



WWW.IPOVSZRT.TJ/
JOURNAL

ТИПОГРАФИЯ
ООО «Табминот-2009»

Редактор:
Р.Р.Рофиев
Технический редактор:
С. Юлдашева
Зав. редакцией:
Е.Н. Рубис
Корректур и редакция:
к.м.н. О.В. Шумилина
Переводчик:
К.Фаромузова

Зарегистрирован в РИНЦ,
№ 343-06/2013 от 25.06.2013 г.

Зарегистрирован в Министер-
стве 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 24.05.2022 г.
Подписано в печать 13.06.2022 г.
Формат 60x84 1/8
Печать офсетная
Усл.печ.л. 14

Подписной индекс для пред-
приятий 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 • 2022

Сардабир Н.Д. Муҳиддин – д.и.т.

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

А. Ахмедов (член-корр. НАНТ, д.м.н., профессор, редактор), **С.К. Асадов** (к.м.н., доцент, 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** (академик Российской академии медико-технических наук, д.м.н., профессор), **Т.Ш. Икромов** (д.м.н., доцент), **К.И. Исmoilов** (д.м.н., профессор) **О.И. Касымов** (д.м.н., профессор), **З.А. Мирзоева** (д.м.н., профессор), **А.М. Мурадов** (академик Российской академии медико-технических наук, д.м.н., профессор), **Мухаммадали Музаффар** (д.ф.н., профессор), **С.М. 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** (д.м.н., доцент), **Д.Б. Хамидов** (к.м.н., доцент), **Д.И. Холматов** (д.м.н., доцент), **С.М. Шукурова** (член-корр. НАНТ, 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. НАНТ, д.м.н., профессор), **Д.С. Додхоев** (д.м.н.), **М.Ф. Додхоева** (академик НАНТ, д.м.н., профессор), **А.Р. Достиев** (д.м.н., профессор), **С.В. Журавель** (д.м.н., Москва), **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), **К.М. Лебединский** (д.м.н., профессор, Санкт-Петербург), **Т.Х. Назаров** (д.м.н., профессор; Санкт-Петербург), **Ш.Ф. Одинаев** (д.м.н., доцент), **О.О. Руммо** (д.м.н., профессор; Минск), **С.С. Сатторов** (д.м.н., профессор), **И.В. Тимофеев** (д.м.н., профессор; Санкт-Петербург), **А.Ж. Хамраев** (д.м.н., профессор; Ташкент), **С.Е. Хорошилов** (д.м.н., Москва)



WWW.IPOVSZRT.TJ/
JOURNAL

PRINTING HOUSE
«Taminot-2009»

Herald of the institute of postgraduate education in health sphere

Every 3 months Journal

Since 2011

2 • 2022

Chief editor N.D. Mukhiddin
doctor of medical science

MEMBERS OF EDITORIAL BOARD

Akhmedov A. (Corresponding Member of National Academy of Sciences of Tajikistan, doctor of medical science, professor, editor), **Asadov S. K.** (candidate of medical science, docent, 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.** (academician of the Russian Academy of Medical and Technical Sciences, doctor of medical science, professor), **Ikromov T. Sh.** (doctor of medical science, docent), **Ismoilov K. I.** (doctor of medical science, professor), **Kasymov O. I.** (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.** (doctor of medical science, docent), **Khamidov D. B.** (candidate of medical science, docent), **Kholmatov D. I.** (doctor of medical science, professor), **Shukurova S. M.** (Corresponding Member of National Academy of Sciences 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 National Academy of Sciences of Tajikistan, doctor of medical science, professor), **Dodkhaeva M. F.** (Academician of National Academy of Sciences of Tajikistan, doctor of medical science, professor), **Dodkhaev D. S.** (doctor of medical science), **Dostiev A. R.** (doctor of medical science, professor), **Zhuravel S.V.** (doctor of medical science, Moscow), **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), **Lebedinskiy K.M.** (doctor of medical science, professor; St. Petersburg), **Nazarov T. Kh.** (doctor of medical science, professor; St. Petersburg), **Odinaev Sh. F.** (doctor of medical science, docent), **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), **Khamraev A.Dz.** (doctor of medical science, professor; Tashkent), **Khoroshilov S.V.** (doctor of medical science, Moscow)

ISSN 2414-0252
DUSHANBE

СОДЕРЖАНИЕ

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА МЕДИЦИНЫ

Абдуллозода Дж.А., Рузбойзода К.Р., Абдуллоев С.Х., Билолов М.К.

Профилактика несостоятельности швов дуоденальной культи после резекции желудка

5

Ашуров Г.Г., Муллоджанов Г.Э., Исмоилов А.А.

Оценка результатов неудовлетворенности пациентов при оказании стоматологической ортопедической помощи с использованием дентальных имплантатов

12

Бадалов Ш.А.

Лечение осложненного нефролитиаза у детей

18

Гаибов А.Г., Шодихон Джамшед, Гозиев Дж.Г., Искандарова М.Х.

Некоторые аспекты нормативно-правового регулирования в сфере социальной защиты инвалидов в Таджикистане

24

Гуломова М.О., Давлатова Д.Д., Кабиров К.М., Нажмидинова К.И., Салимова М.Д.

Профилактические осмотры подростков в практике семейного врача

33

Имомова Ф.З., Каримов С.М., Ашуров Г.Г.
Оценка результатов изучения заболеваемости пульпарно-периодонтального комплекса у больных с разнонаправленными межсистемными нарушениями

38

Махмадов Ф.И., Нажмудинов Ф.Н.

Выбор минимально инвазивной тактики лечения холедохолитиаза у больных с ожирением

44

Расулов С.Р., Ганиев Д.Ф.

Динамика заболеваемости и смертности от рака молочной железы в Республике Таджикистан за 2016-2020 гг.

52

Саъдуллозода Т.С.

Структура осложнений и основные причины летальности от сахарного диабета в Республике Таджикистан

56

Файзуллоев Х.Т.

Фрактальный анализ вариации кардиоинтервала у больных инфарктом миокарда, ишемическим инсультом и при их сочетании

62

Хушвахтов Д.И., Байриков И.М., Мирзоев М.Ш., Хушвахтов Д.Д., Нарзулоев В.А.

Оптимизация хирургических методов лечения кистозных образований челюстных костей

69

CONTENTS

THEORY AND PRACTICE OF MEDICINE

Abdullozoda J.A., Ruziboyzoda K.R., Abdulloev S.Kh., Bilolov M.K.

Prevention of suture failure of the duodenal stump after gastric resection

Ashurov G.G., Mullodzhanov G.E., Ismoilov A.A.

Estimation results of dissatisfactions patient when rendering dentistry orthopedic help with using of dental implants

Badalov S.H.A.

Treatment of complicated nephrolithiasis in children

Gaibov A.G., Shodikhon Jamshed, Goziev J.G., Iskandarova M.Kh.

Some aspects of legal regulation in the sphere of social protection of the disabled in Tajikistan

Gulomova M.O., Davlatova D.D., Kabirov K.M., Nazhmudinova K.I., Salimova M.D.

Preventive examinations of adolescents in the practice of a family doctor

Imomova F.Z., Karimov S.M., Ashurov G.G.
Estimation the results studies of the diseases of pulpe-periodontal complex beside patients with different direction of between-systems disorders

Makhmadov F.I., Nadzhmudinov F.N.

The choice of minimally invasive tactics for the treatment of choledocholithiasis in patients with obesity

Rasulov S.R., Ganiev D.F.

Dynamics of morbidity and mortality from breast cancer in the Republic of Tajikistan for 2016-2020

Sadullozoda T.S.

The structure of complications and the main causes of mortality from diabetes mellitus in the Republic of Tajikistan

Fayzulloev K.H.T.

Fractal analysis of cardiointerval variations in patients with myocardial infarction, ischemic stroke and their combination

Khushvakhtov D.I., Bayrikov I.M., Mirzoev M.Sh., Khushvakhtov D.D., Narzuloev V.A.

Optimization of surgical treatments cystic formations of the jaw bones

Шукурова С.М., Файзуллоев А.И., Кабирзода Р.

Клинико-гемодинамические параллели хронической сердечной недостаточности в зависимости от фракции выброса левого желудочка

75

Shukurova S. M., Fayzulloev A.I., Kabirzoda R.H.

Clinical and hemodynamic parallels of chronic heart failure depending on the left ventricular ejection fraction

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Артыкова Н.К.

Вирусные заболевания слизистой оболочки полости рта

84

REVIEW

Artykova N.K.

Viral diseases of the oral mucosa

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Касымова С.Д., Мирахмедова М.А.

Случай синдрома Секкеля у девочки в возрасте 14 лет

91

Саидова М.И.

Ведение беременности при наследственной тромбофилии в сочетании с дефицитом фолатов

95

CASE FROM PRACTICE

Kasymova S.D., Mirakhmedova M.A.

Clinical case of 14 years old girl with Seckel syndrome

Saidova M.I.

Management of pregnancy in hereditary thrombophilia combined with folate deficiency

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

Содикова Д.Н., Махмадзода Ш.К., Мирзоев С.М., Мирзоев Х.С.

История организации офтальмологической помощи населению в Республике Таджикистан

106

HISTORY OF MEDICINE

Sodikova D.N., Makhmadzoda Sh. K., Mirzoev S. M., Mirzoev Kh.S.

History of the organization of ophthalmological care for population in the Republic of Tajikistan

НЕКРОЛОГ

Памяти Раджабалиева Ш.Ф.

110

OBITUARY

In memory of Radzhabaliyev Sh.F.

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА МЕДИЦИНЫ

© Коллектив авторов, 2022

УДК 16.342-002.44-007.251-089

¹Абдуллозода Дж.А., ²Рузибойзода К.Р.,

³Абдуллоев С.Х., ¹Билолов М.К.

ПРОФИЛАКТИКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ ДУОДЕНАЛЬНОЙ КУЛЬТИ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

¹Кафедра общей хирургии №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

²Кафедра хирургических болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

³Кафедра хирургии ГОУ ИПОВСЗ РТ

¹Abdullozoda J.A., ²Ruziboyzoda K.R.,

³Abdulloev S.Kh., ¹Bilolov M.K.

PREVENTION OF SUITATION FAILURE OF THE DUODENAL STUNT AFTER GASTRIC RESECTION

¹Department of General Surgery №2 of the State Educational Establishment «Avicenna Tajik State Medical University»

²Department of Surgical Diseases №1 of the State Educational Establishment «Avicenna Tajik State Medical University»

³Department of Surgery of the State Educational Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"

Цель исследования. Улучшение результатов комплексного лечения больных с «трудными» дуоденальными язвами путём профилактики несостоятельности швов дуоденальной культи после резекции желудка.

Материал и методы. Анализированы результаты комплексной диагностики и лечения 51 пациента с «трудными» дуоденальными язвами. В 35 (68,6%) случаях язва локализовалась в луковице двенадцатиперстной кишки, в 16 (31,4%) - в постбульбарном отделе двенадцатиперстной кишки.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде после проведения различных вариантов резекции желудка по Бильрот-2 в 26 (50,9%) случаях развился функциональный дуоденостаз, из них в 6 (11,7%) наблюдениях возникла несостоятельность швов дуоденальной культи. У 7 (13,7%) пациентов имелся дуоденостаз в стадии компенсации, у 11 (21,5%) - в стадии субкомпенсации и у 8 (15,6%) - в стадии декомпенсации.

Уровень серотонина у 7 пациентов с дуоденостазом в стадии компенсации составил $0,7 \pm 0,11$ мкмоль/л. По мере снижения показателей уровня серотонина до $0,5 \pm 0,09$ мкмоль/л ещё более нарушается моторика двенадцатиперстной кишки, что соответствовало дуоденостазу в стадии субкомпенсации ($n=11$). Более глубокое снижение уровня серотонина крови ($0,3 \pm 0,12$ мкмоль/л) наблюдалось у 8 пациентов с дуоденостазом в стадии декомпенсации.

Для профилактики риска развития функционального дуоденостаза, профилактики прогрессирования серотониновой недостаточности и развития несостоятельности швов дуоденальной культи 26 больным в комплексную терапию был включен препарат серотонина адипината по 1,0 мл 3 раза в сутки внутримышечно в течение 5-7 дней. В итоге, независимо от выраженности изменений показателей серотонина в крови, повышения показателей интрадуоденального давления и наличия дуоденостаза в стадиях суб- и декомпенсации несостоятельности швов дуоденальной культи не наблюдалось.

Заключение. В патогенезе несостоятельности швов дуоденальной культи ведущее место отводится транзиторной серотониновой недостаточности в раннем послеоперационном периоде, для профилактики которого целесообразно включение в комплекс лечения серотонина адипината.

Ключевые слова: резекция желудка, несостоятельность швов дуоденальной культи, серотониновая недостаточность, профилактика

Aim. Improving the results of complex treatment of patients with "difficult" duodenal ulcers by preventing duodenal stump suture failure after gastric resection.

Material and methods. The results of complex diagnostics and treatment of 51 patients with "difficult" duodenal ulcers were analyzed. In 35 (68,6%) cases, the ulcer was localized in the duodenal bulb, and in 16 (31,4%) cases, in the postbulbar duodenum.

Results. In the early postoperative period after various options for resection of the stomach according to Billroth 2, in 26 (50,9%) cases of 51 patients, functional duodenostasis developed, where in 6 (11,7%) cases there was a development of duodenal stump suture failure. Thus, in 7 (13,7%) patients, duodenostasis was in the stage of compensation, duodenostasis in the stage of subcompensation - in 11 (21,5%) cases, and in 8 (15,6%) patients duodenostasis developed in the stage of decompensation.

The level of serotonin in 7 patients with duodenostasis in the stage of compensation was $0,7 \pm 0,11 \mu\text{mol/l}$. As the serotonin levels decrease to $0,5 \pm 0,09 \mu\text{mol/l}$, duodenal motility is even more disturbed, where it corresponded to duodenostasis in the subcompensation stage ($n=11$). A deeper decrease in the level of blood serotonin was observed in 8 patients with duodenostasis in the stage of decompensation, which amounted to $0,3 \pm 0,12 \mu\text{mol/l}$.

To prevent the risk of developing functional duodenostasis, preventing the progression of serotonin deficiency and the development of failure of the sutures of the duodenal stump in 26 patients in the complex therapy, the drug serotonin adipinate was included in the dose of 1,0 ml 3 times a day, intramuscularly administered for 5-7 days, where regardless from the severity of changes in serotonin in the blood, an increase in intraduodenal pressure and the presence of duodenostasis in the stage of sub- and decompensation, the development of insolvency of the duodenal stump sutures was not observed.

Conclusion. Thus, in the pathogenesis of duodenal stump suture failure, the leading place is given to transient serotonin deficiency in the early postoperative period, for the prevention of which it is advisable to include serotonin adipinate.

Key words: resection of the stomach, duodenal stump suture failure, serotonin deficiency, prevention

Актуальность

Известно, что радикальным методом лечения осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ДПК) является хирургический [4, 9]. Резекция желудка по Бильрот II в её различных модификациях – одна из наиболее часто выполняемых во врачебной практике. Также известно, что несостоятельность швов дуоденальной культи (НШДК) ДПК является частым грозным осложнением раннего послеоперационного периода после этих операций. Согласно литературным данным, несостоятельность встречается от 0,9% до 18,8%, а летальность при развившемся перитоните – от 25,1% до 70% и более [1, 3].

Необходима разработка комплексного подхода, предусматривающего воздействие на основные причины осложнения, к которым в первую очередь относятся нарушение дренажной функции культи ДПК с повышением в ней давления и ошибки при её ушивании [4,8,11].

В последние годы в хирургической гастроэнтерологии особое внимание специалистов привлекает нарушение моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки в виде дуоденостаза после резекции желудка, что нередко становится причиной НШДК [2, 5, 7].

Следует подчеркнуть, что наряду с дегенеративными изменениями в волокнах и нейронах нервного аппарата двенадца-

типерстной кишки ведущее место в нарушении её моторно-эвакуаторной функции отводится гуморальным факторам. Особое значение при этом имеет состояние эндокринной системы двенадцатиперстной кишки, в частности её гастроэнтеринальная система - ЕС-клетки (энтерохроматофильные клетки), продуцирующие серотонин [6, 10].

Приведенные выше доводы свидетельствуют о своевременной актуальности данной проблемы профилактики НШДК после резекции желудка, что диктует целесообразность и необходимость дальнейших исследований.

Цель исследования

Улучшение результатов комплексного лечения больных с «трудными» дуоденальными язвами путём профилактики несостоятельности швов дуоденальной культи после резекции желудка.

Материал и методы исследования

Данное исследование основано на результатах комплексной диагностики и лечения 51 пациента с «трудными» дуоденальными язвами. Мужчин было 39 (76,5%), женщин – 12 (23,5%). Возраст колебался от 22 лет до 81 года.

Необходимо отметить, что для выбора способа и объёма резекции желудка, а также обработки культи двенадцатиперстной кишки важное значение имеет локализация язвы в двенадцатиперстной кишке (табл. 1).

Таблица 1

Локализации язв в двенадцатиперстной кишке (n=51)

<i>Локализация язвы в дуоденальной зоне</i>	<i>Кол-во больных</i>	
	<i>абс</i>	<i>%</i>
<i>Луковица двенадцатиперстной Кишки</i>	35	68,6
<i>Постбульбарный отдел двенадцатиперстной кишки</i>	16	31,4
<i>Всего</i>	51	100,0

Примечание: проценты вычислены от общего числа больных

Для диагностики «трудных» дуоденальных язв больным проводили клинко-лабораторные, в частности определение уровня серотонина в сыворотке крови до и после операции, и инструментальные методы исследования, включая ФГДС, рентгенографию, УЗИ, поэтажную манометрию, исследование желудочной секреции.

Статистическая обработка выполнялась с использованием программы Statistica 10.0 (StatSoft, США). Количественные величины представлены в виде среднего значения и стандартной ошибки, для качественных показателей вычислялись доли. При парных сравнениях количественных независимых групп использовался U-критерий Манна-Уитни, при множественных сравнениях использовался H-критерий Крускала-Уоллиса. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Результаты исследования показали, что уровень серотонина в сыворотке крови у

больных с «трудными» дуоденальными язвами был в пределах нормы и составил в среднем $0,8 \pm 0,13$ мкмоль/л.

Наряду с другими инструментальными методами исследования проведена поэтажная манометрия методом открытого катетера (по Я.Д. Витебскому и соавт., 1980) для измерения внутридуоденального давления, имеющего важное значение в выборе метода и способа резекции желудка и профилактики НШДК. Результаты исследования показали, что у больных, которым выполнялась поэтажная манометрия, показатели интрадуоденального давления составили от $86,2 \pm 9,5$ мм вод. ст. до $96,4 \pm 8,9$ мм вод. ст., что относится к нормальным показателям.

Для хирургического лечения больных с «трудными» дуоденальными язвами были выполнены различные варианты резекции желудка (табл. 2), одной из главных задач которых является достижение надёжной обработки культи двенадцатиперстной кишки после различных вариантов резекции желудка.

Таблица 2

Характер оперативных вмешательств при «трудных» дуоденальных язвах (n=51)

<i>Название операции</i>	<i>Кол-во</i>	<i>%</i>
<i>Резекция желудка по Бильрот II</i>	22	43,1
<i>Резекция желудка по Бильрот II в модификации Гофмейстера-Финстерера</i>	25	49,0
<i>Резекция желудка по Ру. СтВ.</i>	4	7,9
<i>Всего</i>	51	100

Как видно из представленной таблицы, в 22 (43,1%) случаях выполнялись резекции желудка по Бильрот II, в 25 (49,0%) случаях - резекции желудка по Бильрот II в модификации Гофмейстера-Финстерера. В 4 (7,9%) случаях при «трудных» дуоденальных язвах с пенетрацией язвы в головку поджелудочной железы и развитием хронического индур-

ативного панкреатита резекция желудка по Ру дополнялась стволовой ваготомией.

Следует отметить, что резекция желудка и травматизация двенадцатиперстной кишки в дальнейшем способствуют прогрессированию снижения синтеза ЕС-клетками серотонина в слизистой двенадцатиперстной кишки транзиторного характера с последу-

ющем нарушении ее моторной функции и развития функционального дуоденостаза.

В раннем послеоперационном периоде в 26 (50,9%) случаях развился функциональный дуоденостаз, из них в 6 (11,7%) наблюдениях он дополнился развитием НШДК. У 7 (13,7%) пациентов имелся дуоденостаз в стадии компенсации, дуоденостаз в стадии субкомпенсации в 11 (21,5%) случаях и у 8 (15,6%) пациентов развился дуоденостаз в стадии декомпенсации.

Клинические проявления функционального дуоденостаза зависели от тяжести выраженности моторно-эвакуаторных нарушений функционального дуоденостаза, которые обычно возникали после «светлого» промежутка времени, начиная с 3 суток послеоперационного периода. Такое начало осложнений установлено у 15 больных из 26 с функциональным дуоденостазом, причём у 7 пациентов хорошая эвакуаторная функция

в этот период подтверждена рентгенологическим исследованием, а в остальных 8-х случаях установлена на основании клинических данных. Следует отметить, что у 5 больных не было «светлого» промежутка времени до возникновения моторно-эвакуаторных расстройств, клинические проявления непроходимости определялись с первых дней после операции. Связи между началом осложнения (со «светлым» промежутком времени или без него) и его тяжестью не выявили.

Для понимания сущности некоторых патогенетических аспектов развития функционального дуоденостаза в раннем послеоперационном периоде после резекции желудка по поводу «трудных» дуоденальных язв нами были изучены показатели уровня серотонина в сыворотке крови и показатели интрадуоденального давления при различных стадиях функционального дуоденостаза (табл. 3).

Таблица 3

Показатели уровня серотонина в крови при различных стадиях функционального дуоденостаза

Стадия дуоденостаза		Содержание серотонина в крови, мкмоль/л
Компенсация (n=7)	p ₁	0,7±0,11
Субкомпенсация (n=11)	p ₂	0,5±0,09
Декомпенсация (n=8)	p ₃	0,3±0,12
p		p ₁₋₂ >0,05, p ₁₋₃ <0,05, p ₂₋₃ >0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между соответствующими стадиями дуоденостаза (по U-критерию Манна-Уитни)

Как видно из представленного таблицы 3, уровень серотонина у 7 пациентов с дуоденостазом в стадии компенсации составил 0,7±0,11 мкмоль/л. По мере снижения показателей уровня серотонина до 0,5±0,09 мкмоль/л ещё более нарушается моторика двенадцатиперстной кишки, что соответствовало дуоденостазу в стадии субкомпенсации (n=11). Более глубокие снижения концентрации серотонина в крови наблюдались у 8 пациентов с дуоденостазом в стадии декомпенсации, составляя 0,3±0,12 мкмоль/л.

Исследования показали, что по мере прогрессирования заболевания и выраженности снижения уровня серотонина в крови, который вырабатывается ЕС-клетками двенадцатиперстной кишки и регулирует моторику тонкого кишечника, снижается моторно-эвакуаторная функция двенадцатиперстной кишки и повышается интрадуоденальное давление (табл. 4).

Результаты исследования показали, что у больных дуоденостазом в стадии компенсации показатели интрадуоденального давления в среднем составили 183,4±9,2 мм вод.ст., хотя до операции у данной категории больных они находились в пределах нормы - 96,4±8,9 мм вод.ст. Показатели интрадуоденального давления у пациентов с функциональным дуоденостазом в стадии субкомпенсации были хуже и составили 230,8±13,6 мм вод.ст., у больных с дуоденостазом в стадии субкомпенсации уровень интрадуоденального давления доходил до критических значений - 230,8±15,0 мм вод. ст.

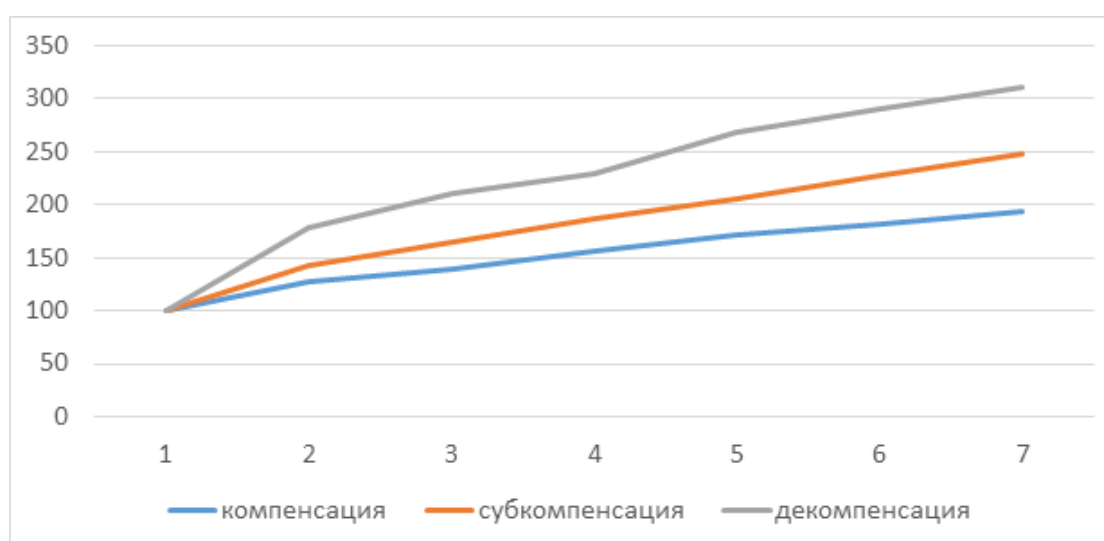
Динамика повышения показателей уровня интрадуоденального давления в различные сутки в раннем послеоперационном периоде при различных стадиях функционального дуоденостаза приведена на рисунке.

Таблица 4

*Показатели уровня интрадуоденального давления
при различных стадиях функционального дуоденостаза*

Стадия дуоденостаза		Показатели интрадуоденального давления, мм вод.ст.
Компенсация (n=7)	p ₁	183,4±9,2
Субкомпенсация (n=11)	p ₂	230,8±13,6
Декомпенсация (n=8)	p ₃	294,8±14,3
p		p ₁₋₂ <0,05, p ₁₋₃ <0,001, p ₂₋₃ <0,01

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между соответствующими стадиями дуоденостаза (по U-критерию Манна-Уитни)



*Динамика повышения показателей интрадуоденального давления
при различных стадиях дуоденостаза*

Полученные в результате исследования данные у этого контингента больных показывают, что одним из патогенетических механизмов развития НШДК является транзиторная серотониновая недостаточность в раннем послеоперационном периоде, приводящая к снижению моторики дуоденума, с последующим развитием дуоденальной гипертензии и функционального дуоденостаза, тем самым создаются условия для натяжения линии швов дуоденальной культи и развития НШДК.

Лечение больных с НШДК на фоне серотониновой недостаточности представляет определённые трудности, что обусловлено выраженными эвакуаторными нарушениями, астенизацией больных, а также обезвоживанием и электролитными расстройствами. Наряду с инфузионно-трансфузионной терапией, на основании полученных данных по изучению механизма развития НШДК, нами для профилактики риска

развития функционального дуоденостаза, с целью профилактики прогрессирования серотониновой недостаточности и развития НШДК 26 больным в комплексную терапию был включен препарат серотонина адипинат по 1,0 мл 3 раза в сутки, внутримышечным ведением в течение 5-7 дней. При этом независимо от выраженности изменений показателей серотонина в крови, повышения интрадуоденального давления и наличия дуоденостаза в стадии суб- и декомпенсации развития НШДК не наблюдалось. Об эффективности проведенного профилактического лечения свидетельствуют повышение показателей уровня серотонина в крови, нормализация интрадуоденального давления и восстановление моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки по данным рентгенологического исследования, а также исчезновение клинических проявлений функционального дуоденостаза. У больных,

не получавших серотонина адипинат (n=25) в раннем послеоперационном периоде в 6 (24%) случаях имело место развитие НШДК, потребовавшей в 4 (16%) случаях проведения повторных оперативных вмешательств. Летальный исход отмечен в 2 (8%) наблюдениях.

Заключение

Диагностика «трудных» дуоденальных язв должна быть комплексной и наряду с общепринятыми лабораторно-инструментальными методами исследования включать поэтажную манометрию и определение уровня серотонина в крови.

В патогенезе НШДК ведущее место отводится снижению выработки серотонина в ЕС-клетках слизистой двенадцатиперстной кишки.

Для профилактики несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки при «трудных» дуоденальных язвах целесообразно включение серотонина адипината для своевременной коррекции транзиторной серотониновой недостаточности и восстановления моторики двенадцатиперстной кишки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 9-11 см. в REFERENCES)

1. Абдуллозода Дж.А., Рузбойзода К.Р., Абдуллоев С.Х., Билолов М.К. Повышение герметичности культи двенадцатиперстной кишки при «трудных» дуоденальных язвах // Здравоохранение Таджикистана. 2022. №1. С. 5-11.

2. Кодиров Ф.Д., Сайдалиев Ш.Ш., Кадыров Д.М., Табаров З.В. Сочетание пенетрации и пилородуоденального стеноза при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Вестник Авиценны. 2020. Т. 22, № 2. С. 311-319.

3. Кульчиев А.А. Хирургическое лечение рубцово-язвенного стеноза пилородуоденального канала // Вестник хирургической гастроэнтерологии. 2015. №3-4. С. 62-70.

4. Курбонов К.М., Назирбоев К.Р. Панкреато-билиарные осложнения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Здравоохранение Таджикистана. 2018. №1. С.34-40.

5. Курбонов К.М., Назирбоев К.Р. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложнённая хроническим индуративным панкреатитом // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2017. №4. С. 41-45.

6. Курбонов К.М., Назирбоев К.Р., Ёров С.К. Радикальные методы хирургического лечения перфорации гастродуоденальных язв // Здравоохранение Таджикистана. 2017. №3 (334). - С. 35-39.

7. Никитин В.Н., Клипач С.Г. «Трудная» культя при осложнённых гигантских пенетрирующих пилородуоденальных язвах // Новости хирургии. 2017. Т. 25, № 6. С. 574-581.

8. Нишанов Ф.Н., Нишанов М.Ф., Хожиметов Д.Ш., Робиддинов Б.С. Хирургическая тактика при сочетанных осложнениях язв двенадцатиперстной кишки // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. 2018. Т. 13, № 3. С. 43-46.

REFERENCES

1. Abdullozoda Dzh.A., Ruziboyzoda K.R., Abdulloev S.Kh. Povyshenie germetichnosti kulti dvenadtsatiperstnoy kishki pri «trudnykh» duodenalnykh yazvakh [Improv-

ing the tightness of the duodenal stump with "difficult" duodenal ulcers]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2022, No. 1, pp. 5-11.

2. Kodirov F.D., Saydaliev Sh.Sh., Kadyrov D.M. Sochetanie penetratsii i piloroduodenalnogo stenoza pri yazvennoy bolezni dvenadtsatiperstnoy kishki [Combination of penetration and pyloroduodenal stenosis in duodenal ulcer]. *Vestnik Avitsenny - Avicenna Bulletin*, 2020, Vol. 22, No. 2, pp. 311-319.

3. Kulchiev A.A. Khirurgicheskoe lechenie rubtsovo-yazvennogo stenoza piloroduodenalnogo kanala [Surgical treatment of cicatricial ulcerative stenosis of the pyloroduodenal canal]. *Vestnik khirurgicheskoy gastroenterologii – Herald of Surgical Gastroenterology*, 2015, No. 3-4, pp. 62-70.

4. Kurbonov K.M., Nazirboev K.R. Pankreato-biliarnye oslozhneniya yazvennoy bolezni dvenadtsatiperstnoy kishki [Pancreato-biliary complications of duodenal ulcer]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2018, No. 1, pp. 34-40.

5. Kurbonov K.M., Nazirboev K.R. Yazvennaya bolezni dvenadtsatiperstnoy kishki, oslozhnyonnaya khronicheskimi indurativnymi pankreatitom [Peptic ulcer of the duodenum, complicated by chronic indurative pancreatitis]. *Vestnik Akademii meditsinskikh nauk Tadjikistana – Bulletin of the Academy of Medical Science of Tajikistan*, 2017. №4. S. 41-45.

6. Kurbonov K.M., Nazirboev K.R., Yarov S.K. Radikalnye metody khirurgicheskogo lecheniya perforatsii gastroduodenalnykh yazv [Radical methods of surgical treatment of perforation of gastroduodenal ulcers]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2017, No. 3 (334), pp. 35-39.

7. Nikitin V.N., Klipach S.G. «Trudnaya» kulya pri oslozhnennykh gigantstskikh penetriruyushchikh piloroduodenalnykh yazvakh [Difficult stump with complicated giant penetrating ulcers]. *Novosti khirurgii - News of Surgery*, 2017, Vol. 25, No. 6, pp. 574-581.

8. Nishanov F.N., Nishanov M.F., Khozhimetov D.Sh. Khirurgicheskaya taktika pri sochetannykh oslozhnennykh yazv dvenadtsatiperstnoy kishki [Surgical tactics for combined complications of duodenal ulcers].

Vestnik Natsionalnogo mediko-khirurgicheskogo Tsentra im. N.I. Pirogova - Herald of the National Medical and Surgical Center named after N. I. Pirogov, 2018, Vol. 13, No. 3, pp. 43-46.

9. Dovjak P. Duodenal ulcers, gastric ulcers and helicobacter pylori. *Zeitschrift? Gerontologie und Geriatrie*, 2017, Vol. 50, No. 2, pp. 159-169.

10. Oida T., Kano H. Percutaneous drainage in conservative therapy for perforated gastroduodenal ulcers. *Hepatogastroenterology*, 2012, No. 59, pp. 168-170.

11. Vashist Y.K. Management of the difficult duodenal stump in penetrating duodenal ulcer disease: a comparative analysis of duodenojejunostomy with "classical" stump closure (Nissen-Bsteh). *Langenbeck's Archives of Surgery*, 2012, No. 8, pp. 124-127.

Сведения об авторе:

Абдуллозода Джамолиддин Абдулло – профессор кафедры общей хирургии №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино», д.м.н.

Рузбойзода Кахрамон Рузбой – доцент кафедры хирургических болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино», к.м.н.

Абдуллоев Сулаймон Халифаевич – соискатель кафедры хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Билолов Мухаммад Кандилович – ассистент кафедры общей хирургии №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино», к.м.н.

Контактная информация:

Рузбойзода Кахрамон Рузбой – тел.: (+992) 93 080 77 77; e-mail: dr.hero85@mail.ru

Ашуров Г.Г., Муллоджанов Г.Э., Исмоилов А.А.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ НЕУДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОКАЗАНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Ashurov G.G., Mullodzhanov G.E., Ismoilov A.A.

ESTIMATION RESULTS OF DISSATISFACTIONS PATIENT WHEN RENDERING DENTISTRY ORTHOPEDIC HELP WITH USING OF DENTAL IMPLANTS

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

Цель исследования. Проанализировать причины неудовлетворенности пациентов при протезировании на дентальных имплантатах.

Материал и методы. Из 850 пациентов с имплантационными протезами, обратившихся в 2017-2020 гг. в стоматологическую клинику «Smile» (соответственно по годам 246, 240, 201 и 163) 82 человека (48 женщин и 34 мужчин) предъявляли различные жалобы протетического и имплантационного характера. Ранее этим пациентам в разных стоматологических учреждениях г. Душанбе были установлены 382 винтовых дентальных имплантата: 218 – на верхней и 164 – на нижней челюстях.

Результаты. Всего было предъявлено 169 жалоб. Из них наиболее частыми (25,4%) были жалобы на неплотное смыкание зубных рядов, затрудненное пережевывание пищи (18,3%) и эстетические нарушения (8,3%). При этом каждый пациент имел более одной жалобы (в среднем 2 жалобы).

Заключение. Длительное использование неправильно изготовленной ортопедической конструкции становится травматическим фактором, приводящим к отторжению дентального имплантата.

Ключевые слова: протез, дентальный имплантат, ортопедическая конструкция, гигиена полости рта

Aim. Analyzed the reasons of dissatisfactions among patient with prosthesis on dental implants.

Material and methods. From 850 patients with implant's prosthetic device, received to us from 2017 to 2020 years in dentistry clinic «Smile» (accordingly 246, 240, 201 and 163 persons), beside 82 patients (48 woman and 34 men) were revealed different complaints prosthetic and implants nature. This patient patients addressed with complaint after prosthesis on dental implants, in different dentistry institutions of Dushanbe was set 382 of the screw dental implants from which 218 in the upper jaw and 164 - on lower.

Results. For specified period patients whole have presented 169 complaints. Of them the most frequent of which (25.4%) were on loose at the closing of dentition complaints, labored chewing of foods complaints (18.3%) and aesthetic disorders (8.3%). The patients presented more than one complaints (on average 2 complaints per case).

Conclusion. Long use wrong made orthopedic design becomes the traumatic factor, bring about elimination of the dental implants.

Key words: prosthetic device, dental implant, orthopedic design, hygiene of oral cavity

Актуальность

Протезирование пациентов с использованием дентальных имплантатов является сложным видом ортопедического лечения,

успех которого зависит от множества факторов [2, 5]. Спектр возможностей применения дентальных имплантатов весьма широкий – от замещения одного зуба [1, 6] до реабилитации

литации пациентов с полной потерей зубов [2, 4, 7]. Благоприятный прогноз протезирования с применением естественных опор и дентальных имплантатов зависит не только от разнообразия дефектов зубных рядов и их сочетаний, но и от особенностей прикуса, состояния пародонта, качества эндодонтического лечения опорных зубов [3, 5].

Цель исследования

Проанализировать причины неудовлетворенности пациентов при протезировании на дентальных имплантатах.

Материал и методы исследования

Из 850 пациентов с имплантационными протезами, обратившихся в 2017-2020 гг. в стоматологическую клинику «Smile» (соответственно 246, 240, 201 и 163), у 82 (48 женщин и 34 мужчин) были выявлены различные жалобы протетического и имплантационного характера. Данным пациентам, обратившимся с жалобами после протезирования на дентальных имплантатах в разных стоматологических учреждениях г. Душанбе, было установлено 382 винтовых дентальных имплантата, из которых 218 – на верхней челюсти и 164 – на нижней.

Во время осмотра пациентов с имплантологическими супраконструкционными элементами проводилось их обследование, на каждого заполнялся протокол по установленному образцу, в котором описывались жалобы, стоматологический статус, диагнозы, заключение

врача и его рекомендации, а также форма собственности стоматологической клиники, где проводилось ортопедическое лечение с использованием дентальных имплантатов. Нами также разработано дополнение к протоколу для детализации клинической ситуации и более глубокого анализа существующей ситуации после протезирования на дентальных имплантатах, где выделялись пол и возраст пациентов, жалобы и сроки их появления, срок установки дентальных имплантатов, сроки протезирования на дентальных имплантатах, вид имеющейся ортопедической конструкции, зубная формула.

Обработка статистических данных проводилась с помощью пакета прикладных программ «Statistica 6.0». Для сравнения количественных показателей использовали непараметрический метод. Статистически достоверными считались отличия с 95% ($p < 0,05$) уровнем значимости.

Результаты и их обсуждение

Проведенные исследования показали, что с 2017 по 2020 гг. число пациентов, обратившихся с жалобами после протезирования на дентальных имплантатах, достоверно увеличилось. Так, из общего числа лиц, пришедших к специалистам с разными жалобами (82 чел.), пациентов данной категории в 2017 г. было 14 (17,1%), в 2018 г. – 20 (24,4%), в 2019 г. – 23 (28,1%), а в 2020 г. – 25 (30,5%) (рис. 1).

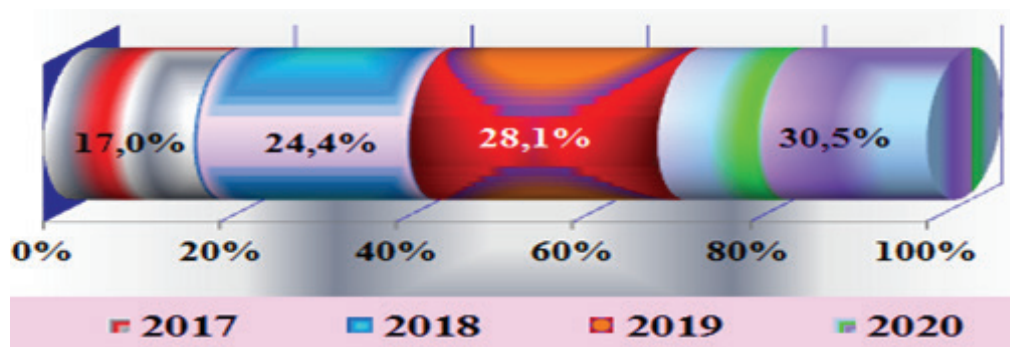


Рис. 1. Распределение пациентов, обратившихся с жалобами после имплантационного протезирования, по годам ($n=82$)

Среди пациентов, обратившихся с жалобами после протезирования на дентальных имплантатах, преобладали женщины. Как свидетельствуют данные рисунка 2, в 2017 г. среди пациентов, обратившихся с жалобами, мужчины и женщины составили соответственно 3 (12,5%) и 11 (19,0%). Значение исследуемых показателей в 2018 г. соответствовало 6 (25,0%) и 14 (24,1%), в 2019 г. – 7 (29,2%) и 16 (27,6%) при соответствующих показателях 8 (33,3%) и 17 (29,3%) в 2020 г.

По возрасту обратившиеся с жалобами пациенты распределились следующим образом: в 2017 г. наибольшую группу составили лица в возрасте 40-49 лет (9,8%) при значениях 4,9% и 6,1% в возрастных группах 30-39 и старше 50 лет. В 2018 году наиболее многочисленную группу составили лица в возрасте 50 лет и старше (9,8%), промежуточное положение занимали пациенты в возрастных группах 20-29 лет (1,2%), 30-39 (6,1%) и 40-49 лет (6,1%). В 2019 году в 4,9%

случаев 30-39-летние пациенты обращались с жалобами после имплантационного протезирования, в последующих возрастных

группах усредненное значение исследуемого показателя составило 9,8% соответственно в возрасте 40-49 и старше 50 лет (рис. 3).



Рис. 2. Гендерное распределение пациентов, обратившихся с жалобами после протезирования на дентальных имплантатах (n=82)

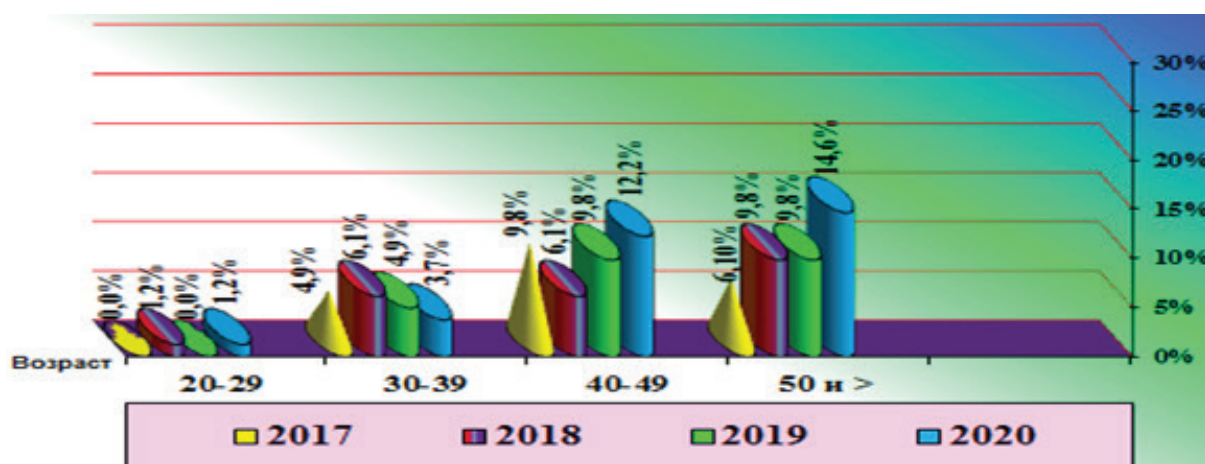


Рис. 3. Повозрастное распределение пациентов, обратившихся с жалобами после протезирования на дентальных имплантатах (n=82)

Пациенты, обратившиеся с жалобами после имплантационного протезирования, проходили лечение в клиниках с разной формой собственности. Превалирующему большинству пациентов (72 человек), что составляет 87,8% от общего количества обратившихся лиц (82 человек), ортопедическое

лечение с использованием имплантационных протезов проведено в частных стоматологических клиниках. В государственных стоматологических поликлиниках ортопедическое лечение с использованием дентальных имплантатов получили 10 (12,2%) пациентов (рис. 4).

