора крови в динамике, денситометрия. Сахарный диабет с длительностью течения в 4 года не имел осложнений и, возможно, с этим была связана эффективность назначенной глюкокортикоидной терапии у нашей пациентки. Непереносимость калимина, наиболее часто назначаемого при миастении, установлена при исследовании антител, направленных против АХР постсинаптической мышечной мембраны.

Таким образом, в доступной литературе нам не встретилось описания особенностей лечения сочетания сахарного диабета и различных форм миастении. Особенностью первого случая с тяжёлой генерализованной формой миастении у больного с длительным сахарным диабетом 2 типа и осложнениями, перевод с больших доз глюкокортикоидов на допустимо эффективные занял более 6 месяцев, для чего был необходим постоянный контроль и подбор адекватной дозы инсулина и таблетированных сахароснижающих препаратов совместно эндокринологом и неврологом. Во втором клиническом случае с хорошим эффектом от назначенной глюкокортикоидной терапии установлена непереносимость антихолинэстеразных препаратов при исследовании специфических антител в клинике г. Москва.

В настоящее время исследователи приходят к выводу, что в последние десятилетия

в мире наблюдается рост заболеваемости миастенией гравис [1, 2], в связи с чем знание современного арсенала схем лечения позволит улучшить качество оказания помощи больным с миастенией и сахарным диабетом.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Заславский Л.Г., Хуршилов А.Б. Основные клинико-эпидемиологические показатели миастении в Ленинградской области // Учёные записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. 2015. Т. XX11, №4. С. 19-22
2. Школьник В.М., Кальбус А.И., Бараненко А.Н., Погорелов А.В. Миастения: современные подходы к диагностике и лечению. // Украинский неврологический журнал. 2014. №2. С.12-17

RESERENSES

1. Zaslavskiy L. G., Khurshilov A. B. Osnovnye kliniko-epidemiologicheskie pokazateli miastenii v Leningradskoy oblasti [The main clinical and epidemiological indicators of myasthenia gravis in the Leningrad region]. *Uchyonye zapiski SPbGMU im. akad. I.P. Pavlova – Scientific notes of the St. Petersburg State Medical University named after academician I.P. Pavlov*, 2015, Vol. 12, No. 4, pp. 19-22
2. Shkolnik V. M., Kalbus A. I., Baranenko A. N., Pogorelov A. V. Miasteniya: sovremennye podkhody k diagnostike i lecheniyu [Myasthenia gravis: modern approaches to diagnosis and treatment]. *Ukrainskiy nevrologichniy zhurnal – Ukrainian neurological journal*, 2014, No. 2, pp. 12-17

Сведения об авторах:

Касымова Саломат Джамоловна – зав. кафедрой эндокринологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Иззатов Хайрулло Нарзуллоевич – зав. кафедрой неврологии и медицинской генетики ГОУ ИПОвСЗ РТ

Контактная информация:

Касымова Саломат Джамоловна – тел.: (+992) 907 74 46 57; e-mail: ksd19@mail.ru

ВНИМАНИЮ АВТОРОВ!

При оформлении статей для печати, редакция журнала «Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения» просит придерживаться следующих правил:

1. Направляемый для публикации материал должен быть напечатан стандартным шрифтом 14 через интервал 1,5 на одной стороне стандартного листа формата А4 (210х297) с полями 3 см слева 1,5 справа. На машинописной странице должно быть 29-30 строк (1800 знаков, включая пробелы). Статьи принимаются в двух экземплярах, обязательно наличие материала в электронной версии.

2. В начале первой страницы указываются УДК, фамилия и инициалы автора и соавторов; название статьи полностью заглавными буквами; данные об учреждении, в том числе кафедра, отдел или лаборатория, город.

Статья должна быть собственноручно подписана автором и соавторами с указанием полностью фамилии, имени, отчества, места работы, должности, ученой степени и звания. Контактная информация указывается на одного из авторов – полностью фамилия, имя, отчество, телефон, эл.адрес. Дается ссылка на отсутствие конфликта интересов авторов.

Рекомендуемый объём статей – 8-10 страниц, описания отдельных наблюдений – 5 страниц, обзор литературы – 15 страниц (перед текстом должно быть резюме с переводом его на английский язык), информации, письма в редакцию и другие материалы – 3 страницы.

3. Оригинальные исследования должны иметь следующую структуру. Резюме, в котором в краткой форме (100-250 слов) указываются: цель исследования, материалы и методы, результаты и их обсуждение, заключение или выводы, ключевые слова (3-10 слов) для индексирования статьи в информационно-поисковых системах. Для обзорных статей в резюме указывается актуальность, краткое содержание статьи и ключевые слова (100-250 слов). Резюме должно иметь перевод на английский язык. После чего следует: введение (оно должно быть кратким и ориентировать читателя в отношении цели исследования проблемы, её актуальности и задач исследования); материал и методы исследования (приводятся количественные и качественные характеристики обследованных, методы исследований и способы обработки статистических данных); результаты исследования (представляются в логической последовательности в тексте, таблицах, рисунках); обсуждение и заключение (включает

новые и важные аспекты исследования, сопоставление с данными других источников, обоснованные рекомендации и краткое заключение).

2. При наличии соавторов указывается отсутствие конфликта интересов.

3. При обработке материала используется система единиц СИ. Статья должна быть тщательно выверена автором: цитаты, формулы, таблицы, дозы визируются авторами на полях. В сноске к цитатам указывается источник (автор, название, издание, год, том, номер, страница).

4. К статье следует прилагать только необходимые для пояснения текста рисунки, которые не должны повторять материал таблиц. Подписи к рисункам даются внизу рисунка, рядом с порядковым номером.

Фотографии (черно-белые или цветные), представляемые на глянцевой бумаге, должны быть контрастными, размером 9х12 см, рисунки – чёткими. Фотокопии с рентгенограмм дают в позитивном изображении.

Таблицы должны содержать сжатые, необходимые данные. Все цифры, итоги и проценты должны соответствовать приводимым в тексте. Фото таблицы не принимаются.

5. Список литературы составляется в алфавитном порядке (сначала отечественные, затем зарубежные авторы) по ГОСТу Р 7.0.5.-2008, а также предоставляется транслитерация по требованиям международных баз данных и информационно-справочных изданий (с учетом индексов цитирования). В тексте дается ссылка на порядковый номер в квадратных скобках.

Ссылки на неопубликованные работы не допускаются.

Количество источников для обзора/ов не больше 40.

6. Направление в редакцию работ, которые посланы в другие издания или напечатаны в них, не допускаются.

7. Редакция вправе сокращать и рецензировать статьи, при отрицательной рецензии даётся письменный аргументированный отказ.

8. Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, возвращаются авторам без рассмотрения.

9. Плата с авторов статей за публикацию рукописей не взимается.

Статьи следует направлять по адресу: г. Душанбе, пр. И.Сомони 59, Управление науки и издательства ГОУ ИПОвСЗ РТ. Тел.: 2-36-17-14; 2-36-74-97.