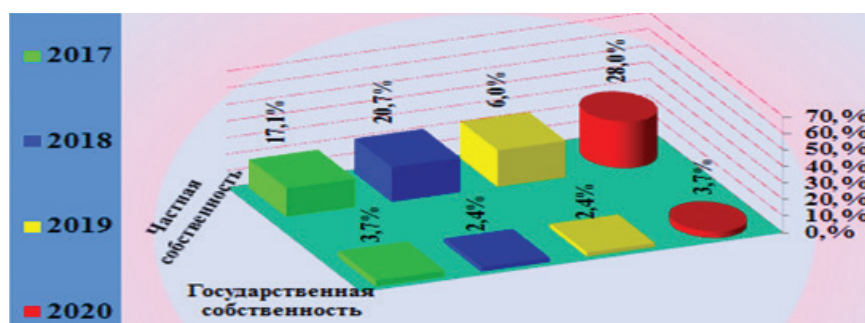


Рис. 4. Распределение пациентов с дентальными имплантатами, обратившихся с жалобами после протезирования, по форме собственности клиники

Проведенный анализ показал, что за исследуемый период (с 2017 по 2020 гг.) общее количество предъявленных жалоб у 82 пациента, пришедших к нам в клинику, составило 169. Наиболее частыми из них явились жалобы на неплотное смыкание зубных рядов - 43 жалобы (25,4%), затрудненное пережевывание пищи - 31 жалоба (18,3%) и эстетические нарушения - 14 жалоб (8,3%).

Доля от общего количества жалоб (169) в отношении «Боль в области височно-нижнечелюстного сустава» составляет 7,69%, а по отношению к количеству пациентов (82

человек) она составляет 15,9%. В указанном аспекте значение исследуемых показателей в отношении неплотного смыкания зубных рядов составляет 25,4% и 52,4% соответственно. За ним следует затрудненное пережевывание пищи (18,3% и 37,8% соответственно) и эстетические нарушения (8,27% и 17,1% соответственно).

Если в 2017 и 2018 гг. усредненное значение предъявляемых жалоб у пациентов, обратившихся с жалобами после использования имплантационных протезов, составляет 24,9% и 23,0% соответственно, то в 2019 и 2020 гг. оно соответствовало 22,5% и 29,6% (рис. 5).

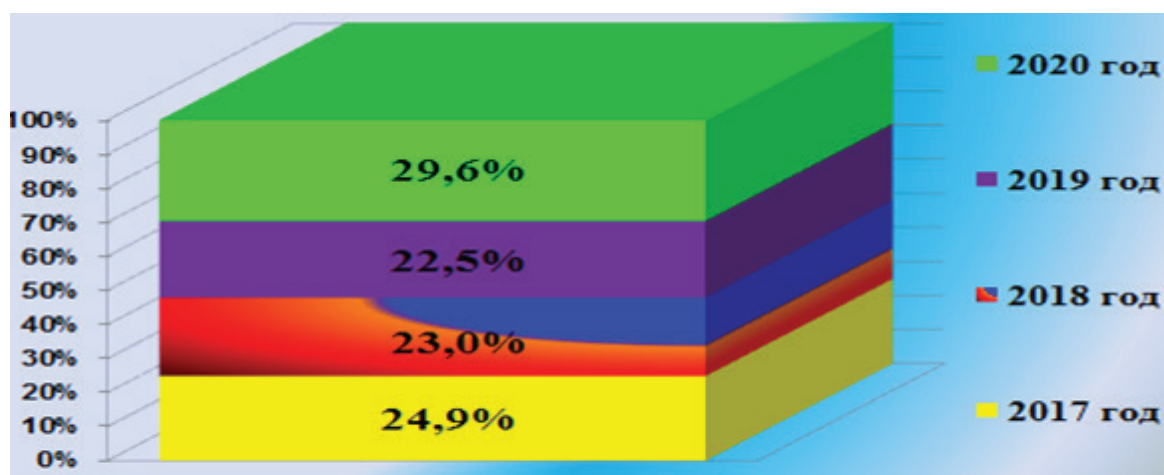


Рис. 5. Усредненное значение предъявляемых жалоб пациентами, обратившимися после имплантационного протезирования

В период с 2017 по 2020 гг. пациентам, обследуемым с жалобами после имплантационного протезирования, было изготовлено 177 ортопедических супраконструкций, в том числе 17 (9,6%) съемных перекрывающих протезов на дентальных имплантатах и 160 (90,4%) несъемных протезов.

Виды ортопедических протезов среди пациентов, обратившихся с жалобами после имплантационного протезирования, в 16,4% случаев представлены несъемными мостовидными протезами с опорами на имплантаты, в 24,9% случаев - одиночными коронками на имплантатах, в 39,0% случаев - одиночными коронками, соединенными в единую конструкцию, в 9,60% случаев - съемными перекрывающими протезами, в 3,40% случаев - консольными протезами с опорами на дентальные имплантаты и в 6,78% случаев - ортопедическими конструкциями с опорами на естественные зубы и дентальные имплантаты.

В ходе выполнения работы нами также проанализированы сроки пользования ортопедических протезов на дентальных им-

плантатах до обращения к нам в клинику. Как свидетельствуют данные таблицы 1, в 2017 году у большинства стоматологических пациентов (52,9%) дентальные имплантаты были подсажены в период от 1 года до 2 лет, такая же картина наблюдается в 2018 и 2019 гг. (52,6% и 35,0% соответственно). В 2017 году срок подсаживания дентальных имплантатов до обращения в клинику от 6 до 12 месяцев составил 23,5%, от 1 года до 2 лет - 52,9%, от 2 до 3 лет - 11,8%, от 3 до 5 и более 5 лет - соответственно 5,88%. В 2018 году значения исследуемых показателей составили соответственно 15,8%, 52,6%, 5,26% и 10,5% при усредненных значениях 20,0%, 35,0%, 15,0%, 15,0% и 10,0% - в 2019 году и 24,1%, 17,2%, 17,2%, 24,1% и 10,3% - соответственно в 2020 г.

В ходе проведенного исследования также нами были проанализированы сроки пользования протезами на дентальных имплантатах до обращения в клинику. При структуризации сроков установки дентальных имплантатов выяснилось, что за исследуемый период обращения срок полноценного функционирования имплантационных протезов до 6

месяцев в среднем составил 25,6%, от 6 до 12 месяцев – 30,5%, от 1 года до 2 лет – 13,4%, от 2 до 3 лет – 12,2%, от 3 до 5 лет – 9,76%, более 5 лет – 4,27% (табл. 2).

Таблица 1

Сроки установки дентальных имплантатов до обращения к специалистам после имплантационного протезирования

Сроки установки	Число ортопедических пациентов с дентальными имплантатами								Всего за исследуемый период (n=82)	
	год обращения									
	2017 (n=17)		2018 (n=19)		2019 (n=20)		2020 (n=26)			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
До 6 месяцев	0	0	1	5,26	1	5,00	2	6,90	4	4,88
От 6 до 12 месяцев	4	23,5	3	15,8	4	20,0	7	24,1	18	22,0
От 1 года до 2 лет	9	52,9	10	52,6	7	35,0	4	17,2	30	36,6
От 2 до 3 лет	2	11,8	1	5,26	3	15,0	4	17,2	10	12,2
От 3 до 5 лет	1	5,88	2	10,5	3	15,0	6	24,1	12	14,6
Более 5 лет	1	5,88	2	10,5	2	10,0	3	10,3	8	9,8

Таблица 2

Сроки пользования протезами на дентальных имплантатах до обращения в клинику

Срок пользования имплантационными протезами	Число ортопедических пациентов с дентальными имплантатами								2017-2020 гг. (n=82)	
	год обращения									
	2017 (n=17)		2018 (n=19)		2019 (n=20)		2020 (n=26)			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
До 6 месяцев	5	29,4	4	21,1	6	30,0	6	23,1	21	25,6
От 6 до 12 месяцев	8	47,1	5	26,3	6	30,0	6	23,1	25	30,5
От 1 года до 2 лет	2	11,8	3	15,8	3	15,0	3	11,6	11	13,4
От 2 до 3 лет	1	5,89	1	5,26	2	10,0	6	23,1	10	12,2
От 3 до 5 лет	1	5,89	2	10,5	2	10,0	3	11,6	8	9,76
Более 5 лет	0	0	4	10,5	1	5,0	2	7,75	7	4,27

Результаты проведенного анализа относительно причин неудовлетворенности пациентов при протезировании на дентальных имплантатах в целом свидетельствуют о том, что наиболее частой жалобой является неплотное смыкание зубных рядов, что, на наш взгляд, связано с недостаточным определением окклюзионных взаимоотношений. Среди других наиболее часто встречающихся жалоб – затрудненное пережевывание пищи и эстетические нарушения. Все жалобы пациентов после

имплантационного протезирования после клинического осмотра и анализа диагностических моделей нами были признаны обоснованными.

В ходе анализа выявлено большое количество ошибок при лечении пациентов с использованием дентальных имплантатов в качестве опор для ортопедических конструкций. Основные нарушения были допущены в период диагностики: врачами был получен не полный объем данных; в большинстве случаев не было проведено предварительное

планирование и изготовление временных ортопедических конструкций; врачи не предлагали пациентам альтернативных вариантов ортопедической помощи; не проводилось изучение приверженности данному виду ортопедической стоматологической помощи, что проявилось в незнании пациентами мер гигиены и правил пользования ортопедическими конструкциями.

Заключение

Поскольку одной из часто встречающихся жалоб после имплантационного протезирования являются эстетические нарушения, врачам следует учитывать эстетическую составляющую стоматологического лечения ортопедического характера с целью предупреждения дальнейших претензий.

Врачам, планирующим дальнейшее лечение при помощи дентальных имплантатов,

необходимо более тщательно подходить к сбору анамнеза, учитывая индивидуальные особенности каждого пациента, сложность патологии, данные плотности кости альвеолярных отростков и расположения в них установленных дентальных имплантатов.

Стоматологам-ортопедам не следует опираться только на желание пациентов, желающих изготовления исключительно несъемных ортопедических конструкций. Дентальная имплантация без предварительной подготовки и полного изучения индивидуальных анатомических особенностей оказывает негативное воздействие и может нанести вред зубочелюстной системе и организму в целом.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 5-7 см. в REFERENCES)

1. Загорский В.А., Загорский В.В. Биомеханика одиночных имплантатов // Стоматология. 2013. № 3. С. 9-10.
2. Кулаков А.А., Архипов А.В. Особенности дентальной имплантации при низкой плотности кости // Стоматология. 2016. № 5. С. 31-33.
3. Ушаков А.И., Серова Н.С., Даян А.В. Планирование дентальной имплантации при дефиците костной ткани и профилактика операционных рисков // Стоматология. 2012. № 1. С. 48-50.
4. Шилов Д.А., Жданов Е.В. Особенности ортопедического лечения пациентов с полной потерей зубов с применением имплантатов Anthogur // Клиническая стоматология. 2010. № 2(54). С. 64-67.

REFERENCES

1. Zagorskiy V.A., Zagorskiy V.V. Biomechanika odinoknykh implantatov [Biomechanics of single implants]. *Stomatologiya – Dentistry*, 2013, No. 3, pp. 9-10.
2. Kulakov A.A., Arkhipov A.V. Osobennosti dentalnoy implantatsii pri nizkoy plotnosti kosti [Particularities of dental implantations under low density of the bones]. *Stomatologiya – Dentistry*, 2016, No. 5, pp. 31-33.
3. Ushakov A.I., Serova N.S., Dayan A.V. Planirovanie dentalnoy implantatsii pri defitsite kostnoy tkani i profilaktika operatsionnykh riskov [Planning of dental implantations under deficit of the bone tissues and prevention of operating risk]. *Stomatologiya – Dentistry*, 2012, No. 1, pp. 48-50.
4. Shilov D.A., Zhdanov E.V. Osobennosti ortopedicheskogo lecheniya patsientov s polnoy poterey zubov s

primeneniem implantatov Anthogur [Particularities of the orthopedic treatment of patient with full absent of teeth with using of Anthogur's implants]. *Klinicheskaya stomatologiya – Clinical dentistry*, 2010, No. 2 (54), pp. 64-67.

5. Albrektsson R., Zarb G.A., Worthington P. The long-term efficacy of currently used dental implants. A review and proposed criteria for success. *The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants*, 2013, No 1, pp. 11-25.

6. Kjetil M., Erik S., Janicke L. Treatment outcome of dental implants in the esthetic zone: a 12- to 15-year retrospective study. *International Journal of Prosthodontics*, 2013, Vol. 26, No. 4, pp. 365-369.

7. Smith D.E., Zarb G.A. Criteria for success for osseointegrated endosseous implants. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 2012, Vol. 62, pp. 567-572.

Сведения об авторах:

Ашуров Гаюр Гафурович – зав. кафедрой терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н., профессор
Муллоджанов Гайратжон Элмуродович – ассистент кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н.

Исмоилов Абдужамил Абдурахимович – соискатель кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Контактная информация:

Муллоджанов Гайратжон Элмуродович – тел.: (+992) 918 61 99 55

© Ш.А. Бадалов, 2022

УДК 616.61-009.7;617-089;616.06;612.466(575.3)

^{1,2}Бадалов Ш.А.

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО НЕФРОЛИТИАЗА У ДЕТЕЙ

¹ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗНРТ
²Кафедра детской хирургии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино»

^{1,2}Badalov Sh.A.

TREATMENT OF COMPLICATED NEPHROLITHIASIS IN CHILDREN

¹State Establishment «Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Pediatric Surgery» of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan

²Department of Pediatric Surgery of the State Education Establishment “Avicenna Tajik State Medical University”

Цель исследования. Оптимизация способов хирургического лечения осложненного нефролитиаза у детей.

Материалы и методы. Анализированы результаты лечения 115 пациентов с осложненными видами нефролитиаза, разделенных на 2 группы: основная - 84 (73,04%) и сравнения - 31 (26,9%). Возраст детей колебался от 1 года до 17 лет.

Для объективной оценки степени тяжести нефролитиаза у детей учитывались данные рентгенолучевой диагностики (УЗИ, обзорная рентгенография, экскреторная урография, КТ и МРТ). Проводились исследования почечного кровообращения (доплеровская сонография), скорости клубочковой фильтрации (тест Реберга-Тареева), (CFL) по формуле Кунахана-Барратта.

Результаты. Хирургические методы лечения осложненного нефролитиаза разделены на три части: метод малой хирургии, или паллиативный, радикальный и метод реконструктивно-пластической хирургии. Метод малой хирургии проведен у 20 (17,3%) из 115 детей, как подготовка к радикальной и реконструктивно-пластической операции. Радикальные способы хирургии включали пиелолитотомию – 32 (27,8%), нефролитостомию - 22 (19,1%), перкутанную нефролитотрипсию - 25 (21,7%). Реконструктивно-пластическая хирургия в основном заключалась в проведении внутрипочечной пластики шейки большой чашечки – 16 (13,9%).

Заключение. Единого подхода как к оперативному, так и консервативному лечению при осложненном нефролитиазе нет. Лечение детей с осложненным нефролитиазом должно быть индивидуальным в зависимости от вида осложнений, степени нарушений функции почек, степени гидронефроза, активности воспалительного процесса. Двойное дренирование чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) и стентирование после операции дают хорошие результаты.

Ключевые слова: почки, нефролитиаз, двойное дренирование, осложнение, дети

Aim. Optimization of surgical treatment methods of children with complicated nephrolithiasis.

Material and methods. The results of treatment of 115 patients with complicated types of nephrolithiasis were analyzed, divided into 2 groups: the main group - 84 (73,04%) and comparison - 31 (26,9%). The age of the children ranged from 1 to 17 years.

For an objective assessment of the severity of nephrolithiasis in children, the data of X-ray diagnostics (ultrasound, plain radiography, excretory urography, CT and MRI) were taken into account. Studies of renal circulation (Doppler sonography), glomerular filtration rate (Rehberg-Tareev test), (CFL) were carried out according to the Kunahan-Barratt formula.

Results. Surgical methods for the treatment of complicated nephrolithiasis are divided into three parts: the method of minor surgery, or palliative, radical and the method of reconstructive plastic surgery. The method of minor surgery was performed in 20 (17,3%) of 115 children as a preparation for radical and reconstructive plastic surgery. Radical methods of surgery included pyelolithotomy - 32 (27,8%), nephrolithostomy - 22 (19,1%), percutaneous

nephrolithotripsy - 25 (21.7%). Reconstructive plastic surgery mainly consisted of intrarenal plastic of the neck of the large calyx - 16 (13,9%).

Conclusion. There is no single approach to both surgical and conservative treatment for complicated nephrolithiasis. Double drainage of the PCS and stand-by after surgery showed good results. In treating children with complicated nephrolithiasis, there should be an individual approach depending on the type of complications, the degree of renal dysfunction, the degree of hydronephrosis, and the activity of the inflammatory process.

Key words: kidneys, nephrolithiasis, double drainage, complications, children

Актуальность

За последние два десятилетия тактика лечения мочекаменной болезни у детей, как и у взрослых, значительно изменилась. В первую очередь это связано с широким внедрением в клиническую практику новых технологий дробления камней в почках [5]. Прежде всего, при лечении камней в почках необходим выбор патогенетического лечения, то есть воздействие на факторы, способствующие образованию камней. Однако, полиэтиологичность формирования камней в почках значительно затрудняет полноценное их лечение [7]. Поэтому выявление причинных факторов возникновения заболевания, таких как нефролитиаз, в большинстве случаев не вовремя или вовсе не обнаруживается [1, 2, 8].

Изучению нефролитиаза посвящено множество отечественных и зарубежных исследований [3, 10-13]. Разработано достаточно много способов хирургического лечения нефролитиаза, многие из них уникальны, однако и они не лишены недостатков, что свидетельствует об актуальности этой проблемы и отсутствии единого мнения по поводу решения ее диагностики и лечения.

В комплекс целительных событий, нацеленных на коррекцию расстройств обмена веществ, входят диетотерапия, поддержание водного баланса, фитотерапия, использование препаратов, нацеленных на рассасывание ряда камней, противовоспалительные средства и хирургические методы лечения [1, 6, 9].

Хирургическое лечение нефролитиаза включает хирургические операции, нацеленные именно на удаление камней; хирургические операции, нацеленные на уничтожение этиологических и патогенетических факторов камнеобразования. Инструментальные способы удаления камешков в почках включают контактное дробление камешков, перкутанную литотрипсию [3, 4, 5]. Ведущими показателями, определяющими подбор лечебной стратегии, считаются сведения о функциональной способности почек; микробиологическом пейзаже мочевыводящих путей, химический структуре и величине

камня; уродинамическое состояние мочевыводящих путей; наличие почечной недостаточности [5, 7, 8, 9, 10, 12, 13]. Стриктуры или аномалии верхних мочевых путей показаны для раскрытого хирургического удаления камешков с реконструктивной коррекцией обнаруженных аномалий [4, 6, 8].

Однако выбор и тактика хирургического лечения у детей и связанные с ними осложнения остаются неясными из-за существования различных клинических форм нефролитиаза в сочетании с различными вариантами расположения камней, их размера, продолжительности и степени дилатации чашечно-лоханочной системы [1, 2, 4, 6, 7].

Вопрос о возможности использования различных методов лечения нефролитиаза у детей остается открытым. Учитывая обширный диапазон передовых технологий лечения нефролитиаза, необходим сравнительный тест итогов использования передовых способов терапии мочекаменной болезни у детей.

Цель исследования

Оптимизация способов хирургического лечения осложненного нефролитиаза у детей.

Материал и методы исследования

Анализируются итоги лечения 115 пациентов с осложненными видами нефролитиаза. Все 115 (100%) пациентов были распределены на основную – 84 (73,04%) и группу сравнения – 31 (26,9%).

Больные основной группы госпитализированы в период 2015-2020 гг., контрольная группа охватывала период 2009-2014 гг. Как в основной группе, так и в группе сравнения мочекаменная болезнь чаще встречалась у мальчиков (61,5%).

Количество сельских жителей составило 77 (66,9%), городских - 38 (33,04%) человек. По возрасту дети были: от 1 года до 5 лет – 38 (33,0%), 6-10 лет – 57 (49,5%), 11-15 – 20 (17,3%) человек.

В результате анализа клинического материала выявлено, что среди больных мочекаменной болезнью в удовлетворительном состоянии находились 18 (15,6%), средней тяжести – 62 (54,0%) и тяжелом – 35 (30,4%) пациентов.

У 115 детей с мочекаменной болезнью наиболее часто встречались следующие клинические симптомы: протеинурия – 25 (21,7%), изменение цвета мочи – 18 (15,6%), пиурия – 20 (17,3%), гематурия – 16 (13,9%), слабость и утомляемость – 22 (19,1%) и болевые ощущения – 14 (12,1%).

Для оценки общего статуса больных изучались их жалобы, биографические данные (анамнез), клинический и биохимический анализы крови с определением уровней остаточного азота, креатинина, мочевины крови, молекул средних масс (МСМ), электролиты крови, кислотно-основное состояние, коагулограмма. Проведены тест мочи по методу Нечипоренко, бактериологическое исследование мочи.

Для объективной оценки степени тяжести мочекаменной болезни у детей учитывались данные рентгено-лучевой диагностики (УЗИ, обзорная рентгенография, экскреторная урография, КТ и МРТ).

Исследования почечного кровообращения (доплеровская сонография), скорость клубочковой фильтрации (тест Реберга-Тареева) (CFL) по формуле Кунахана-Барратта.

Учитывались также данные парамедиального теста - продолжительность жизни парамедий (ПЖП) в минутах.

Рентгенологические исследования проводили с учетом показателей ренокортикального индекса (РКИ) и паренхиматозного индекса (ИП).

Результаты и их обсуждение

Хирургические методы лечения осложненного нефролитиаза разделены на три части: метод малой хирургии, или паллиативный, радикальный и метод реконструктивно-пластической хирургии.

Методы малой хирургии проведены 20 (17,3%) больным из 115: при паранефритах (вскрытие паранефрита) – 12 (60%), пункционная нефростомия – 8 (40%).

Методы малой хирургии применялись у детей в тяжелом состоянии с паранефритом, острой обструктивной уропатией. У 12 (60%) детей с паранефритом во время поступления в больницу чаще всего имелись жалобы на резкую слабость и утомляемость, понижение аппетита, головные боли, головокружение, тошноту, рвоту и боли в поясничной области. Положение расценивалось как плохое, с наличием эндогенной интоксикации и проявлениями эксикоза. Обнаруживалось увеличение температуры тела больше 37,5°C. У большинства детей отмечались боли в животе и положительный симптом поколачивания, дизурические расстройства. У этих

детей имелись припухлость и болезненность в поясничной области, изостенурия, снижение клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции, повышенные лейкоциты, протеинурия. Данным пациентам по экстренным показаниям проведено вскрытие паранефрита и его дренирование. После улучшения состояния в плановом порядке выполнена радикальная операция.

У 8 (40%) детей с острой обструктивной уропатией (ООУ) при поступлении диагностирована обтурация камнем лоханочно-мочеточникового сегмента. Состояние тяжелое, выраженная эндогенная интоксикация и явления эксикоза. Во время госпитализации отмечались анурия, боли в животе, температура тела 38,5°C, беспокойство, вялость, тошнота и рвота. У 6 (75%) детей из 8 выполнена пункционная нефростомия для отведения мочи, у 2 (25%) - стентирование мочеточника.

Тактика лечения детей с обструктивной уропатией (ОУ) определяется с учетом длительности заболевания, уровня и выраженности клинических симптомов и патофизиологических изменений.

При ОПП на фоне обструктивных процессов у детей следует проводить предоперационную подготовку с учетом тяжести КП и степени морфо-функциональных нарушений почек.

Непосредственная подготовка к хирургическому вмешательству и анестезии преследует несколько целей: стабилизация нейроэндокринных и вегетативных реакций, предотвращение возможных рефлекторных расстройств, снижение токсических эффектов вводной и основной анестезии; снижение дозы обезболивающих и анальгезирующих препаратов и обеспечение психоэмоционального спокойствия.

Таким образом, лечебно-профилактические мероприятия с учетом состояния пациента обеспечивают надежное поддержание объема хирургического вмешательства на хорошем уровне на всех этапах оперативного вмешательства и ближайшего послеоперационного периода.

Из методов радикальной хирургии у детей с уролитиазом проведены пиелолитотомия, нефролитотомия, перкутанная нефролитотрипсия.

У 32 (27,8%) детей из 115 произведена пиелолитотомия (18 (56,2%) - основная группа, 14 (43,7%) – сопоставимая группа). У этих детей присутствие камни, в основном, осложнилось обструкцией лоханочно-мочеточникового сегмента. После пиелолитотомии

всем больным основной группы выполнено внутреннее стентирование лоханки и мочеточника. Стенты были удалены на 20-й день после операции. Осложнений в послеоперационном периоде не было. У детей сопоставимой группы удалялся камень из лоханки и после ушивания раны лоханки и дренирования забрюшинного пространства операция заканчивалась. В послеоперационном периоде в сопоставимой группе у 2 (14,2%) пациентов сформировался мочевой свищ и у 1 (7,1%) ребенка - стриктура зоны лоханочно-мочеточникового сегмента. В последующем посредством стентирования мочеточника и лоханки свищи закрылись, а у ребенка со стриктурой лоханочно-мочеточникового сегмента произведена повторная операция с резекцией и формированием анастомоза.

У 22 (19,1%) больных из 115 произведена нефролитостомия: 14 (63,3%) основной группы и 8 (36,3%) сопоставимой. Показаниями для нефростомии были гидронефроз IV – V степеней с обструкцией, рецидивные камни – коралловидные и множественные. У детей основной группы после санации ЧЛС помимо нефростомии дополнительно было проведено внутреннее стентирование лоханки, мочеточника и мочевого пузыря. Нефростомические трубки были удалены на 4 сутки, а стент удалялся на 20 день. Двойное дренирование ЧЛС способствует профилактике мочевых свищей, сокращению ЧЛС, восстановлению функции почек. У 3 (37,5%) пациентов сопоставимой группы после нефролитостомии развилось осложнение: формирование мочевых свищей. Мочевые свищи ликвидированы путем стентирования мочеточника и лоханки через мочевого пузыря. Стенты удалены на 20-й день.

С внедрением инновационных технологий нами при рецидивных камнях почки произведена перкутанная нефролитотрипсия у 25 (21,7%) больных из 115. Из них солитарные камни имелись у 10 (40,0%), коралловидные – у 7 (28,0%), множественные камни – у 8 (32,0%) пациентов. У 22 (88,0%) детей из 25 послеоперационный период протекал гладко. У 3 (12,0%) больных в послеоперационном периоде отмечалась макрогематурия и снижение гемоглобина крови до 80 г/л. После проведения гемостатической терапии на третьи сутки гематурия прекратилась.

У 7 (28,0%) пациентов сопоставимой группы из 25 было обострение хронического пиелонефрита, которое купировано путем назначения антибактериальной терапии согласно чувствительности микрофлоры,

уросептиков и инфузионной терапии. Этим больным после литотрипсии не проведено двойное дренирование ЧЛС.

У 18 (72,0%) детей основной группы из 25 после литотрипсии использовано двойное дренирование ЧЛС, то есть после литотрипсии с целью профилактики кровотечения в ЧЛС вставлен катетер Фолея с надувным баллончиком, дополнительно выполнено внутреннее стентирование. Нефростома удалялась на 3 сутки, а стент - на 20 сутки. Эта методика дала хорошие результаты. У 18 (72,0%) детей после литотрипсии осуществлялось внутреннее стентирование ЧЛС, мочеточника, далее - мочевого пузыря.

В отношении реконструктивно-пластической хирургии надо отметить, что, в основном, выполнялись операции внутрипочечной пластики шейки большой чашечки. Выявлено сужение шейки большой чашечки почки, приводящее к нарушению уродинамики в полостных образованиях почек, что явились причиной образования камней за счет застоя мочи, что устранено после операции.

Из 16 пациентов сужение шейки чашечек диагностировано у 12 (75,0%) детей основной группы и у 4 (25,0%) сопоставимой группы. У 2 (50,0%) детей сопоставимой группы после операции в отдаленном периоде развилась вторично сморщенная почка. Этим больным интратрениальная пластика была выполнена посредством секционного разреза. В основной группе все операции интратрениальной пластики были осуществлены путем коликотомии и секторального разреза почки. По окончании операции произведено двойное дренирование, то есть нефростома + стентирование. Нефростома удалялась на 5 сутки после операции, а стент - на 20 сутки. Из 12 человек основной группы осложнения после операции отмечались у 2 (16,6%) детей в виде макрогематурии, которая ликвидирована после проведения гемостатической терапии, у 3 (25,0%) больных развилось обострение хронического пиелонефрита.

Заключение

Единого подхода как оперативного, так и консервативного лечения детей с осложнённым нефролитиазом нет. При лечении детей с осложнённым нефролитиазом должен быть индивидуальный подход в зависимости от вида осложнений, степени нарушений функции почек, степени гидронефроза, активности воспалительного процесса. Практика показала, что двойное дренирование чашечно-лоханочной системы и стентирование после операции показали положительные результаты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аль-Шукри С.Х., Слесаревская М.Н., Кузьмин И.В. Литолитическая терапия уратного нефролитиаза // Урология. 2016. №2. С. 23-27.
2. Аляева Ю.Г., Глыбочко П.В., Пушкаря Д.Ю. Урология. Российские клинические рекомендации. 2017. С. 477-478.
3. Голованов С.А., Сивков А.В., Дрожжева В.В., Анохин Н.В. Метаболические факторы риска и формирование мочевого камня. Исследование I: влияние кальциурии и урикурии // Экспериментальная и клиническая урология. 2017. №1. С. 52-57.
4. Голованов С.А., Сивков А.В., Дрожжева В.В., Анохин Н.В. Метаболические факторы риска и формирование мочевого камня. Исследование II: влияние фосфатурии и магниурии. // Экспериментальная и клиническая урология. 2017. №2. С. 40-46.
5. Голованов С.А., Сивков А.В., Поликарпова А.М., Дрожжева В.В., Андрюхин М.И., Просяников М.Ю. Метаболические факторы риска и формирование мочевого камня. Исследование III: влияние pH мочи. // Экспериментальная и клиническая урология. 2018. №1. С. 84-91.
6. Гусакова Д.А., Калинин С.Ю., Тюзиков И.А. Основы гормонально-метаболической терапии мочекаменной болезни. // Эффективная фармакотерапия. 2018. №2. С. 32-39.
7. Икромов Т.Ш., Ибодов Х., Мурадов А.М., Асадов С.К., Шумилина М.В. Оценка функционального состояния почек у детей с уролитиазом, осложненным хронической болезнью почек // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2020. №3. С. 17-23
8. Имамвердиев С.Б., Гусейн-заде Р.Т. Возможность влияния эпидемиологических факторов риска при формировании мочекаменной болезни. // Терапевтический архив. 2016. Т. 88, №3. С. 68-72.
9. Константинова О.В., Яненко Э.К., Шадеркина В.А. Метафилактика мочекаменных камней. // Экспериментальная и клиническая урология. 2016. №3. С. 116-118.
10. Одинаев А.А., Икромов Т.Ш., Мурадов А.М., Шумилина О.В. Особенности почечной гемодинамики у детей с острым повреждением почек // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2018. Т. VIII, №2 (26). С. 219-229
11. Одинаев А.А., Мурадов А.М., Икромов Т.Ш., Шумилина О.В. Оценка функционального состояния почек при остром повреждении у детей // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2018. №2. С. 72-77
12. Одинаев А.А., Икромов Т.Ш., Ибодов Х., Мурадов А.М., Шумилина О.В. Некоторые показатели центральной гемодинамики у детей с прerenальной формой острого повреждения почек // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2018. Т. VIII, №3 (27). С. 349-355
13. Одинаев А.А., Икромов Т.Ш., Мурадов А.М., Шумилина О.В. Некоторые показатели легочной ге-

модинамики у детей с прerenальной формой острого повреждения почек // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2018. №3. С. 51-54.

REFERENCES

1. Al-Shukri S.Kh., Slesarevskaya M.N., Kuzmin I.V. Litolicheskaya terapiya uratnogo nefrolitiazia [Litholytic therapy for urate nephrolithiasis]. *Urologiya – Urology*, 2016, No. 2, pp. 23-27.
2. Alyaeva Yu.G., Glybochko P.V., Pushkary D.Yu. *Urologiya. Rossiyskie klinicheskie rekomendatsii* [Urology. Russian clinical guidelines]. Moscow, 2017. pp. 477-478.
3. Golovanov S.A., Sivkov A.V., Drozhzheva V.V. Metabolicheskie faktory riska i formirovanie mochevykh kamney. Issledovanie I: vliyaniye kaltsiyurii i urikurii [Metabolic risk factors and the formation of urinary stones. Study I: Impact of Calciuria and Uricuria]. *Eksperimentalnaya i klinicheskaya urologiya – Experimental and clinical urology*, 2017, No. 1, pp. 52-57.
4. Golovanov S.A., Sivkov A.V., Drozhzheva V.V., Anokhin N.V. Metabolicheskie faktory riska i formirovanie mochevykh kamney. Issledovanie II: vliyaniye fosfaturii i magniyurii [Metabolic risk factors and the formation of urinary stones. Study II: Impact of phosphaturia and magnesiumuria]. *Eksperimentalnaya i klinicheskaya urologiya – Experimental and clinical urology*, 2017, No. 2, pp. 40-46.
5. Golovanov S.A., Sivkov A.V., Polikarpova A.M. Metabolicheskie faktory riska i formirovanie mochevykh kamney. Issledovanie III: vliyaniye rN mocha [Metabolic risk factors and the formation of urinary stones. Study III: Effects of Urinary pH]. *Eksperimentalnaya i klinicheskaya urologiya – Experimental and clinical urology*, 2018, No. 1, pp. 84-91.
6. Gusakova D.A., Kalinchenko S.Yu., Tyuzikov I.A. Osnovy gormonalno-metabolicheskoy terapii moche-kamennoy bolezni [Fundamentals of hormonal-metabolic therapy of urolithiasis]. *Effektivnaya farmakoterapiya – Effective pharmacotherapy*, 2018, No. 2, pp. 32-39.
7. Ikromov T.Sh., Ibodov Kh. Muradov A.M., Otsenka funktsionalnogo sostoyaniya pochek u detey s urolitiazom, oslozhnennym khronicheskoy boleznyu pochek [Evaluation of the functional state of the kidneys in children with urolithiasis complicated by chronic kidney disease]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya – Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan*, 2020, No. 3, pp. 17-23
8. Imamverdiev S.B., Guseyn-zade R.T. Vozmozhnost vliyaniya epidemiologicheskikh faktorov riska pri formirovani mochekamennoy bolezni [The possibility of the influence of epidemiological risk factors in the formation of urolithiasis]. *Terapevticheskiy arkhiv – Therapeutic archive*, 2016, Vol. 88, No. 3, pp. 68-72.
9. Konstantinova O.V., Yanenko E.K., Shaderkina V.A. Metafilaktika moche-kislykh kamney pochek [Metaphylaxis of uric acid kidney stones]. *Eksperimentalnaya i klinicheskaya urologiya – Experimental and clinical urology*, 2016, No. 3, pp. 116-118.

10. Odinaev A.A., Ikromov T.Sh., Muradov A.M., Shumilina O.V. Osobennosti pochechnoy gemodinamiki u detey s ostrym povrezhdeniem pochk [Peculiarities of renal hemodynamics in children with acute kidney injury]. *Vestnik Akademii meditsinskikh nauk Tadzhikistana – Bulletin of the Academy of Medical Science of Tajikistan*, 2018, Vol. 8, No. 2 (26), pp. 219-229.

11. Odinaev A.A., Muradov A.M., Ikromov T.Sh., Shumilina O.V. Otsenka funktsionalnogo sostoyaniya pochk pri ostrom povrezhdenii u detey [Evaluation of the functional state of the kidneys in acute injury in children]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya – Herald of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan*, 2018, No. 2, pp. 72-77.

12. Odinaev A.A., Ikromov T.Sh., Ibodov Kh., Nekotorye pokazateli tsentralnoy gemodinamiki u detey s prerenalnoy formoy ostrogo povrezhdeniya pochk [Some indicators of central hemodynamics in children with prerenal acute kidney injury]. *Vestnik Akademii meditsinskikh nauk Tadzhikistana – Bulletin of the Academy*

of Medical Science of Tajikistan, 2018, Vol. 8, No. 3 (27), pp. 349-355

13. Odinaev A.A., Ikromov T.Sh., Muradov A.M., Shumilina O.V. Nekotorye pokazateli legochnoy gemodinamiki u detey s prerenalnoy formoy ostrogo povrezhdeniya pochk [Some indicators of pulmonary hemodynamics in children with prerenal acute kidney injury]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya – Herald of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan*, 2018, No. 3, pp. 51-54.

Сведения об авторе:

Бадалов Шамсиддин Алиевич – зав. отделением детской хирургии, соискатель ГУ «Научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН РТ

Контактная информация:

Бадалов Шамсиддин Алиевич – тел.: (+992) 918 33 2673; e-mail: shamsiddin.1985b@gmail.com

© Коллектив авторов, 2022

УДК 343.294:616-036.86(575.3)

¹Гаибов А.Г., ²Шодихон Джамшед,
¹Гозиев Дж.Г., ³Искандарова М.Х.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ В СФЕРЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ ИНВАЛИДОВ В ТАДЖИКИСТАНЕ

¹ГУ «НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» МЗиСЗН РТ
²ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН РТ
³ГОУ «Республиканский медицинский колледж» МЗиСЗН РТ

¹Gaibov A.G., ²Shodikhon Jamshed,
¹Goziev J.G., ³Iskandarova M.Kh.

SOME ASPECTS OF LEGAL REGULATION IN THE SPHERE OF SOCIAL PROTECTION OF THE DISABLED IN TAJIKISTAN

¹State Institution "Research Institute of Medical and Social Expertise and Rehabilitation of the Disabled" of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan
²State Institution "Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Pediatric Surgery" MHSP RT
³State Educational Institution "Republican Medical College" of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan

Цель исследования. Оценка существующего нормативно-правового регулирования в сфере социальной защиты инвалидов в Таджикистане.

Материал и методы. Материалы международных организаций, документы Уполномоченного по правам человека в Таджикистане, результаты социологических исследований, публикации неправительственных организаций, занимающихся защитой прав инвалидов.

В проведении исследований применялись анализ и обобщение официальных документов, сравнительный, формально-юридический, а также иные методы познания.

Результаты. «Конвенции о правах инвалидов» ООН, подписанная Таджикистаном, признает важность доступности инвалидов ко всем благам и правам, предоставляемым обществом своим свободным гражданам, в т.ч. услугам здравоохранения, образования, занятости, информации и связи. Следует развивать и совершенствовать социальное законодательство страны в соответствии с определенным эталоном регулирования общественных отношений в социальной сфере, требуется активное соучастие государства в решении глобальных медико-социальных проблем и соблюдение прав уязвимых слоев общества. Расширение прав и возможностей инвалидов позволяет им получать соответствующее образование, лучше управлять своим здоровьем, сократить затраты на оказание медико-санитарной помощи, в т.ч. реабилитацию.

Заключение. Правительством страны на протяжении последних лет ведется планомерная работа по совершенствованию законодательства, направленная на улучшение положения и качества жизни инвалидов. В ближайшие годы необходимо поэтапно внести изменения в ряд законов и нормативно-правовых актов.

Ключевые слова: инвалидность, нормативно-правовые акты, социальная защита, Конвенция о правах инвалидов, Таджикистан

Aim. Assessment of the existing regulatory and legal regulation in the field of social protection of persons with disabilities in Tajikistan.

Material and methods. Materials of international organizations, documents of the Commissioner for Human Rights in Tajikistan, results of sociological research, publications of non-governmental organizations involved in protecting the rights of people with disabilities.

The analysis and generalization of official documents, comparative, formal-legal, as well as other methods of cognition were used in the research.

Results. The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, signed by Tajikistan, recognizes the importance of the accessibility of persons with disabilities to all the benefits and rights provided by society to its free citizens, incl. health, education, employment, information, and communication services. It is necessary to develop and improve the social legislation of the country in accordance with a certain standard of regulation of social relations in the social sphere, the active participation of the state in solving global medical and social problems and the observance of the rights of vulnerable sections of society is required. Empowerment of people with disabilities allows them to receive appropriate education, better manage their health, reduce the cost of providing health care, incl. rehabilitation.

Conclusion. Over the past years, the government of the country has been systematically working to improve legislation aimed at improving the situation and quality of life of people with disabilities. In the coming years, it is necessary to gradually amend a number of laws and regulations.

Key words: disability, regulations, social protection, Convention on the Rights of Persons with Disabilities, Tajikistan

Актуальность

В мире наблюдается неуклонный рост численности инвалидов. Последние составляют одну из многочисленных социально уязвимых категорий населения. По оценкам экспертов ВОЗ и ЮНФПА, на начало 2021 года в мире проживает более 1 миллиарда инвалидов, т.е. около 15% населения земли; при этом 80% из них – это жители развивающихся и бедных государств [1, 3, 7].

Инвалидность, наряду с показателями заболеваемости, демографическими и другими данными, является одним из основных интегральных показателей здоровья и социального благополучия населения, условий труда, жизни, быта и среды существования. При этом сильнее проявляется общемировая тенденция – инвалидность непропорционально поражает уязвимые слои населения, более распространена среди лиц трудоспособного возраста и среди детей [5, 9, 10].

В Таджикистане основополагающими законами, регламентирующими охрану здоровья и социальной защиты населения, являются Конституция Республики Таджикистан (1994) и Кодекс здравоохранения Республики Таджикистан (2017).

Как известно, Конституция провозгласила Республику Таджикистан социальным государством, которое создает соответствующие условия, обеспечивающие достойную жизнь и свободное развитие человека. Отсюда социальное благополучие человека и развитие его потенциала определяются в качестве основных целей государства [5, 11].

Особое значение для нормативно-правовых основ социального обеспечения имеют 38 и 39 статьи Конституции, закрепляющие права граждан на различные виды социального обеспечения. Нормы Конституции,

касающиеся вопросов социального обеспечения, являются юридической базой, на которой основывается все законодательство о социальном обеспечении населения страны [9].

Правительством страны при международном содействии разработаны десятки национальных и отраслевых программ по профилактике и борьбе с социально значимыми заболеваниями, в их числе программы по профилактике неинфекционных заболеваний, инвалидности и др. Все они внесли определенную лепту в охрану здоровья населения и предусматривают стандартизированные подходы к профилактике и лечению болезней [10].

За годы независимости Республика Таджикистан подписала и ратифицировала важные международные документы в области защиты прав женщин и детей, такие как «Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин» (1993), «Конвенция о правах ребенка (1993)» «Конвенция о правах инвалидов» (2018) и пр.

В связи с изложенным, настало время проведения соответствующей оценки реализации положений Конвенции, внесение дополнений и изменений в нормативно-правовые акты, что позволит поднять уровень решений проблем медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов и большей интеграцией их в социум.

Конвенция о правах инвалидов признает важность достижения ими доступность ко всем благам и правам, предоставляемым обществом своим свободным гражданам, в т.ч. услугам здравоохранения, образования, занятости, информации и связи.

Всё это будет играть заметную роль в развитии и совершенствовании социально-

го законодательства страны в соответствии с определенным эталоном регулирования общественных отношений в социальной сфере, а также способствовать активному участию государства в решении глобальных медико-социальных проблем и соблюдении прав уязвимых слоев общества [1, 7].

В период глобализации в нашей стране проводится активная работа по осмыслению многих социальных институтов общества, тесно связанных с законотворческим процессом и развитием основных секторов экономики и гражданского общества, а также по смягчению последствий мирового финансового кризиса и пандемии новой инфекции COVID-19, что стало целью данного исследования.

Цель исследования

Определение и оценка системных недостатков социального законодательства в сфере социальной защиты инвалидов в Таджикистане.

Материал и методы исследования

Изучены материалы международных организаций, Института Уполномоченного по правам человека в Таджикистане, результаты некоторых социологических исследований, публикации неправительственных организаций, занимающихся защитой прав инвалидов.

В проведении исследований применялись анализ и обобщение официальных документов, сравнительный, формально-юридический, а также иные методы познания.

Результаты и их обсуждение

В целях исполнения предписаний «Конвенция о правах инвалидов» возникла необходимость внесения изменений в ряд нормативных и правовых актов по вопросам социальной защиты инвалидов, оказания им содействия в реализации установленных общегосударственных прав, что позволило сформировать в стране необходимую правовую базу.

Социальная защита включает вопросы не только лечения и улучшения состояния здоровья, но и достижения человеком максимальной самостоятельности и готовности к независимой и равноправной жизни в обществе. Инвалидность не должна быть препятствием на пути к успеху.

Решение проблем социально-правовой защиты инвалидов требует участия в этом процессе многих специализированных учреждений и структур: Национального центра по законодательству при Президенте Республики Таджикистан, Министерства здравоохранения и социальной защиты населения

Республики Таджикистан, Министерства образования и науки Республики Таджикистан, Министерства труда, миграции и занятости Республики Таджикистан и Министерства юстиции Республики Таджикистан.

В Таджикистане с 1990 по 2010 гг. наблюдалась устойчивая тенденция роста численности инвалидов. В 1991 г. общая численность инвалидов в стране составляла 71443 тыс. чел., из них 8042 чел. детей, в 2010 г. – 161341 чел., из них 24013 детей, в 2015 г. – 142 203 чел., из них 23749 детей, в 2020 г. -153556 чел., из них 29793 детей, а в 2021 г.- 157779 чел., из них 32000 детей до 18 лет.

В период с 2015 по 2021 гг., по сравнению с предыдущими годами, в стране отмечается некоторое увеличение числа инвалидов - на 15576 чел., что составляет рост на 9,8%, получающих соответствующую пенсию по группам инвалидности. На начало 2021 года общая численность пенсионеров в стране составила 749817 человек, из них 157779 получают пенсию по инвалидности, что составляет 21,04 % от общего количества пенсионеров [5, 12, 14].

Назначение системы социальной защиты состоит в том, чтобы посредством нормативно-правовых, экономических, финансовых, социально-психологических и организационных средств осуществлять поддержку и помощь нуждающимся группам населения и отдельным людям.

Проведенное исследование выявило следующие системные недостатки реализации законодательства о социальной защите инвалидов, а также объективные и субъективные факторы развития инвалидности и трудности реализации принятых мероприятий.

К **объективным** факторам относятся факторы, влияющие на ухудшение здоровья и возникновение инвалидности.

Причины планетарного масштаба - рост наследственных, неинфекционных заболеваний, стихийные бедствия, глобальный экологический кризис, техногенные катастрофы, международный терроризм.

Причины национального масштаба, наиболее распространенные и характерные для данного этапа развития нашей страны – слабая организация охраны труда, плохие условия быта, инвалидность в результате военных действий, высокий травматизм, социальные болезни, низкий уровень здравоохранения, а также высокая стоимость медико-социальных услуг на всех уровнях [3, 9, 17].

Причины местного характера связаны с социально-экономическими факторами проживания на конкретной территории.

Причины личностного характера - низкая информированность и грамотность в отношении здоровья, отсутствие навыков заботы о нем.

К **субъективным** факторам следует отнести отношение общества к феномену инвалидности. В первую очередь это выражается в определении того, кто является инвалидом. Изменение критериев инвалидности может привести к увеличению или уменьшению их числа.

В тех случаях, когда приобретение легального статуса «инвалид» носит заявительный характер, играет роль активность лиц, обращающихся в государственные органы для признания их инвалидами. Научно установлено, что косвенно на увеличение количества инвалидов влияет расширение льгот и материальной помощи, поскольку подобные меры, независимо от социально-экономической ситуации в стране, стимулируют лиц, являющихся инвалидами, легализовать свой статус.

По оценкам статистических материалов Государственной службы медико-социальной экспертизы и отчетам Агентства социального страхования и пенсий при Правительстве Республики Таджикистан, за период с 2008 по 2012 годы наблюдалось абсолютное увеличение количества инвалидов; вероятнее всего, данный рост связан с принятием новых законодательных и нормативно-правовых актов, где были предусмотрены льготы для них.

После вступления в действие Закона Республики Таджикистан «О социальной защите инвалидов» № 675 от 10 декабря 2010 г., «Положения о Государственной службе медико-социальной экспертизы» и инструкции «О медико-социальной экспертизе», утвержденного Постановлением Правительства Республики Таджикистан от 2 декабря 2008 года, №601, предусматривающих определение степени ограничения способности к трудовой деятельности (ОСТД), поэтапно было произведено сокращение льгот для отдельных категорий инвалидов.

Инвалидность всегда представляла собой социальное явление, которое существует в плоскости общественных взаимоотношений. В цивилизованном мире основным средством решения проблем инвалидов является их социальная защита.

Как известно, социальная защита инвалидов регулируется нормами различных отраслей права, прежде всего, административного, трудового, жилищного, гражданского, семейного, гражданско-процессуального, уголовного, уголовно-процессуального, уголовно-исполнительного и др.

Однако наибольшее количество правовых норм, регулирующих социальную защиту инвалидов, содержит право социального обеспечения. В связи с этим инвалиды в первую очередь становятся субъектами правоотношений, регулируемых данной отраслью права. С этой целью проанализированы такие факторы, влияющие на содержание правового регулирования указанной деятельности, как модели инвалидности и международные акты, содержащие признанные мировым сообществом стандарты прав инвалидов.

Конвенция ООН о правах инвалидов, принятая резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи от 13 декабря 2006 года и закрепляющая основные права и свободы личности по отношению к людям с инвалидностью – первый всеобъемлющий договор в области прав человека в XXI столетии. По состоянию на начало 2021 года участниками Конвенции ООН по правам инвалидов являются 163 страны мира, в т.ч. Таджикистан.

В 2018 г. Республика Таджикистан подписала Конвенцию ООН о правах инвалидов. В целях приведения законодательства в соответствие с Конвенцией необходимо поэтапное внесение изменений в законы и десятки законодательных актов страны. Основные положения Конвенции описываются в стратегических документах, нормативно-правовых актах соответствующих министерств и ведомств.

Постановлением Правительства Республики Таджикистан №116 от 27 февраля 2020 года утвержден «Национальный план действий по подготовке Таджикистана для ратификации и реализации Конвенции о правах инвалидов». Ратификация Конвенции знаменует намерение государства создавать материальную среду для полноценной жизни инвалида - полноправного члена общества, развивать систему инклюзивного образования. Более того, в Конвенции признается, что человек является инвалидом не только в силу имеющихся у него ограничений, но и по причине тех барьеров, которые существуют в обществе.

В 2023 году впервые будет представлен доклад Правительства Республики Таджикистан о реализации основных положений Конвенции о правах инвалидов соответствующему Комитету ООН. В проекте доклада должны отражаться принятые меры по выполнению основных положений Конвенции «О мерах, принятых для осуществления обязательств по Конвенции о правах инвалидов, и некоторых достижениях в соблюдении прав инвалидов после ее подписания», а также дальнейшие планы по улучшению качества их жизни

Одним из шагов для реализации положений Конвенции является внесение соответствующих изменений в действующее законодательство по социальным вопросам. В настоящее время внесены изменения в три Закона, идет активная работа по внесению изменений в пять Постановлений Правительства Республики Таджикистан и в четыре нормативно-правовых документа Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, Министерства образования и науки Республики Таджикистан, Министерства труда, миграции и занятости Республики Таджикистан и Министерства юстиции Республики Таджикистан.

Наряду с фиксацией достигнутых успехов актуальным для обеспечения эффективности социальной защиты инвалидов является выявление проблем применения законодательства, регулирующего данную сферу общественных отношений.

Инвалиды имеют право контролировать свою жизнь и поэтому необходимо консультироваться с ними по вопросам, которые их непосредственно касаются, связанным, в частности, со здоровьем, образованием, реабилитацией или проживанием в общине.

Анализ публикаций международных экспертов и Уполномоченного по правам человека в стране, результатов социологических и экономических исследований, в т.ч. публикаций общественных организаций, занимающихся защитой прав инвалидов, позволяет выделить следующие системные недостатки реализации законодательства о социальной защите инвалидов.

Медико-социальная экспертиза. Большинство обращений инвалидов в соответствующие структуры, в т.ч. к Уполномоченному по правам человека, в 2001-2021 гг. касались проблем, связанных с признанием инвалидом, в т.ч. с оформлением и переоформлением инвалидности, изменением причин инвалидности, внесением изменений в индивидуальную программу реабилитации инвалида (ИПР) и ее выполнением. В частности, отмечаются регулярные произвольные отказы ответственных лиц ВКК учреждений ПМСП и нередко случаи, когда сотрудники отделов ГСМСЭ препятствуют участию на заседаниях экспертного совета независимых специалистов и представителей общественных организаций, приглашенных гражданином.

Ограниченное количество диагностических лабораторий и недостаточная квалификация врачей первичного звена здравоохранения

препятствуют направлению детей и взрослых, страдающих редкими заболеваниями, на медико-социальную экспертизу, что затрудняет получение ими инвалидности. Одним из основных способов решения проблем в рассматриваемой сфере представляется введение независимой медико-социальной экспертизы.

На пути к получению статуса инвалидности имеются серьезные барьеры. Имеет место недостаточная связь с учреждениями ПМСП, специализированными диспансерами, слабо налажены координация деятельности, реабилитация трудоспособности инвалидов и диспансерное наблюдение на всех уровнях.

Доступная среда. Несмотря на некоторые успехи, достигнутые в области формирования доступной среды, независимые социологические исследования, изучив мнения инвалидов и специалистов, показывают их низкую удовлетворенность доступностью большинства социальных объектов и транспорта.

В настоящее время одной из наиболее распространенных проблем в рассматриваемой сфере является неприспособленность для инвалидов - колясочников квартир и помещений общего пользования (подъезды, лифты и др.) в многоквартирных домах.

Низкая обеспеченность доступности приоритетных объектов социальной инфраструктуры, в т.ч. трудности при пользовании общественным транспортом, которые испытывают инвалиды, отмечаются почти во всех областях и районах страны.

Устранение барьеров для установления разумных приспособлений в общественных местах, на транспорте, в информационной и коммуникативной сферах позволит инвалидам участвовать в образовании, занятости и социальной жизни, уменьшая их изолированность и зависимость.

Индивидуальная программа реабилитации (ИПР). Как показывает мониторинг общественных организаций, при составлении ИПР для инвалидов с ментальными или множественными нарушениями практически никогда не заполняются пункты программы, связанные с профессиональной и социальной реабилитацией.

При составлении ИПР специалисты ГСМСЭ указывают в ней только нуждаемость инвалида в определенном виде реабилитации, а конкретные реабилитационные мероприятия должны определяться представителями органов местной исполнительной власти, а также социальными работниками.

В отсутствие централизованного правового регулирования каждый регион вправе

разрабатывать свои механизмы реализации ИПР. Часто органы местной исполнительной власти или учреждений ПМСП не составляют перечни всех необходимых инвалиду реабилитационных мероприятий, а предлагают только отдельные из них.

В органах-исполнителях ИПР, как правило, нет специалистов, способных разработать перечень реабилитационных мероприятий на основе научного подхода к потребностям инвалида. Также не всегда проводится медицинская, социальная и профессиональная реабилитация. Уполномоченные по правам человека, а также ответственные лица на местах сообщают о недостаточном количестве в сельских регионах специалистов и медицинского оборудования для своевременной диагностики, лечения и реабилитации тяжелых заболеваний.

Так, в большинстве городов и районов не решена проблема выявления онкологических и социально значимых заболеваний на ранних стадиях при проведении медицинских осмотров в сельских врачебных амбулаториях, участковых и районных больницах. Например, почти во всех районах республиканского подчинения отсутствуют реабилитационные центры для детей и молодых инвалидов с тяжелыми патологиями.

Несмотря на прилагаемые усилия в вопросе организации медицинской помощи гражданам с орфанными (редкими) заболеваниями, в целом проблемы диагностики и маршрутизации пациентов остаются сложными.

Бесплатное лекарственное обеспечение. В стране отсутствуют государственные аптеки. На основании договора лечебно-профилактических учреждений с частными аптеками в городах и районах отпускают небольшой перечень лекарственных препаратов инвалидам и больным с социально значимыми заболеваниями.

Отмечаются проблемы лекарственного обеспечения инвалидов, страдающих орфанными заболеваниями, а также замена прописанных им оригинальных препаратов более дешевыми аналогами или дженериками, имеющими серьезные побочные эффекты.

Правовыми актами не урегулирован механизм увеличения бюджетных средств на закупку необходимых лекарственных препаратов в случае прироста в регионе численности указанных инвалидов с социально-значимыми патологиями.

Санаторно-курортное лечение. Большинство санаториев и курортов находятся в частных руках. В результате выделение мест или определенных квот для лечения инвалидов в пансионатах, санаториях и курортах в течение календарного года становится недоступ-

ным из-за высокой стоимости проживания и реабилитационных услуг.

Системной проблемой являются длинные очереди на получение санаторно-курортного лечения, предоставляемого в рамках набора социальных услуг. При поддержке руководства Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, только в 2021 году 1780 инвалидов получили санаторно-курортное лечение в местных санаториях и профилакториях (Калтучи, Харангон, Оби Зайрон, Гармчашма, Оби-гарм, Хаватаг, Дусти и др.).

Например, в Хатлонской области в 2021 г. из 56255 инвалидов только 3,2%, в Согдийской области из 47367 инвалидов - 3,8%; ГБАО из 6746 инвалидов - 26,4%; РРП из 32602 - 5,5%; г. Душанбе из 14963 инвалидов - 12,0% смогли реализовать свое право на санаторно-курортное лечение.

На практике путевки в санаторий предоставляются один раз в три-четыре года, при том, что многие инвалиды нуждаются в ежегодном санаторно-курортном лечении. Еще одной проблемой является то, что лечебные учреждения, специализирующиеся на лечении (профилактике и реабилитации) определенного вида заболеваний, не участвуют в процедуре государственных закупок путевок на санаторно-курортное лечение, что значительно снижает качество такого лечения.

Технические средства реабилитации (ТСР). Одна из основных проблем заключается в недостаточности выделяемых в бюджете республиканских, областных и районных лечебно-профилактических учреждений средств на приобретение ТСР для удовлетворения потребностей в них инвалидов.

Перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг не содержит дефицитные услуги, в которых нуждается большое количество инвалидов (услуги психолога, дефектолога, логопеда, изготовление специальных оправ для очков и др.).

Образование. Исследование по правоприменительной практике, проведенное в регионах страны силами специалистов ГУ «НИИ медико-социальной экспертизы», а также некоторыми местными неправительственными организациями, показало, что, несмотря на определенные положительные результаты, полноценные возможности для реализации детьми-инвалидами права на инклюзивное образование пока еще не созданы в сельских регионах страны. Острой проблемой являются специальные школы или отдельные классы для обучающихся по адаптированным образовательным программам.

Отмечается стабильный рост числа инвалидов, обучающихся в государственных и средних специальных учреждениях независимо от формы собственности. Согласно отчетным материалам Национального центра тестирования при Президенте Республики Таджикистан, если в 2015 г. в вузы, предусмотренные нормативными документами, поступили 145 инвалидов, то в 2021 году в высших учебных заведениях страны обучались 1686, а в средних специальных учебных заведениях - 314 инвалидов.

Вместе с тем, на сегодняшний день доступ для инвалидов к инфраструктуре вузов обеспечен немногим более чем в 10,0% из них. Необходимым материально-техническим обеспечением обучения инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата располагают лишь 30,5% вузов, инвалидов по слуху – 25,5%, инвалидов по зрению – 10,5%.

Не везде реализуются адаптированные для студентов-инвалидов индивидуальные учебные планы и программы: в 2021 г. обучение по ним осуществлялось в отношении лишь 25% студентов с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья на всех уровнях.

Создание инклюзивной учебной среды поможет всем детям в обучении и реализации их потенциала. В образовательных системах должны шире применяться подходы, ориентированные на ученика (студента) и предусматривающие изменения в учебных программах, методах преподавания и методических материалах, а также в системах оценки знаний и приема текущих экзаменов.

Трудоустройство. В стране отмечается низкий процент трудоустроенных инвалидов. Так, по данным Агентства занятости населения Министерства труда, миграции и занятости населения Республики Таджикистан, из 157779 инвалидов в стране на начало 2021 года 1866 инвалидов обратились для трудоустройства, но лишь 414 человек (22,1% из обратившихся) были трудоустроены. При этом по регионам из всех зарегистрированных трудоспособных инвалидов обеспечены подходящей работой: в Согдийской области - 5,6%, в Хатлонской области - 6,9%, РРП – 4,2%, в ГБАО – 0,6%, в Душанбе - 4,6%.

Необходимо отметить, что согласно нормативно-правовым актам, в стране установлена минимальная квота для трудоустройства инвалидов – 5% от среднесписочной численности работников. Серьезным препятствием для трудоустройства является ярко выраженное нежелание многих работодателей брать на работу инвалидов, способных выполнять необходимые трудовые функции.

Для некоторых людей с инвалидностью, особенно для тех, кто испытывают значительные трудности в функционировании, программы поддержки занятости способны облегчить развитие навыков и устройство на работу. Такие программы могут включать в себя индивидуальное сопровождение трудоустройства, специализированное профессиональное обучение, индивидуальное руководство и использование вспомогательных технологий. Там, где преобладает неформальная экономика, важно содействовать самозанятости инвалидов и облегчать им доступ к микрокредитам путем улучшения агитационных мероприятий, повышения доступности информации и применения индивидуальных условий кредитования.

Денежные выплаты в связи с инвалидностью. Основной проблемой является низкий уровень пенсий и иных социальных выплат, связанных с инвалидностью. При этом важнейшую роль играет прожиточный минимум, к которому должны быть привязаны минимальный размер заработной платы, пенсии, дополнительные пособия и другие социальные платежи.

Дополнительные денежные пособия, предоставление ряда услуг по поддержке и оказанию помощи лицам (тьютерам), осуществляющим уход, будут содействовать независимости и позволят инвалидам и их семьям принимать участие в экономической и социальной жизни.

Жилищные льготы. Имеются существенные препятствия для реализации права инвалидов на льготное обеспечение жильем и оплату коммунальных услуг. Обеспечение жильем инвалидов является правом (но не обязанностью) органов исполнительной власти. Известны единичные случаи предоставления жилья в исключительном порядке инвалидам.

Также отсутствует правовой механизм реализации права отдельных категорий инвалидов на предоставление дополнительной жилой площади. Еще одной существенной проблемой является то, что законодательство не предоставляет инвалидам, проживающим в частном жилищном фонде, компенсации 50% платы за содержание жилого помещения.

Стационарное социальное обслуживание. Во многих домах-интернатах и пансионатах для престарелых и инвалидов условия проживания не соответствуют современным требованиям комфортной жизни. Отмечаются систематические нарушения гражданских и социальных прав инвалидов, проживающих в психоневрологических больницах и интернатах (грубое отношение персонала; оплата

за некоторые социальные услуги; нарушение права на личную неприкосновенность, права на свободное перемещение, права владеть и распоряжаться личным имуществом, права на обращения в государственные органы и др.).

Повышение инклюзивности существующих систем медико-санитарной помощи на всех уровнях и расширение экономической доступности для инвалидов программ общественного здравоохранения будут способствовать сокращению диспропорций в области здоровья и ограничению неудовлетворенных потребностей.

Пенитенциарная система. Официальных данных по содержанию инвалидов в учреждениях уголовно-исполнительной системы (УИС) Республики Таджикистан (включая следственные изоляторы) не имеется, так как они носят конфиденциальный характер.

Международные правовые акты, в т.ч. названная Конвенция, требуют создания для осужденных-инвалидов доступной среды, способствующей их вовлечению в жизнь исправительного учреждения и устранению неоправданных барьеров в общении.

К настоящему времени Конституция Республики Таджикистан и законодательная база страны созвучны с международными документами, включая Конвенцию ООН о правах инвалидов. Однако практическая реализация их положений и статей в стране требует непомерных бюджетных средств для полноценного финансирования, даже учитывая замещение медицинской модели на социальную модель инвалидности.

Вместе с тем, основными факторами, на наш взгляд, являются модель инвалидности, определяющая содержание государственной политики в отношении инвалидов, и международные акты, содержащие признанные мировым сообществом стандарты прав инвалидов.

Создавая правовую базу, высшая исполнительная власть Таджикистана активизирует деятельность в направлении реального обеспечения лиц с ограниченными возмож-

ностями улучшить доступную среду необходимыми социальными услугами, включая меры по их реабилитации.

Расширение прав и возможностей инвалидов, позволяющее им лучше управлять своим здоровьем благодаря обучению на курсах самопомощи, наставничеству и предоставлению информации, является эффективным средством улучшения исходов в отношении здоровья и может сократить затраты на оказание медико-санитарной помощи.

Для реального воплощения идей Конвенции о правах инвалидов должны быть созданы необходимые политические, экономические, организационно-правовые условия, достигнут определенный уровень правового развития как самого государства, так и его граждан. В связи с этим при применении действующего законодательства и в процессе законодательной деятельности Республика Таджикистан стремится к возможно более широкой реализации прав инвалидов и обеспечению их доступа к социальной, гражданской, культурной и иной интеграции в общество.

Заключение

Правительство Республики Таджикистан и партнеры, представляющие гражданское общество, регулярно проводят мероприятия по повышению осведомленности, воспитанию в людях уважения к правам и чувству собственного достоинства взрослых и детей с инвалидностью, снижению уровня стигматизации и преодолению предвзятого отношения к инвалидности, созданию инклюзивного общества с возможностями для всех. На основании изученных материалов можно сделать вывод, что законодательство в совокупности с нормами Конституции в целом содержат положения, отражающие основополагающие принципы и нормы Конвенции о правах инвалидов. Однако их выполнение остается недостаточным, поэтому результативность пока ещё минимальная и не оправдывает возлагаемых надежд.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Абашидзе В.Х., Маличенко В.С. Международно-правовые основы защиты прав инвалидов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2014. № 1. С.32-36.
2. Бондаренко Н.А., Демьянова О.И. Социальная защита населения и ее нормативно-правовое регулирование в РФ // Ученые заметки ТОГУ. 2017. Т. 8, №1. С. 429-433.
3. ВОЗ. «Всемирный доклад об инвалидности». ВОЗ, Всемирный Банк, 2011. 28 с.

4. Гусева Н.К., Доютова М.В., Соколов В.А., Соколова И.А. Некоторые проблемы медико-социальной экспертизы и анализ возможностей их решения. // Медицинский альманах. 2015. № 4 (39). С.17-19.
5. Документ об изложении позиции Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан на период 2014-2019 «Лучшее здоровье для инвалидов в целях создания инклюзивного общества в Таджикистане». Душанбе, 2014. 12 с.

6. Жаворонков Р.Н. Социальная защита инвалидов: вчера, сегодня, завтра (правовые аспекты). М.: Издательство «У Никитских ворот», 2020. 248 с.

7. Закон Республики Таджикистан «О социальной защите инвалидов» №675 от 10 июня 2010 г. Душанбе, 2010

8. Конвенция о правах инвалидов; режим доступа: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml. (дата обращения 18.02.2022 г.)

9. Магзумова Ф.П., Хакназаров С.Ш., Одинаева Н.В. Оценка функционирования медико-социальной модели реабилитации инвалидов в Республике Таджикистан // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2018. Т. 8, № 3 (27). С. 319-325

10. Национальная программа реабилитации инвалидов на 2017-2020 годы. Постановление Правительства Республики Таджикистан №455 от 28 октября 2016 года. Душанбе, 2016. 136 с.

11. Рузиев М.М., Абдурахимов А.А., Гаиров А.Г., Богодирова М.Н. Детская инвалидность как медико-социальная проблема в Таджикистане// Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2019. Том IX, №4. С.417-422.

REFERENCES

1. Abashidze V.Kh., Malichenko V.S. Mezhdunarodno-pravovye osnovy zashchity prav invalidov [International legal framework for the protection of the rights of persons with disabilities]. *Mediko-sotsialnaya ekspertiza i reabilitatsiya – Medical and social expertise and rehabilitation*, 2014, No. 1, pp. 32-36.

2. Bondarenko N.A., Demyanova O.I. Sotsialnaya zashchita naseleniya i ee normativno-pravovoe regulirovanie v RF [Social protection of the population and its legal regulation in the Russian Federation]. *Uchenye zametki TOGU – Scientists notes PNU*, 2017, Vol. 8, No. 1, pp. 429-433.

3. VOZ. *Vsemirnyy doklad ob invalidnosti* [World Report on Disability]. VOZ Publ., 2011. 28 p.

4. Guseva N.K., Doyutova M.V., Sokolov V.A., Sokolova I.A. Nekotorye problemy mediko-sotsialnoy ekspertizy i analiz vozmozhnostey ikh resheniya [Some problems of medical and social expertise and analysis of the possibilities of their solution]. *Meditsinskiy almanakh – Medical almanac*, 2015, No. 4 (39), pp. 17-19.

5. *Dokument ob izlozhenii pozitsii Ministerstva zdravookhraneniya i sotsialnoy zashchity naselenniya Respubliki Tadjikistan na period 2014-2019 «Luchshee zdorove dlya invalidov v tselyakh sozdaniya inklyuzivnogo obshchestva v Tadjikistane»* [Position paper of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan for the period 2014-2019 "Better health for people with disabilities in order to create an inclusive society in Tajikistan"]. Dushanbe, 2014. 12 p.

6. Zhavoronkov R.N. *Sotsialnaya zashchita invalidov: vchera, segodnya, zavtra (pravovye aspekty)* [Социальная защита инвалидов: вчера, сегодня, завтра (правовые аспекты)]. Moscow, U Nikitskikh vorot Publ., 2020. 248 p.

7. *Zakon Respubliki Tadjikistan «O sotsialnoy zashchite invalidov» №675 ot 10 iyunya 2010 g.* [Law of the Republic of Tajikistan "On Social Protection of the Disabled" No. 675 dated June 10, 2010]. Dushanbe, 2010

8. *Konventsiya o pravakh invalidov* [Convention on the Rights of Persons with Disabilities]. Available at: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml.

9. Magzumova F.P., Khaknazarov S.Sh., Odinaeva N.V. Otsenka funktsionirovaniya mediko-sotsialnoy modeli reabilitatsii invalidov v Respublike Tadjikistan [Assessment of the functioning of the medical and social model for the rehabilitation of disabled people in the Republic of Tajikistan]. *Vestnik Akademii meditsinskikh nauk Tadjikistana – Bulletin of the Academy of Medical Science of Tajikistan*, 2018, Vol. 8, No. 3 (27), pp. 319-325.

10. *Natsionalnaya programma reabilitatsii invalidov na 2017-2020 gody. Postanovlenie Pravitelstva Respubliki Tadjikistan №455 ot 28 oktyabrya 2016 goda* [National Program for the Rehabilitation of the Disabled for 2017-2020. Decree of the Government of the Republic of Tajikistan No. 455 dated October 28, 2016]. Dushanbe, 2016. 136 p.

11. Ruziev M.M., Abdurakhimov A.A., Gaibov A.G., Bogodirova M.N. Detskaya invalidnost kak mediko-sotsialnaya problema v Tadjikistane [Child disability as a medical and social problem in Tajikistan]. *Vestnik Akademii meditsinskikh nauk Tadjikistana – Bulletin of the Academy of Medical Science of Tajikistan*, 2019, Vol. 9, No. 4, pp. 417-422.

Сведения об авторе:

Гаиров Амонулло Гаирович – зав. отделом профилактики инвалидности и медико-социальной экспертизы ГУ «Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» МЗиСЗН РТ, д.м.н.
Шодихон Джамиед – соискатель ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН РТ

Гозиев Джобир Гозиевич – зав. отделом развития методов и новых технологий реабилитации ГУ «Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» МЗиСЗН РТ

Искандарова Мухаббат Холмирзоевна – старший преподаватель ГОУ «Республиканский медицинский колледж» МЗиСЗН РТ

Контактная информация:

Гаиров Амонулло Гаирович – тел.: (+992) 93 593 07 02; e-mail: s_amon@mail.ru

© Коллектив авторов, 2022

УДК 616.084;613.956-0536;(575.3)

Гуломова М.О., Давлятова Д.Д., Кабиров К.М.,
Нажмидинова К.И., Салимова М.Д.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСМОТРЫ ПОДРОСТКОВ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Кафедра семейной медицины ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Gulomova M.O., Davlyatova D.D., Kabirov K.M.,
Nazhmidinova K.I., Salimova M.D.

PREVENTIVE EXAMINATIONS OF ADOLESCENTS IN THE PRACTICE OF A FAMILY DOCTOR

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

Цель исследования. Оценка эффективности профилактической работы среди подростков Городского центра здоровья №1 (ГЦЗ №1) г. Душанбе.

Материал и методы. Анализ отчетно-учетной документации работы с подростками за 2019 год ГЦЗ №1 г. Душанбе.

Результаты. Заболеваемость среди мальчиков на 3,9% выше, чем среди девочек – подростков. Наибольшее количество выявленной патологии среди подростков приходится на заболевания органов зрения, эндокринную патологию и патологию опорно-двигательного аппарата. Однако нет подробного описания социально-бытовых условий, нет данных об успеваемости в школе, не обращается внимание на аллергологический анамнез, не учитываются перенесенные заболевания и вредные привычки, нет информации о половой жизни, отсутствует заключение о нервно-психическом развитии подростка, не отмечены проведенные беседы и консультирования.

Заключение. Проводимые профилактические медицинские осмотры среди подростков на уровне ПМСП недостаточно эффективные. Среди выявленной патологии среди подростков нет данных о хронических заболеваниях, данных о психическом состоянии подростков, о сексуальном и репродуктивном здоровье, лабораторное обследование не охватывает 100% подростков.

Ключевые слова: подросток, профилактический осмотр, заболеваемость

Aim. Evaluation of the effectiveness of preventive work among adolescents of the City Health Center No. 1 (HC No. 1) in Dushanbe.

Material and methods. The Analysis of the reporting and accounting documentation of work with adolescents for 2019 State Central Park No. 1 in Dushanbe.

Results. The incidence among boys is 3,9% higher than among adolescent girls. The greatest number of detected pathologies among adolescents is accounted for by diseases of the organs of vision, endocrine pathology, and pathology of the musculoskeletal system. However, there is no detailed description of social and living conditions, no data on school performance, no attention is paid to an allergic history, past diseases and bad habits are not considered, there is no information about sexual life, there is no conclusion on the neuropsychic development of a teenager, the conversations held are not noted. and counseling.

Conclusion. Conducted preventive medical examinations among adolescents at the PHC level are not effective enough. Among the identified pathologies among adolescents, there are no data on chronic diseases, data on the mental state of adolescents, on the sexual and reproductive health of adolescents, and laboratory examination does not cover 100% of adolescents.

Key words: adolescent, preventive examination, morbidity

Актуальность

Процесс развития общества во многом определяется уровнем популяционного здоровья подростков, что оказывает значимое влияние на здоровье нации в целом и формирует ее культурный, интеллектуальный, производственный и репродуктивный потенциал [2, 4].

Около 20% всего детского населения РФ находится в трудной жизненной ситуации [2, 4, 5].

Страны - члены Европейского регионального бюро ВОЗ в 2014 году приняли новую стратегию: «Инвестируя в будущее детей: Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015-2020 гг.». В Стратегии представлены последние эпидемиологические данные по здоровью детей и подростков. Снижение материнской, младенческой и детской смертности является одной из главных задач, стоящих перед здравоохранением большинства стран [3].

Подростковый возраст является особым этапом в жизни ребенка вследствие психоэмоциональных и физиологических перемен в организме и вопросов социализации. В целом, значительная часть подростков вступает во взрослую жизнь с хорошим здоровьем, однако социальные детерминанты здоровья, факторы риска и другие аспекты оказывают воздействие на здоровье и благополучие подростков. Нарушения психического здоровья встречаются у 10% подростков региона. Среди патологических состояний наиболее часто встречаются депрессивные расстройства, поведенческие расстройства и нарушения, связанные с употреблением психоактивных веществ. В ряде стран уровни самоубийств среди подростков самые высокие в мире [1].

Подростки относятся к одной из групп населения, которую существующие структуры здравоохранения обслуживают наименее эффективно. По мере того, как страны в контексте плана действий после 2015 г. идут вперед по пути всеобщего охвата медико-санитарным обслуживанием, важно будет, чтобы подростковый контингент населения получал соответствующее внимание [2, 7].

На протяжении 20-летнего периода сохраняется тенденция к росту заболеваемости по обращаемости среди детской популяции на 2,0-4,0% в год, регистрируется рост хронической патологии, снижается число здоровых детей во всех гендерно-возрастных группах. Согласно государственной статистике, общая заболеваемость детей в возрасте от 0 до 15 лет

превышает 2400‰, а общая заболеваемость детей 15-17 лет приближается к 2000‰. Отмечается увеличение первичной заболеваемости среди детей 15-17 лет по всем классам болезней на 66,0-64,6%. При этом наиболее значительный рост показателя выявлен у новообразований (+97,7%), болезней крови (+99,2%), системы кровообращения (+103,1%), органов пищеварения (+80,7%), костно-мышечной системы и соединительной ткани (+96,9%), мочеполовой системы (+77,2%), последствий воздействия внешних причин (+71,8%) [6].

Как показывает опыт, основными элементами программирования для охраны здоровья подростков является доступ к соответствующей возрасту информации, навыкам, консультированию и благожелательно относящимся к подросткам службам здравоохранения. ВОЗ разрабатывает и популяризирует руководящие принципы, позволяющие работникам здравоохранения благожелательно и отзывчиво обслуживать подростков.

Цель исследования

Оценка эффективности профилактической работы среди подростков Городского центра здоровья №1 (ГЦЗ №1) г. Душанбе.

Материал и методы исследований

Работа с отчетно-учетной документацией работы с подростками за 2019 год ГЦЗ №1 г. Душанбе.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием методов математической статистики.

Результаты и их обсуждение

ГЦЗ №1 расположен в районе Фирдавси по улице Фирдавси 13/2 г. Душанбе.

Количество закрепленного населения ГЦЗ №1 г. Душанбе в 2019 году составило 79426 человек. Из них взрослое население – 51090 (64,3%) человек. Дети до 18 лет – 28336 (35,7%) в 2019 году.

ГЦЗ №1 территориально оказывает медицинскую помощь средним образовательным школам №№ 50, 57, 77, 78, 91 и школе-интернату №1 г. Душанбе.

Лица, достигшие подросткового возраста, проходят полный профилактический осмотр, который включает консультации семейного врача и узких специалистов: окулиста, хирурга, ЛОР, терапевта, невропатолога, стоматолога, гинеколога. До осмотра врача подросток должен пройти флюорографию, сдать анализ крови и мочи.

В 2019 году диспансерный осмотр прошли 2350 подростков (табл. 1): мальчиков – 1195 (50,7%) и девочек – 1155 (49,3%).

Таблица 1

Общее количество подростков, обследованных в 2019 году

Год рождения	2002 (17 лет)	2003 (16 лет)	2004 (15 лет)	Всего
Мальчики	328	351	516	1195
Девочки	474	346	335	1155
Всего	802	697	851	2350

Подростки, у которых выявлена патология, находятся на диспансерном учете. Семейный врач с узким специалистом совместно проводят лечение подростков. По показаниям проводятся хирургические вмешательства, коррекция зрения – подбор линз для очков для зрения, консервативное лечение.

На начало 2019 года на диспансерном учете состояло 94 подростка: 47 (50%) – мальчики и столько же девочек. Вновь взятых на диспансерный учет составили 405 подростков, из них 231 – мальчики (57,0%) и 174 (43,0%) – девочки.

В дневниках осмотра подростков семейными врачами имеются следующие недостатки: нет описания жалоб и анамнеза заболевания, в анамнезе жизни нет подробного описания социально-бытовых условий, нет данных об успеваемости в школе, не обращается внимание на аллергологический анамнез, не учитываются перенесенные заболевания и вредные привычки, нет информации о половой жизни, отсутствует заключение о нервно-психическом развитии подростка, не отмечены проведенные беседы и консультирования.

Необходимость сохранения психического здоровья подростков стала очевидной, поскольку состояние депрессии и другие состояния зачастую приводят к самоубийствам и потере производительности труда. Сексуальное и репродуктивное здоровье подростков также повсеместно признается сегодня в качестве важнейшей составляющей нормального процесса развития, которому необходимо содействовать (WHO/FCH/САН/02.21 Стратегические направления улучшения здоровья и развития детей и подростков).

Все подростки, подлежащие профилактическому осмотру, в 2019 году прошли обследование (100%). Рентгенологическое обследование в 2019 году прошли только 41,2% подростков, что на 58,8% меньше должного. В 2018 году им было охвачено 100% подростков. Количество подростков, взятых на

диспансерный учет, увеличилось в 2019 году на 84 человек, т.е. на 3,7%. Оздоровление состоявших ранее подростков и вновь взятых на диспансерный учет подростков увеличилось на 3,3%, по сравнению с 2018 годом.

В 2019 году наибольшее количество выявленной патологии выпало на долю глазных заболеваний – 134 случая, т.е. 31,0% от общего количества выявленных заболеваний среди подростков (табл. 2). Среди девочек заболевания органов зрения имелись у 55 (41,0%) и среди мальчиков – у 79 (59,5%), т.е. преобладали среди мальчиков на 18,5%. На втором месте по частоте занимают эндокринные заболевания – 95 случая (22,0%): 64 – среди девочек (67,3%) и 31 (32,6%) – среди мальчиков. Частота эндокринной патологии среди девочек встречалась чаще на 34,7%. Третью позицию по частоте занимает патология опорно-двигательного аппарата – 37 случаев (8,6%): девочки – 2,7%, мальчики – 97,3%. К третьей позиции близки по встречаемости также стоматологическая патология – 37%, заболевания ЛОР-органов – 33% и заболевания сосудов – 32%.

Среди выявленной патологии чаще отмечаются заболевания щитовидной железы, плоскостопие, варикоцеле, анемия, патология почек и ЖКТ, нарушения остроты зрения и слуха.

Общая заболеваемость составила в 2019 году 432 случая (18,4%) от общего количества обследованных подростков в текущем году. Заболеваемость среди мальчиков составила 246 случаев (56,9%), среди девочек – 186 случаев (43,0%). Заболеваемость среди мальчиков-подростков на 3,9% чаще, чем среди девочек-подростков (табл. 2).

Согласно результатам профилактического осмотра, 31 (13 мальчикам и 18 девочкам) подростку было назначено оперативное лечение. Прооперировано 13 подростков (41%), все они мальчики – 13 (100%). Нуждались в коррекции зрения 95 подростков (50 мальчиков и 45 девочек). Коррекция зрения проведена все нуждающимся подросткам (100%).

В 2019 году получили лечение 399 (79,9%) подростков (с учетом подростков, состоящих на диспансерном учете с предыдущих лет):

177 (44,4%) – девочек и 222 (55,6%) – мальчика. Подростки, получившие соответствующее лечение, снимаются с диспансерного учета.

Таблица 2

Диспансеризация подростков в 2019 году в ГЦЗ №1 г. Душанбе

Заболевания	Выявлено						Всего состоят					
	Девочки	%	Мальчики	%	Всего	%	Девочки	%	Мальчики	%	Всего	%
Эндокринные	64	67,3	31	32,6	95	22,0	25	95,2	1	4,8	26	26,0
Кровет. системы	1	20,0	4	80,0	5	1,2	0		0		0	0
В т.ч. анемия	1	20,0	4	80,0	5	1,2	0		0		0	0
Сосудистые	1	3,1	31	96,9	32	7,4	0		25	100	25	25,0
В т.ч. варикоцеле	0		27	100,0	27	6,25	0		25	100	25	25,0
Органов дыхания	5	27,7	13	72,2	18	4,2	1	100	2	80,	3	3,0
В т.ч. бронхит	1	25,0	3	75,0	4	0,9	0		0	0	0	0
ЖКТ	6	66,7	3	33,3	9	2,1	1	20,0	4	80,0	5	5,0
Глазные	55	41,0	79	59,0	134	31,0	13	100	0	0	13	13,0
Хирургические (грыжи)	1	25,0	3	75,0	4	0,9	0		2	100	2	2,0
Моче-половой системы	8	73,0	3	27,0	11	2,5	0		0	0	0	0
ЛОР	19	57,6	14	42,4	33	7,6	0		2	100	2	2,0
В т.ч. искрив носов. перегород.	0		2	100,0	2	0,5	0		0	0	0	0
В т.ч. тонзил.	1	16,7	5	83,3	6	1,4	0		0	0	0	0
Туберкулез	1	50,0	1	50,0	2	0,5	1	50,0	1	50,0	2	2,0
Неврологические	3	30,0	7	70,0	10	2,3	2	18,0	9	81,8	11	11,0
Кожные	0		4	100	4	0,9	0		2	100	2	2,0
Гинекологические	4	100	0		4	0,9	0		0	0	0	0
Стоматологические	18	52,9	16	47,0	34	7,8	0	0	0	0	0	0
Опорно-двигательного аппарата	1	2,7	36	97,3	37	8,6	1	20,0	12	80,0	13	13,0
Всего	186	43,0	246	56,9	432	18,4	44	44,0	56	56,0	100	

Заключение

Учитывая полученные нами результаты, проводимые профилактические медицинские осмотры, а также работа по раннему выявлению нарушений здоровья среди подростков на уровне ПМСП недостаточно эффективны. Среди выявленной патологии среди подростков нет данных о хронических заболеваниях, данных о психическом состоянии, об их сексуальном и репродуктивном здоровье, лабораторное обследование не охватывает 100% подростков.

Особенностью семейного врача по охране здоровья детей является снижение заболе-

ваемости и смертности детского населения, оптимизация комплекса мероприятий, направленных на физическое, нервно-психическое развитие ребенка, и проведение своевременной специфической и неспецифической профилактики. Применять комплексный подход для каждого пациента с учетом особенностей развития, роли факторов риска в возникновении того или иного заболевания, при наличии патологии следует с оценкой клинической картины, лабораторно-инструментальных данных в динамике.

Учитывая структуру заболеваемости среди подростков, семейным врачам необходимо

еще в детском возрасте более тщательно проводить физикальный осмотр щитовидной железы, оценивать остроту зрения, проводить отоскопию и плантограмму, выявлять патологию почек и кровеносной системы. При необходимости направлять на консультацию к узким специалистам. Чем ранее выявляется патология, тем лучше она поддается лечению, что предупреждает переход в хроническую форму заболевания. Показатель охвата профилактическим осмотром должен год от года увеличиваться.

Право на "наивысший достижимый уровень здоровья" закреплено в Конвенции о

правах ребенка и является моральной и юридической основой для деятельности, направленной на обеспечение справедливого распределения здоровья. Создание условий для детей и подростков, чтобы они могли расти и развиваться в таких семейных условиях и в такой социальной и физической средах обитания, которые обеспечивают справедливый доступ к охране здоровья, должно являться важнейшей стратегической задачей для всех стран (ВОЗ, 2006).

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Баттакова Ж.Е., Мукашева С.Б., Абдрахманова Ш.З. Европейская стратегия по охране здоровья детей и подростков – основа действий по усилению мер здравоохранения и других секторов // MEDICINE. 2017. №8 (182). С. 2-5.
2. Денисов И.Н. Общая врачебная практика. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. Т.П. 888 с.
3. Инвестируя в будущее детей: Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014. 25 с. (режим доступа: <http://www.euro.who.int>)
4. Намазова-Баранова Л.С., Альбицкий В.Ю. Состояние и проблемы подростков России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2014. № 6. С. 10 – 14.
5. Намазова-Баранова Л.С., Терлецкая Р.Н. и др. Результаты профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних в Российской Федерации // Российский педиатрический журнал. 2016. Т. 19, №5. С. 287 – 293.
6. Соколовская Т.А. Здоровье детей: основные тенденции и возможные пути его сохранения // Современные проблемы науки и образования. 2017. № 4. С. 8-10.
7. WHO/FWC/MCA/14.05. ВОЗ. Здоровье подростков мира: второй шанс во втором десятилетии 2014 г. Женева, Швейцария: Служба производства документов ВОЗ. 14 с.

REFERENCES

1. Battakova Zh.E., Mukasheva S.B., Abdrakhmanova Sh.Z. Evropeyskaya strategiya po okhrane zdorovya detey i podrostkov – osnova deystviy po usileniyu mer zdavookhraneniya i drugikh sektorov [The European Child and Adolescent Health Strategy – a framework for action to strengthen health and other sectors]. *Medicine*, 2017, No. 8 (182), pp. 2-5.
2. Denisov I.N. *Obshchaya vrachebnaya praktika. Natsionalnoe rukovodstvo* [General medical practice. National leadership]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2016. 888 p.

3. *Investiruyaya v budushchee detey: Evropeyskaya strategiya okhrany zdorovya detey i podrostkov, 2015–2020 gg.* [Investing in the future of children: European child and adolescent health strategy 2015–2020]. Copenhagen, Evropeyskoe regionalnoe byuro VOZ Publ., 2014. 25 p.
4. Namazova-Baranova L.S., Albiyky V.Yu. Sostoyaniye i problemy podrostkov Rossii [Status and problems of adolescents Russia]. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny – Problems of hygiene, healthcare and history of medicine*, 2014, No. 6, pp. 10-14.
5. Namazova-Baranova L.S., Terletskaia R.N. Rezultaty profilakticheskikh meditsinskikh osmotrov nesovershennoletnikh v Rossiyskoy Federatsii [Results of preventive medical examinations of minors in the Russian Federation]. *Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal – Russian Pediatric Journal*, 2016, Vol. 19, No. 5, pp. 287-293.
6. Sokolovskaya T.A. Zdorove detey: osnovnye tendentsii i vozmozhnye puti ego sokhraneniya [Children's health: main trends and possible ways to preserve it]. *Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya – Modern Problems of Science and Education*, 2017, No. 4, pp. 8-10.
7. VOZ. *Zdorove podrostkov mira: vtoroy shans vo vtorom desyatiletii 2014 g.* [World Adolescent Health: A Second Chance in the Second Decade 2014]. Zheneva, Sluzhba proizvodstva dokumentov VOZ Publ. 14 p.

Сведения об авторах:

Гуломова Манзура Одинаевна – зав. кафедрой семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ
Давлятова Дильбар Джабаровна – ассистент кафедры семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ
Кабиров Комил Мунаваришоевич – ассистент кафедры семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ
Нажмидинова Кибрие Имомназаровна – ассистент кафедры семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ
Салимова Мавзуна Додаржоновна – ассистент кафедры семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ

Контактная информация:

Гуломова Манзура Одинаевна – тел.: (+992) 988 87 2929

Имомова Ф.З., Каримов С.М., Ашуров Г.Г.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ИЗУЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПУЛЬПАРНО-ПЕРИОДОНТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА У БОЛЬНЫХ С РАЗНОНАПРАВЛЕННЫМИ МЕЖСИСТЕМНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Imomova F.Z., Karimov S.M., Ashurov G.G.

ESTIMATION THE RESULTS STUDIES OF THE DISEASES OF PULPE-PERIODONTAL COMPLEX BESIDE PATIENTS WITH DIFFERENT DIRECTION OF BETWEEN SYSTEMS DISORDERS

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

Цель исследования. Изучить заболеваемость пульпарно-пародонтального комплекса, ассоциированного с межсистемными нарушениями.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 568 амбулаторных карт путем случайной выборки стоматологических пациентов с разнонаправленными межсистемными нарушениями (основная группа) и 570 амбулаторных карт пациентов без соматической патологии (группа сравнения). Выбор пациентов с межсистемными нарушениями обусловлен рекомендациями ВОЗ, определяющими данную группу как контингент высокого риска для оценки уровня стоматологического уровня здоровья соматических больных.

Результаты. Среди обследованного контингента распространенность воспаления пульпы составила 209 (36,8%) случаев на 568 обращений. Распространенность хронического пародонтита составила 183 (32,2%) случая на 568 обращений.

Заключение. При анализе взаимосвязей заболеваемости пульпарно-пародонтального комплекса обнаружена достоверная корреляция между пульпитом и пародонтитом в сравниваемых группах.

Ключевые слова: пульпит, пародонтит, пульпарно-пародонтальный комплекс, зуб, челюсть

Aim. Study the diseases of pulp-periodontal complex patients, associated with between systems disorders.

Material and methods. For achievement specified purposes we organized retrospective test of 568 dispensaries of the cards by way of the casual sample dentistry patient with different direction between systems disorders (main group), and 570 dispensaries of the cards patient without of somatic pathology (group of the comparison) primary addressed employee of therapeutic dentistry department. Choice patient with between systems disorders is conditioned recommendation of WHO, defining given group as contingent of the high risk for estimation of dentistry level health of somatic patients.

Results. Amongst examined contingent prevalence of pulp's inflammation formed 209 (36.8%) events on 568 addresses. Prevalence of chronic periodontitis formed 183 (32.2%) event on 586 addresses.

Conclusion. At analysis of the interconnection pulp-periodontal's diseases complex discovered reliable correlation between pulpitis and periodontitis between compared groups.

Key words: pulpitis, periodontitis, pulp-periodontal complex, teeth, jaw

Актуальность

Осложнения кариеса (пульпит и пародонтит) до сих пор остаются наряду с

кариесом самой распространенной патологией на амбулаторном стоматологическом приеме [3, 5]. Данные большинства авто-

ров [2, 3] свидетельствуют о том, что чаще кариозными осложнениями поражаются жевательные функционально-ориентированные зубы, в особенности первые моляры. Данный подтвержденный факт объясняют их ранним прорезыванием (5-6 лет), наличием на коронковой части моляров (фиссуры, аппроксимальные поверхности) ретенционных участков, а также незрелостью эмалевой поверхности первые 2 года после прорезывания. Другие исследователи [6] приводят данные о большей частоте поражения нижних моляров, связывая это с более ранним прорезыванием.

При заболеваниях зубов и пародонта подробно исследованы эпидемиологические особенности их развития среди определенного контингента населения [1, 4]. Вместе с тем, работы по изучению особенностей развития заболеваемости пульпарно-периодонтального комплекса у больных с сопутствующей соматической патологией немногочисленны. Актуальным является изучение структуры заболевания пульпы и периодонта у стоматологических пациентов с внутрисистемными нарушениями. До сих пор не установлены доминирующие патогенетические факторы при различной тяжести пульпарно-периодонтальной патологии у больных с общесоматической патологией,

определяющие выбор адекватного эндопериодонтального воздействия.

Вышеизложенное определяет в качестве приоритетных научные исследования по изучению заболеваемости пульпарно-периодонтального комплекса в зависимости от наличия и отсутствия внутрисистемных нарушения среди стоматологических пациентов.

Цель исследования

Изучить заболеваемость пульпарно-периодонтального комплекса больным, ассоциированным с межсистемными нарушениями.

Материал и методы исследований

Для достижения указанной цели проведен ретроспективный анализ 568 амбулаторных карт путем случайной выборки стоматологических пациентов с разнонаправленными межсистемными нарушениями (основная группа) и 570 амбулаторных карт пациентов без соматической патологии (группа сравнения), первично обратившихся к сотрудникам кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ. Возрастная категория составила от 20 до 60 лет и старше, средний возраст – $37,6 \pm 4,17$ года. Из обследованных пациентов основной группы мужчин было 270 (47,5%), женщин – 298 (52,5%) (табл. 1), в контрольной группе эти значения составили 296 (51,9%) и 274 (48,1%) соответственно.

Таблица 1

Численность и возрастной состав стоматологических пациентов с межсистемными нарушениями

Возраст, лет	Количество пациентов					
	мужчины		женщины		всего	
	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %
20-29	46	8,0	52	9,2	98	17,3
30-39	50	8,8	56	9,9	106	18,7
40-49	52	9,2	60	10,6	112	19,7
50-59	58	10,2	61	10,7	119	20,9
60 и старше	64	11,3	69	12,1	133	23,4
Всего	270	47,5	298	52,5	568	100

Выбор пациентов с межсистемными нарушениями обусловлен рекомендациями ВОЗ, определяющими данную группу как контингент высокого риска для оценки уровня стоматологического уровня здоровья соматических больных. Среди пациентов основной и сравниваемой групп проанализировали поражаемость пульпарно-периодонтального комплекса для выявления пуль-

пита и периодонтита анатомических групп зубов (резцы, клыки, премоляры и моляры) обеих челюстей по окклюзионным сегментам, а также структуру нозологических форм данных заболеваний в отдельности и их связь с наличием межсистемного нарушения целостного организма, а также между собой. При идентификации нозологических форм использовали общепринятую в

нашей практике классификацию пульпита по Е.Е. Платонову, периодонтита – по И.Г. Лукомскому.

Статистическая обработка полученных в ходе выполнения работы результатов осуществлялась при помощи статистического анализа Statistica 6.0. Для сравнения относительных величин использовали метод расчета критерия Пирсона с оценкой достоверности различий (p). Коррелятивные связи показателей изучены с применением коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Проведенные исследования показали, что среди обследованного контингента больных с внутрисистемными нарушениями распро-

страненность воспаления пульпы составила 209 (36,8%) случаев на 568 обращений. Значение исследуемого показателя в группе пациентов без соматической патологии составило 139 (24,4%) на 570 обращений. При структуризации различных форм воспалительных заболеваний пульпы среди пациентов основной группы было диагностировано абсолютное преобладание хронического фиброзного пульпита и его обострения при значении 145 (69,4%) обращений ($p < 0,05$). Остальные формы пульпита распределялись по убывающей значимости в нижеследующем порядке: острый гнойный пульпит – 50 (23,9%), хронический гангренозный пульпит – 7 (3,3%), острый очаговый пульпит – 9 (2,4%), хронический гипертрофический пульпит – 2 (1,0%) от общего количества обращений (рис. 1).

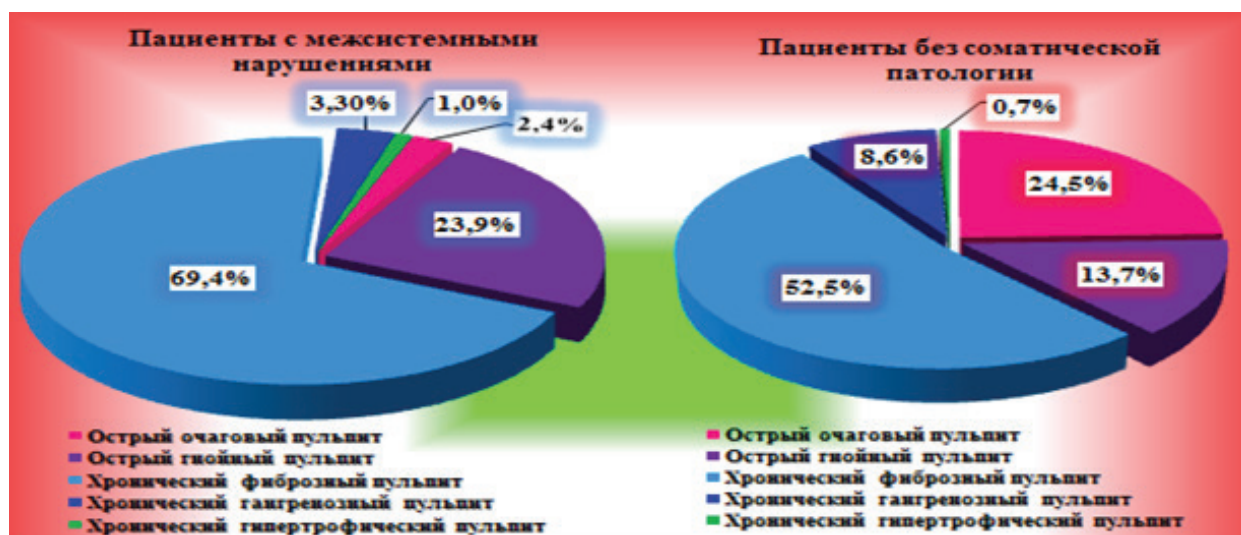


Рис. 1. Структуризация различных форм воспалительных заболеваний пульпы среди сравниваемых групп пациентов

Как свидетельствуют данные рисунка, в группе сравнения при наличии 139 общих обращений по поводу пульпита значения вышеперечисленных нозологических форм данной патологии составили соответственно 73 (52,5%) для хронического фиброзного пульпита, 19 (13,7%) – для острого гнойного пульпита, 12 (8,6%) – для хронического гангренозного пульпита, 34 (24,5%) – для острого очагового пульпита и 1 (0,7%) – для хронического гипертрофического пульпита.

В сопоставительном аспекте, как свидетельствуют приведенные данные, у стоматологических пациентов с внутрисистемными нарушениями хронический пульпит и его обострения, а также острый гнойный пульпит встречаются соответственно в 1,2 и 1,7 раза чаще, по сравнению с пациентами без

соматической патологии. Вместе с тем, у пациентов контрольной группы преобладающим является острый очаговый пульпит (в 10,2 раза больше) и хронический гангренозный пульпит (в 2,6 раза больше), чем у лиц основной группы.

При анализе частоты пульпитов различных анатомических функционально-ориентированных групп зубов обеих челюстей, независимо от наличия или отсутствия межсистемных нарушений, нами выявлено, что пульпа верхних передних зубов и премоляров поражалась в 8,9 раз чаще пульпы одноименных зубов нижней челюсти ($p < 0,01$). В то же время воспалительное поражение пульпы нижних моляров встречался в 1,7 раза чаще, чем верхних ($p < 0,05$).

Ретроспективный анализ амбулаторных

карт показал, что распространенность хронического периодонтита среди обратившихся пациентов основной группы составила 183 (32,2%) случая на 568 обращений, а у пациентов контрольной группы аналогичного возраста значение данного показателя в среднем составило 153 (26,8%) случая на 570 обращений.

Проведенный анализ среди пациентов основной группы показал, что острый верхушечный периодонтит диагностирован всего в 4 (2,3%) случаях, в то время как хронический верхушечный периодонтит – в 139 (75,9%), обострение хронического процесса описаны в 40 (21,9%) картах (рис. 2).

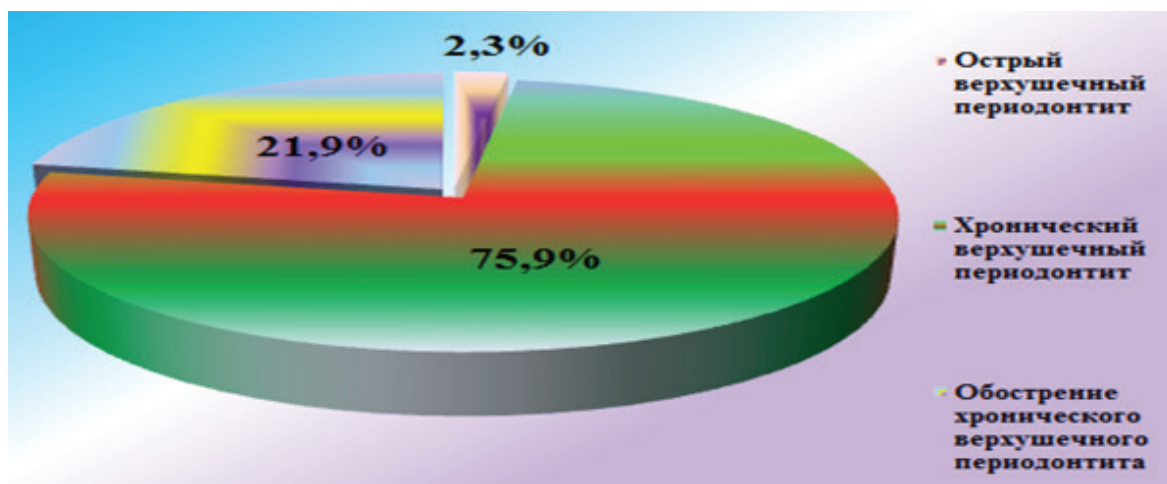


Рис. 2. Распределение различных форм периодонтита среди стоматологических пациентов с межсистемными нарушениями

Именно по этой причине дальнейший анализ амбулаторных карт касался только случаев хронического верхушечного периодонтита. При структуризации хронических форм периодонтитов среди пациентов основной группы (568 чел.) хроническая фи-

брозная форма была зарегистрирована в 319 (56,2%) амбулаторных картах. Хронический гранулематозный периодонтит обнаружен в 144 (25,3%) случаях, а хронический гранулирующий периодонтит составил 105 (18,5%) (рис. 3).

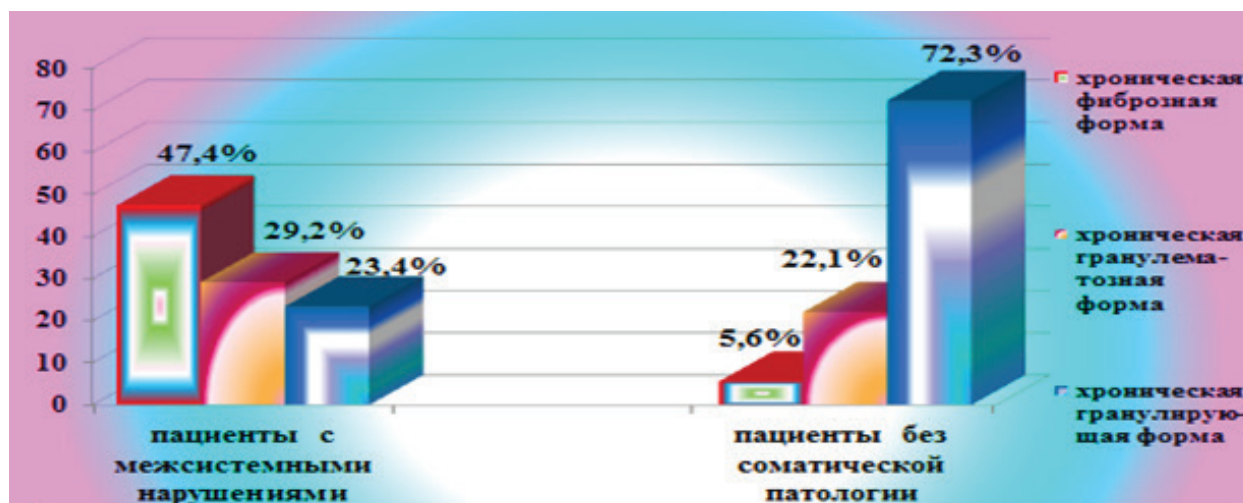


Рис. 3. Распространенность хронических форм периодонтитов среди стоматологических пациентов с межсистемными нарушениями и без соматической патологии

При анализе структуры различных форм хронических периодонтитов среди амбулаторных карт контрольной группы обнаружено преобладание хронического периодонтита фиброзной формы (72,3%). В

22,1% амбулаторных картах зарегистрирована гранулематозная форма хронического периодонтита, значение гранулирующей формы хронического периодонтита составило 5,6%.

При сопоставительном анализе полученных данных выяснилось, что у стоматологических пациентов с межсистемными нарушениями хроническая фиброзная форма встречается в 1,3 раза реже, чем у пациентов без соматической патологии, в то время гранулематозная и гранулирующая формы хронических периодонтитов у них встречаются, наоборот, в 1,6 и 1,7 раза чаще, что свидетельствует о сниженном реактивности организма стоматологических пациентов с разнонаправленными внутрисистемными нарушениями.

Независимо от общего состояния организма у стоматологических пациентов обеих групп в структуре поражения хроническим периодонтитом различных функционально-ориентированных групп зубов верхней и нижней челюстей можно отметить преимущественное поражение нижних моляров в 2,3 раза ($p < 0,05$). При анализе взаимосвязей не обнаружено достоверной корреляции между пульпитом и периодонтитом во фронтальной группе зубов ($p > 0,05$). На наш взгляд, это объясняется морфологией эндодонта фронтальных групп зубов, а именно широкие корневые каналы зубов названной локализации при лечении пульпита позволяют провести более качественную obturацию, следовательно, риск развития верхушечного периодонтита значительно уменьшается.

В то же время при анализе амбулаторных карт нами обнаружена диаметрально зависимость между частотой пульпита и периодонтита в группе моляров верхней и нижней челюстей ($p < 0,01$). Это также во многом связано с морфологией этих групп зубов, что объясняется наличием 3 корневых каналов и более с большей степенью кривизны, трудностью их обнаружения и последующего эндодонтического лечения.

Заключение

Выявлена высокая поражаемость пульпарно-периодонтального комплекса сочетанного характера у стоматологических пациентов с разнонаправленными межсистемными нарушениями.

Отсутствие прямой корреляции между частотой пульпита и периодонтита фронтальных функционально-ориентированных групп зубов и достоверная корреляция в группе моляров связаны с морфологией корневых каналов.

Высокая частота заболеваний пульпарно-периодонтального комплекса нижних моляров связана не только с их ранним прорезыванием, но и более быстрым продвижением микроорганизмов по системе корневых каналов под влиянием силы тяжести.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 4-6 см. в REFERENCES)

1. Исмоилов А.А., Мухидинов Ш.Д., Каримов С.М., Ёраков Ф.М. Результаты использования тромбоцитарной аутологичной плазмы при периапикальной деструкции зубов в эстетически значимой окклюзионной зоне // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2021. № 1. С. 21-25.
2. Мухиддинов Ш.Д., Каримов С.М., Гурезов М.Р., Ёраков Ф.М. Результаты применения способа пролонгированной антисептической обработки системы корневых каналов при периапикальной деструкции зубов в эстетически значимой окклюзионной зоне // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2019. № 3. С. 59-63.
3. Мухиддинов Ш.Д., Каримов С.М., Султанов М.Ш. Аналитическая оценка этиопатогенетических механизмов развития эндопериапикальных поражений // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2019. № 1. С. 92-95.

REFERENCES

1. Ismoilov A.A., Mukhidinov Sh.D., Karimov S.M., Yorakov F.M. Rezultaty ispolzovaniya trombotsitarnoy autologichnoy plazmy pri periradikulyarnoy destruktzii zubov v esteticheski znachimoy okklyuzionnoy zone

[Results of the using trombocitary autologic plasma under periradicular destruction of the teeth in aesthetic significant occlusion zone]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdavookhraneniya – Herald of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan*, 2021, No. 1, pp. 21-25.

2. Mukhiddinov Sh.D., Karimov S.M., Gurezov M.R. Rezultaty primeneniya sposoba prolongirovannoy antisepticheskoy obrabotki sistemy kornevykh kanalov pri periapikalnoy destruktzii zubov v esteticheski znachimoy okklyuzionnoy zone [Results using the way of prolonged antiseptic processing of the root channel's systems under periradicular destruction of the teeth in aesthetic significant occlusion zone]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdavookhraneniya – Herald of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan*, 2019, No. 3, pp. 59-63.

3. Mukhiddinov Sh.D., Karimov S.M., Sultanov M.Sh. Analiticheskaya otsenka etiopatogeneticheskikh mekhanizmov razvitiya endoperiapikalnykh porazheniy [Analytical estimation of ethiopathogenetic mechanism development of endoperiapical disorders]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdavookhraneniya – Herald of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan*, 2019, No. 1, pp. 92-95.

4. Adriaens P.A., Boever J.A., Loesche W.J. Bacterial invasion in root cementum and radicular dentin of periodontally diseased teeth in humans. *Journal of Periodontology*, 2016, Vol. 59, pp. 222-230.

5. Aggarwai V., Logani A., Shah N. The evaluation of computed tomography scans and ultrasounds in the differential diagnosis of periapical lesions. *Journal of Endodontics*, 2016, Vol. 34, p. 1312-1315.

6. Ray H.A., Trope M. Periapical status of endodontically treatment teeth in relation to the technical quality of the root filling and coronal restoration. *International Endodontic Journal*, 2013, Vol. 28, pp. 12-18.

Сведения об авторах:

Имомова Фархунда Зафаровна – соискатель кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Каримов Сафарахмад Мунаварович – доцент кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Ашуров Гаяр Гафурович – заведующий кафедрой терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н., профессор

Контактная информация:

Каримов Сафарахмад Мунаварович – тел.: (+992) 918 61 62 08

Махмадов Ф.И., Нажмудинов Ф.Н.

ВЫБОР МИНИИНВАЗИВНОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

Кафедра хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино»

Makhmadov F.I., Nadzhmudinov F.N.

THE CHOICE OF MINIMALLY INVASIVE TACTICS FOR THE TREATMENT OF CHOLEDOCHOLITHIASIS IN PATIENTS WITH OBESITY

Department of Surgical Diseases №1 named after Academician K.M. Kurbonov of the State Education Establishment "Avicenna Tajik State Medical University"

Цель исследования. Улучшение результатов лечения холедохолитиаза у больных с ожирением путем сочетанного применения миниинвазивных вмешательств.

Материал и методы. Проведен сравнительный анализ результатов хирургического лечения 116 пациентов с холедохолитиазом на фоне ожирения. Пациентам основной группы (n=60) проведены сочетанные миниинвазивные, контрольной (n=56) - неотложные традиционные вмешательства. Механическая желтуха (МЖ) при поступлении в клинику имела у 101 (87,1%) больного и у 15 (12,9%) она отмечена в анамнезе, после приступов болей в правом подреберье. Сопутствующий МЖ холангит диагностирован в 39 (33,6%) и билиарный панкреатит – в 67 (57,8%) случаях.

Результаты. В 56 (93,3%) наблюдениях у пациентов основной группы выполнялась предварительная миниинвазивная билиарная декомпрессия, в 55 (47,4%) - одномоментные оперативные вмешательства с применением открытых традиционных методик (n=51) и с использованием миниинвазивных способов (n=4). При первичных миниинвазивных вмешательствах у пациентов основной группы (n=60) в 34 (56,7) наблюдениях выполняли эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) с литэкстракцией и назобилиарным дренированием (n=9), в 7 (11,7%) – чрескожно-чреспеченочную холецистостомию (ЧЧХС) под УЗ-контролем. ЧЧХС под лапароскопической навигацией проведено 2 (3,3%) пациентам. Традиционные открытые декомпрессионные вмешательства в виде холедохолитотомии с дренированием по Робсону (n=3) и холедохолитотомии с дренированием по Керу (n=2) были выполнены 5 (8,9%) пациентам контрольной группы. Послеоперационные осложнения в основной группе имели место у 3 (5,0%) пациентов, в контрольной - у 7 (12,5%) с летальностью 1,8%.

Заключение. У пациентов с ожирением двухэтапные миниинвазивные методы лечения являются методом выбора, так как значительно уменьшают количество послеоперационных осложнений и летальных исходов.

Ключевые слова: холедохолитиаз у пациентов с ожирением, миниинвазивные двухэтапные вмешательства, билиарный панкреатит, механическая желтуха

Aim. Improving the results of treatment of choledocholithiasis in obese patients through the combined use of minimally invasive interventions.

Material and methods. A comparative analysis of the results of surgical treatment of 116 patients with choledocholithiasis on the background of obesity was carried out. Patients of the main group (n=60) underwent combined minimally invasive, control group (n=56) - urgent traditional interventions. Obstructive jaundice on admission to the clinic was present in 101 (87,1%) patients and in 15 (12,9%) it was noted in history, after attacks of pain in the right hypochondrium. Accompanying obstructive jaundice with cholangitis was diagnosed in 39 (33,6%) cases and biliary pancreatitis in 67 (57,8%) cases.

Results. In 56 (93.3%) cases, preliminary minimally invasive biliary decompression was performed in patients of the main group, in 55 (47.4%) cases one-stage surgical interventions were performed using open traditional techniques (n=51) and using minimally invasive methods (n=4). During primary minimally invasive interventions in patients of the main group (n=60), in 34 (56.7) cases, endoscopic papillosphincterotomy with lithoextraction and nasobiliary drainage (n=9) was performed, in 7 (11.7%) percutaneous-transhepatic cholangiostomy under ultrasound -control. Percutaneous transhepatic cholangiostomy under laparoscopic navigation was performed in 2 (3.3%) patients. Traditional open decompression interventions in the form of choledocholithotomy with drainage according to Robson (n=3) and choledocholithotomy with drainage according to Kare (n=2) were performed in 5 (8.9%) patients of the control group. Postoperative complications in the main group occurred in 3 (5.0%) patients, in the control group - in 7 (12.5%) with a mortality rate of 1.8%.

Conclusions. In obese patients, two-stage minimally invasive treatment methods are the method of choice, as they significantly reduce the number of postoperative complications and deaths.

Key words: choledocholithiasis in obese patients, minimally invasive two-stage interventions, biliary pancreatitis, obstructive jaundice

Актуальность

Рост заболеваемости желчнокаменной болезнью (ЖКБ) на фоне ожирения зачастую предполагает закономерное увеличение её осложненных форм. Холедохолитиаз, по сути, является самым тяжелым осложнением, требующим особого подхода из-за более сложного течения патологии, что резко выражено у лиц старших возрастных групп, достигающее 35-68% случаев [1-3].

В свою очередь холедохолитиаз в пределах 78-92% наблюдений проявляется картиной механической желтухи, что, соответственно, ухудшает непосредственные результаты хирургического лечения, особенно у больных с ожирением. Впоследствии у пациентов с тяжелой сопутствующей соматической патологией, на фоне ожирения III-IV степеней одноэтапные операции чреваты риском высокой летальности, достигающей 36-40%, а на фоне имеющегося острого гнойного холангита (ОГХ) и холангиогенных абсцессов печени она увеличивается до 62% [4-6]. В последние годы выбор тактики хирургической патологии гепатобилиарной зоны кардинально изменился, а именно малоинвазивная хирургия стала оттеснять открытые лапаротомные методы, что позволило добиться максимального эффекта при минимальной операционно-анестезиологической травме [7-10].

Не секрет, что эндоскопические транспиллярные вмешательства являются безальтернативным способом в лечении пациентов с холедохолитиазом, однако в 0,5-16% случаев эти способы неэффективны, т.к. по определенным причинам эндоскопически не удается произвести декомпрессию желчевыводящих путей. Ожирение, особенно III-IV степеней, считается основным фактором, который создает определенные технические трудности в выполнении лапароскопических и «традиционных» вмешательств.

При этом единственным вариантом литоэкстракции и декомпрессии холедоха считаются эндоскопические транспиллярные вмешательства или паллиативное билиодигестивное стентирование [11-15].

Таким образом, актуальность лечения холедохолитиаза у больных с ожирением обусловлена сохраняющимися сложностями проведения каких-либо вмешательств, высоким операционным и анестезиологическим риском, являющимися относительным противопоказанием к выполнению традиционных и лапароскопических операций. В связи с этим поиск новых эффективных и патогенетически обоснованных способов декомпрессии ЖВП считается обоснованным.

Цель исследования

Улучшение результатов лечения холедохолитиаза у больных с ожирением путем сочетанного применения миниинвазивных вмешательств.

Материал и методы исследований

В основу работы положены результаты комплексного клинко-лабораторного, лучевого и эндоскопического обследования 116 пациентов с холедохолитиазом на фоне ожирения, находившихся на лечении в клинике хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова ТГМУ им. Абуали ибн Сино, на базе Городского медицинского центра скорой помощи г. Душанбе за период с 2008 по 2021 годы. Пациентам основной группы (n=60) проведены сочетанные миниинвазивные, контрольной (n=56) - неотложные традиционные вмешательства. Резидуальный ХЛ выявлен у 27 (23,3%), сочетание ХЛ с синдромом Мириizzi (СМ) – у 4 (3,4%) пациентов.

Мужчин было 17 (14,7%), женщин – 99 (85,3%). Возраст больных варьировал от 23 до 87 лет (средний возраст – 61,0±17,9 лет). Пациентов старше 60 лет было 44 (37,9%). Из

анамнеза продолжительность заболевания варьировала от 7 суток до 24 лет. Сопутствующей патологией наряду с ожирением были ИБС, постинфарктный и атеросклеротический кардиосклероз, гипертоническая болезнь II-III стадий, сахарный диабет, которые выявлены у 107 (92,2%) пациентов, в т.ч. сочетание 2-х и более соматических заболеваний имели 57 (49,1%) больных с ХЛ.

Механическая желтуха (МЖ) при поступлении в клинику имела у 101 (87,1%) больного и у 15 (12,9%) отмечена в анамнезе, после приступов печеночной колики (табл. 1). Сопутствующий МЖ холангит диагностирован в 39 (33,6%), билиарный панкреатит – в 67 (57,8%) и нарастание показателей билирубина, трансаминаз и щелочной фосфатазы – в 109 (94,0%) случаях.

Таблица 1

Распределение пациентов по характеру осложнений холедохолитиаза

Клинические варианты	Группа больных					Всего	
	основная (n=60)		контрольная (n=56)		p		
	абс.	%	абс.	%		абс.	%
Желтуха в анамнезе	8	13,3	7	12,5	>0,05	15	12,9
Желтуха при поступлении	53	88,3	48	85,7	>0,05	101	87,1
Холангит	21	35,0	18	32,1	>0,05	39	33,6
Билиарный панкреатит	35	58,3	32	57,1	>0,05	67	57,8
Холестаз	58	96,7	51	91,1	>0,05	109	94,0

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2 , с поправкой Йетса)

Предоперационное обследование больных проводили по общепринятым стандартам, включая клиничко-лабораторный, биохимический анализы крови (билирубин, трансаминазы, щелочная фосфатаза, коагулограмма, мочевины, креатинин, глюкоза), определение лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), УЗИ, эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС), ЭРХПГ, компьютерную томографию (КТ), магнитно-резонансную холангиопанкреатографию (МРХПГ), интраоперационную холангиографию (ИОХГ) или интраоперационную холангиоскопию (ИОХС).

При проведении МРХПГ оценивали диаметр желчевыводящих протоков на разных уровнях (долевые, общий печеночный проток, ретродуоденальный и интрапанкреатический отделы холедоха), уточнялось наличие дефектов заполнения желчных протоков, проявляющихся участками отсутствия или снижения МР сигнала.

Диагностическую ценность инструментальных методов исследования определяли с использованием принятых параметров (Р. Флетчер с соавт., 1998) [5].

Статистическая обработка материала проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica 10.0 (StatSoft, USA). Все данные в работе представлены в виде абсолютных значений и процентов. При сравнениях качественных показателей между двумя независимыми группами использовался критерий χ^2 , в том числе с поправкой Йетса и точный критерий Фишера, при множественных сравнениях – Q-критерий Кохрена. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования

Выбор срока, способа и этапности операций у больных ХЛ на фоне ожирения проведены согласно стандартам, принятым на международных конгрессах по гепатохирургии и проведенных в клинике исследований – разработанные критерии.

Так, у пациентов основной группы с АО I-II (n=15) и III-IV степеней (n=6) с явлениями холангита после проведения комплексной патогенетически обоснованной предоперационной подготовки выполняли неотложную билиарную декомпрессию (в течение 24 часов).

Пациентам с билиарным панкреатитом с АО I-II (n=30) и III-IV степеней (n=5) лечение начинали с консервативных мероприятий. При отсутствии эффекта от медикаментозной терапии прибегали к срочному выполнению миниинвазивных билиарных декомпрессий.

Пациентам (n=4), у которых комплексное консервативное лечение при поступлении не

дало положительного результата, выполнялись одномоментные радикальные вмешательства (табл. 2).

Таким образом, тактику лечения ХЛ у пациентов с ожирением определяли, исходя из представлений о патогенезе портальной эндотоксемии и кровообращения в зависимости от тяжести проявления различных осложнений основной патологии.

Таблица 2

Характер оперативных вмешательств в зависимости от сроков их выполнения (основная группа)

Характер операции	Степень АО					Всего	
	I	II	III	IV	p	абс.	%
Неотложная БД	8 (13,3)	7 (11,7)	4 (6,7)	2 (3,3)	>0,05	21 (35,0)	12,9
Срочная БД	9 (15,0)	21 (35,0)	4 (6,7)	1 (1,7)	>0,05	35 (58,3)	87,1
ОРМ	3 (5,0)	1 (1,7)	-	-	>0,05	4 (6,7)	33,6
Итого	20 (33,3)	29 (48,3)	8 (13,3)	3 (5,0)	<0,001	60 (100,0)	57,8

Примечание: БД - билиарная декомпрессия, ОРМ - одномоментные радикальные вмешательства, p – статистическая значимость различия показателей в сроках операции, а зависимости от степени АО (по Q-критерию Кохрена, по точному критерию Фишера)

Комплексную консервативную терапию, как правило, проводили у всех пациентов в том или ином объеме. Так, у пациентов с тяжелой эндотоксемией и III-IV степенями ожирения комплексная консервативная терапия носила характер обычной предоперационной подготовки. Тогда как у пациентов со средней и легкой степенями тяжести и I-II степенями ожирения целью её являлось выведение пациента из острого состояния, стремление улучшить общее состояние настолько, чтобы можно было произвести отсроченную либо плановую операции, т.е. в «холодном» и благоприятном для пациента периоде.

В 8 (13,3%) наблюдениях в связи с трудностями верификации диагноза между ХЛ и образованием головки поджелудочной железы была выполнена КТ. На основании КТ картины у 6 (75,0%) пациентов диагностирован ХЛ, что в дальнейшем было подтверждено при холедохоскопии на операционном столе.

При этом ложноотрицательный результат имел место у 2 (25,0%) пациентов.

ЭРХПГ выполнена у 43 (71,7%) пациентов основной группы больных. При этом рентгенологическими признаками ХЛ у пациентов с ожирением были наличие холангиоэктазии с определяющимися тенями конкрементов, а также неомогенность заполнения какого-либо из отделов желчных протоков. Холедохолитиаз на основании ЭРХПГ был выявлен у всех 43 больных. Закономерно этим пациентам выполнили эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) с литоэкстракцией (рис. 1). В 2 (0,5%) наблюдениях возникло незначительное кровотечение из папиллотомной раны, что было остановлено с помощью электрокоагуляции. В 5 (1,2%) случаях после эндоскопических вмешательств развилась клиническая картина острого панкреатита, что купировано консервативно. Диагностическая точность данного метода при холедохолитиазе составила 85,7%.

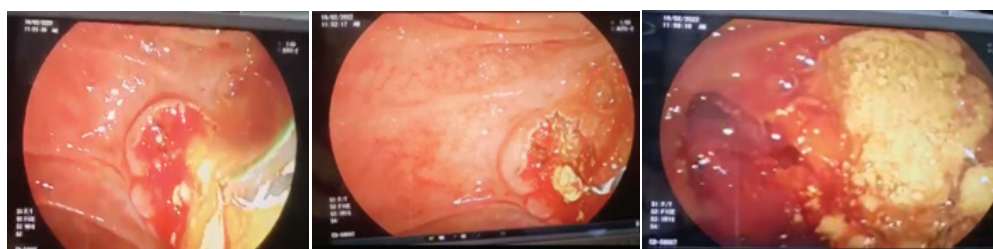


Рис. 1. Этапы ЭПСТ и литоэкстракции у пациентки с ожирением II-III степеней

Следует отметить, что МРХПГ в 17 (28,3%) наблюдениях с наибольшей точностью позволяла устанавливать причину и топический уровень обструкции и, по сути, считалась самым информативным методом лучевой диагностики. При этом ведущим критерием холедохолитиаза являлся округлый участок с низкой интенсивностью сигнала (рис. 2). Во всех 17 наблюдениях при МРХПГ четко верифицировалась картина холедохолитиаза. Более того, у одного (5,9%) пациента холедохолитиаз диагностирован на фоне нерасширенного холедоха, что не было выявлено при УЗ-исследовании. В 2 (11,8%) наблюдениях диагностированы множественные (от 2 до 5) конкременты в холедохе. Минимальный размер конкрементов, который был верифицирован при МРХПГ, составил 2 мм.

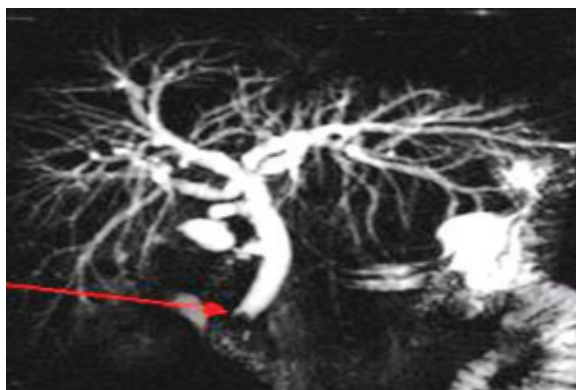


Рис 2. МРХПГ. Гипоинтенсивная экоструктура (конкремент) терминальной части холедоха

При выявлении методом МРХПГ ХЛ (n=17) инвазивные методы, такие как ЭРХПГ, были исключены. При выборе тактики предпочтение отдавалось одноэтапной лапароскопической или традиционной коррекции блока ЖВП. При интраоперационной холангиографии и фиброхолангиоскопии во всех наблюдениях диагноз ХЛ был подтвержден. Размеры и количество конкрементов в холедохе были идентичными картине, полученной при МРХПГ, что лишней раз подтверждало высокую диагностическую эффективность последней. Таким образом, чувствительность бесконтрастной МРХПГ при ХЛ у лиц с ожирением составила 98,5%.

Характер и объем выполненных оперативных вмешательств по поводу ХЛ представлены в таблице 3.

Как видно из представленной таблицы, в 56 (93,3%) наблюдениях у пациентов основной группы выполнялась предварительная миниинвазивная билиарная декомпрессия. В 55 (47,4%) наблюдениях произведены одномоментные оперативные вмешательства с применением открытых традиционных методик (n=51) и с использованием миниинвазивных способов (n=4).

Объем и характер первичных декомпрессионных вмешательств с применением миниинвазивных (n=47) и традиционных открытых (n=28) операций приведены в таблице 4.

Таблица 3

Характер оперативных вмешательств при холедохолитиазе у пациентов с ожирением (n=116)

Вид вмешательств	Основная группа (n=60)		Контрольная группа (n=56)		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Предварительная БД I этап: миниинвазивные методы традиционная открытая БД	56	93,3	5	8,9	61	52,6
	56	93,3	-	-	56	48,3
	-	-	5	8,9	5	4,3
ОТОВ	-	-	51	91,1	51	44,0
ОМВ	4	6,7	-	-	4	3,4

Примечание: ОТОВ – одномоментные открытые традиционные вмешательства, ОМВ – одномоментные миниинвазивные вмешательства

При первичных миниинвазивных вмешательствах у пациентов основной группы (n=60) в 34 (56,7) наблюдениях выполняли ЭПСТ с литэкстракцией и назобилиарным дренированием (n=9), в 7 (11,7%) – ЧХС под УЗ-контролем. ЧХС под лапароскопической навигацией проведено 2 (3,3%)

пациентам. Традиционные открытые декомпрессионные вмешательства в виде холедохолитотомия с дренированием по Робсону (n=3) и холедохолитотомия с дренированием по Керу (n=2) были выполнены 5 (8,9%) пациентам контрольной группы.

Таблица 4

Характер первичных декомпрессионных вмешательств при холедохолитиазе у пациентов с ожирением (n=116)

Вид первичных декомпрессионных вмешательств	Основная группа (n=60)		Контрольная группа (n=56)	
	абс.	%	абс.	%
Миниинвазивные вмешательства				
ЭПСТ+ литэкстракция	34	56,7	-	-
ЭПСТ+ литэкстракция с НБД	9	15,0	-	-
ЧЧХС под УЗ-контролем	7	11,7	-	-
ЧЧХС под лапароскопической навигацией	2	3,3	-	-
Традиционные открытые вмешательства				
Холедохолитотомия с дренированием холедоха по Робсону	-	-	3	5,4
Холедохостомия по Керу	-	-	2	3,6

В дальнейшем после улучшения общего состояния больных, снижения уровня билирубинемии и эндогенной интоксикации на 5-7 сутки после первичных декомпрессионных вмешательств и проведения комплексного лечения пациенты с ХЛ на

фоне ожирения в 56 (48,3%) наблюдениях (за исключением пациентов с послеоперационным резидуальным ХЛ у 27 пациентов основной и 24 контрольной групп) подвергались радикальным оперативным вмешательствам (табл. 5)

Таблица 5

Характер оперативных вмешательств после предварительной билиарной декомпрессии, абс (%)

Вид операции	ОГ (n=35)	КГ (n=21)
Лапароскопическая холецистэктомия	35 (100)	-
ОХЭ. ХЛТ. Дренир. холедоха по Робсону	-	10 (47,6)
ОХЭ. ХЛТ. Дренир. холедоха по Керу	-	8 (38,1)
ОХЭ. ХЛТ. Разобщение билиодигестивных свищей. Дренир. холедоха по Керу	-	3 (14,3)

Примечание: ОХЭ – открытая холецистэктомия; ХЛТ – холедохолитотомия

Анализ результатов радикальных оперативных вмешательств показал, что после 61 билиарной декомпрессии в 32 (52,5%) наблюдениях она в последующем являлась окончательным методом лечения ХЛ у пациентов с ожирением. В 56 (48,3%) наблюдениях пациентам выполнялись радикальные повторные вмешательства, которые в 35 (62,5%) случаях носили миниинвазивный ха-

рактер, в 21 (37,5%) - традиционные открытые вмешательства. При ХЛ у лиц с ожирением холецистэктомия из лапаротомного доступа, холедохолитотомия, литоэкстракция и наружное дренирование холедоха выполнены 18 (32,1%) пациентам. Холецистэктомия, холедохолитотомия и разобщение пузырно-холедохеального и холедохо-дуоденального свищей с наружным дренированием

холедоха – 3 (5,4%). После соответствующей санации холедоха при ТХЭ у 18 (32,1%) пациентов операция завершена дренированием по Керу (n=11) и Робсону (n=10).

Осложнений на операционном столе не было отмечено. В послеоперационном периоде в основной группе осложнения имели место у 3 (5,0%) пациентов (нагноение троакарной раны – у 2, послеоперационная застойная пневмония – у 1). В контрольной группе послеоперационные специфические осложнения отмечены в 7 (12,5%) наблюдениях (формирование подкапсульной гематомы печени с последующим ее разрывом – у 1, желчный перитонит, развившийся после удаления дренажа Кера, – у 2, желчеистечение – у 2, нагноение раны – у 2). Двое

пациентов с желчным перитонитом были повторно оперированы. В 4 (7,1%) случаях в раннем послеоперационном периоде были отмечены явления застойной пневмонии, что негативно повлияло на течение заболевания. Умер один (1,8%) больной от острой сердечно-сосудистой недостаточности на фоне желчного перитонита и сепсиса.

Заключение

У пациентов с ожирением двухэтапные миниинвазивные методы лечения являются методом выбора, так как значительно уменьшают количество послеоперационных осложнений и летальных исходов.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 6-13 см. в REFERENCES)

1. Антонюк О.С., Шаповалов И.Н., Ярошчак С.В. и др. Лапароскопическая лазерная холедохолитотрипсия. // Вестник неотложной и восстановительной хирургии. 2019. №1(4). С. 8-10.
2. Беспалова И.Д., Рязанцева Н.В., Калюжин В.В., Дзюман А.Н. и др. Клинико-морфологические параллели при абдоминальном ожирении. // Бюллетень СО РАМН. 2014. №4(34). С. 51-58.
3. Махмадов Ф.И., Каримов П.Ш., Мирбегиев Дж. Результаты лапароскопической холецистэктомии у больных с высоким операционным риском. // Вестник Авиценны. 2019. №1(21). С. 121-128.
4. Махмадов Ф.И., Махмадёрв Х.Ш., Мирбегиев Дж. Улучшение результатов острого билиарного панкреатита. // Здравоохранение Таджикистана. 2018. №4(339). С. 25-30.
5. Шаповалов И.Н., Голубицкий К.О., Антонюк О.С. и др. Сравнительный анализ традиционных и малоинвазивных методик лечения холедохолитиаза. // Университетская клиника. 2019. № 4(33). С. 8-10.

REFERENCES

1. Antonyuk O.S., Shapovalov I.N., Yaroshchak S.V. Laparoskopicheskaya lazernaya kholdokholitotripsiya [Laparoscopic laser choledocholithotripsy]. *Vestnik neotlozhnoy i vosstanovitel'noy khirurgii – Bulletin of urgent and recovery surgery*, 2019, No. 1 (4), pp. 8-10.
2. Bepalova I.D., Ryazantseva N.V., Kalyuzhin V.V., Dzyuman A.N. Kliniko-morfologicheskie paralleli pri abdominalnom ozhireniy [Clinical and morphological parallels in abdominal obesity]. *Byulleten Sibirskogo otdeleniya Rossiyskoy akademii meditsinskikh nauk – Bulletin of the Siberian Branch of the Russian Academy of Medical Sciences*, 2014, No. 4 (34), pp. 51-58.
3. Makhmadov F.I., Karimov P.Sh., Mirbegiev Dzh. Rezultaty laparoskopicheskoy kholdtsistektomii u bolnykh s vysokim operatsionnym riskom [Results of laparoscopic cholecystectomy in patients with high

operational risk]. *Vestnik Avitsenny – Avicenna Bulletin*, 2019, No. 1 (21), pp. 121-128.

4. Makhmadov F.I., Makhmadyorov Kh.Sh., Mirbegiev Dzh. Uluchshenie rezultatov ostrogo biliarnogo pankreatita [Improving Outcomes of Acute Biliary Pancreatitis]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2018, No. 4 (339), pp. 25-30.

5. Shapovalov I.N., Golubitskiy K.O., Antonyuk O.S. Sravnitel'nyy analiz traditsionnykh i maloinvazivnykh metodik lecheniya kholdokholitiya [Comparative analysis of traditional and minimally invasive methods of treatment of choledocholithiasis]. *Universitetskaya klinika – University clinic*, 2019, No. 4 (33), pp. 8-10.

6. Li Z.Q., Sun J.X., Li B. Meta-analysis of single-stage versus two-staged management for concomitant gallstones and common bile duct stones. *Journal of Minimal Access Surgery*, 2020, No. 16, pp. 206-214.

7. Singh A.N., Kilambi R. Single-stage laparoscopic common bile duct exploration and cholecystectomy versus two-stage endoscopic stone extraction followed by laparoscopic cholecystectomy for patients with gallbladder stones with common bile duct stones: systematic review and meta-analysis of randomized trials with trial sequential analysis. *Surgery and Endoscopy*, 2018, Vol. 32, pp. 3763-3776.

8. Schacher F.C., Giongo S.M., Teixeira F.J., Mattos Â.Z. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography versus surgery for choledocholithiasis: a meta-analysis. *Annals of Hepatology*, 2019, No. 18, pp. 595-600.

9. Gantois D., Goudard Y., Bourgouin S. One-stage laparoscopic procedure versus two-stage procedure in the management of common bile duct stones in patients aged 75 and more. *Journal of Visceral Surgery*, 2020, No. 157, pp. 99-106.

10. Yoo E.S., Yoo B.M., Kim J.H. Evaluation of risk factors for recurrent primary common bile duct stone in patients with cholecystectomy. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 2018, No. 53, pp. 466-470.

11. Parra-Membrives P., Martínez-Baena D., Lorente-Herce J.M. Choledocholithiasis recurrence following laparoscopic common bile duct exploration. *Cirugía Española*, 2019, No. 97, pp. 336- 342.

12. Al-Temimi M.H., Kim E.G., Chandrasekaran B. Laparoscopic common bile duct exploration versus endoscopic retrograde cholangiopancreatography for choledocholithiasis found at time of laparoscopic cholecystectomy: analysis of a large integrated health care system database. *American Journal of Surgery*, 2017, No. 214, pp. 1075-1079.

13. Gomez D., Cabrera L.F., Villarreal R. Laparoscopic common bile duct exploration with primary closure after failed endoscopic retrograde cholangiopancreatography without intraoperative cholangiography: a case series from a referral center in Bogota, Colombia.

Journal of Laparoendoscopic and Advanced Surgical Techniques, 2020, No. 30, pp. 267-272.

Сведения об авторе:

Махмадов Фарух Исроилович – профессор кафедры хирургических болезней №1 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибн Сино; д.м.н., профессор
Нажмудинов Ф.Н. – ассистент кафедры хирургических болезней №1 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибн Сино

Контактная информация:

Контактная информация:

Махмадов Фарух Исроилович – тел.: (+992) 900 75 44 90;
e-mail: fmahmadov@mail.ru

^{1,2}Расулов С.Р., ²Ганиев Д.Ф.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН ЗА 2016-2020 ГГ.

¹ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

²ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН РТ

^{1,2}Rasulov S.R., ²Ganiev D.F.

DYNAMICS OF MORBIDITY AND MORTALITY FROM BREAST CANCER IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN FOR 2016-2020

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

²State Establishment "Republican Cancer Research Center" of the Ministry of Health and Social Protection of Population of the Republic of Tajikistan

Цель исследования. Изучить динамику показателей заболеваемости и смертности от рака молочной железы в Республике Таджикистан за период с 2016 г. по 2020 г.

Материал и методы. Изучены клинические данные 2357 женщин, взятых на учет по поводу рака молочной железы (РМЖ) в период с 2016 по 2020 гг. (по данным организационно-методического отдела РОНЦ и Республиканского Центра медицинской статистики и информации Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан).

Результаты. В 2016 год взято на учет 462 больных, в 2019 году выявлено 506, что в 1,1 раза больше. Ежегодный прирост заболеваемости РМЖ с 2016 г. по 2019 г. составил 1,0-1,1 раз. Наименьшие показатели заболеваемости установлены в 2020 году, что, вероятнее всего, не представляет истинной картины и связано со снижением обращаемости женщин и выявления РМЖ по известным проблемам пандемии COVID-19. При обращении 71,9% больных имели I-II стадии, 14,5% больных обратились в III стадии и 13,4% - в IV стадии процесса. Показатели смертности в 2016 г. и 2020 г. составили соответственно 312 и 260, что указывает на снижение смертности в 1,2 раза.

Заключение. Ежегодный прирост заболеваемости РМЖ в Республике Таджикистан составляет 1,0-1,1 раза. Смертность от РМЖ в республике из года в год снижается, в среднем в 1,2 раза. Показатель ежегодного снижения смертности составляет 1,5%.

Ключевые слова: рак молочной железы, заболеваемость, смертность

Aim. To study the dynamics of morbidity and mortality from breast cancer in the Republic of Tajikistan for the period from 2016 to 2020.

Material and methods. The clinical data of 2357 women registered for breast cancer (BC) in the period from 2016 to 2020 were studied according to the organizational and methodological department of the RSC and the Republican Center for Medical Statistics and Information of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan.

Results. In 2016, 462 patients were registered, and in 2019, 506 were identified, which is 1.1 times more. The annual increase in the incidence of breast cancer from 2016 to 2019 was 1.0-1.1 times. The lowest incidence rates were established in 2020, which is probably not true and is associated with a decrease in the incidence of women and the detection of breast cancer on known problems of the COVID-19 pandemic. When applying, 71.9% of patients had stages I-II, 14.5% of patients applied in stage III and 13.4% - in stage IV of the process. Mortality rates in 2016 and 2020 they were 312 and 260, respectively, which indicates a 1.2-fold decrease in mortality.

Conclusion. The annual increase in the incidence of breast cancer in the Republic of Tajikistan was 1.0-1.1 times. Mortality from breast cancer in the republic decreases by 1.1 times from year to year. The annual mortality reduction rate is 1.5%.

Key words: breast cancer, morbidity, mortality

Актуальность

Рак молочной железы (РМЖ) - наиболее распространенная злокачественная опухоль в большинство стран мира, занимает первое место в структуре мировой онкологической заболеваемости женского населения. По последним данным ВОЗ, в 2020 году во всем мире у 2,3 миллиона женщин был диагностирован РМЖ, что составило 11,7% от общего количества всех злокачественных новообразований (ЗНО), из них 685 000 человек умерли [5]. Ежегодный прирост заболеваемости составляет 1,2-1,5%. В Российской Федерации в 2019 году выявлены 73 918 случаев РМЖ у женщин, что составило 11,6% среди всех ЗНО населения, умерли 21 720 женщин [2].

Несмотря на ежегодный рост заболеваемости, отмечается ежегодная тенденция снижения смертности от РМЖ в большинстве стран мира. По данным ВОЗ, стандартизированная по возрасту смертность от рака молочной железы в странах с высоким уровнем дохода снизилась на 40% в период с 1980-х по 2020 год. Ежегодное снижение смертности от РМЖ в этих странах составляет 2-4% в год [5]. Это прежде всего связано с широким применением маммографического скрининга, что способствует раннему выявлению РМЖ, появление в арсенале онкологов современных химиопрепаратов, гормональных средств и таргетных препаратов.

В развитых странах, прежде всего благодаря налаженной системе маммографического скрининга, количество больных, выявленных в I - II стадиях, из года в год увеличивается. Доля больных, выявленных в I - II стадиях в развитых странах превышает 70%. По данным ракового регистра Республики Корея (Южная Корея), за 2017 год на долю больных с впервые диагностированными случаями РМЖ с I - II стадиями приходится 72,5%, III стадией - 7,8 % и IV стадии - 0,8 % [4]. В Нидерландах в 2019 году выявлены с I - II стадиями РМЖ 73% женщин, с III стадией - 8% и IV стадией - 5% [3].

В Российской Федерации в 2019 году удельный вес больных с I - II стадиями составил 71,8%, III стадией - 20,2% и IV стадией - 7,5% [1].

Цель исследования

Изучать динамику показателей заболеваемости и смертности от рака молочной

железы в Республике Таджикистан за период с 2016 по 2020 гг.

Материал и методы исследования

Изучены клинические данные 2357 женщин, взятых на учет по поводу РМЖ в период с 2016 по 2020 гг. по данным организационно-методического отдела «Республиканского онкологического научного центра» и «Республиканского центра медицинской статистики и информации» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. Подвергались анализу количество впервые выявленных случаев РМЖ среди женщин по указанным годам, возрастные показатели, стадии заболевания и случаи смертности.

Статистическая обработка данных проведена с использованием показателей наглядности и экстенсивности относительной величины.

Результаты и их обсуждение

Статистический анализ, проведенный за 2016-2020 гг., показал, что заболеваемость раком молочной железы в Республике Таджикистан также имеет тенденцию к ежегодному росту. Если в 2016 год взято на учет 462 больных, в 2018 год - 468 больных, то в 2019 году их выявлено - 506, что в 1,1 раза больше. Ежегодный прирост заболеваемости РМЖ с 2016 г. по 2019 г. составил 1,0-1,1 раз. Следует обратить внимание на частоту заболеваемости в 2020 году. В 2020 году взято на учет 466 больных, что на 40 больных меньше, чем в 2019 год. Низкий показатель выявляемости РМЖ в 2020 году мы связываем со снижением обращаемости женщин по известным проблемам пандемии COVID-19.

Анализ случаев смерти от РМЖ среди больных, находящихся на учете на конец каждого отчетного года, показал, что смертность от РМЖ из года в год уменьшается. Численные показатели заболеваемости и смертности приведены в ниже представленном рисунке (рис. 1).

Из 2008 женщин, находившихся на учете с РМЖ на конец 2016 года, умерли 312 пациентов, что составило 15,5%. В 2017 году из 2102 больных, находившихся на учете, умерли 163 женщины, что составляет 7,8%. Из 2268 женщин, находившихся под наблюдением на конец 2018 года, умерли 240 больных, что

составляет 10,6%. В конце 2019 года на учете находились 2489 женщин с РМЖ, из них умерли 291, что составляет 11,7%. В конце 2020 года на учете с РМЖ находились 3138

женщин, из них в отчетном году умерли 260 пациенток, что составило 8,3%. Данные о динамике смертности больных РМЖ по годам приведены в таблице 1.

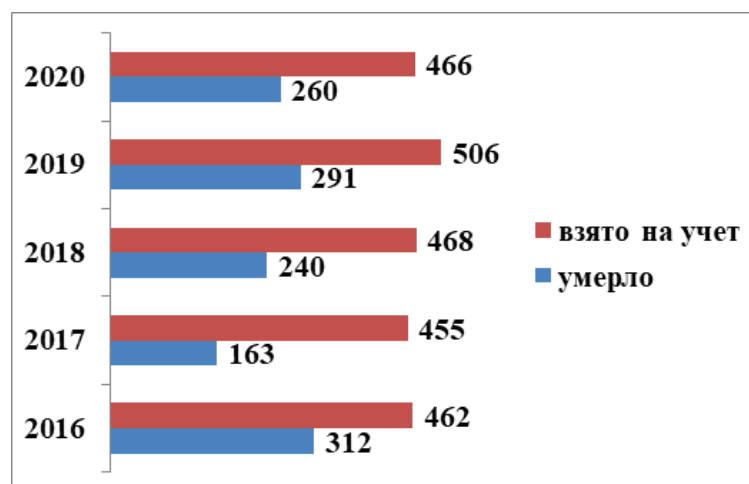


Рис. 1. Частота заболеваемости и смертности за 2016-2020 гг.

Таблица 1

Динамика смертности больных РМЖ по годам

Годы	Находились под наблюдением	Умерли	%
2016	2008	312	15,5
2017	2102	163	7,8
2018	2268	240	10,6
2019	2489	291	11,7
2020	3138	260	8,3

Таким образом, несмотря на ежегодный прирост количества больных, находившихся под наблюдением, смертность в процентном соотношении имеет тенденцию к снижению. Увеличение количества маммографических рентгенаппаратов, доступность современных химиопрепаратов, гормональных средств и таргетных препаратов для населения, а также рост онкологической настороженности среди врачей первичного звена здравоохранения

способствуют ежегодному снижению смертности от РМЖ в Республики Таджикистан.

Изучение возрастных данных больных РМЖ показало, что больные находились в возрасте от 20 до 65 лет и старше. Наиболее часто РМЖ выявлен у лиц репродуктивного и трудоспособного возраста от 35 до 64 лет, что составило 77,6%. Пик заболеваемости РМЖ приходится на возраст 45-54 годы, что составило 29,4% (табл. 2).

Таблица 1

Частота заболеваемости РМЖ по годам и возрасту

Годы	Возраст больных, лет						Всего
	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	
2016	5	37	91	127	148	54	462
2017	15	37	78	133	130	62	455
2018	2	43	118	143	117	45	468
2019	18	37	106	153	122	70	506
2020	4	39	112	136	116	59	466
Всего	44	193	505	692	633	290	2357
	1,9%	8,2%	21,4%	29,4%	26,9%	12,3%	100%

Анализ распространенности опухолевого процесса показал, что 71,9% (1696) больных при обращении имели I-II стадии,

14,5% (341) больных обратились в III стадии и 13,4% (315) – в IV стадии процесса (рис. 2).

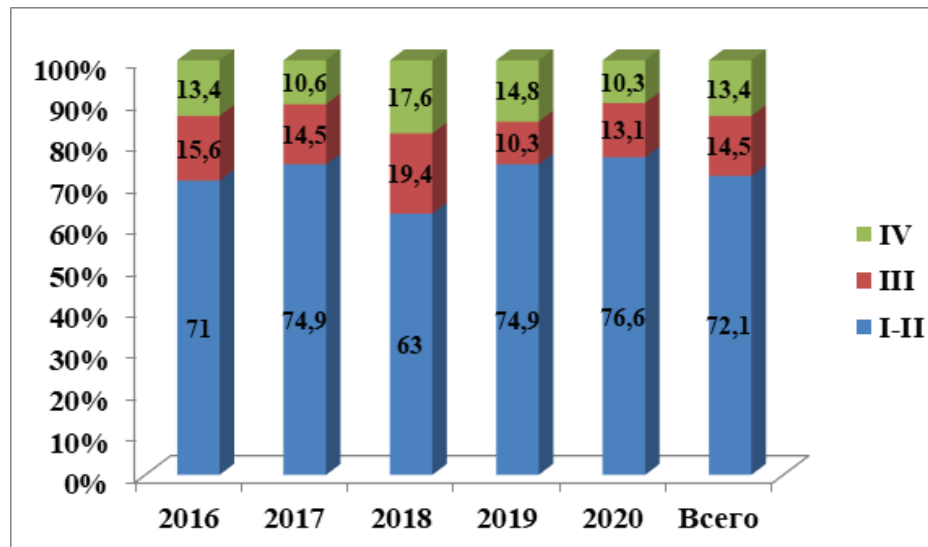


Рис. 2. Экстенсивные показатели заболеваемости по стадиям

Как видно из диаграммы, выявляемость больных в I-II стадиях из года в год улучшается (63% в 2018 году против 76,6% в 2020 году), соответственно наблюдается снижение показателей при других стадиях (с 15,6% в 2016 году до 13,1% в 2020 году с III стадией и с 13,4% в 2016 году до 10,3% в 2020 году с IV стадией).

Заключение

Отмечается ежегодный рост заболеваемости РМЖ в Республике Таджикистан, как и в большинстве стран мира. Ежегодный прирост заболеваемости РМЖ составил 1,0-1,1 раз. Среди больных с впервые выявленным РМЖ 71,9% имели I-II стадии, 14,5% больных

обратились в III стадии и 13,4% - в IV стадии процесса. Наиболее часто РМЖ выявляется у лиц репродуктивного и трудоспособного возраста от 35 до 64 лет, что составило 77,6%. Пик заболеваемости РМЖ приходится на возраст 45-54 года, что составило 29,4%.

Смертность от РМЖ в республике из года в год снижается, в среднем в 1,1 раза, что свидетельствует об увеличении раннего выявления РМЖ и эффективности лечебных мероприятий.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 3-5 см. в REFERENCES)

1. Каприн А.Д. Состояние онкологической помощи населению России в 2019 году / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2020. 239 с.

2. Каприн А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2019 году (заболеваемость и смертность) / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой. М., 2020. 252 с.

REFERENCES

1. Kaprin A.D. *Sostoyaniye onkologicheskoy pomoshchi naseleniyu Rossii v 2019 godu* [The state of oncological care for the population of Russia in 2019]. Moscow., MNIOI im. P.A. Gertsena Publ., 2020. 239 p.

2. Kaprin A.D. *Zlokachestvennyye novoobrazovaniya v Rossii v 2019 godu (zabolevaemost i smertnost)* [Malignant neoplasms in Russia in 2019 (morbidity and mortality)]. Moscow., 2020. 252 p.

3. Eijkelboom A. *Borstkanker in Nederland trends 1989–2019 gebaseerd op cijfers uit de Nederlandse Kankerregistratie: Rapport Borstkanker in Nederland*. Available at: <https://borstkanker.nl/sites/default/files/2020-10/>

4. Kang S.Y. Breast Cancer Statistics in Korea in 2017: Data from a Breast Cancer Registry. *Journal of Breast Cancer*, 2020, Vol. 23 (2), pp. 115-28.

5. World Health Organization. *Estimated number of cases in 2020, worldwide, both sexes, all ages*. Zheneva, 2020.

Сведения об авторах:

Расулов Самеъ Рахмонбердиевич – зав. кафедрой онкологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», д.м.н. Ганиев Диловар Файзалиевич – зам. директора по организационно-методической работы ГУРОНЦ МЗиСЗН РТ

Контактная информация:

Расулов Самеъ Рахмонбердиевич – тел.: (+992) 918 68 21 86; e-mail: same_rasulov@mail.ru

© Т.С. Саъдуллозода, 2022

УДК 616.379-008.64-06:616.2(575.3)

Саъдуллозода Т.С.

СТРУКТУРА ОСЛОЖНЕНИЙ И ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНОСТИ ОТ САХАРНОГО ДИАБЕТА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

ГУ «Республиканский клинический центр эндокринологии» МЗиСЗН РТ

Sadullozoda T.S.

THE STRUCTURE OF COMPLICATIONS AND THE MAIN CAUSES OF MORTALITY FROM DIABETES MELLITUS IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

State Institution "Republican Clinical Center of Endocrinology" MHCPP RT

Цель исследования. Изучить структуру осложнений и основные причины летальности от сахарного диабета.

Материал и методы. В основу работы положены результаты проведенного анализа историй болезней из различных регионов и эндокринологических центров республики. Вычислено абсолютное значение и процентное соотношение количества осложнений, а также данные всех официально зарегистрированных случаев смерти за период 2016 по 2020 гг. по всем регионам республики. Используются данные статистических отчетов по областям и регионам республики, которые внесены в общую базу данных.

Результаты. Лидирующее место по общему количеству основных осложнений сахарного диабета занимает Согдийская область - 48664 (35,6%) случая. Основная часть умерших приходится на пожилую возрастную группу, тогда как пациенты с инсулинзависимостью не доживают до 65 лет. Наиболее частыми причинами смерти у больных сахарным диабетом являются острая сердечно-сосудистая недостаточность, хроническая сердечно-сосудистая недостаточность, острое нарушение мозгового кровообращения, составляя в общем 65,6%.

Заключение. Анализ ситуации по осложнениям показал широкое разнообразие ранних и поздних осложнений, которые нами разделены на макроангиопатии и микроангиопатии. Из осложнений по типу макроангиопатий большая часть была представлена в виде сердечно-сосудистой патологии (31,7%). Из микроангиопатий осложнения регистрировались в виде диабетического поражения органа зрения и почек в виде диабетической нефропатии, ретинопатии (5,8% и 13,7% соответственно). Ведущими причинами смертности от сахарного диабета являются сердечно-сосудистые осложнения с приоритетом в сторону инфаркта миокарда (39,4%) с формированием кардиогенного шока и других осложнений.

Ключевые слова: сахарный диабет, осложнения, летальность

Aim. To study the structure of complications and the main causes of mortality from diabetes mellitus.

Material and methods. The work was based on the results of the analysis of case histories from various regions and endocrinological centers of the republic, and the absolute value and percentage of the number of complications were calculated, as well as data on all officially registered deaths for the period 2016 to 2020. in all regions of the republic. Also, data from statistical reports on regions and regions of the republic, which were included in a common database, were used.

Results. In terms of the level of complications of diabetes in the regional aspect, it can be said that the leading place in the total number of major complications is occupied by the Sughd region, accounting for 48664 (35,6%) cases of complications from diabetes mellitus. It has been established that the bulk of the deaths occur in the elderly, while patients with insulin dependence do not live to be 65 years old. The most common causes of death in patients with diabetes mellitus were acute cardiovascular insufficiency, chronic cardiovascular insufficiency, acute cerebrovascular accident, totaling 65,6%.

Conclusion. An analysis of the situation by complications showed a wide variety of early and late complications, which we divided into macroangiopathies and microangiopathies. Of the complications by the type of macroan-

giopathies, most of them were presented in the form of cardiovascular pathology (31,7%). From microangiopathies, complications were recorded in the form of diabetic lesions of the organs of vision and kidneys in the form of diabetic nephropathy, retinopathy, amounting to 5,8% and 13,7%, respectively. The leading causes of death from diabetes mellitus were cardiovascular complications with a priority towards myocardial infarction (39,4%) with the formation of cardiogenic shock and other complications.

Key words: *diabetes mellitus, complications, mortality*

Актуальность

На современном этапе сложилась ситуация, когда перед медицинской наукой возникла проблема ежегодного роста патологии неинфекционного генеза. Среди данных заболеваний сахарный диабет занимает лидирующее место, что обусловлено ростом факторов риска, а также полиорганностью поражения [1].

Прогнозная оценка экспертов ВОЗ предполагает прирост заболеваемости сахарный диабет с 250 млн в 2019 году до 400 млн человек к 2025 году с приоритетом заболеваемости в сторону сахарного диабета 2-го типа [1, 4]. В данном аспекте Республика Таджикистан не является исключением, здесь заболеваемость сахарным диабетом увеличивается с 34305 человек в 2016 году до 48337 человек в 2020 году.

Повышенный уровень глюкозы в крови неизбежно сопровождается нарушениями метаболического характера, способствуя развитию патологии внутренних органов, иммунного ответа организма, головного мозга со снижением функциональной способности.

С практической точки зрения проблема сахарного диабета усугубляется поздней обращаемостью населения, поздней диагностикой, частыми вариантами скрытой клинической картины заболевания, неспособностью населения оплатить адекватное лечение и другими факторами риска. Множество клинических случаев диагностируется на стадии формирования различных осложнений, когда медикаментозная терапия становится неэффективной. Зачастую возникшие сосудистые осложнения, а также гемодинамика во внутренних органах приобретают непоправимый характер [5].

Проведенные исследования показали, что к наиболее тяжелым последствиям осложнений следует отнести нередко встречающуюся слепоту, гангрену конечностей, патологию сердечно-сосудистой системы, хроническую почечную недостаточность, высокий риск внезапной смерти. Несомненно, что именно эти последствия являются основными причинами преждевременной смерти пациентов [2].

Эти обстоятельства, несомненно, способствуют ранней инвалидности и смертности,

которые обусловлены, в первую очередь, макро- и микроангиопатическими осложнениями (нефропатией, ретинопатией, инфарктом миокарда, артериальной гипертензией, энцефалопатией). Все эти осложнения являются зачастую основными причинами скоростной смерти [4].

Прогрессивный рост заболеваемости и смертности от сахарного диабета в республике за последние годы диктует необходимость воздействия на факторы риска, широкого внедрения мер профилактики и оптимизации методов лечения.

Цель исследования

Изучить структуру осложнений и основные причины летальности от сахарного диабета.

Материал и методы исследования

Для общего анализа состояния здоровья пациентов с сахарным диабетом важное значение имеют структура и частота осложнений, поскольку именно они являются факторами, снижающими качество жизни, а также обуславливают преждевременную летальность. В этой связи нами проведён анализ структуры основных осложнений, которые были зарегистрированы исключительно в медицинских учреждениях. Для подсчёта и анализа осложнений нами проведен анализ историй болезней из различных регионов и эндокринологических центров республики и было вычислено абсолютное значение и процентное соотношение количества осложнений. Процентное соотношение было вычислено по регионам республики от общего количества осложнений по республике, а также от общего количества аналогичных осложнений за годовой период. Для анализа причин и структуры летальности от сахарного диабета в Таджикистане нами проведено исследование и анализ всех официально зарегистрированных случаев смерти за период 2016 по 2020 гг. по всем регионам республики. Также были использованы данные статистических отчётов по областям и регионам республики, которые внесены в общую базу данных.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы StatsDirekt и Statistica 6.0.

Результаты и их обсуждение

Результаты анализа верифицированных осложнений показали, что всего с 2016 по 2020 гг. по республике в медицинских учреждениях зарегистрировано более 136479 осложнений по основным органам и системам (рис. 1).

Анализ ситуации показал широкое разнообразие ранних и поздних осложнений, которые нами были разделены на

макроангиопатии и микроангиопатии. Из осложнений по типу макроангиопатий большая часть была представлена сердечно-сосудистой патологией (31,7%). Микроангиопатии регистрировались в виде диабетического поражения органов зрения и почек и представлены диабетической нефропатией, ретинопатией, составляя соответственно (5,8% и 13,7%), а также прочих осложнений.

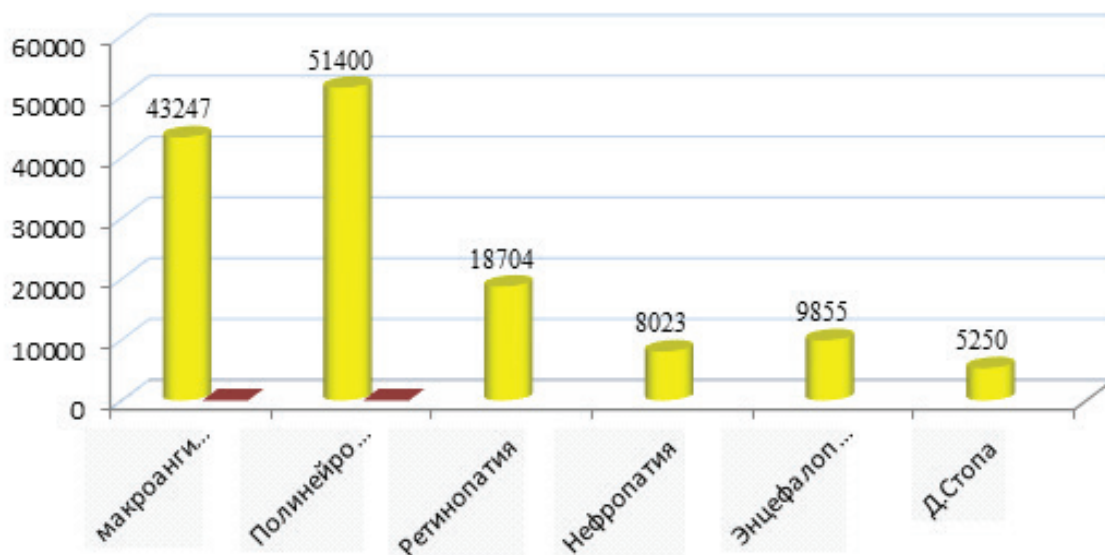


Рис. 1. Общее количество основных осложнений за период 2016-20 гг.

За анализируемый период с 2016 по 2020 годы из диабетических макроангиопатий было зарегистрировано более 43247 (31,7%) случаев по республике. Диабетическая макроангиопатия была представлена самым большим количеством и разнообразием формирования осложнений и коморбидности состояний в виде артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, инфарктом миокарда, цереброваскулярной патологией в виде нарушений мозгового кровообращения. Обращает на себя внимание то, что за исследуемый период во всех регионах республики прирост сосудистой ангиопатии составил более 1000 случаев.

Наибольшее количество осложнений за исследуемый период было зарегистрировано со стороны патологии нервной системы, которые выражались в различных морфологических типах полинейропатии. Так, общее количество диабетической полинейропатии составило 51400 (37,7%) от общего количества всех осложнений. Аналогично сосудистым нарушениям данная форма также была представлена большим разнообразием (трофической, двигательной, смешанной) полиневропатий, а также имела тенденцию к

неуклонному росту по годам во всех регионах республики.

Одним из наиболее настораживающих осложнений нередко была патология органа зрения в виде диабетической ретинопатии, которая регистрировалась в общем количестве 18704 (13,7%) случаев. Для пациентов с сахарным диабетом данная форма является наиболее опасной в плане снижения качества жизни, поскольку может приводить к полной потере зрения и слепоте. Среди патологии глаз наиболее часто встречался гемофтальм, открытоугольная форма глаукомы, отслойка сетчатки, а также выявлены случаи полной потери зрения (слепота).

Диабетическая нефропатия регистрировалась с частотой 8023 (5,8%) случаев. В большинстве случаев нефропатия сочеталась с хроническими формами пиелонефрита, а также кистозной болезнью почек. При этом они являлись спутниками до формирования хронической почечной недостаточности и даже на стадиях гемодиализа. Так, при сахарном диабете 1 типа данное осложнение составило 1,7%, тогда как при сахарном диабете 2 типа показатель составил 4,1%.

Рассматривая осложнения диабета в региональном аспекте (рис. 2) можно сказать, что лидирующее место по общему количеству основных осложнений занимает Согдийская область, составляя 48664 (35,6%) случая осложнений от сахарного диабета. Среди всех осложнений, регистрируемых в Согдийской области, на первый план выступает диабетическая макроангиопатия.

Далее по частоте регистрации осложнений находится г. Душанбе, где общее количество осложнений за исследуемый период составило 29311 случаев. Среди данных осложнений лидирующими были сосудистая макроангиопатия и диабетическая полинейропатии - соответственно 12458 и 12615 случаев. Не менее редким осложнением явилась диабетическая ретинопатия - 1588 случаев. Наименьшим по количеству осложнения явилась диабетическая стопа - 683 случая. Диабетическая нефропатия и энцефалопатия соответственно за исследуемый период составили 1076 и 891 случаев.

В Хатлонской области за исследуемый период максимальное количество осложнений было со стороны полинейропатии, составляя 11825 случаев. Количество макроангиопатий было 8463 случаев. Ретинопатии и нефропатии составили соответственно 4640 и 1388

случаев. Диабетическая стопа регистрировалась в 2 раза реже, чем других регионах, и составила 1395 случаев. Нефропатия и энцефалопатия соответственно составили 1388 и 1362 случаев. Общее количество всех осложнений составило 29073.

По районам РРП общее количество осложнений регистрировалось значительно меньше, за исключением полинейропатии, которая по количеству осложнений приближалась к другим регионам республики и составила 11556 случаев. Значительно меньше регистрировалась диабетическая стопа - 921 случай. Общее количество осложнений было 29234. Макроангиопатия составила 7104 случая, что в 2 раза меньше, по сравнению с г. Душанбе и Согдийской областью. Ретинопатия выявлялась в 5925 случаях. Однако уровень нефропатии составил 1599, что может свидетельствовать о коморбидности с хроническими воспалительными заболеваниями почек. Имелось 2129 случаев энцефалопатии, что значительно меньше, по сравнению с Согдийской областью и г. Душанбе.

По ГБАО показатели общего количества осложнений были намного ниже, по сравнению с другими регионами, и не превышали 4-45 случаев по каждому осложнению за исследуемый период.



Рис. 2. Показатели частоты осложнений по основным регионам республики

Результаты исследования причин летальности показали, что большая часть пациентов умирает от инфаркта миокарда (39,4%). Анализ возрастного аспекта показал, что пик смертности приходится на пожилую возрастную группу от 65 до 73 лет с одинаковой частотой среди мужчин и женщин.

Так, общее количество смертных случаев, официально зарегистрированных в медицинских учреждениях, составило 9438 (рис. 3). Среди всех случаев смерти от сахарного диабета доля мужчин составила 4003 (42,4%)

и 5435 (57,6%) - женщин. Некоторое увеличение количества умерших лиц женского пола можно объяснить фактом высокой распространённости сахарного диабета (инсулинзависимого) среди лиц женского пола на фоне запредельных повышенных показателей индекса массы тела.

По результатам наших исследований, основная часть умерших приходится на пожилую возраст, тогда как пациенты с инсулинзависимостью не доживают до 65 лет. Наиболее частыми причинами смер-

ти у больных сахарным диабетом явились острая сердечно-сосудистая недостаточность, хроническая сердечно-сосудистая недостаточность, острое нарушение мозгового кровообращения, составляя в общем 65,6%. При анализе динамики показателя

в 2016-2020 гг. не было зарегистрировано снижения смертности как при сахарном диабете 1, так и 2 типа. Из 9438 смертных случаев от сахарного диабета 1 типа умерло 1122 (11,8%) пациента и 8316 (88,2%) пациентов от 2 типа.

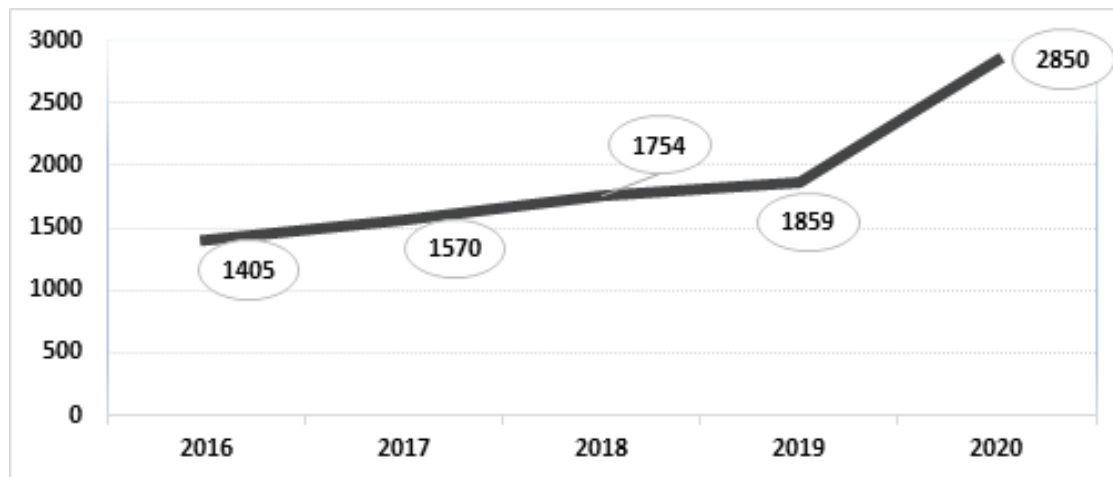


Рис. 3. Общее количество основных осложнений за период 2016-2020 гг.

Далее по частоте причин смертности занимает онкологическая патология (10,4%), которая с каждым годом увеличивается. Патогенетическим особенностям прогрессирования онкологических заболеваний в литературе по сегодняшний день нет достоверных объяснений. Однако в данном плане большинство авторов отмечают сниженный иммунитет и инфекционную патологию, что наблюдается у 2,4% пациентов. На фоне тяжелого клинического течения и декомпенсации сахарного диабета немало пациентов умирает от почечной недостаточности (10,1%). Так, формирование диабетической микроангиопатии в почках характеризуется узелковой или диффузной формами гломерулосклероза. Это состояние всегда отражается повышенным уровнем креатинина и мочевины с усугублением клинической картины анемии и сердечно-сосудистой патологии. Вследствие патологии лёгких пациенты с сахарным диабетом умирали за исследуемый период в 1,8% случаев. Рентгенологическими признаками у умерших пациентов были признаки воспалительных изменений, специфические туберкулёзные изменения. Из специфических признаков были нарушения микроциркуляции, которые характеризовались уплотненными и кальцинированными лимфатическими узлами, субальвеолярными пулами, плевральными спайками, дегенеративно-дистрофическими процессами в лёгочной ткани. Положительной стороной анализа явилась

тенденция снижения показателя смерти из-за диабетической комы (до 7,6%). Данный показатель отражает «истинные диабетические» причины смерти.

Снижение может свидетельствовать об эффективности проводимой терапии, её адекватности и высокой квалификации врачей интенсивной терапии.

Однако необходимо отметить, что реальный показатель смертности может быть и выше, чем представлено, поскольку пациенты, умирающие в домашних условиях, зачастую имеют посмертный диагноз «Острая сердечно-сосудистая патология». Данная группа умерших пациентов неизбежно покидает группу умерших от сахарного диабета. В то же время эти пациенты входят в группу общих с летальностью от сердечно-сосудистой патологии. При анализе причин смерти в домашних условиях или других обстоятельствах причина смерти остаётся не указанной и часть пациентов остаётся с неустановленной причиной смерти.

Прогрессивной рост заболеваемости и смертности от сахарного диабета в республике за последние годы диктует необходимость воздействия на факторы риска, широкого внедрения мер профилактики и оптимизации методов лечения. Таким образом, показатели летальности позволяют утверждать о высоком росте количества смертных случаев вследствие сахарного диабета, а ежегодный прирост в среднем составляет более 200 пациентов.

Заключение

Анализ ситуации по осложнениям показал широкое разнообразие ранних и поздних осложнений, которые нами были разделены на макроангиопатии и микроангиопатии. Из осложнений по типу макроангиопатий большая часть представлена сердечно-сосудистой патологией (31,7%). Из микроангиопатий осложнения регистрировались в виде диабетического поражения органа зрения и почек в виде диабетической нефропатии, ретинопатии, составляя соответственно 5,8% и 13,7%.

Ведущими причинами смертности от сахарного диабета явились сердечно-сосудистые осложнения с приоритетом в

сторону инфаркта миокарда (39,4%) с формированием кардиогенного шока и других осложнений. В действительности показатели смертности могут быть более высокими, поскольку часть пациентов с сахарным диабетом, умерших вследствие других причин в различных клиниках республики, не учитываются. Следовательно, в республике существует проблема при регистрации причин смерти. Это объясняется тем, что не всегда в общей структуре смертности имеется возможность определить и выделить сахарный диабет. Очевидно, что среди медицинских специалистов наблюдается недооценка сахарного диабета, как основной причины смерти.

ЛИТЕРАТУРА (п. 7 см. в REFERENCES)

1. Глобальный доклад по диабету [Global report on diabetes]. Женева: Всемирная Организация Здравоохранения, 2018. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.who.int/diabetes/global-report/ru/> (дата обращения 09.01.2022).

2. Головин Д.А., Лелюк С.Э., Лелюк В.Г. Ультразвуковая оценка выраженности диабетической макро- и микроангиопатии у больных сахарным диабетом 2-го типа // Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2016. № 3. С. 72-81.

3. Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова О.К. Эпидемиология сахарного диабета в Российской Федерации: клинико-статистический анализ по данным Федерального регистра сахарного диабета. // Сахарный диабет. 2017. Т. 20(1). С. 13-41

4. Починка И.Г., Стронгин Л.Г., Ботова С.Н. и др. Влияние сахарного диабета 2-го типа на 5-летнюю выживаемость пациентов, госпитализированных с острой декомпенсацией сердечной недостаточности // Хроническая сердечная недостаточность. 2017. №57 (9). С. 14-19.

5. Полянцева А.А., Фролов Д.В., Линченко Д.В. и др. Нарушение гемостаза у больных сахарным диабетом // Вестник ВолГМУ. 2017. № 3 (63). С. 16-22.

6. Тарасенко Н.А. Сахарный диабет: действительность, прогнозы, профилактика // Современные проблемы науки и образования. 2017. № 6. URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=27144> (дата обращения: 09.01.2022).

REFERENCES

1. *Globalnyy doklad po diabētu* [Global report on diabetes]. Zheneva, Vsemirnaya Organizatsiya Zdravookhraneniya Publ., 2018. Available at: <https://www.who.int/diabetes/global-report/ru/> (data obrashcheniya 09.01.2022).

2. Golovin D.A., Lelyuk S.E., Lelyuk V.G. *Ultrazvukovaya otsenka vyrazhennosti diabeticheskoy makro- i mikroangiopatii u bolnykh sakharnym diabetom 2-go tipa* [Ultrasound assessment of the severity of diabetic macro- and microangiopathy in patients with type 2 diabetes

mellitus]. *Ultrazvukovaya i funktsionalnaya diagnostika – Ultrasound and functional diagnostics*, 2016, No. 3, pp. 72-81.

3. Dedov I.I., Shestakova M.V., Vikulova O.K. *Epidemiologiya sakharnogo diabeta v Rossiyskoy Federatsii: kliniko-statisticheskiy analiz po dannym Federalnogo registra sakharnogo diabeta* [Epidemiology of Diabetes Mellitus in the Russian Federation: Clinical and Statistical Analysis According to the Federal Register of Diabetes Mellitus]. *Sakharnyy diabet – Diabetes*, 2017, Vol. 20 (1), pp. 13-41

4. Pochinka I.G., Strongin L.G., Botova S.N. *Vliyaniye sakharnogo diabeta 2-go tipa na 5-letnyuyu vyzhivaemost patsientov, hospitalizirovannykh s ostroy dekompensatsiyey serdechnoy nedostatochnosti* [Effect of type 2 diabetes mellitus on 5-year survival of patients hospitalized with acute decompensation of heart failure]. *Khronicheskaya serdechnaya nedostatochnost – Chronic heart failure*, 2017, No. 57 (9), pp. 14-19.

5. Polyantsev A.A., Frolov D.V., Linchenko D.V. *Narusheniye gemostaza u bolnykh sakharnym diabetom* [Impaired hemostasis in patients with diabetes mellitus]. *Vestnik Volgogradskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta – Journal of Volgograd State Medical University*, 2017, No. 3 (63), pp. 16-22.

6. Tarasenko N.A. *Sakharnyy diabet: deystvitelnost, prognozy, profilaktika* [Diabetes mellitus: reality, forecasts, prevention]. *Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya – Modern Problems of Science and Education*, 2017, No. 6. Available at: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=27144> (data obrashcheniya: 09.01.2022).

7. *International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 8th edition*. Brussels, Belgium, 2017. Available at: <https://diabetesatlas.org/resources/2017-atlas.html> (дата обращения: 12.10.2021).

Сведения об авторе:

Сагдуллозода Тохир Сагдулло – директор ГУ «Республиканский клинический центр эндокринологии» МЗиСЗН РТ

Контактная информация:

Сагдуллозода Тохир Сагдулло – тел: (+992) 3722 36 2686; e-mail: mjke.com@mail.ru

^{1,2}Файзуллоев Х.Т.

ФРАКТАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВАРИАЦИИ КАРДИОИНТЕРВАЛА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ И ПРИ ИХ СОЧЕТАНИИ

¹ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии» МЗиСЗН РТ

²ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации» УЗ г. Душанбе

^{1,2}Fayzulloev KH.T.

FRactal ANALYSIS OF CARDIOINTERVAL VARIATIONS IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION, ISCHEMIC STROKE AND THEIR COMBINATION

¹State Establishment «Republican Clinical Center of Cardiology» of the Ministry of Health and Social Protection of Population of the Republic of Tajikistan

²State Establishment «City Scientific Center of Reanimation and Detoxification» of the Dushanbe Health Department

Цель исследования. Изучить фрактальный анализ вариации кардиоинтервала у больных инфарктом миокарда, ишемическим инсультом и при их сочетании.

Материал и методы. Исследование проведено у 225 человек: 1 группа - 100 пациентов с инфарктом миокарда (ИМ), 2 группа - 60 с ишемическим инсультом (ИИ), 3 группа - 35 с сочетанным ИМ и ИИ; контрольная группа - 30 здоровых человек. Из общего их количества больных мужчин было 122 (62,5%), женщин - 73 (37,4%). Средний возраст больных с ИМ составил $54,4 \pm 1,4$ года, с ИИ - $56,4 \pm 1,4$ года, ИМ+ИИ - $55,4 \pm 1,4$ года.

Фрактальный анализ вариации кардиоинтервала у больных проводился по методике Н.И. Музалевской и В.М. Урицкого. Определялись параметры: RR (мс) - длительность кардиоинтервала; σ_{RR} - стандартное отклонение вариаций интервала R-R от среднего значения ($R-R_{cp}$), β - характеризующая степень интеграции системных связей, формирующих экстракардиальную регуляцию со стороны центральных отделов нервной системы.

Результаты. Дисбаланс показателей σ_{RR} , β свидетельствует о широком изменении динамического диапазона $R-R_{cp}$, т.е. адаптационную нагрузку у больных ИМ, ИИ, ИМ+ИИ при средне тяжелом течении заболевания и фактическую потерю устойчивости регуляции сердечного ритма при тяжелом и крайне тяжелом состоянии этих больных.

Заключение. Проведенные исследования фрактального анализа показали эффективность, доступность, высокую информативность этой неинвазивной методики для оценки функционального состояния вегетативной нервной системы по вегетативной регуляции и вариабельности сердечного ритма, который является надёжным и независимым прогностическим показателем при сердечно-сосудистых заболеваниях.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, ишемический инсульт, фрактальный анализ вариации кардиоинтервала

Aim. To study the fractal analysis of cardiointerval variations in patients with myocardial infarction, ischemic stroke, and their combination.

Material and methods. The studies were conducted in 225 people: group 1 - 100 patients with myocardial infarction (MI), group 2 - 60 with ischemic stroke (IS), group 3 - 35 with combined MI and IS; control group - 30 healthy people. There were 122 men (62,5%), 73 women (37,4%). The average age of patients with MI was $54,4 \pm 1,4$ years, with IS - $56,4 \pm 1,4$ years, MI+AI - $55,4 \pm 1,4$ years.

Fractal analysis of cardiointerval variation in patients was carried out according to the method of N.I. Muzalevskaya and V.M. Uritsky. The parameters were determined: RR (mc) - the duration of the cardiointerval; σ_{RR} - standard deviation of R-R interval variations from the mean value ($R-R_{av}$), β - characterizing the degree of integration of systemic connections that form extracardiac regulation from the central parts of the nervous system.

Results. The imbalance of σ_{RR} , β indicators indicates a wide change in the dynamic range of $R-R_{av}$, i.e., adaptive load in patients with MI, IS, MI + IS in moderately severe course of the disease and the actual loss of stability of heart rate regulation in severe and extremely severe condition of these patients.

Conclusion. The conducted studies of fractal analysis have shown the effectiveness, availability, and high information content of this non-invasive technique for assessing the functional state of the autonomic nervous system by autonomic regulation and heart rate variability, which is a reliable and independent prognostic indicator for cardiovascular diseases.

Key words: myocardial infarction, ischemic stroke, fractal analysis of cardiointerval variations

Актуальность

Функционирование вегетативной нервной системы (ВНС) находится под влиянием ЦНС, гуморальных и рефлекторных влияний, находящихся в тесной взаимосвязи. К центральным механизмам управления сердечным ритмом относятся кора больших полушарий (обладает способностью как тормозить, так и облегчать рефлексы на сердце), гипоталамус (гипоталамические механизмы модулируют влияние на вазомоторный центр, сердечные рефлексы и обладают потенциальной возможностью интеграции парасимпатических и симпатических механизмов ВНС), ретикулярная формация (связывает все сенсорные, центральные и эффекторные мозговые структуры и формирует эфферентную импульсацию, определяя функциональную активность сердца), продолговатый мозг (бульбарные механизмы осуществляют тонические влияния на спинальные образования и реализацию сердечно-сосудистых рефлексов), а также непосредственно спинной мозг.

Важную составляющую часть регуляции деятельностью сердца представляют гуморальные механизмы: гормоны надпочечников мозгового (катехоламины, адреналин и норадреналин) и коркового (кортикостероиды) слоев; гормоны щитовидной железы – тироксин (Т4) и трийодтиронин (Т3); каликреин-кининовая система; электролиты и КОС и др.

В связи с этим больным с острыми заболеваниями сердца и головного мозга необходима клиническая и количественная оценка ВНС, т.е. симпатического, парасимпатического статуса и его баланса с целью своевременной диагностики и коррекции патогенетических составляющих при ИМ, ИИ и при их сочетании [1-6].

Цель исследования

Изучить фрактальный анализ вариации кардиоинтервала у больных инфарктом

миокарда, ишемическим инсультом и при их сочетании.

Материал и методы исследования

Исследования проведено у 225 человек. Из них 100 пациентов с ИМ - 1 группа, 60 с ИИ - 2 группа, 35 с сочетанным ИМ и ИИ - 3 группа, группа контроля - 30 практически здоровых человек. Из общего их количества 195 пациентов с ИМ, ИИ и их сочетанием мужчин было 122 (62,5%), женщин - 73 (37,4%). Средний возраст больных с ИМ составил $54,4 \pm 1,4$ года, ИИ - $56,4 \pm 1,4$ года, ИМ+ИИ - $55,4 \pm 1,4$ года.

Жителями городов и поселков городского типа оказались 110 (56,4%), села - 85 (43,5%) поступивших. Социальный статус: рабочие 57 (29,2%); служащие и работники интеллектуального труда 62 (31,7%), безработные 32 (16,4%), домохозяйки и надомные работники - 44 (22,5%).

В острейшем периоде от 3 до 6 часов в клинику поступили: из 1 группы больных 11 (11,0%; 5,6%), из 2 группы 14 (23,3%; 7,2%), из 3 группы 6 (17,1%; 3,1%) человек. Анализом показано позднее поступление больных во всех обследуемых группах: до 12 часов - из 1 группы госпитализированы 41 (41,0%; 21%), из 2 группы - 19 (31,6%; 9,7%), из 3 группы - 13 (37,1%; 6,6%) пациентов; 24 – 48 часов - 25 (25%; 12,8%), 16 (26,6%; 8,2%), 7 (20,0%; 3,6%); 48 – 72 часа - 16 (16,0%; 8,2%), 8 (13,3%; 4,1%), 3 (5,0%; 1,5%); 4 и более суток - 7 (7,0%; 3,6%), 5 (5,0%; 2,6%), 4 (6,6%; 2,1%) соответственно по группам.

При поступлении в клинику из 100 больных с ИМ 1 группы, 35 больных с ИМ+ИИ 3 группы были выявлены поражения миокарда различной локализации, глубины, варианты клинического дебюта, тяжести сердечной недостаточности, характера и частоты нарушений сердечного ритма и проводимости.

Из 100 больных первой группы с инфарктом миокарда поражение передний и

передне-перегородочный стенки отмечено у 22 (22,0%), у 10 (28,5%) больных из третьей группы (ИМ+ИИ); передне-базальный - 18 (18,0%) и 8 (22,8%); передний распространенный - 13 (13,0%) и 7 (20%); боковой - 9 (9,0%) и 3 (8,57%); боковой базальный - 14 (14,0%) и 1 (2,85%); заднедиафрагмальный - 10 (10,0%) и 2 (5,71%); циркулярный - 6 (6,0%) и 1 (2,85%); задне-базальный - 5 (5,0%) и 2 (5,71%); инфаркт правого желудочка - 3 (3,0%) и 1 (2,85%). Структурные изменения левого желудочка и нарушения ритма, проводимости в виде ремоделирования и гипертрофии левого желудочка выявлены у 49 (49,0%) и 28 (80,6%), миокардиты и перикардиты - у 4 (4,0%) и 1 (2,85%), желудочковые аритмии - у 12 (12,0%) и 7 (20%), предсердные аритмии - у 21 (21,0%) и 15 (42,8%), блокады ножки пучка Гиса - 9 (9,0%) и 4 (11,4%), пароксизмы мерцательной аритмии - у 7 (7,0%) и 5 (14,2%), нарушение реполяризации миокарда - у 41 (41,0%) и 28 (80,0%), транзиторные СА и АВ блокады - у 5 (5,0%) и 2 (5,71%), пристеночный тромб - у 2 (2,0%) и 1 (2,85%) соответственно.

Для объективизации неврологического статуса и тяжести состояния больных, а также для динамического контроля нами применялись общепризнанные балльные шкалы: Скандинавская (SSSG, 1985); Глазго (GCS, 1974); Бартела (Bartela, 1965); определялось функциональное состояние вегетативной нервной системы (ВНС). При поступлении по критериям Скандинавской шкалы легкая степень имела у 14 (23,3%), в 3 группе - у 6 (20,0%), средней степени - у 26 (43,4%) и 17 (48,6%), тяжелый инсульт - у 20 (33,3%) и 12 (34,3%) соответственно по группам.

Из 95 больных с острым ишемическим нарушением мозгового кровообращения клинически и по данным КТ было выявлено, что правостороннее поражение головного мозга имело в 46 (48,4%), левостороннее - в 49 (51,6%) случаях. Исследованиями также выявлено, что наиболее часто ишемические повреждения головного мозга происходили при изолированном ИИ и при сочетанном ИМ+ИИ в бассейнах: средней мозговой артерии - у 43 (71,6%) и у 26 (74,3%); передней мозговой артерии - у 13 (21,7%) и у 8 (22,9%), а также внутренней сонной артерии с тотальным распространением зоны на весь бассейн - у 4 (6,7%) и у 1 (2,8%) соответственно во 2 и 3 группах.

Для определения степени тяжести и прогнозирования в отделении реанимации и интенсивной терапии использовались балльные шкалы: АРАСНЕ III, а при разви-

тии полиорганной недостаточности - MODS (шкала полиорганной дисфункции). Во всех трех группах больных состояние оценивалось как средней (1.1; 2.1; 3.1 подгруппы), тяжелой (1.2; 2.2; 3.2 подгруппы) и крайне тяжелой (3.1; 3.2; 3.3 подгруппы) степеней: в 1 группе ИМ 1.1 - 44 (44,0%), 1.2 - 32 (32,0%), 1.3 - 24 (24,0%); во 2 группе ИИ - 2.1 - 30 (50,0%), 2.2 - 18 (30,0%), 2.3 - 12 (20,0%); в 3 группе ИМ+ИИ - 3.1 - 8 (22,8%), 3.2 - 16 (45,7%), 3.3 - 11 (31,4%) соответственно.

Для корректности и репрезентативности изучения были отобраны больные, которым диагноз был достоверно верифицирован не только клинически, но с помощью ЭКГ-, ЭХО- исследований и методом компьютерной томографии.

КТ головного мозга выполняли на рентгеновском томографе "Intellect" фирмы Шимадзу (Япония) шагом томографа 10 мм при толщине срезов 10 мм. Электрокардиография проводилась на 12-канальном аппарате "ARCHIMED, Personal 210" (Esaote, Италия) со стандартным усилением 1мВ.

Инструментальное исследование функционального состояния ВНС проводилось по методике Н.И. Музалевской и В.М. Урицкого (Российский центр фундаментальных и прикладных исследований для медицины при Санкт-Петербургском государственном университете). Этот метод исследования представляет собой анализ спектрального кардиоинтервала и проведение фрактальной оценки последовательности R-Ri. Исследование проводилось с помощью переносного ноутбука «Cortege 660 cm Toshiba» с последующей обработкой данных цифровым методом «on line» на компьютерной программе [3].

Нами проводилась 10-минутная запись ЭКГ по схеме первого стандартного отведения и регистрировались 256 кардиоциклов с записью R-R-интервалов. Перед процедурой обязательным условием являлся 10-минутный покой и отдых. Программное обеспечение, встроенное в «Cortege 660 cm Toshiba», определяло параметры: RR (mc) - длительность кардиоинтервала; σ_{RR} - стандартное отклонение вариаций интервала R-R от среднего значения ($R-R_{cp}$), характеризующая тонус стохастической регуляции ВСР, является количественной мерой колебаний, определяющая динамический диапазон изменения $R-R_{cp}$, т.е. фактическую устойчивость регуляции сердечного ритма, его адаптационную нагрузку, ригидность ритма или аритмия и др.; β - характеризующая степень интеграции системных связей, формирую-

щих ЭКР со стороны центральных отделов нервной системы.

Статистическая обработка материала проводилась на программе IBM SPSS Statistic 1.0.0.1298 по стандартным методикам вычислений показателей описательной статистики, дисперсионного анализа. Количественные данные в более 2-х независимых группах оценивали параметрическим методом однофакторным дисперсионным анализом (ANOVA). На первом этапе сравнения всех групп между собой определяли однородность групп по Levene's test. При однородных дисперсиях оценивали по F-критерию Фишера, при разнородных дисперсиях - по F-критерию Уэлча. В случае статистически значимых различий проводили post-hoc анализ. При однородных дисперсиях использовали критерий Шеффе, при разнородных дисперсиях Геймса-Хауэлла. Значимость различий определяли при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Нами проведена фрактальная оценка вариации кардиоинтервала у больных ИМ, ИИ и при их сочетании в зависимости от клинического течения и тяжести основной патологии.

Анализ длительности кардиоинтервала показал наличие у всех 195 пациентов ИМ, ИИ и ИМ+ИИ тахикардии, на что указывало достоверное снижение RR (мс) по отношению к показателям контрольной группы: у больных ИМ отмечалось уменьшение в 1.1 подгруппе на 22,8% ($p < 0,001$), в 1.2 подгруппе на 29,8% ($p < 0,001$), в 1.3 подгруппе на 46,1% ($p < 0,001$); у 60 больных ИИ в 2.1 подгруппе на 27,9% ($p < 0,001$), в 2.2 подгруппе на 34,3% ($p < 0,001$), в 2.3 подгруппе на 49,1% ($p < 0,001$); у 35 больных при сочетанном ИМ+ИИ в 3.1 подгруппе на 29,0% ($p < 0,001$), в 3.2 подгруппе на 34,9% ($p < 0,001$), в 3.3 подгруппе на 51,5% ($p < 0,001$) (табл.).

При внутригрупповом сравнении показателя RR (мс) в зависимости от тяжести состояния выявлено, что у больных отмечалось уменьшение длительности кардиоинтервала от 1 к 3 подгруппе: при ИМ - 1.1 подгруппы к 1.2 подгруппе на 6,5% ($p < 0,001$), 1.1 к 1.3 подгруппе на 6,4% ($p < 0,001$), 1.2 к 1.3 подгруппе на 5,6% ($p < 0,001$); при ИИ также наблюдались процессы нарастания тахикардии и снижения показателей RR: 2.1 подгруппы к 2.2 подгруппе на 1,6% ($p < 0,001$), 2.1 к 2.3 подгруппе на 1,0% ($p < 0,001$), 2.2 к 2.3 подгруппе на 4,6% ($p < 0,001$); при ИМ+ИИ достоверное уменьшение: 3.1 подгруппы к 3.2 подгруппе на 8,0% ($p < 0,001$), 3.1 к 3.3 подгруппе на 7,3% ($p < 0,001$), 3.2 и 3.3 подгруппы на 9,9% ($p < 0,001$) (табл.).

Анализ данных σ_{RR} показал, что по мере утяжеления больных ИМ, ИИ и ИМ+ИИ выявляются значимые статистически сдвиги у всех 195 пациентов, что выражалось его достоверным снижением по отношению к показателям контрольной группы: при ИМ в 1.1 подгруппе на 33,0% ($p < 0,001$), 1.2 подгруппе на 57,0% ($p < 0,001$), в 1.3 подгруппе на 87,0% ($p < 0,001$); у 60 больных ИИ в 2.1 подгруппе на 36,0% ($p < 0,001$), в 2.2 подгруппе 60,0% ($p < 0,001$), в 2.3 подгруппе 88,0% ($p < 0,001$); у 35 больных при сочетанном ИМ+ИИ в 3.1 подгруппе на 41,0% ($p < 0,001$), в 3.2 подгруппе на 62,0% ($p < 0,001$), в 3.3 подгруппе на 90,0% ($p < 0,001$).

Внутриподгрупповое сравнение показателя sRR в зависимости от тяжести состояния показало, что у больных отмечалось прогрессирующее его уменьшение от 1 к 3 подгруппе: при ИМ в 1.1 подгруппе к 1.2 подгруппы на 4,5% ($p < 0,001$), 1.1 к 1.3 подгруппе на 7,0% ($p < 0,001$), 1.2 к 1.3 подгруппе на 7,7% ($p < 0,001$); при ИИ также отмечалось снижение σ_{RR} - в 2.1 к 2.2 подгруппе на 7,8% ($p < 0,001$), 2.1 к 2.3 подгруппе на 5,0% ($p < 0,001$), 2.2 к 2.3 подгруппе на 16,7% ($p < 0,001$); при ИМ+ИИ в 3.1 к 3.2 подгруппе на 11,9% ($p = 0,018$), 3.1 к 3.3 подгруппе на 11,6% ($p = 0,512$), 3.2 к 3.3 подгруппы на 23,1% ($p = 0,589$).

При сравнении показателя sRR в зависимости от этиологии, группы и тяжести у больных ИМ, ИИ или ИМ+ИИ сравнение по подгруппам со средне тяжелым течением заболевания в 1.1, 2.1 и 3.1 подгруппах имеет его снижение - ИМ и ИИ на 4,5% ($p < 0,01$), ИИ и ИМ+ИИ на 7,8% ($p < 0,001$), ИМ+ИИ и ИМ на 11,9% ($p = 0,018$); при тяжелом течении заболевания в 1.2, 2.2 и 3.2 подгруппах sRR снизилась - ИМ и ИИ на 7,0% ($p < 0,001$), ИИ и ИМ+ИИ на 5,0% ($p < 0,001$), ИМ+ИИ и ИМ на 11,6% ($p = 0,512$); при крайне тяжелом течении в 1.3, 2.3 и 3.3 подгруппах - ИМ и ИИ также отмечалось значительное уменьшение на 7,7% ($p < 0,001$), ИИ и ИМ+ИИ на 16,7% ($p < 0,001$), ИМ+ИИ и ИМ на 23,1% ($p = 0,589$) соответственно (табл.).

Таким образом, полученные по σ_{RR} данные показали широкое изменение динамического диапазона $R-R_{cp}$, т.е. его адаптационную нагрузку у больных ИМ, ИИ, ИМ+ИИ при средне тяжелом течении заболевания и фактическую потерю устойчивости регуляции сердечного ритма при тяжелом и крайне тяжелом состоянии этих больных, так как у них отмечается в начале компенсаторная тахикардия, переходящая в ригидность ритма и развитие аритмии.

Результаты культурального исследования

Показатели	Больные ИМ, ИИ, ИМ + ИИ n=195										Контр. группа n= 30	Динамический диапазон	p
	1 группа n=100			2 группа n= 60			3 группа n=35						
	1.1 n=45	1.2 n=32	1.3 n=23	2.1 n=32	2.2 n=18	2.3 n=10	3.1 n=8	3.2 n=13	3.3 n=14				
RR (мс) (длительность кардиоинтервала)	652,8±1,3	593,5±1,7	455,8±2,0	610,1±2,4	555,8±1,7	430,3±1,0	600,3±1,0	550,4±1,2	410,6±1,0	845,8±1,7	600-1000	<0,001*	
	-22,8 p ₁ <0,001*	-29,8 p ₁ <0,001*	-46,1 p ₁ <0,001*	-27,9 p ₁ <0,001*	-34,3 p ₁ <0,001*	-49,1 p ₁ <0,001*	-29,0 p ₁ <0,001*	-34,9 p ₁ <0,001*	-51,5 p ₁ <0,001*				
	-6,5 p ₂ <0,001*	-6,4 p ₃ <0,001*	-5,6 p ₄ <0,001*	-1,6 p ₂ <0,001*	-1,0 p ₃ <0,001*	-4,6 p ₄ <0,001*	-8,0 p ₂ <0,001*	-7,3 p ₃ <0,001*	-9,9 p ₄ <0,001*				
σ _{RR} отн.ед (вариабельность ритма)	0,67±0,17	0,43±0,14	0,13±0,04	0,64±0,13	0,40±0,14	0,12±0,04	0,59±0,1	0,38±0,1	0,10±0,00	1,00±0,15	0,7-13	<0,001*	
	-33,0 p ₁ <0,001*	-57,0 p ₁ <0,001*	-87,0 p ₁ <0,001*	-36,0 p ₁ <0,001*	-60,0 p ₁ <0,001*	-88,0 p ₁ <0,001*	-41,0 p ₁ <0,001*	-62,0 p ₁ <0,001*	-90,0 p ₁ <0,001*				
	-4,5 p ₂ <0,001*	-7,0 p ₃ <0,001*	-7,7 p ₄ <0,001*	-7,8 p ₂ <0,001*	-5,0 p ₃ <0,001*	-16,7 p ₄ <0,001*	-11,9 p ₂ =0,018*	-11,6 p ₃ =0,512	-23,1 p ₄ =0,589				
β отн.ед (область макс. Устойчивости регуляции ВСР)	0,88±0,17	0,57±0,1	0,12±0,04	0,85±0,4	0,54±0,12	0,13±0,04	0,82±0,08	0,50±0,1	0,10±0,00	0,96±0,14	0,7-1,4	<0,001*	
	-8,3 p ₁ =0,883	-40,6 p ₁ <0,001*	-87,5 p ₁ <0,001*	-11,5 p ₁ =0,500	-43,8 p ₁ <0,001*	-86,5 p ₁ <0,001*	-14,6 p ₁ =0,826	-47,9 p ₁ <0,001*	-89,6 p ₁ <0,001*				
	-3,4 p ₂ <0,001*	-5,3 p ₃ <0,001*	8,3 p ₄ <0,001*	-3,5 p ₂ <0,001*	-7,4 p ₃ <0,001*	-23,1 p ₄ <0,001*	-6,8 p ₂ =0,015*	-12,3 p ₃ =0,777*	-16,7 p ₄ =0,894*				

Примечание: * – различия показателей статистически значимы (p<0,001). p₁ – к контрольной группе (выделено курсивом), p₂ – к 2 подгруппе (выделено жирным), p₃ – к 3 подгруппе (выделено жирным), p₄ – к 4 подгруппе (выделено жирным)

Анализ показателя β , формируемого за счет экстракардиальной регуляции со стороны ЦНС, выявил, что у всех 195 пациентов ИМ, ИИ и ИМ+ИИ в зависимости от тяжести основного заболевания нарушались процессы интеграции системных связей, что выражалось его достоверным снижением по отношению к показателям контрольной группы: при ИМ в 1.1 подгруппе на 8,3% ($p=0,883$), в 1.2 подгруппе на 40,6% ($p<0,001$), в 1.3 подгруппе на 87,5% ($p<0,001$); у больных ИИ в 2.1 подгруппе на 11,5% ($p=0,500$), в 2.2 подгруппе на 43,8% ($p<0,001$), в 2.3 подгруппе на 86,5% ($p<0,001$); при сочетанном ИМ+ИИ в 3.1 подгруппе на 14,6 % ($p=0,826$), в 3.2 подгруппе на 47,9 % ($p<0,001$), в 3.3 подгруппе на 89,6% ($p<0,001$).

При внутриподгрупповом сравнении показателя β в зависимости от тяжести состояния обнаружено, что у больных отмечалось прогрессирующее его уменьшение от 1 к 3 подгруппе: при ИМ – в 1.1 подгруппе к 1.2 подгруппе на 3,4% ($p<0,001$), 1.1 к 1.3 подгруппе на 5,3% ($p<0,001$), 1.2 к 1.3 подгруппе на 8,3% ($p<0,001$); при ИИ также отмечалось уменьшение β – в 2.1 к 2.2 подгруппе на 3,5% ($p<0,001$), в 2.1 к 2.3 подгруппе на 7,4% ($p<0,001$), соответственно в 2.2 к 2.3 подгруппе на 23,1% ($p<0,001$); при ИМ+ИИ в 3.1 подгруппе к 3.2 подгруппе на 6,8% ($p=0,015$), в 3.1 к 3.3 подгруппе на 12,3% ($p=0,777$), в 3.2 к 3.3 подгруппе на 16,7% ($p=0,894$).

При сравнении показателя β в зависимости от этиологии, группы и тяжести у больных ИМ, ИИ или ИМ+ ИИ при сравнение подгрупп со средне тяжелым течением заболевания в 1.1, 2.1 и 3,1 подгруппах также имелось его снижение: ИМ и ИИ на 3,4% ($p<0,001$), ИИ и ИМ+ИИ на 3,5% ($p<0,001$), ИМ+ИИ и ИМ на 6,8% ($p=0,015$); при тяжелом течении заболевания в 1.2, 2.2 и 3.2 подгруппах β снизился при ИМ и ИИ на 5,3% ($p<0,001$), ИИ и ИМ+ИИ на 7,4%

($p<0,001$), ИМ+ИИ и ИМ на 12,3% ($p=0,777$); при крайне тяжелом течении в 1.3, 2.3 и 3.3 подгруппах при ИМ и ИИ также отмечалось значительное уменьшение на 8,3% ($p<0,001$), ИИ и ИМ+ИИ на 23,1% ($p<0,001$), ИМ+ИИ и ИМ на 16,7 % ($p=0,894$) (табл.).

Таким образом, полученные данные показателя β еще раз подтвердили выводы, сделанные по показателям ультранизких частот $\Delta f_{\text{унч}}$, что у больных ИМ, ИИ и ИМ+ИИ в зависимости от тяжести состояния и основного заболевания достоверно снижается экстракардиальная регуляции сердечного ритма со стороны ЦНС за счет нарушений регулирующих механизмов как со стороны гипоталамо-гипофизарной, так и лимбической систем, регулирующих гормональные сдвиги, тонус сосудов макро- и микроциркуляторного русла, процессы нарушения гомеостаза.

Исходя из полученных данных, у больных с ИМ, ИИ и при их сочетании, применяя методы оценки спектрального и фрактального анализа кардиоинтервала, возможно прогнозирование рисков и неблагоприятного исхода не только по показателям устойчивости σ_{RR} и β , но расчета ИВБ, оценке спектра $\Delta f_{\text{унч}}$ как фактора экстракардиальной регуляции ВСР, баланса интеграции системных связей коры больших полушарий, продолговатого мозга, гипоталамо-гипофизарного комплекса и лимбической системы.

Заключение

Проведенные исследования фрактального анализа показали эффективность, доступность, высокую информативность рассматриваемой неинвазивной методики для оценки функционального состояния ВНС по вегетативной регуляции и вариабельности сердечного ритма (ВСР), являющейся надёжным и независимым прогностическим показателем при сердечно-сосудистых заболеваниях.

ЛИТЕРАТУРА (п. 6 см. в REFERENCES)

1. Зыков М.В., Буцев В.В., Сулейманов Р.Р. Инфаркт миокарда, осложненный ишемическим инсультом: факторы риска, прогноз, нерешенные проблемы и перспективы профилактики // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2021. Т. 17, № 1. С. 73-82.
2. Носовский А.М., Поздняков С.В., Каминская Е.В. Математические методы оценки вариабельности сердечного ритма (обзор) // Norwegian Journal of Development of the International Science. 2018. № 16 (1). С. 22-39.
3. Прекина В.И., Чернова И.Ю., Ефремова О.Н., Есина М.В. Вариабельность сердечного ритма у здоровых людей // Российский кардиологический журнал. 2020. № S2. С. 12-13.

4. Рауфов С.С., Шилов С.Н. Вариабельность сердечного ритма у лиц таджикской национальности при адаптации // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. 2021. Т. 25, № 4. С. 306-312.

5. Чичкова М.А., Козлова О.С., Орлов Ф.В. Особенности сочетания инфаркта миокарда и острого нарушения мозгового кровообращения // Астраханский медицинский журнал. 2016. Т. 11, № 1. С. 55-63.

REFERENCES

1. Zykov M. V., Butsev V. V., Suleymanov R. R. Infarkt miokarda, oslozhnennyy ishemicheskim insultom: faktory riska, prognoz, nereshennyye problemy i perspektivy pro-

filaktiki [Myocardial infarction complicated by ischemic stroke: risk factors, prognosis, unresolved problems and possible methods of prevention]. *Ratsionalnaya Farmakoterapiya v Kardiologii – Rational Pharmacotherapy in Cardiology*, 2021, Vol. 17 (1), pp. 73-82.

2. Nosovskiy A. M., Pozdnyakov S. V., Kaminskaya E. V. Matematicheskie metody otsenki variabelnosti serdechnogo ritma (obzor) [Mathematical methods for assessing heart rate variability (review)]. *Norwegian Journal of Development of the International Science*, 2018, Vol. 16 (1), pp. 22-39.

3. Prekina V. I., Chernova I. Yu., Efremova O. N., Esina M. V. Variabelnost serdechnogo ritma u zdorovykh lyudey [Heart rate variability in healthy people]. *Rossiyskiy Kardiologicheskiy Zhurnal – Russian Journal of Cardiology*, 2020, Vol. S2, pp. 12-13.

4. Raufov S. S., Shilov S. N. Variabelnost serdechnogo ritma u lits tadzhikskoy natsionalnosti pri adaptatsii [Heart rate variability in individuals of Tajik nationality during adaptation]. *Vestnik Rossiyskogo Universiteta Druzhby Narodov. Seriya: Meditsina – Bulletin of the Peoples' Friendship University of Russia. Series: Medicine*, 2021, Vol. 25 (4), pp. 306-312.

5. Chichkova M. A., Kozlova O. S., Orlov F. V. Osobennosti sochetaniya infarkta miokarda i ostrogo narusheniya mozgovogo krovoobrashcheniya [Features of the combination of myocardial infarction and acute cerebrovascular accident]. *Astrakhanskiy Meditsinskiy Zhurnal – Astrakhan Medical Journal*, 2016, No. 11 (1), pp. 55-63.

6. Dobre M., Pajewski N. M., Beddhu S. SPRINT Research Group. Serum bicarbonate and cardiovascular events in hypertensive adults: results from the Systolic Blood Pressure Intervention Trial. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 2020, No. 35 (8), pp. 1377-1384.

Сведения об авторе:

Файзуллоев Хикматулло Тоирович – зам. главного врача по лечебной работе ГУ РКЦК, соискатель ГНЦРиД

Контактная информация:

Файзуллоев Хикматулло Тоирович – тел.: (+992) 918 69 82 52

¹Хушвахтов Д.И., ²Байриков И.М., ¹Мирзоев М.Ш.,
¹Хушвахтов Д.Д., Нарзулоев В.А.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ

¹Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ», Душанбе, РТ

²Кафедра челюстно-лицевой хирургии и стоматологии ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», Самара, РФ

¹Khushvakhtov D.I., ²Bayrikov I.M., ¹Mirzoev M.Sh.,
¹Khushvakhtov D.D., Narzuloev V.A.

OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENTS CYSTIC FORMATIONS OF THE JAW BONES

¹Department of Maxillofacial Surgery with Pediatric Dentistry of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Sphere of Healthcare of the Republic of Tajikistan»

²Department of Maxillofacial Surgery and Dentistry, Samara State Medical University, Samara, RF

Цель исследования. Определение эффективности барьерных мембран из никелида титана при замещении костных дефектах челюстей.

Материал и методы. Исследование проводилось на основании результатов лечения 50 больных с одонтогенными кистами челюстей, находившихся на лечении в Городской стоматологической поликлинике г. Душанбе, в период с 2016 по 2021 годы. Среди них мужчин было 22 (44,0%), женщин – 28(56,0%). Средний возраст у мужчин составил 30,0 лет, у женщин - 35,5 года.

Всем пациентам с диагнозом «корневая киста» верхней и нижней челюстей по показаниям выполнялись зубосохраняющая операция - «цистэктомия» с резекцией верхушки корня причинного зуба. Больные были распределены на 2 группы. В группе сравнения 22 человека, костный дефект был заполнен остеопластическими материалами и рассасывающейся мембраной стандартного типа. Основная группа – 28 человек, для замещения костного дефекта были использованы мелкогранулированная и тканевая мембраны из никелида титана с тромбоплазменной массой.

Результаты. Хирургическое лечение у 50 больных по предложенной методике: фиксации мембраны из никелида титана с тромбоцитарной массой на область костного дефекта - обеспечивает стабилизацию кровяного сгустка в ране, оптимизирует образование новой кости путем создания пространства для васкуляризации и обеспечивает защиту раны от внешней среды. При комбинации материалов мембрана играет роль барьера, удерживает костный материал в пространстве дефекта и изолирует от окружающих тканей, не нарушая кровяной сгусток.

Заключение. Предложенный метод фиксации мембран из тканевого никелида титана при лечении больных с кистозными образованиями челюстей является эффективным за счет надежной защиты кровяного сгустка, ограничения пролиферации эпителиальных элементов в зону сформированного костного дефекта.

Ключевые слова: корневые кисты челюстей, мембраны, мелкогранулированный никелид титана, тромбоцитарная масса, направленная костная регенерация

Aim. Determination of the effectiveness of titanium nickelide barrier membranes in the replacement of bone defects in the jaws.

Material and methods. The study was conducted based on the results of treatment of 50 patients with odontogenic cysts of the jaws, who were treated at the City Dental Clinic in Dushanbe, in the period from 2016 to 2021. Among them, there were 22 men (44,0%), women - 28 (56,0%). The average age for men was 30,0 years, for women – 35,5 years.

All patients with a diagnosis of "root cyst" of the upper and lower jaws, according to indications, underwent a tooth-preserving operation - "cystectomy" with resection of the apex of the root of the causative tooth. The patients were divided into 2 groups. In the comparison group of 22 people, the bone defect was filled with osteoplastic materials and a resorbable membrane of a standard type. The main group - 28 people, fine-granulated and tissue membranes from titanium nickelide with thromboplastic mass were used to replace the bone defect.

Results. Surgical treatment in 50 patients according to the proposed method: fixing a titanium nickelide membrane with a platelet mass on the area of the bone defect provides stabilization of the blood clot in the wound, optimizes the formation of new bone by creating space for vascularization and protects the wound from the external environment. With a combination of materials, the membrane plays the role of a barrier, keeps the bone material in the defect space and isolates it from surrounding tissues without disturbing the blood clot.

Conclusion. The proposed method of fixing membranes made of tissue titanium nickelide in the treatment of patients with cystic formations of the jaws is effective due to the reliable protection of the blood clot, limiting the proliferation of epithelial elements in the area of the formed bone defect.

Key words: root cysts of the jaws, membranes, fine granular titanium nickelide, platelet mass, guided bone regeneration

Актуальность

За последнее время в хирургической стоматологии было много открытий с целью выработки приемлемых оснований для регенерации костной ткани, но одним из самых прорывных является создание специального приспособления – мембраны, которая направляется для остеогенной репарации.

Для наращивания костной ткани в современной хирургической стоматологии используются различные виды мембран, которые в каждом конкретном случае характеризуются показаниями и противопоказаниями [2, 8, 10, 11]. Использование кровяных сгустков эффективно при восполнении костных полостей небольшого размера (не более 2 см), в случае устранения большой полости такой подход неприемлем – с целью активного восстановления костной структуры необходимо заполнять полость, используя биологические и синтетические материалы (гидроксипол, коллапол, остим-100, брелококс, гидроксилапатит, ДМК, алло-ксено-материалы и др.) [1, 2, 5, 7]. Однако следует подчеркнуть, что у данных материалов больше выражены остеокондуктивные свойства. Кроме того, они выгодно отличаются от других материалов; не обладают токсико-аллергическими и антигенными свойствами, доступны, не требуют предварительной лабораторной подготовки, но остеоиндуктивные их свойства выражены слабее. В связи с этим процесс регенерации костных структур начинается с пристеночной области дефекта с развитием инфильтративно-экссудативной реакции тканей в ответ на введенный материал, что не способствует полноценному завершению остеорегенерации [1, 5, 7, 11].

Относительная плотность рассасывающихся мембран сохраняется в течение одного месяца, завершение процесса осуществляется спустя 2 месяца – срок, недостаточный для полноценной остеорегенерации [1, 6, 10, 12].

Для улучшения качества остеогенной ре-

генерации и получения селективного остеогенеза в последние годы многочисленными авторами используются тканевые и сетчатые мембраны из сплава никелида титана с памятью формы [3, 6, 9, 10, 12, 14]. Данный материал разработан и изготовлен в НИИ медицинских материалов и имплантатов с памятью формы г. Томск РФ [3]. Тканевая мембрана состоит из нити никелида титана диаметром 50-60 мкм и размером ячеек 10-100 мкм, которая обладает высокой степенью биосовместимости с тканями организма [6, 10]. Эти фундаментальные научные исследования легли в основу широкого применения в клинической практике различных конструкций из сплава никелида титана.

Цель исследования

Определение эффективности барьерных мембран из никелида титана при костных дефектах челюстей.

Материал и методы исследования

Клинические наблюдения были проведены на 50 пациентах с одонтогенными кистами челюстей, находившихся на лечение в Городской стоматологической поликлинике г. Душанбе в период с 2016 по 2021 годы. Среди них мужчин было 22 (44,0%), женщин – 28 (56,0%). Средний возраст пациентов составил: у мужчин - 30,0 года, женщин - 35,5 года. Всем пациентам с диагнозом «корневая киста» верхней и нижней челюстей по показаниям проводилась зубосохраняющая операция «цистэктомия» с резекцией верхушки корня причинного зуба. Больные были распределены на 2 группы. В группе сравнения – 22 человека, костный дефект был заполнен остеопластическими материалами и рассасывающейся мембраной стандартного типа. Основная группа – 28 человек, для замещения костного дефекта была использована мелкогранулированная сетчатая никелид-титановая мембрана с тромбоплазменной массой.

Перед проведением операции всем пациентам проведено клинично-лабораторное обследование традиционного характера, обзорная рентгенография лицевого скелета и КТ с целью определения размера радикулярной кисты и качества эндодонтического лечения корневого канала причинного зуба. После установления и подтверждения диагноза всем пациентам с радикулярными кистами челюстей в плановом порядке была произведена цистэктомия с резекцией верхушки корня причинных зубов.

Техника операции. Под проводниковой и инфильтрационной анестезией Sol. Articaini 4% - 4,0 мл произведен разрез слизистой оболочки до кости трапециевидной формы. Распатором отслоен слизисто-надкостничный лоскут до линии распила. Фиссурным бором наружная кортикальная пластинка выпилена. Обнаженная костная полость, заполненная оболочкой кисты, с помощью кюретажной ложки оболочка выдута. После чего произведена резекция верхушки корней зубов, находившихся в полости кисты. Костная полость промывали антисептиками и заполняли мелкогранулированным никелидом титана, смешанным с заранее приготовленной тромбоцитарной массой с повышенным содержанием фибрина, далее проводилось запечатывание

полости заранее изготовленным и стерилизованным тканевым никелидом титана, края которого вводили под периост, с возможностью растяжения мембраны пальцами и ушиванием мягких тканей аналогичным шовным материалом толщиной 3/0. Спустя 8-10 дней производили снятие швов.

Такие свойства, как эффект смачиваемости биожидкостями, обеспечивающий процесс интеграции, обусловлен наличием мелкой пористости никелида титана, что позволяет ассоциировать его с живой тканью. Спустя 3 и 6 месяцев после операции, для объективного сравнения результатов применения фиксации стандартной и тканевой мембраны из никелида титана проводили компьютерную томографию, где оценивали структуру и плотность костной ткани в области проводимой цистэктомии. Плотность костной ткани челюстей также оценивали при помощи индекса Хаунсфильда по количественной шкале рентгенологической плотности кости: менее 500 ед. — низкая плотность костной ткани, от 500–1000 ед. — средняя плотность костной ткани, более 1000 ед. — высокая плотность костной ткани [4, 13, 15].

Разновидность барьерной мембраны из сверхэластичной ткани из никелида титана диаметром 50-60 мкм, размер ячеек от 10 до 100 мкм (рис. 1).

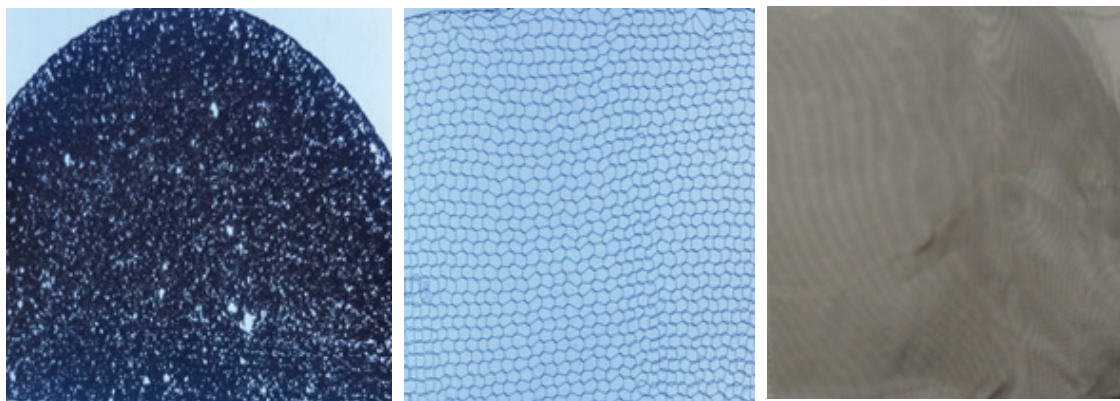


Рис. 1. Разновидности тканевой и сетчатой мембраны из никелида титана



Рис. 2. Этапы использования барьерной мембраны из никелида титана

Открытая пористая микроструктура мембраны обеспечивает задержку соединительной ткани, что не дает возможности проникнуть под нее эпителию – в этом заключается уникальность барьерной мембраны.

Результаты и их обсуждение

При изучении процессов регенерации костной ткани в области костного дефекта у пациентов I группы установлено, что в большинстве наблюдений полностью не происходило заполнение дефекта костной ткани. На рентгенограмме через 6 месяцев заметно лишь частичное восстановление костной ткани в области дефекта (в среднем 58,4%). В ряде случаев была заметна граница регенерата, стенки альвеолярной кости и пристеночного характера образования костной ткани. Кроме того, наблюдается частые нагноения, неконтролируемая резорбция и склонность к элиминации пересаженных материалов. В связи с быстрым рассасыванием, вероятно, стандартная мембрана смещается из области костного дефекта, что приводит к

нарушению стабилизации кровяного сгустка в костной ране.

Если после вылушивания кистозного образования образуются костные полости большого размера, эти материалы, как показывают наши наблюдения, неэффективны.

У больных основной группы после цистэктомии с целью замещения костных дефектов применялась тканевая мембрана из мелкогранулированного никелида титана с тромбоплазменной массой. Уже через 6 месяцев после операции на ортопантограмме выявлено полное восстановление костной ткани. Определяется формирование собственного костного регенерата и восстановление утраченных костных структур по всей поверхности. Контуры бывшего дефекта сглажены, образованная костная ткань заполняла весь объем костного дефекта, прослеживался ровный контур, структура костной ткани определялась как крупноячеистая и трабекулярная, восстановление костной ткани составило 95,6%.

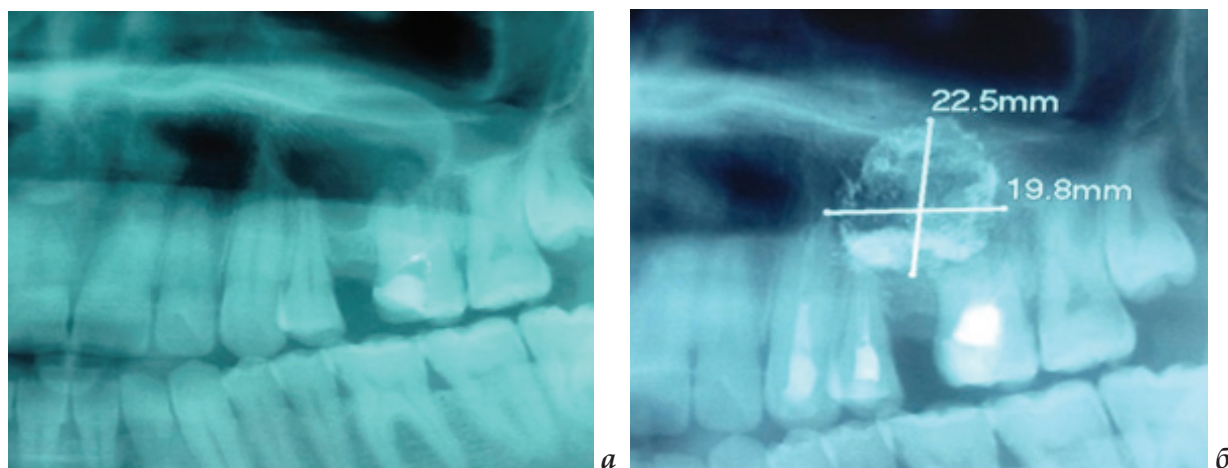


Рис. 3. Ортопантомограмма челюстей:
Радикалярная киста верхней челюсти слева. а) до оперативного вмешательства;
б) через 6 месяцев после оперативного вмешательства
(структура костной ткани прослеживается
как крупноячеистая и трабекулярная)

Таким образом, предложенная методика фиксации мембраны из никелида титана с тромбоцитарной массой на область костного дефекта обеспечивает стабилизацию кровяного сгустка в ране, оптимизирует образование новой кости путем создания пространства для васкуляризации и обеспечивает защиту раны от внешней среды. При комбинации материалов мембрана играет роль барьера, удерживает костный материал в пространстве дефекта и изолирует от окружающих тканей, не нарушая кровяной сгусток.

Заключение

На основании полученных клинических результатов можно сделать вывод о положительном влиянии предложенного метода фиксации мембран из тканевого никелида титана при лечении больных с кистозными образованиями челюстей за счет надежной защиты кровяного сгустка, ограничения пролиферации эпителиальных элементов в зону сформированного костного дефекта. Предварительная оценка эффективности метода позволяет констатировать значительное снижение интенсивности болевого синдрома в послеоперационном

периоде, уменьшение сроков заживления послеоперационных ран примерно в 1,5-2 раза. Новые технологии управляемой регенерации тканей, в частности применение тканевого никелида титана в качестве мембраны на основе тромбоцитов с высоким содержанием фибри-

на, являются перспективным направлением в хирургической стоматологии и требуют дальнейшего развития.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 12-15 см. в REFERENCES)

1. Базиков И.А., Долгалева А.А., Мальцев А.Н. и др. Сравнительное исследование процессов адгезии и пролиферации фибробластов на биорезорбируемых мембранах «кардиоплант» и bio-gide // Медицинский алфавит. 2017. Т. 1, № 1. С. 16-19.
2. Балин В.Н., Балин Д.В., Иорданишвили А.К., Музыкин М.И. Остеостимулирующее действие ксеногенного костного материала на репаративный остеогенез (экспериментально-морфологическое исследование) // Стоматология. 2015. Т. 94, № 2. С. 5-9.
3. Гюнтер В.Э. Закономерности деформационного поведения металлических медицинских материалов и имплантатов. В кн.: Материалы и имплантаты с памятью формы в медицине / под ред. В.Э. Гюнтера. Томск: НПП МИЦ, 2014. С. 7-16.
4. Друшко А.В. Возможности 3D печати [Электронный ресурс] // Сайт ВШЭ. 13.10.2015. –URL: <http://rhzm.hse.ru/posts/197>.
5. Иванов С.Ю., Ларионов Е.В., Семенова Ю.А., Рябова В.М. Исследование нового биоконпозиционного остеопластического материала на основе костного минерального компонента, гиалуроновой кислоты и сульфатированных гликозаминогликанов // Российский вестник дентальной имплантологии. 2015. Т. 31, №1. С. 14-19.
6. Кокорев О.В., Гюнтер В.Э., Дамбаев Г.Ц., Ходоренко В.Н. и др. Тканевая инженерия и клеточные технологии с использованием пористо-проницаемых инкубаторов из никелида титана // Томск: НПП МИЦ, 2016. – 150 с.
7. Панкратов А.С., Леклишвили М.В., Копецкий И.С. Костная пластика в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Остеопластические материалы: руководство для врачей / Под ред. А.С. Панкратова. М.: БИНОМ, 2011. 272 с.
8. Походенько-Чудакова И.О., Шевела Т.Л. Изменения плотности костной ткани челюстных костей у пациентов в зависимости от наличия системного остеопороза // Вестник фонда фундаментальных исследований. 2017. №4 (82). С. 109-113.
9. Материалы и имплантаты с памятью формы в медицине / Под ред. В.Э. Гюнтера. Томск: НПП МИЦ, 2014. 342 с.
10. Хафизов Р.Г., Азизова Д.Д., Миргазизов М.З. и др. Особенности восстановления сегментарного дефекта альвеолярной части нижней челюсти у собак // Ученые записки КГАМ им. Н.Э. Баумана. 2012. Т. 209. С. 370-374.
11. Щипский А.В., Годунова И.В. Причины рецидивов кистозных образований челюстей // Стоматология. – 2016. - №2. – С. 84-88.

REFERENCES

1. Bazikov I.A., Dolgalev A.A., Maltsev A.N. Sravnitel'noe issledovanie protsessov adgezii i proliferatsii fibroblastov na biorezorbiruemykh membranakh «kardioplant» i bio-gide [Comparative study of the processes of adhesion and proliferation of fibroblasts on bioresorbable membranes "kardioplant" and bio-gide]. *Meditinskiy alfavit – Medical alphabet*, 2017, Vol. 1, No. 1, pp. 16-19.
2. Balin V.N., Balin D.V., Iordanishvili A.K., Muzykin M.I. Osteostimuliruyushchee deystvie ksenogenogo kostnogo materiala na reparativnyy osteogenez (eksperimentalno-morfologicheskoe issledovanie) [Osteostimulating effect of xenogenic bone material on reparative osteogenesis (experimental morphological study)]. *Stomatologiya – Dentistry*, 2015, Vol. 94, No. 2, pp. 5-9.
3. Gyunter V.E. [Patterns of deformation behavior of metallic medical materials and implants]. *V kn.: Materialy i implantaty s pamyatyu formy v meditsine* [Shape Memory Materials and Implants in Medicine]. Tomsk, NPP MITS Publ., 2014. pp. 7-16.
4. Druzhko A.V. *Vozmozhnosti 3D pechaty* [Opportunities of 3D printing]. Available at: <http://rhzm.hse.ru/posts/197>.
5. Ivanov S.Yu., Larionov E.V., Semenova Yu.A., Ryabova V.M. Issledovanie novogo biokompozitsionnogo osteoplasticheskogo materiala na osnove kostnogo mineralnogo komponenta, gialuronovoy kisloty i sulfatirovannykh glikozaminoglikanov [Study of a new biocomposite osteoplastic material based on a bone mineral component, hyaluronic acid and sulfated glycosaminoglycans]. *Rossiyskiy vestnik dentalnoy implantologii – Russian Bulletin of Dental Implantology*, 2015, Vol. 31, No. 1, pp. 14-19.
6. Kokorev O.V., Gyunter V.E., Dambaev G.Ts., Khodorenko V.N. *Tkanevaya inzheneriya i kletochnye tekhnologii s ispolzovaniem poristo-pronitsaemykh inkubatorov iz nikelida titana* [Tissue engineering and cell technologies using porous-permeable titanium nickelide incubators]. Tomsk, NPP MITS Publ., 2016. 150 p.
7. Pankratov A.S., Leklishvili M.V., Kopetskiy I.S. *Kostnaya plastika v stomatologii i chelyustno-litsevoy khirurgii. Osteoplasticheskie materialy: rukovodstvo dlya vrachey* [Bone grafting in dentistry and maxillofacial surgery. Osteoplastic materials: a guide for physicians]. Moscow, BINOM Publ., 2011. 272 p.
8. Pokhodenko-Chudakova I.O., Shevela T.L. *Izmeneniya plotnosti kostnoy tkani chelyustnykh kostey u patsientov v zavisimosti ot nalichiya sistemnogo osteoporoza* [Changes in the bone density of the jaw bones in patients depending on the presence of systemic osteoporosis]. *Vestnik fonda fundamentalnykh issledovaniy*

– *Bulletin of the fund for fundamental research*, 2017, No. 4 (82), pp. 109-113.

9. *Materialy i implantaty s pamyatyu formy v meditsine* [Materials and implants with shape memory in medicine]. Tomsk, NPP MITS Publ., 2014. 342 p.

10. Khafizov R.G., Azizova D.D., Mirgazitov M.Z. Osobennosti vosstanovleniya segmentarnogo defekta alveolyarnoy chasti nizhney chelyusti u sobak [Peculiarities of restoration of a segmental defect of the alveolar part of the lower jaw in dogs]. *Uchenye zapiski Kazanskoy gosudarstvennoy akademii veterinarnoy meditsiny im. N.E. Bauman* – *Scientific notes of the Kazan State Academy of Veterinary Medicine named after. NOT. Bauman*, 2012, Vol. 209, pp. 370-374.

11. Shchipskiy A.V., Godunova I.V. Prichiny retsidivov kistoznykh obrazovaniy chelyustey [Causes of recurrence of cystic formations of the jaws]. *Stomatologiya – Dentistry*, 2016, No. 2, pp. 84-88.

12. Altug-Peduk G.S. Characterization of Ni-Ti Alloy Powders for Use in Additive Manufacturing. *Russian Journal of Non-Ferrous Metals*, 2018, Vol. 59, No. 4, pp. 433-439.

13. Ferreira Junior O. Tomographic late evaluation of xenogeneic bone grafts in sockets of impacted third molars. *Journal of Applied Oral Science*, 2018, Vol. 26, pp. 79-84.

14. Jahadakhbar A. *The additively manufactured porous NiTi and Ti-6Al-4V in mandibular reconstruction: introducing*

the stiffness-matched and the variable stiffness options for the reconstruction plates. 2017. 80 p.

15. Zhou H., Bhaduri S. B. *3D printing in the research and development of medical devices. Biomaterials in Translational Medicine*. Academic Press, 2019. pp. 269-289.

Сведения об авторах:

Хушвахтов Додарджон Иззатович – асс. кафедры челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Байриков Иван Михайлович – зав. кафедрой челюстно-лицевой хирургии и стоматологии СамГМУ, член-корр. РАН, д.м.н., профессор

Мирзоев Мансурджон Шомилевич – зав. кафедрой челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н., доцент

Хушвахтов Дилиод Додарджонович – соискатель кафедры челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОвСЗ РТ

Нарзулов Вали Алиевич – зав. кафедрой топографической анатомии и оперативной хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н., доцент

Контактная информация:

Хушвахтов Додарджон Иззатович – тел.: (+992) 888 88 00 07; (+992) 987 56 44 44; e-mail: doctor62.62@mail.ru

Шукурова С.М., Файзуллоев А.И., Кабирзода Р.

КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Кафедра терапии и кардиоревматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Shukurova S.M., Fayzulloev A.I., Kabirzoda R.H.

CLINICAL AND HEMODYNAMIC PARALLELS OF CHRONIC HEART FAILURE DEPENDING ON THE LEFT VENTRICULAR EJECTION FRACTION

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

Цель исследования. Определить структурно-функциональное состояние левого желудочка (ЛЖ), клинико-гемодинамические особенности течения хронической сердечной недостаточности (ХСН) в зависимости от фракции выброса (ФВ) и оценить состояние коронарного кровотока по результатам коронарной ангиографии (КАГ).

Материал и методы. Исследованы 170 больных с ХСН, разделенных на: I подгруппа (n=80) - ХСН I-III функционального класса (ФК) по NYHA для изучения вариантов ФВ ЛЖ и характера ремоделирования ЛЖ в зависимости от типа ФВ; II подгруппа (n=45) - ХСН III-IV ФК по NYHA, с целью оценки состояния коронарного кровотока по результатам чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ).

Все больные (n=170) прошли стандартное обследование: опрос, общий осмотр, антропометрические данные, АД, инструментальные и биохимические исследования, включая коронароангиографию (КАГ; n=45).

Результаты. Среди 80 больных (I подгруппа) 30 пациентов имели сохраненную ФВ (37,5%), 25 – промежуточную (31,25%) и 25 – низкую (31,25%). В группе больных ХСН с сохраненной ФВ преобладали женщины старше 60 лет в ассоциации с АГ и избыточной массой тела. Во второй группе (ХСН с низкой ФВ) чаще встречаются мужчины 60 лет и младше, без ожирения. Необходимо отметить, что у больных с ХСН с низкой ФВ часто (40%) наблюдается постинфарктный кардиосклероз (ПИКС), а АГ, как причинный фактор, встречается редко (16%). Морфофункциональные параметры миокарда по данным ЭхоКГ у больных ХСН в зависимости от ФВ ЛЖ имели свои особенности. Результаты КАГ у 45 больных свидетельствуют о наиболее выраженных нарушениях васкуляризации у лиц с ХСН со сниженной и промежуточной ФВ ЛЖ.

Заключение. При изучении ХСН в зависимости от ФВ выявлены принципиальные различия ХСН-сФВ в сравнении с ХСН-прФВ и ХСН-нФВ в плане этиологии и пола: у женщин с АГ и ожирением в возрастной категории >60 лет чаще встречается ХСН-сФВ. У больных с ХСН-сФВ часто наблюдается тип ремоделирования миокарда по типу концентрической гипертрофии, при этом состояние ФВ ЛЖ не влияет на тяжесть течения.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, эхокардиография, фракция выброса левого желудочка, коронароангиография

Aim. Determine the structural and functional state of the left ventricle (LV) and clinical and hemodynamic features of the course of chronic heart failure (CHF) depending on the ejection fraction (EF) and assess the state of coronary blood flow based on the results of KAG.

Material and methods. We studied 170 patients with CHF divided into: subgroup I (n=80) - CHF I-III functional class (FC) according to NYHA to study variants of LV EF and the nature of LV remodeling depending on the type of EF;

Subgroup II (n=45) - CHF III-IV FC according to NYHA, to assess the state of coronary blood flow based on the results of percutaneous coronary interventions (PCI).

All patients (n=170) underwent a standard examination: a survey, a general examination, anthropometric data, blood pressure (BP), instrumental and biochemical studies, including coronary angiography (CAG; n=45).

Results. Among 80 patients (subgroup I), 30 patients had preserved EF (37,5%), 25 - intermediate (31,25%) and 25 - low (31,25%). In the group of CHF patients with preserved EF, women over 60 years of age predominated in association with BP and overweight. In the second group (CHF with low EF), men aged 60 and < and without obesity are more common. It should be noted that in patients with CHF with low EF, postinfarction cardiosclerosis (PICS) is often (40%) observed, and BP as a causative factor is rare (16%). The morphofunctional parameters of the myocardium according to EchoCG data in patients with CHF, depending on the LV EF, had their own characteristics. The results of CAG in 45 patients indicate the most pronounced violations of vascularization in patients with CHF with reduced and intermediate LVEF.

Conclusion. The study of CHF depending on EF revealed fundamental differences between CHF-pEF and CHF-nEF in terms of etiology and gender: in women with hypertension and obesity in the age group >60 years, CHF-pEF is more common. In patients with CHF-pEF, a type of myocardial remodeling is often observed according to the type of concentric hypertrophy, while the state of LV EF does not affect the severity of the course.

Key words: chronic heart failure (CHF), arterial hypertension (AH), coronary heart disease (CHD), echocardiography (EchoCG), left ventricular ejection fraction (LVEF), coronary angiography (CAG)

Актуальность

Сердечная недостаточность (СН) является одним из наиболее важных сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) из-за его значительного влияния на смертность, заболеваемость, частоту госпитализаций и качество жизни [6]. Несмотря на достижения в области терапии ССЗ за последнее десятилетие, смертность и заболеваемость вследствие СН остаются высокими [6, 7]. Как правило, прогноз у пациентов с ХСН неблагоприятный, а по сравнению с другими заболеваниями, такими как колоректальный рак, рак молочной железы и предстательной железы, смертность от нее выше [7, 8]. По данным когортного исследования, смертность от СН через 30 дней, через год и через пять лет после госпитализации составила 10,4%, 22% и 42,3% соответственно [6].

СН представляет собой клинический синдром, вызванный структурной аномалией и/или систолической или диастолической дисфункцией желудочков, что приводит к неспособности тканей сердца удовлетворять и поддерживать метаболические потребности из-за неадекватной системной и периферической оксигенации [7, 8]. В настоящее время известно, что СН является прогрессирующим заболеванием, обусловленным сложными системными механизмами, включающими субстратную аномалию миокарда, дезадаптивную компенсацию и амплификацию [7, 11]. Кроме того, активация симпатической нервной системы и выброс катехоламинов, ренин-ангиотензин-альдостероновая система и воспалительные цитокины также играют важную роль в механизмах СН [11].

СН является неотъемлемым следствием структурного и функционального ремоделирования. Структурные изменения включают гипертрофию кардиомиоцитов, миофибробластическую трансформацию сердечных фибробластов наряду с реактивным внеклеточным фиброзом. Это ремоделирование ухудшает как систолическую, так и диастолическую функции сердца, а также увеличивает риск проаритмии. ФВ ЛЖ является важным параметром для диагностики, прогнозирования, классификации, ведения и наблюдения за пациентами с СН. Восстановление ФВ ЛЖ наблюдается у 10-40% пациентов с ХСН-нФВ [5, 10], и эту популяцию часто называют СН с восстановленной ФВ. Однако вопрос о том, отражает ли это истинное восстановление миокарда, остается спорным, поскольку преобладают рецидивы событий с СН и рецидив симптомов после отмены терапии, несмотря на нормализацию ФВЛЖ [5].

Систолическая функция ЛЖ, ключевым ЭхоКГ параметром которой является ФВ, лежит в основе классификации СН. Длительное время, согласно ряду рекомендаций, все больные с ХСН подразделяли на две категории: ХСН-нФВ и ХСН-сФВ [1, 5, 9]. Тем не менее, о пороговом значении ФВ, разделяющем эти две формы ХСН, не было единого мнения. По разработанным Рекомендациям европейских и российских исследователей критерии ФВ оценивались в диапазоне 35-40%. Так, в международных рандомизированных исследованиях вариации получаемых результатов ФВ были большие – часть включали пациентов с ФВ менее 35%, другие – с ФВ менее 30%, а некоторые – с ФВ менее 40%. В 2016 г. Adriaan Voors на

заседании Европейского конгресса по сердечной недостаточности (ESC-HF) обосновал необходимость выделения нового фенотипа СН, и по итогам конгресса в рекомендации Европейского общества кардиологов (ЕОК) официально в классификацию СН вошел термин «ХСН с промежуточной (ХСН-прФВ), или умеренно сниженной ФВЛЖ», находящейся в диапазоне 40-49% [1, 3]. Наличие дополнительного фенотипа СН по ФВ вызывает множество вопросов и можно предположить, что ХСН-прФВ – это ранняя ступень ХСН-нФВ. Исследования в этом направлении продолжаются, и, по мнению ряда авторов, в большинстве случаев лица с ХСН-прФВ – это либо пациенты в прошлом с ХСН-нФВ, восстановившие систолическую функцию ЛЖ, либо больные с ХСН-сФВ, у которых, напротив, произошел её спад [3, 5]. Таким образом, возникает необходимость дальнейшего изучения комплексных характеристик ХСН-прФВ и уточнения факторов, вызывающих снижение, либо способствующих повышению систолической функции ЛЖ и разработки адекватной стратегии лечения данной группы пациентов. Распределение пациентов с ХСН в зависимости от ФВ имеет ключевое значение в разработке эффективных диагностических алгоритмов и методов терапии.

Чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) наряду с аорто-коронарным шунтированием (АКШ) являются основным методом инвазивного лечения ИБС [2, 6]. Пациенты с множественным поражением коронарных артерий представляют наиболее тяжелую категорию и в таких случаях с целью выбора метода реваскуляризации важную роль играет количественная оценка тяжести поражения коронарного русла. Это в свою очередь позволяет выделять группы пациентов при выборе метода реваскуляризации миокарда. Локальная оценка поражения коронарных артерий представляет собой перспективную модель прогнозирования результатов инвазивного лечения ИБС, осложнившейся ХСН, и способствует принятию более взвешенного решения. Основной целью проведения ЧКВ в соответствии с Американскими и Европейскими клиническими рекомендациями является устранение симптомов при ИБС осложненной ХСН [2, 4, 6]. Прошло более сорока лет с момента, когда осуществилось первое ЧКВ. А сегодня в мире ежегодно проводится около полумиллиона операций баллонной ангиопластики с коронарным стентированием. Зачастую консервативное лечение ХСН не всегда достаточно и выполне-

ние реваскуляризации позволяет увеличить продолжительности качество жизни.

Цель исследования

Определить структурно-функциональное состояние левого желудочка и клинико-гемодинамические особенности течения хронической сердечной недостаточности в зависимости от фракции выброса и оценить состояние коронарного кровотока по результатам чрескожных вмешательств.

Материал и методы исследования

Исследовано $n=170$ больных с ХСН, госпитализированных в специализированные отделения ГУ РКЦК МЗиСЗН РТ за период 2020 – 2021 гг., из которых выделена группа $n=80$ больных с ХСН I-III ФК по NYHA для изучения вариантов ФВЛЖ и характера ремоделирования ЛЖ в зависимости от типа ФВ и группа $n=45$ больных с ХСН с III-IV по NYHA с целью оценки состояния коронарного кровотока по результатам ЧКВ.

Все больные ($n=170$) прошли стандартное обследование: опрос, общий осмотр, антропометрические данные, АД, инструментальные и биохимические исследования, включая КАГ ($n=45$).

Соответственно классификации ХСН в зависимости от ФВ больные подразделяется на три группы: с сохраненной ФВЛЖ $\geq 50\%$ – ХСН-сФВ, со сниженной ФВ $<40\%$ – ХСН-нФВ и пациенты со средней ФВ находятся между этими двумя группами ФВЛЖ 40-49% – ХСН-прФВ.

Для изучения вариантов ФВЛЖ, а также характера ремоделирования ЛЖ в зависимости от типа ФВЛЖ в общей группе больных ($n=80$) с ХСН были выделены три подгруппы, из них – сохраненная ФВЛЖ – 30; низкая ФВЛЖ – 25; промежуточная ФВЛЖ – 25. Диагноз основных нозологических форм, в том числе ХСН, устанавливался в соответствии с действующими рекомендациями.

ФВЛЖ определялось с использованием ЭхоКГ. ЭхоКГ проводилась трансторакальным методом на аппарате ЭхоКГ «OPENO: N – C314E1013: 2015 год: Китай»; ЭХО КГ «ВЭМ EG 1200: N – 101009695: 1998 год: Германия».

Тредмил тест Полиспектор 8EX:

ТНВЭДТС
N-9018110000: 2015 год: Россия

ФВЛЖ рассчитывали по формуле Тейхгольца или по методу Симпсона, в зависимости от ситуации. Мы оценили ГЛЖ и ЛЖ у каждого пациента в соответствии с рекомендациями Американского общества по эхокардиографии (ASE). ГЛЖ определялась, как масса ЛЖ (МЛЖ), привязанная к

площади поверхности тела (ИМЛЖ) > 115 г/м² у мужчин и > 95 г/м² у женщин, в то время как LVE определялась как диастолический размер ЛЖ (LVDd), индексированный по телу. Площадь поверхности (LVDdI) > 36 мм/м² у мужчин и > 37 мм/м² у женщин. МЛЖ рассчитывали по LVDd, толщине межжелудочковой перегородки в конце диастолы (IVSTD) и толщине задней стенки в конце диастолы (PWD) по формуле Devereux следующим образом:

$$LVM = 0,8 \times (1,04 \times [(IVSTD + LVDd + PWD) / 3 - LVDd / 3]) + 0,6.$$

Обработка статистических данных. Непрерывные переменные выражались как среднее $\pm$ стандартная ошибка либо стандартное отклонение. Парные сравнения количественных независимых переменных проводились с помощью U-критерия Манна-Уитни, множественные - с помощью H-критерия Крускала-Уоллиса. Категориальные переменные

выражались в виде числа с процентным соотношением и сравнивались с помощью критерия χ^2 и точного критерия Фишера, для множественных сравнений использовался критерий χ^2 для произвольных таблиц. Для всех этапов двусторонний $p < 0,05$ считался статистически значимым. Все статистические анализы были выполнены с помощью программного обеспечения для статистических вычислений Statistica 10.0 (StatSoft, USA).

Результаты и их обсуждение

Нами были исследованы 80 больных с ХСН I-III ФК. Среди них 30 пациентов имели сохраненную ФВ (37,5%), 25 – промежуточную (31,25%) и 25 – низкую (31,25%). Средний возраст больных составил 62,6 $\pm$ 8,6 лет. Пациенты в сравниваемых подгруппах были с: АГ (30%) и АГ в сочетании с ИБС (70%). Критерии исключения: врожденный и ХРБС; аритмии; IV ФК ХСН. Общая характеристика больных с ХСН в зависимости от ФВ представлена в таблице 1.

Таблица 1

Общая характеристика больных с ХСН в зависимости от ФВ

Показатель	ХСН-сФВ (n=30)		ХСН-нрФВ (n=25)		ХСН-нФВ (n=25)		p
	abs	%	abs	%	abs	%	
Пол: мужчины	8	26,7	18	72,0	19	76,0	<0,001
женщины	22	73,3	7	28,0	6	24,0	
Возраст (годы) M $\pm$ SD	61,4 $\pm$ 7,6		62,1 $\pm$ 11,2		61,6 $\pm$ 6,8		>0,05
Этиология ХСН:							
- АГ	14	46,7	6	24,0	4	16,0	<0,001
- АГ+ИБС	16	53,3	19	76,0	21	84,0	>0,05
ПИКС	3	10,0	7	28,0	10	40,0	<0,05
Ожирение (по ИМТ)							
- нет	7	23,3	16	64,0	15	60,0	<0,01
- I ст.	11	36,7	4	16,0	6	24,0	>0,05
- II ст.	8	26,7	3	12,0	3	12,0	>0,05
- III ст.	4	13,3	2	8,0	1	4,0	>0,05
СД 2 типа	6	20,0	6	24,0	4	16,0	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2 для произвольных таблиц)

Как видно из данных таблицы, в группе больных ХСН-сФВ преобладают женщины старше 60 лет в ассоциации с АГ и избыточной массой тела. Во второй группе (ХСН-нФВ) чаще встречаются мужчины 60 лет и старше, без ожирения. Необходимо отметить, что у больных с ХСН-нФВ часто (40%) наблюдается ПИКС, а АГ, как причинный

фактор, встречается редко (16%). При этом доля больных АГ+ИБС в этой подгруппе высока – n=21 (84%). В группе больных ХСН-нФВ преобладают мужчины (76%) с АГ+ИБС (52%) и ПИКС (40%).

Морфофункциональная характеристика больных с ХСН в зависимости от ФВ представлена в таблице 2.

Таблица 2

Морфофункциональная характеристика у больных ХСН в зависимости от ФВ

Показатель	ХСН-сФВ (n=30)	ХСН-прФВ (n=25)	ХСН-нФВ (n=25)	p_{1-2}	p_{1-3}	p_{2-3}
	1	2	3			
ФВ, %	55,8±4,5	44,1±5,4	31,9±3,6	<0,01	<0,001	<0,01
ПП, мм	50,3±4,4	52,4±7,6	54,9±7,6	0,41	<0,05	0,19
АП, мм	51,3±6,7	53,8±10,6	58,6±12,3	0,27	<0,05	0,24
КДР, мм	51,7±4,7	62,3±7,8	67,1±8,3	<0,01	<0,01	0,02
КСР, мм	32,9±5,2	49,1±5,4	55,8±8,2	<0,01	<0,001	<0,01
МЖП, мм	13,5±1,3	11,9±2,2	11,1±1,8	<0,05	<0,05	0,18
ЗС, мм	11,9±1,5	10,5±1,6	9,2±1,8	<0,05	<0,01	<0,05
ОТС ЛЖ	0,48±0,06	0,37±0,07	0,30±0,05	<0,01	<0,01	<0,05
КДО, мл	130,3±26,8	199,1±54,3	240,0±65,0	<0,01	<0,01	<0,05
КСО, мл	47,0±16,8	114,1±29,4	154,0±49,8	<0,001	<0,001	<0,01
УО, мл	85,0±15,1	85,1±41,8	81,2±18,7	0,1	0,08	0,09
ММЛЖ, г	274,1±59,7	314,1±96,4	313,9±73,7	<0,01	<0,01	0,89
ИММЛЖ, г/м ²	142,0±25,6	163,0±31,1	162,9±36,1	<0,01	<0,01	0,88

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между соответствующими группами (по U -критерию Манна-Уитни)

Морфофункциональные параметры миокарда у больных ХСН в зависимости от ФВ имеют свои особенности. Так, у больных со сниженной ФВ дилатация полостей сердца наиболее выражена, а у больных с ХСН-прФВ и ХСН-сФВ этот показатель не отличается, за исключением меньшей дилатации ЛЖ. Между группами нами отмечены достоверные различия в показателях конечного диастолического объема (КДО) и конечного систолического размера (КСР).

Типы геометрической модели ЛЖ оценивали по показателям ОТС ЛЖ и

ИММ ЛЖ. В процессе анализа выделили следующие типы ремоделирования ЛЖ: НГЛЖ – нормальная геометрия ЛЖ, КРЛЖ – концентрическое ремоделирование ЛЖ, КГЛЖ – концентрическая гипертрофия ЛЖ и ЭГЛЖ – эксцентрическая гипертрофия ЛЖ.

Типы ремоделирования, основанные на результаты расчета ОТС ЛЖ и ИММ ЛЖ, играют ключевую роль в прогнозе ХСН. Характер ремоделирования ЛЖ у больных с ХСН в зависимости от ФВ представлен на рисунке 1.

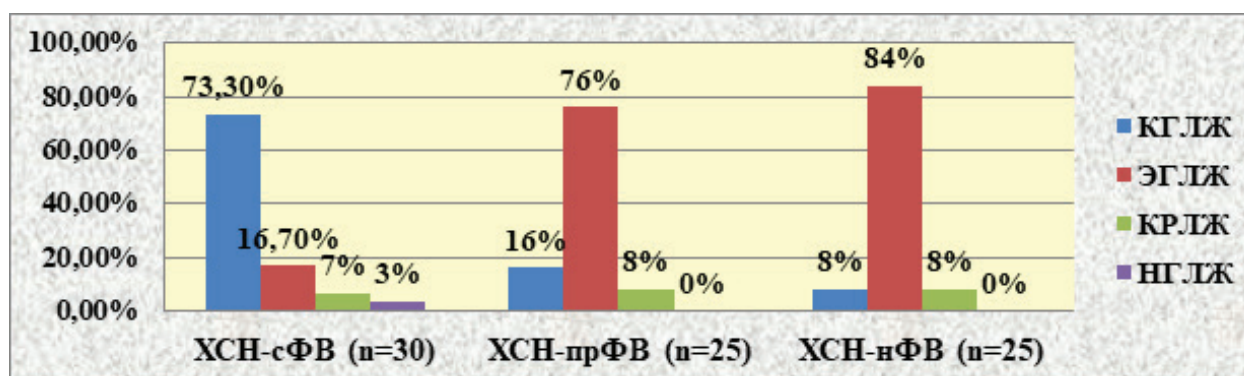


Рис. 1. Характер ремоделирования сердца у больных ХСН в зависимости от ФВ ЛЖ

Как видно из рисунка, в подгруппе больных с ХСН-сФВ в большинстве случаев (73,3%) встречалось ремоделирование по типу концентрической гипертрофии, которая является доказательством диастолической дисфункции. У больных

с ХСН-прФВ и ХСН-нФВ с наибольшей частотой имела эксцентрическая гипертрофия – 76% и 84% соответственно. Данный тип ремоделирования характеризуется дилатацией полостей сердца и большим объемом.

По экстренным показаниям была выполнена КАГ – (n=45), 68,9% имели III ФК по NYHA, а 31,1% - IV ФК по NYHA. Из них мужчин 38 (84,4%), женщин 7 (15,6%), сред-

ний возраст $61,5 \pm 0,62$ года. В зависимости от ФВ ЛЖ все больные были разделены на 3 группы. Общая характеристика больных представлена в таблице 3.

Таблица 3

Характеристика больных в зависимости от ФВ ЛЖ

Показатель	Всего	ХСН-сФВ (n=10)		ХСН-прФВ (n=20)		ХСН-нФВ (n=15)		p
		abs	%	abs	%	abs	%	
Пол: мужчины	38	6	60,0	18	90,0	14	93,3	>0,05
Женщины	7	4	40,0	2	10,0	1	6,7	
III ФК по NYHA	31	8	80,0	15	75,0	8	53,3	>0,05
IV ФК по NYHA	14	2	20,0	5	25,0	7	46,7	>0,05
Средний возраст	$61,5 \pm 0,62$	$61,4 \pm 7,6$		$62,1 \pm 11,2$		$61,6 \pm 6,8$		>0,05*
Средний ФВ ЛЖ, %	$43,1 \pm 4,8$	$55,8 \pm 4,5$		$44,1 \pm 5,4$		$33,9 \pm 4,6$		<0,05*

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2 для произвольных таблиц, * по H-критерию Крускала-Уоллиса)

Гемодинамику в коронарной артерии оценивали по следующему протоколу:

1. Состояние кровоснабжения и его тип.
2. Магистральные коронарные артерии (диаметром 2,5 мм и более), их количество, а также гемодинамически значимое поражение.

3. По шкале SYNTAX оценить степень поражения коронарных артерий с градацией по 3 категориям: до 22 баллов - умеренная, 23-32 балла - средней степени и выраженная патология (более 33 баллов).

Результаты КАГ в зависимости от ФВ представлена в рисунке 2.

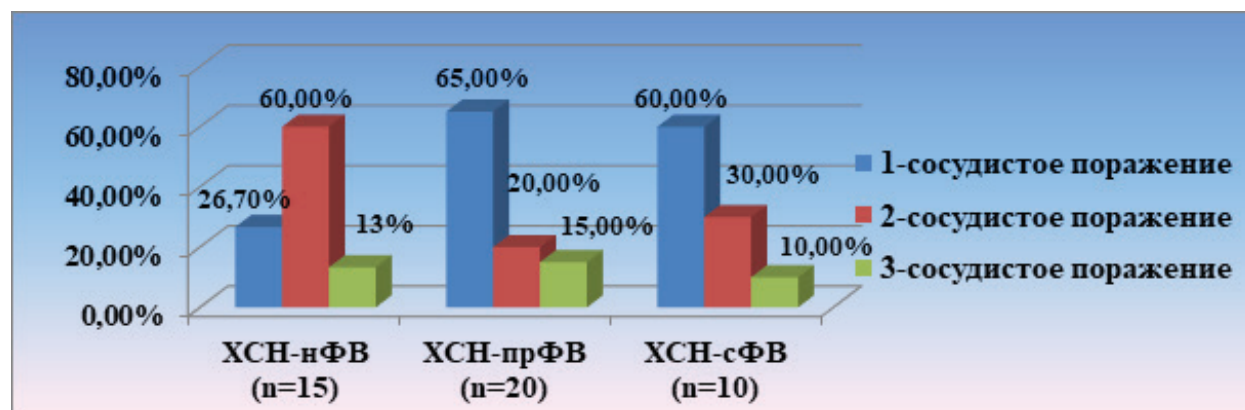


Рис. 2. Характеристика сосудистых поражений у больных ХСН в зависимости от ФВ ЛЖ

Как видно из данных рисунка, сосудистое поражение с наибольшей частотой наблюдалось у больных с ХСН-прФВ и ХСН-сФВ – 62,0% и 57,1% соответственно. Аналогичная ситуация наблюдалась и с распространенностью 2- и 3-сосудистого поражения среди пациентов ХСН-прФВ (23,0% и 19,0%) и ХСН-сФВ (29,1% и 14,9%) соответственно. У больных со ХСН-сФВ преобладало 2-сосудистое поражение (58,0%) при этом 1- и 3-со-

судистое поражение наблюдалось с частотой 39,0% и 11% соответственно. Таким образом, по результатам КАГ наиболее выраженные нарушения васкуляризации наблюдались у лиц с ХСН-нФВ и ХСН-прФВ ЛЖ.

Одним из современных трендов в прогнозировании результатов реваскуляризации миокарда и течения ИБС является изучение тяжести поражения коронарных и количественной оценки сосудов. Такой

оценочной шкалой является шкала SYNTAX (Synergy between PCI with Taxus and Cardiac Surgery) Score (SS), по которой определяют степень поражения коронарного русла и общую прогностическую значимость, что выражается в баллах. Высокий балл по шкале SYNTAX Score служит прогностическим фактором и означает повышенный риск развития типичных осложнений ЧКВ, таких как контраст-индуцированная нефропатия и феномен no-reflow. Это, в свою очередь, сопровождается повышенным риском повторной реваскуляризации миокарда вследствие рестеноза и тромбоза стентов. Безусловно,

шкала SS не лишена недостатков – это ограниченность анатомических параметров и один из главных недостатков – время расчета показателя. Как правило, разработчики рекомендуют оценивать КАГ пациента как минимум двумя специалистами до достижения единого согласованного решения. Это, разумеется, ограничивает применение данного показателя, в первую очередь при развитии экстренных сценариев [4]. Тем не менее, прогностическая модель SYNTAX Score при планировании выполнения ЧКВ обладает наивысшим уровнем доказательности (рис. 3).

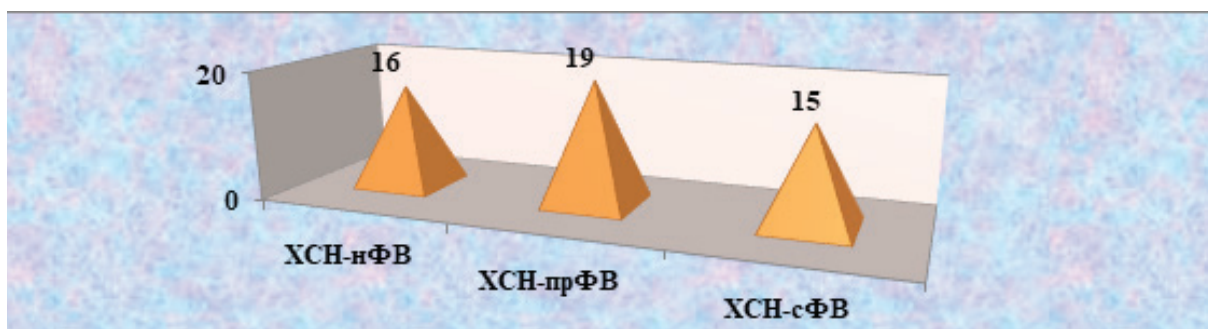


Рис. 3. Оценка поражения коронарных сосудов по шкале Syntax (баллы)

Результаты подсчета шкалы Syntax показали, что больные с XCH-прФВ имели большое количество баллов (19) в сравнении с пациентами I и III групп, что свидетельствует о выраженных нарушениях васкуляризации миокарда во II группе.

Поражение ствола левых коронарных артерий (ЛКА) свыше 50% позволяет вклю-

чить пациентов в категорию высокого риска внезапной смерти, а в ассоциации с ФВ позволяет дать более точную оценку риска неблагоприятных исходов.

Так, мы сочли необходимым оценить распространенность стеноза ствола ЛКА в зависимости от ФВ ЛЖ. Данные представлены в таблице 4.

Таблица 4

Оценка стеноза ствола ЛКА в зависимости от ФВ

Показатель	XCH-нФВ (n=15)		XCH-прФВ (n=20)		XCH-сФВ (n=10)		p
	abs	%	abs	%	abs	%	
Стеноз ствола ЛКА	5	33,3	7	35,0	2	20,0	<0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2 для произвольных таблиц)

Результаты продемонстрировали гемодинамический значимый стеноз ЛКА у больных с XCH-прФВ (II группа) в сравнении с XCH-сФВ (III группа).

Заключение

При изучении XCH в зависимости от ФВ выявлены принципиальные различия XCH-сФВ в сравнении с XCH-прФВ и XCH-нФВ в плане этиологии и пола: у женщин с АГ и ожирением в возрастной категории >60 лет чаще встречается XCH-сФВ. У больных

с XCH-сФВ часто наблюдается тип ремоделирования миокарда по типу концентрической гипертрофии, при этом состояние ФВ ЛЖ не влияет на тяжесть течения. Результаты КАГ свидетельствуют о наиболее выраженных нарушениях васкуляризации у лиц с XCH со сниженной и промежуточной ФВЛЖ.

Таким образом, несмотря на многообразие диагностических технологий, ФВ ЛЖ до сих пор остается одним из ключевых

параметров, оцениваемых во время ЭхоКГ у больных с ХСН. Для пациентов с различными вариантами ФВ ЛЖ свойственны этиологические, половые различия, а также ассоциация со степенью нарушения васкуляризации. Использование ЧКВ как метода реваскуляризации миокарда при ИБС, осложненной

развитием ХСН, позволяет в значительной части наблюдений повысить качество жизни пациентов и увеличить ее продолжительность.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

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

1. Агеев Ф.Т., Овчинников А.Г. Сердечная недостаточность с промежуточной фракцией выброса левого желудочка: существует ли клиническая необходимость выделения её в отдельную подгруппу? // Кардиология. 2018. Т. 58, № 12S. С. 4-10.
2. Айбаш Файсал. Диагностика и методы лечения хронической сердечной недостаточности (ХСН) // Инновации. Наука. Образование. 2021. №36. С. 2544-2553.
3. Ватулин Н.Т., Шевелёв А.Н., Венжега В.В. Место пациентов с промежуточной фракцией выброса левого желудочка в общей популяции больных хронической сердечной недостаточностью. // Архивъ внутренней медицины. 2021. №11(2). С. 111-121. DOI: 10.20514/2226-6704-2021-11-2-111-121.
4. Григорьев В.С. Абросимов А.В. Анатомическая шкала оценки риска SYNTAX Score – инструмент определения тяжести поражения коронарного русла и прогнозирования исходов эндоваскулярных вмешательств // Креативная кардиология. 2019. №13(2). С.159-172. DOI: 10.24022/1997-3187-2019-13-2-159-172.
5. Душина А.Г., Лопина Е.А., Либис Р.А. Особенности хронической сердечной недостаточности в зависимости от фракции выброса левого желудочка. // Российский кардиологический журнал. 2019. №24(2). С.7-11.
6. Мареев В.Ю., Фомин И.В., Агеев Ф.Т. и др. Клинические рекомендации ОССН-РКО-РНМОТ. Сердечная недостаточность: хроническая (ХСН) и острая декомпенсированная (ОДСН). Диагностика, профилактика и лечение // Кардиология. 2018. Т. 58 (6S). С. 8-158. doi:10.18087/cardio.2475.
7. Нестеров В.С., Урванцева И.А., Воробьев А.С. Хроническая сердечная недостаточность: современные проблемы и пути их решения // Лечащий врач. 2018. №7. С. 11-14.
8. Самойлова Е.В. и др. Разделение пациентов с хронической сердечной недостаточностью по группам в зависимости от этиологии заболевания // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2021. Т. 10, №1. С. 6-15. DOI: 10.17802/2306-1278-2021-10-1-6-15.
9. Сохибназарова В.Х., Саидова М.А., Терещенко С.Н. Применение новых эхокардиографических технологий недоплерографического изображения миокарда в двухмерном и трехмерном режимах у больных ХСН с сохранной и сниженной фракцией выброса левого желудочка // Евразийский кардиологический журнал. 2017. №2. С. 42-47.

RESERENSES

1. Ageev F.T., Ovchinnikov A.G. Serdechnaya nedostatochnost s promezhutochnoy fraktsiey vybrosa levogo zheludochka: sushchestvuet li klinicheskaya neobkhodimost vydeleniya eyo v otdelnuyu podgruppuy? [Heart failure with an intermediate left ventricular ejection fraction: is there a clinical need to separate it into a separate subgroup?]. *Kardiologiya – Cardiology*, 2018, Vol. 58, No. 12, pp. 4-10.
2. Aybash Faysal. Diagnostika i metody lecheniya khronicheskoy serdechnoy nedostatochnosti (KHSN) [Diagnosis and treatment of chronic heart failure (CHF)]. *Innovatsii. Nauka. Obrazovanie – Innovations. Science. Education*, 2021, No. 36, pp. 2544-2553.
3. Vatutin N.T., Shevelyok A.N., Venzhega V.V. Mesto patsientov s promezhutochnoy fraktsiey vybrosa levogo zheludochka v obshchey populyatsii bolnykh khronicheskoy serdechnoy nedostatochnostyu [Place of patients with intermediate left ventricular ejection fraction in the general population of patients with chronic heart failure]. *Arkhiv vnutrenney meditsiny – Archive of internal medicine*, 2021, No. 11 (2), pp. 111-121.
4. Grigorev V.S. Abrosimov A.V. Anatomicheskaya shkala otsenki riska SYNTAX Score – instrument opredeleniya tyazhesti porazheniya koronarnogo rusla i prognozirovaniya skhodov endovaskulyarnykh vmeshatelstv [Anatomical risk assessment scale SYNTAX Score is a tool for determining the severity of coronary lesions and predicting outcomes of endovascular interventions]. *Kreativnaya kardiologiya – Creative Cardiology*, 2019, No. 13 (2), pp.159-172.
5. Dushina A.G., Lopina E.A., Libis R.A. Osobennosti khronicheskoy serdechnoy nedostatochnosti v zavisimosti ot fraktsii vybrosa levogo zheludochka [Features of chronic heart failure depending on the ejection fraction of the left ventricle.]. *Rossiyskiy kardiologicheskiy zhurnal – Russian Journal of Cardiology*, 2019, No. 24 (2), pp. 7-11.
6. Mareev V.Yu., Fomin I.V., Ageev F.T. Klinicheskie rekomendatsii OSSN-RKO-RNMOT. Serdechnaya nedostatochnost: khronicheskaya (KHSN) i ostraya dekompensovanaya (ODSN). Diagnostika, profilaktika i lechenie [Clinical guidelines OSSN-RKO-RNMOT. Heart failure: chronic (CHF) and acute decompensated (ADHF). Diagnosis, prevention and treatment]. *Kardiologiya – Cardiology*, 2018, Vol. 58 (6S), pp. 8-158.
7. Nesterov V.S., Urvantseva I.A., Vorobev A.S. Khronicheskaya serdechnaya nedostatochnost: sovremennye problemy i puti ikh resheniya [Chronic heart failure:

modern problems and ways to solve them]. *Lechashchii vrach – Attending physician*, 2018, No. 7, pp. 11-14.

8. Samoylova E.V. Razdelenie patsientov s khronicheskoy serdechnoy nedostatochnostyu po gruppam v zavisimosti ot etiologii zabolevaniya [Dividing patients with chronic heart failure into groups depending on the etiology of the disease]. *Kompleksnyye problemy serdechno-sosudistykh zabolevaniy – Complex problems of cardiovascular diseases*, 2021, Vol. 10, No. 1, pp. 6-15.

9. Sokhibnazarova V.Kh., Saidova M.A., Tereshchenko S.N. Primenenie novykh ekhokardiograficheskikh tekhnologiy nedoplerovskogo izobrazheniya miokarda v dvukhmernom i trekhmernom rezhimakh u bolnykh KHSN s sokhrannoy i snizhennoy fraktsiei vybroso levo-go zheludochka [Application of new echocardiographic technologies for Doppler imaging of the myocardium in two-dimensional and three-dimensional modes in patients with CHF with preserved and reduced left ventricular ejection fraction]. *Evraziyskiy kardiologicheskiy zhurnal – Eurasian Journal of Cardiology*, 2017, No. 2, pp. 42-47.

10. Ambrosy A.P., Lewis G.D., Malhotra R. Identifying responders to oral iron supplementation in heart failure with a reduced ejection fraction: a post-hoc analysis of the

IRONOUT-HF trial. *Journal of Cardiovascular Medicine*, 2019, No. 20, pp. 223-225.

11. McMurray J.J.V. et al. A trial to evaluate the effect of the Sodium-glucose co-transporter 2 inhibitor dapagliflozin on morbidity and mortality in patients with heart failure and reduced left ventricular ejection fraction (DAPA-HF). *European Journal of Heart Failure*, 2019, No. 21 (5), pp. 665-75.

Сведения об авторах:

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

Файзуллоев Абуали Исупович – зав. отделения кардиореанимации ГУ РКЦК МЗиСЗН РТ, соискатель кафедры терапии и кардиоревматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Кабирзода Р. – соискатель кафедры терапии и кардиоревматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Контактная информация:

Шукурова Сурайё Максудовна – e-mail: s_shukurova@mail.ru

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

© Н.К. Артыкова, 2022

УДК 616-022.6;578;616.31

Артыкова Н.К.

ВИРУСНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Artykova N.K.

VIRAL DISEASES OF THE ORAL MUCOSA

Department of Orthopedic Dentistry of the State Educational Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"

В статье представлен анализ современных отечественных и зарубежных публикаций, посвящённых актуальным вопросам вирусной инфекции слизистой оболочки полости рта (СОПР). Приводятся сведения о распространённости герпесвирусной и папилломавирусной инфекций, путях проникновения данных агентов на слизистую полости рта, клинических проявлениях обусловленных ими заболеваний СОПР. Описано влияние вируса простого герпеса и вируса папилломы человека на тяжесть и прогрессирование заболеваний СОПР. Высказана точка зрения о том, что вирусные инфекции, локализующиеся в полости рта, могут быть инициаторами патологических состояний СОПР и влиять на качество оказания стоматологической помощи, что должно учитываться при оказании врачебной помощи.

Ключевые слова: слизистая оболочка полости рта, патологические состояния, вирусы папилломы человека, герпесвирусная инфекция

The article presents an analysis of modern native and foreign publications on topical issues of viral infection of the oral mucosa (OM). Information is provided on the prevalence of herpesvirus and papillomavirus infections, on the routes of penetration of these agents into the oral mucosa, and on the clinical manifestations of OM diseases caused by them. Based on generalized literature data, the authors focus on the influence of herpes simplex virus and human papillomavirus on the severity and progression of OM diseases. Based on the analysis of literature data, the author considers that viral infections localized in the oral cavity can be the initiators of pathological conditions of oral mucosa and affect the quality of dental care. It is indicated that the identification of pathological conditions of the mucous membranes should alert the doctor to viral infections and take measures to detect them early, which will help reduce the incidence of OM diseases and their undesirable consequences.

Key words: mucous membranes of the oral cavity, pathological conditions, types of human papillomavirus, herpesvirus infection

Известно, что здоровье полости рта влияет на общее состояние здоровья и качество жизни человека [5, 6]. Среди заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР) важное место занимают вирусные поражения, особенно герпесвирусная (ГВИ) и папилломавирусная (ПВИ) инфекции. По данным ВОЗ, среди вирусных инфекций заболевания, обусловленные герпесвирусами, занимают второе место в мире после

гриппа. Распространённость вирусных инфекций во всем мире среди взрослого населения варьирует от 75% до 95% [1, 6, 17], в связи с чем стоматологические проявления этой инфекции представляют особый интерес в повседневной практике врача-стоматолога [17].

По данным литературы, за последнее десятилетие в Европе и Америке на 50% случаев наблюдалось увеличение выявления

вируса папилломы человека со слизистых оболочек полости рта среди лиц моложе 45 лет [1, 6]. По данным ВОЗ, около 90% жителей земного шара заражены вирусом простого герпеса, у 25% – 30% из них имеют место клинические проявления болезни, которые распознаются несвоевременно, а в 95% случаях носителями герпес-вирусной инфекции (ГВИ) являются лица в возрасте 18-45 лет [5, 17]. Установить точное количество заболевших вирусом простого герпеса невозможно, так как при первичном инфицировании проявлений болезни не отмечается, а рецидивы заболевания у 20–30% заболевших ВПГ развиваются в течение последующих двух трех лет. По мнению исследователей, увеличение числа больных с ГВИ связано с увеличением бессимптомного течения болезни [6, 7]. Несмотря на то, что носителями вируса простого герпеса являются приблизительно 90–97% населения земного шара, однако не у всех наблюдаются клинические проявления инфекции. Кроме того, некоторые исследователи считают, что существует генетическая предрасположенность трансформации острого герпеса в хроническую рецидивирующую форму [5, 7].

Отличительными особенностями повсеместно распространенной вирусной инфекции у человека являются многообразие клинических проявлений, пожизненная персистенция в организме инфицированных и последующая периодическая ее реактивация [7, 17].

Особенностью вируса простого герпеса (ВПГ) является то, что он является важным патогенным вирусом, который вызывает кожно-слизистые заболевания не только в полости рта, но и в области половых органов [5, 7]. При этом считается, что ВПГ-1 имеет значительную связь с инфицированием глотки, менингоэнцефалитом и дерматитом, тогда как ВПГ-2 связан с инфекциями гениталий и анальной области. Однако в зависимости от сексуального поведения ВПГ-1 и -2 могут вызывать первичные или рецидивирующие инфекции как в области рта, так и в области гениталий. Известно, что первичное инфицирование ВПГ-1 обычно возникает в раннем возрасте и имеет характерные проявления на кожных покровах и слизистых оболочках, но может протекать и бессимптомно. Особенностью ГВИ является репликация вируса во входных воротах, а после входа в чувствительные нервные окончания он транспортируется в регионарные ганглии и развивается латентный период

[5]. Рецидивирующая инфекция простого герпеса возникает с реактивацией ВПГ в ганглии тройничного нерва. Реактивация вируса может быть результатом многочисленных состояний, таких как возраст, воздействие солнечного света или холода, травма, физический или эмоциональный стресс, усталость, беременность, иммуносупрессивное состояние, лихорадка, респираторное заболевание, менструация, системное заболевание или злокачественное новообразование, а также любое сопутствующее инфекционное заболевание [7, 9].

Рецидивирующие ВПГ-инфекции возникают преимущественно на красной кайме губ и ороговевших участках слизистой оболочки полости рта, таких как небо и десны, но могут возникать и на других участках полости рта, особенно у лиц с ослабленным иммунитетом. Герпесвирусная инфекция нарушает антибактериальную защиту организма, и в конечном счете способна увеличить патогенность пародонтальной микрофлоры [6], а исследования Murakami S и соавт. (2021) показывают, что прогрессирование пародонтита происходит на фоне сочетания вирусной и бактериальной инфекций [17]. Хотя в других исследованиях доказано, что в патогенезе хронического пародонтита важную роль играют ассоциации папилломавирусной инфекции и цитомегаловируса [9, 12, 17]. Доказано, что вирусная инфекция является одним из этиопатогенетических факторов развития красного плоского лишая (КПЛ), так как в литературе приводятся сведения о выявлении ДНК вируса простого герпеса у больных с данной патологией в 18 (18%) случаях, причем герпесвирусная инфекция чаще выявляется при типичной форме, а при атипичных формах она выявляется у 2% пациентов. Авторы выявили, что в 11% случаев герпесвирусная инфекция выявляется при эрозивно-язвенной форме КПЛ и только лишь в 1% - при гиперкератотической. Кроме того, выявлено, что у больных с КПЛ слизистой оболочки полости рта в 9% случаев обнаруживаются ВПЧ 16 и 18 типов, а число больных с папилломавирусной инфекцией составляет 4% с выявленным 16 типом ВПЧ и 2% случаев с 18 типом ВПЧ [14]. В литературе приводятся данные, что герпесвирусная инфекция 1-го и 2-го типов выявляется в ротовой полости пациентов с пародонтозом в 15,7% случаях, а при гингивитах этот показатель достигает 55% [8, 13]. По данным других авторов, персистирование герпесвирусной

инфекции выявлено в ротовой жидкости у 42,67% больных с хроническим генерализованным пародонтитом, причем у 87,9% из этих пациентов были выявлены антитела IgG, а у 12% больных - антитела IgM [9]. В литературе имеются сведения о том, что у больных с хроническим генерализованным пародонтитом в пародонтальных карманах и в участках зубодесневой борозды с разной частотой выявляется ДНК вирусов герпеса 1 и 2 типов [8, 13].

Исследование механизмов влияния вирусной инфекции на заболеваемость СОПР показало, что вирусная инфекция увеличивает агрессивность пародонтопатогенных бактерий, которые, в свою очередь, выделяя собственные ферменты и другие провоспалительные факторы, способны повысить вирулентность герпесвируса [7, 9, 12]. По мнению авторов, этот патогенетический механизм сопровождается развитием воспалительного процесса СОПР, что приводит к ухудшению клинического течения заболеваний СОПР, увеличению частоты их рецидивов, а также оказывает негативное влияние на состояние ортопедических конструкций и снижает качество протезирования. То есть, вирусная инфекция СОПР, как и другие микробные агенты, может приводить к ухудшению функциональных и эксплуатационных качеств ортопедических конструкций, которые в свою очередь, травмируя слизистые оболочки полости рта, могут усилить проникновение вируса в глуболежащие ткани и привести к развитию порочного круга [8, 9].

Основными особенностями герпесвирусных заболеваний являются их склонность к хроническому рецидивирующему течению и большое разнообразие клинических проявлений. Это связано с характерными иммуно-биологическими свойствами возбудителя. Способность ГВИ к репродукции в клетках иммунной системы обуславливает снижение функциональной активности этих клеток и способствует их гибели, что приводит к развитию вторичных иммунодефицитных состояний и длительной персистенции возбудителя в организме [8, 9, 13]. По мнению некоторых авторов, при развитии патологии слизистой оболочки рта и пародонта важное значение имеет образование смешанной биопленки, представленной различными ассоциациями микроорганизмов, в том числе вирусных агентов. Это также подтверждают и другие исследователи, которые у 60% пациентов с патологическими состояниями полости

рта из пародонтального кармана выявили сочетания анаэробных бактерий с вирусом простого герпеса [6, 22]. Это подтверждается и другими исследователями, которые также считают, что вирусы играют важную роль в так называемом паразитоцинозе, так как способны вступать в ассоциации с бактериями, грибами и простейшими [1]. Авторами доказано, что наличие вирусной инфекции в составе микробных агентов усиливает инвазию микроорганизмов в ткани полости рта и оказывает неблагоприятное влияние на протезное ложе [1, 4]. В некоторых исследованиях приводятся сведения о том, что герпесвирусы индуцируют выделение провоспалительных цитокинов, которые приводят к нарушению защитных иммунных механизмов и способствуют активному размножению пародонтопатогенных бактерий как в биопленке, так и в тканях пародонта. По мнению авторов, присутствие в микробиоценозе слизистой полости рта герпетической инфекции может вызывать повреждение тканей пародонта и участвовать в развитии рецидивов заболеваний СОПР [4, 10]. Кроме того, взаимодействие с другими микроорганизмами приводит к изменению свойств вирусов, последствием чего является появление нетипичных для вирусной инфекции патологических состояний слизистой оболочки полости рта и новых клинических форм, что становится причиной возникновения сложностей в диагностике, резистентности традиционной терапии.

Основными факторами широкого распространения вирусной инфекции на слизистой оболочке полости рта являются многообразие путей передачи, а также инфицирование людей в любом возрасте. Известно, что вирусные заболевания слизистых оболочек полости рта могут возникать либо в результате разрушения клеток, либо в результате иммунной реакции на вирусные белки. Герпесвирусные инфекции обычно проявляются внезапным началом и сочетанием одиночных или множественных везикулезных и афтозных высыпаний, которые развиваются на фоне таких симптомов, как повышение температуры, недомогание и лимфоаденопатия [7, 11]. Доказано, что у 20% населения в течение жизни встречаются афтозные высыпания на слизистой оболочке рта, обусловленные герпесвирусной инфекцией [1, 22]. Особенностью клинических проявлений различных форм герпетической инфекции является наличие острых форм поражения слизистой оболочки полости рта и высокий

риск рецидива заболеваний. Некоторые исследователи выявили случаи так называемого рекуррентного герпеса, который связан с реактивацией ВПГ после травматических манипуляций в полости рта, особенно после удаления зубов, что проявляется распространением местных герпетических поражений на область кожи носа, подбородка, губ, слизистой оболочки рта. Доказано, что проведение хирургических вмешательств, проводимых в челюстно-лицевой области, и проводимая анестезия повышают риск реактивации вируса до 50% [1].

Однако выявлено, что в 20% случаев герпесвирусная инфекция протекает бессимптомно, а в 60% случаев проявление вирусных инфекций в полости рта протекает в виде нетипичных, субклинических форм. Из-за частых субклинических форм у большинства людей герпесвирусная инфекция (ГВИ) остается недиагностированной [21].

Кроме герпесвирусной инфекции, на слизистой оболочке полости рта выявляется папилломавирусная инфекция (ПВИ). По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), в 2013 году в мире было выявлено более 600 млн. человек с папилломавирусной инфекцией, а в последние годы их количество возросло более чем в 10 раз и выявляется уже у 13% населения [20]. Доказано, что вирус папилломы человека 6 и 11 типов в 55-70% случаев становится причиной образования папиллом слизистой оболочки полости. Распространенность ПВИ обусловлена социально-экономическими, поведенческими, медико-гигиеническими особенностями и колеблется в разных странах в широких пределах. Пик заболеваемости приходится на возрастную группу 18-25 лет, то есть, на наиболее сексуально-активную и работоспособную часть населения [4, 18].

Важную роль в распространении папилломавирусных инфекций слизистой оболочки полости рта имеет место неадекватная диагностика и недооценка их проявлений, что влечет за собой проведение нерациональной терапии и профилактики [6, 17]. Папилломавирусная инфекция чаще регистрируется у лиц молодого возраста с высоким числом половых партнеров. По современным данным, более половины населения земли (50 - 80%) инфицировано вирусом папилломы человека (тем или иным типом), но лишь у малой части из них (5 - 10%) имеются клинические проявления [3].

Исследования российских авторов за трехлетний период в общей структуре забо-

леваний слизистой оболочки полости рта у больных, обратившихся в стоматологический центр, в 10,4% случаев выявили вирусные заболевания, такие как острый афтозный стоматит, хронический рецидивирующий афтозный стоматит, а в 17,9% случаев – папилломатозные разрастания слизистой полости рта [6]. Результаты исследований Успенской О.А. (2015) показали, что у больных с хроническим афтозным стоматитом полости рта в 55,0% случаев выявлена вирусная инфекция, а применение противовирусной терапии уменьшило количество рецидивов в 3 раза. По мнению других исследователей, вирусные инфекции также связаны с развитием и прогрессированием заболеваний пародонта [3]. Выявлено инфицирование вирусом папилломы человека слизистых оболочек полости рта у 12,8% больных, обратившихся за стоматологической помощью в связи с деструктивными изменениями слизистых оболочек и тканей пародонта [6, 7].

Папилломавирусная инфекция, проявляющаяся в виде папилломатозных образований на коже и слизистых оболочках, характеризуется хроническим рецидивирующим течением, широким распространением и высокой контагиозностью [9, 12]. Папилломавирус человека является одним из наиболее распространенных вирусных агентов, передаваемых половым путем, и отличается многообразием своих клинических проявлений [1]. Его частота колеблется от 5% до 87,9%, что зависит от региона проживания, социального статуса больного, наличия субклинических форм ПВИ и методов диагностики. ПВИ чаще регистрируется у лиц молодого возраста с высоким числом половых партнеров. По современным данным, более половины населения земли (50-80%) инфицировано тем или иным типом вирусом папилломы человека, но лишь у малой части из них, то есть у 5-10% имеются клинические проявления [6, 20]. ПВИ возникает при внедрении в организм вируса папилломы человека (ВПЧ), представляющего собой эпителиотропные ДНК-вирусы, которые связаны с различными доброкачественными, предраковыми или злокачественными поражениями многослойного плоского эпителия в эпидермисе и слизистых оболочках и являются известными фактором риска развития онкологических состояний [5, 6]. Доказано, что зрелые вирусы, выделенные из поверхностных слоев клетки путем десквамации, передаются в основном при прямом горизонтальном контакте

(например, половой акт при генитальном или оральном контакте со слизистыми оболочками инфицированного субъекта) или косвенном (например, через медицинские инструменты, контаминированная посуда). Во всех случаях передача вируса происходит при наличии микроповреждений эпителия, которые благоприятствуют проникновению вируса в рецептивные базальные клетки [9, 12].

В литературе имеются сведения о том, что онкогенный фрагмент генома ВПЧ может присутствовать на сперматозоидах, а новорожденные дети могут быть инфицированы в родах при прохождении через родовые пути матери, инфицированной ВПЧ. Доказано наличие ВПЧ в амниотической жидкости. Наблюдается также перенос ВПЧ инфекции от родителей к детям, а также случаи массового заражения среди подростков [12, 13]. Инфицирование может происходить также путем аутоинокуляции, то есть самозаражения при бритье, эпиляции, обкусывании ногтей, расчёсах кожи. Некоторыми исследователями доказано, что проявления папилломавирусной инфекции аногенитальной области нередко в течение нескольких месяцев предшествуют наличию папилломавирусных проявлений на слизистых оболочках полости рта. Частым проявлением ВПЧ является обыкновенная бородавка, которая кроме кожных покровов инфицирует слизистую оболочку полости рта, локализуясь на губах, твердом небе, деснах и дорсальной поверхности языка [5, 6, 11]. Среди проявлений папилломавирусной инфекции в литературе имеются сведения об оральной остроконечной кондиломе, вероятность заражения которой составляет 50% у лиц, занимающихся оральным сексом [13, 14, 15]. Клиническая картина характеризуется небольшими розоватыми или беловатыми узелками, которые разрастаются на языке, губах, небе и дне рта, а контур поверхности обычно напоминает цветную капусту. По данным зарубежных авторов, при данной патологии в 75-85% с помощью иммуногистохимических методов диагностики и гибридизации обнаруживаются 6 и 11 типы ВПЧ [10, 16].

Некоторые подтипы ВПЧ вызывают развитие доброкачественных опухолей, таких как плоскоклеточная папиллома полости рта, которая встречается во всех возрастных группах, но чаще в возрасте 30–50 лет. Плоскоклеточные папилломы обычно представляют собой солитарные, экзофитные образования на ножке, состоящие из многочислен-

ных пальцевидных выступов. Характерной особенностью данной патологии является поражение не только слизистой оболочки полости рта, но и зоны ларинго-трахеобронхиальной области, особенно в детском возрасте. У взрослых данное состояние часто наблюдается на мягком небе, языке, уздечке и нижней губе [2, 8].

По данным литературы, ПВИ выявляется в каждом из 3% исследованных браш-биоптатов гортани и у каждого первого больного с гиперплазией язычной миндалины [17], а в других исследованиях ДНК ВПЧ были выявлены в 18,5–35,9% исследованных биоптатов доброкачественных и предраковых заболеваний полости рта, глотки и гортани [19]. Однако, по мнению некоторых авторов, необходимо учитывать, что ПВИ может протекать в различных клинических формах - клинической и субклинической (латентной), а также может длительно существовать в организме в виде латентной инфекции, но под влиянием таких провоцирующих факторов, как иммуносупрессия, механическое раздражение, длительное наличие воспалительного процесса, вирус активизируется и переходит в клинически манифестированную форму активности [20]. Если яркими клиническими проявлениями ВПЧ на слизистых оболочках полости рта являются остроконечные и папиллярные кондиломы (папилломы), то субклинические признаки представляют собой плоские и инвертированные кондиломы (папилломы), при которых нет видимых макроскопических изменений эпителия. В связи с этим субклинические формы ПВИ определяются только при гистологическом исследовании по наличию типичных изменений в виде акантоза и койлоцитарной атипии [9].

Местными предрасполагающими факторами развития папилломавирусной инфекции являются микроповреждения слизистой, глубина которых достигает базального слоя. Зачастую такие микроповреждения формируются у лиц, пользующихся некачественными зубными протезами. На этом фоне внедрение даже единичных вирусных частиц приводит к активному воспроизведению дочерних молекул ДНК, что сопровождается нарушениями механизмов дифференцировки клеток и развивается дефицит клеточного иммунитета. При этом на слизистой оболочке полости рта могут развиваться травматические, то есть реактивные папилломы, а также истинные, или неопластические папилломы. При устранении травмирующего фактора происходит остановка

роста реактивных папиллом, но при наличии хронической вирусной инфекции они могут трансформироваться в неопластические папилломы [12, 14].

Считается, что существует взаимосвязь между различными типами ВПЧ, так как заражение одними типами влечет за собой формирование доброкачественных пролиферативных процессов, а другими характеризуется развитием злокачественных процессов. Кроме того, выявление папилломавирусной инфекции не исключает выявления герпесвирусной инфекции у этих пациентов. Так, по данным некоторых авторов, у 2% больных с красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта была выявлена как герпесвирусная, так и папилломавирусная инфекции. По мнению авторов, у больных с наличием хронической вирусной инфекции полости рта наблюдается более тяжелое течение красного плоского лишая, характеризующееся частыми рецидивами и короткими периодами ремиссии [8].

Так, по данным литературы, у 95% обследованных больных, страдающих лейкоплакией в сочетании с хроническим пародонтитом, были выявлены антитела класса IgG к ВПГ 1 или 2 типов, причём у 89% пациентов были очень высокие титры антител к ВПГ (1:1600 - 1:12800). Авторы считают, что при патологических состояниях полости рта имеет место латентная вирусная полиинфекция. Одновременное инфицирование пародонтального кармана вирусами герпеса и папилломы человека по данным некоторых исследователей наблюдалось в 0,8-5,6% случаев. В отношении частоты выявления генетических маркеров ВПЧ у пациентов с лейкоплакией положительные реакции отмечены в 100% случаев, причём ВПЧ 33 – в 36,4% случаев, ВПЧ 11, 18 и 44 – в 18,2% случаев каждый, ВПЧ 16 – в 9,1% случаев. По мнению авторов, компоненты микробиома слизистой оболочки рта - герпесвирусы - можно рассматривать в качестве значимого фактора риска развития хронического пародонтита, а папилломавирусы человека - лейкоплакии. При наличии лейкоплакии наиболее часто выделяются ВПЧ 33, а также ВПЧ 11, 18 и 44, причём установлена взаимосвязь с курением и наличием хронического пародонтита [5, 6].

Данные литературы указывают на то, что вирусная инфекция слизистой оболочки полости рта играет определенную роль при заболеваниях СОПР. Кроме того, считается, что вирусная инфекция является первичной, а бактериальный компонент развивается в виде суперинфекции на фоне сниженных

иммунных механизмов. Кроме того, заболевания СОПР, развивающихся за счет бактериальных агентов могут приводить к реактивации латентных вирусов, которые в свою очередь ухудшают тяжесть и прогрессирование заболеваний СОПР [20]. По мнению некоторых авторов, эпителиальные барьерные ткани слизистой оболочки полости рта могут быть очагом персистенции патогенных микроорганизмов, недоступным адекватному иммунному ответу организма. При нарушении целостности этого барьера и отклонениях в иммунном ответе возможно распространение бактериально-вирусных агентов в различные зоны полости рта, что приводит к изменению клинической картины заболеваний СОПР [2,20].

Таким образом, вирусные инфекции являются наиболее распространенной причиной поражений слизистой оболочки полости рта. Основная проблема в диагностике оральных вирусных инфекций связана не со сложными клиническими проявлениями, а с разнообразием типов ВПГ и ВПЧ, которые поражают ткани полости рта, и недостаточностью бдительностью врачей в отношении оральных вирусных инфекций в их обычной стоматологической практике. Вирусные заболевания слизистой оболочки полости рта часто встречаются в стоматологической практике, однако их диагностике и лечению уделяется ограниченное внимание. Некоторые вирусные инфекции связаны с образованием опухолей, поэтому в стоматологической практике очень важны ранняя диагностика и направление к соответствующим специалистам. В связи с тем, что вирусные поражения полости рта обладают преимуществом визуального доступа для осмотра, выявление патологических состояний слизистых оболочек должно насторожить врача в отношении вирусных инфекций и провести необходимые диагностические методы с целью их выявления. Тщательное осмысление результатов осмотра полости рта расширит возможности стоматологов в плане клинической значимости их диагноза. Раннее выявление оральных вирусных инфекций и проведение своевременного лечения выявленной вирусной инфекции снизит заболеваемость, сопутствующие заболевания и нежелательные последствия.

Таким образом, вирусные инфекции, локализующиеся в полости рта, могут быть инициаторами заболеваний слизистой оболочки полости рта и влиять на качество оказания стоматологической помощи.

ЛИТЕРАТУРА (пп. 5-22 см. в REFERENCES)

1. Караков К.Г., Гандылян К.С., Безроднова С.М., Шацкая Н.В., Ерёмченко А.В., Хачатурян Э.Э. Инфекционные заболевания в практике врача-стоматолога // Международный журнал экспериментального образования. 2015. № 10. С.125-127
2. Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Абрамова Е.С. Применение фотодинамической терапии у больных с осложненными формами красного плоского лишая слизистой оболочки рта // Российский биотерапевтический журнал. 2018. №. С. 60–61,
3. Успенская О.А. Динамика показателей местного иммунитета полости рта у больных хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом и урогенитальной инфекцией // Стоматология. 2015. № 3 (38). С. 196-198
4. Царев В.Н., Ягодина Е.А., Царева Т.В., Николаева Е.Н. Значение вирусно-бактериального консорциума в возникновении и развитии хронического пародонтита. // Пародонтология. 2020. Т. 25(2). С. 84-89

RESERENSES

1. Karakov K.G., Gandylyan K.S., Bezrodnova S.M. Infektsionnye zabolevaniya v praktike vracha-stomatologa [Infection diseases in the practice of a dentist]. *Mezhdunarodnyy zhurnal eksperimentalnogo obrazovaniya – International Journal of Experimental Education*, 2015, No. 10, pp. 125-127.
2. Rabinovich O.F., Rabinovich I.M., Abramova E.S. Primenenie fotodinamicheskoy terapii u bolnykh s oslozhnennymi formami krasnogo ploskogo lishaya slizistoy obolochki rta [The use of photodynamic therapy in patients with complicated forms of red flat lines of the mucous membrane of the mouth]. *Rossiyskiy bioterapevticheskiy zhurnal – Russian biotherapeutic journal*, 2018, Vol. 17, pp. 60-61.
3. Uspenskaya O.A. Dinamika pokazateley mestnogo immuniteta polosti rta u bolnykh khronicheskimi retsidiviruyushchim aftoznym stomatitom i urogenitalnoy infektsiei [Dynamics of indicators of local immunity of the oral cavity in patients with chronic recurrent aphthous stomatitis and urogenital infection]. *Stomatologiya – Dentistry*, 2015, No. 3 (38), pp. 196-198
4. Tsarev V.N., Yagodina E.A., Tsareva T.V., Nikolaeva E.N. Znachenie virusno-bakterialnogo konsortsiума v vzniknovenii i razvitiі khronicheskogo parodontita [The value of the viral-bacterial consortium in the occurrence and development of chronic periodontitis]. *Parodontologiya – Periodontology*, 2020. T. 25(2). S. 84-89
5. Baiju R.M., Peter E., Varghese N.O., Sivaram R. Oral health and quality of life: Current concepts. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 2017, No. 11, pp. ZE21 6.
6. Castro T.P., BussolotiFilho I. Prevalence of human papillomavirus (HPV) in oral cavity and oropharynx. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 2016, No. 72, pp. 272-82.
7. Crimi S., Fiorillo L., Bianchi A. Herpes virus, oral clinical signs and QoL: Systematic review of recent data. *Viruses*, 2019, No. 11, pp. E463.
8. Fatahzadeh M., Schwartz R.A. Human herpes simplex labialis. *Clinical and Experimental Dermatology*, 2017, No. 32, pp. 625 30.

9. Fatahzadeh M., Schwartz R.A. Human herpes simplex virus infections: Epidemiology, pathogenesis, symptomatology, diagnosis, and management. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2017, Vol. 57, No. 737 63, pp. 764 736.
10. Gambhir R.S. Primary care in dentistry An untapped potential. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2015, No. 4, pp. 13 8.
11. Katsafanas G.C., Schirmer E.C., Wyatt L.S., Frenkel N. In vitro activation of human herpesviruses 6 and 7 from latency. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 2016, No. 93, pp. 9788 92.
12. Kim S.H., Jung J., Jung S.Y. Comparative prognosis in patients with Ramsay Hunt syndrome and Bell's palsy. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 2019, No. 276, pp. 1011 6.
13. Li H., Wang B., Shan L. Spontaneous remission of West syndrome following a human herpesvirus 7 infection in a Chinese infant: A case report. *Medicine*, 2019, No. 98, pp. e16441.
14. Linnemann C.C.Jr., Shea L., Partin J.C. Reye's syndrome: Epidemiologic and viral studies, 1963 1974. *American Journal of Epidemiology*, 2015, No. 101, pp. 517 26.
15. Lusso P., Gallo R.C. Human herpesvirus 6 in AIDS. *Immunology Today*, 2019, No. 16, pp. 67 71.
16. Maakaroun N.R., Moanna A., Jacob J.T. Viral infections associated with haemophagocytic syndrome. *Reviews in Medical Virology*, 2017, No. 20, pp. 93 105.
17. Murakami S., Mizobuchi M., Nakashiro Y. Bell palsy and herpes simplex virus: Identification of viral DNA in endoneurial fluid and muscle. *Annals of Internal Medicine*, 2021, No. 124, pp. 27 30.
18. Pandey D. Human Papillomavirus (HPV) Infection in Early Pregnancy: Prevalence and Implications. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*, 2019, Vol. 2019, pp. 5.
19. Pittet L.F., Curtis N. Does oral antiviral suppressive therapy prevent recurrent herpes labialis in children? *Archives of Disease in Childhood*, 2019, No. 104, pp. 916 9.
20. Rafailidis P.I., Mavros M.N., Kapaskelis A. Antiviral treatment for severe EBV infections in apparently immunocompetent patients. *Journal of Clinical Virology*, 2021, No. 49, pp. 151 7.
21. Ramchandani M. Herpes Simplex Virus Type 1 Shedding in Tears and Nasal and Oral Mucosa of Healthy Adults. *Sexually transmitted diseases*, 2016, No. 43 (12), pp. 756-760.
22. Salberg M. *Virusologiya polosti rta. Papillomavirusy cheloveka. Mikrobiologiya i immunologiya dlya stomatologov* [Virology of the oral cavity. Human papillomaviruses. Microbiology and Immunology for Dentists]. Moscow, Prakticheskaya meditsina Publ., 2010. pp. 357-358.

Сведения об авторе:

Артыкова Нигина Каримджоновна – соискатель кафедры ортопедической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Контактная информация:

Артыкова Нигина Каримджоновна – тел.: (+992) 985 80 66 33; e-mail: nigina_artikova@mail.ru

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

© Коллектив авторов, 2022

УДК 616.4; 616-007.21-053.2

Касымова С.Д., Мирахмедова М.А.

СЛУЧАЙ СИНДРОМА СЕККЕЛЯ У ДЕВОЧКИ В ВОЗРАСТЕ 14 ЛЕТ

Кафедра эндокринологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Kasymova S.D., Mirakhmedova M.A.

CLINICAL CASE OF 14 YEARS OLD GIRL WITH SECKEL SYNDROME

Endocrinology Department of the State Educational Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"

Представлено клиническое наблюдение редкого генетического заболевания «синдром Секкеля» у девочки 14 лет. Особенностью клинического случая является поздняя диагностика заболевания у ребенка с типичными проявлениями указанного синдрома, длительное время лечившегося педиатрами по поводу анемии.

В литературе мы не обнаружили случаев «синдрома Секкеля» и своевременного развития полового созревания.

Ключевые слова: птицеголовый карлик, генетическое заболевание

Presented a clinical observation of a rare genetic disorder "Seckel syndrome" 14 years old girl. Feature of the clinical case is the late diagnosis of the disease in a child, with typical manifestations of mentioned syndrome, who treated by pediatricians with anemia for a long time.

In literature, we did not find cases with "Seckel syndrome" and timely puberty development.

Key words: bird-headed dwarf, genetic disorder

Описание редкого генетического заболевания «Синдрома Секкеля» принадлежит Рудольфу Вирхову, который в 1882 г. сообщил о крошечной девочке Паулине Мюстер, выступавшей в цирке. Им же предложен термин «птицеголовый карлик», который описывает наиболее явные клинические проявления болезни у детей [1].

В своей монографии американский педиатр Хельмут Пауль описал 2 случая «птицеголовых карликов» из собственных наблюдений, а также 24 достоверных и недостоверных случаев «синдрома Секкеля» из литературы.

Синдром Секкеля представляет собой генетическое заболевание, которое наследуется по аутосомно-рецессивному типу в срезах с мутациями различных генов - гена ATR в 3-й хромосоме, гена RBVP8 - в 14-й

хромосоме, а также изменения в генах CEP152 и CENP1, что указывает на то, что этот синдром относится к генетически однородным заболеваниям.

Синдром Секкеля - врожденное заболевание, однако редкая встречаемость этого заболевания, низкая информированность неонатологов и педиатров являются причинами позднего обращения таких пациентов к специалисту-генетику, эндокринологу и детскому невропатологу. Частота встречаемости в популяции составляет 1:10000 случаев [3]. Имеются сведения о повышенной частоте кровного родства у родителей пациентов.

В настоящее время в Республике Таджикистан, к сожалению, не проводится молекулярно-генетическая диагностика с целью изучения мутаций в гене ATR. Дети с синдромом Секкеля рождаются с выраженной

внутриутробной гипоплазией. Масса тела при рождении ребёнка в среднем составляет 1600-1700 г, длина тела равна обычно 40-45 см. В последующие годы сохраняется пропорциональная низкорослость [2].

В связи с редкостью своевременной диагностики синдрома Секкеля, а также с целью способствовать настороженности неонатологов, педиатров и семейных врачей в плане профилактики таких осложнений, как тяжелая степень анемии, панцитопении, острый миелолейкоз приводим собственное наблюдение.

В Республиканский клинический центр эндокринологии обратилась жительница Хатлонской области, района Абдурахмони Джоми со своей дочерью 14 лет. Жалобы со слов матери на прогрессирующую умственную отсталость девочки, отставание в физическом развитии, быструю утомляемость, сонливость, ухудшение слуха, невнятную речь, плохой аппетит. Из анамнеза жизни

известно, что девочка родилась от 3-й беременности. Брак родителей девочки неродственный. Предыдущие 2 беременности закончились срочными родами - оба ребёнка здоровы. Со слов матери, 3-я беременность протекала без каких-либо осложнений. Роды были домашними. Матери к моменту рождения 3-го ребёнка было 27 лет. Масса тела ребёнка к моменту рождения неизвестна. Обратились к врачу в 2-месячном возрасте, к тому времени ребенок имел массу тела 900 г, длина тела - 43 см. Девочка с рождения плохо брала грудь, в связи с чем мать кормила девочку сцеженным молоком. Позднее, к 4 месяцам добавили искусственное вскармливание молочными смесями. Молочные зубы стали прорезываться после 9 месяцев. С 2-летнего возраста педиатры лечили девочку по поводу анемии и нехватки кальция. Психомоторное развитие было с выраженной задержкой. Самостоятельно сидит с 3-х лет, ходит с 3,5 лет.



Пациентка А.К., 14 лет. Диагноз: Синдром Секкеля

Клинический осмотр выявил наиболее характерные признаки "синдрома Секкеля". У девочки с рождения имеются признаки микроцефалии, то есть мозговая часть черепа недостаточно развита, следовательно, это ведет к когнитивным нарушениям. Пациентка обращенную к ней речь понимает, дружелюбна к членам семьи, выполняет простые просьбы родителей, но речь ее неразборчива. Мать научилась угадывать просьбы и желания дочери. У пациентки карликовый рост с пропорционально развитыми маленькими

конечностями. В 14 лет рост 99 см, масса тела 14 кг. Окружность головы 42 см, что соответствует развитию черепа полугодовалого ребенка. Форма головы и лица имеет особенности. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределение равномерное. Кожа лица бледная, под глазами "темные круги".

Характерным симптомом "синдрома Секкеля" является и наличие у девочки так называемого "птичьего профиля", проявление которого также связано с уменьшением

размера головы. У девочки явно выражен носовой мост, который даёт ощущение пика, лицо узкое, нос клювовидный, узкий скошенный лоб. На лице выделяются относительно большие глаза с явлениями легкого экзофтальма. У пациентки имеются проявления дисплазии ушей - ушные раковины низко посажены, увеличены в размерах. У девочки редкие волосы и микрогнатия. Осанка изменена, имеются явления небольшого кифосколиоза, косолапости. Обращает внимание хорошее развитие молочных желез, соответствующее 14-летнему возрасту девочки. Из анамнеза выяснилось, что в течение последнего года у девочки имеются регулярные менструации.

Результаты дополнительных методов исследования исследования

Р-графия кисти: зоны роста закрыты. Костный возраст соответствует паспортному - 14-15 годам.

Гормоны щитовидной железы: ТТГ - 1,2 мМЕ/мл (норма), св.Т3-1,8 нг/мл (норма), Св.Т4-1,7 нг/мл (нижняя граница нормы)

Гормон роста в утреннее время - 0,3 нг/мл (нижняя граница нормы),

ИФР (инсулиноподобный фактор роста) - 0,5 нг/мл (нижняя граница нормы)

Имеются выраженные изменения со стороны общего анализа крови: Эр. - 2,5 млн $\times 10^{12}$ г/л, Нб - 70 г/л, ЦП - 0,6, тромбоциты - 130 тыс, лейкоциты - $4,9 \times 10^9$, СОЭ - 14 мм/час. Заключение: выраженная анемия и тромбоцитопения.

Биохимия крови: глюкоза крови - 3,4 ммоль/л (склонность к гипогликемии). Холестерин - 4,8 ммоль/л. Общий белок - 58,4 г/л (гипопротеинемия)ю Ал АТ - 13,8 ед/л (норма), Ас АТ - 11,6 ед/л (норма). Мочевина - 4,7 ммоль/л (норма). Креатинин - 60,0 мкмоль/л (норма).

Общий анализ мочи - без отклонений.

ЭКГ - ритм синусовый, ЧСС 98 в одну минуту, обменные нарушения в миокарде.

УЗИ щитовидной железы - объем щитовидной железы 14,6 мл (норма до 18 мл), структура обеих долей щитовидной железы и перешейка однородная. Узлы и кисты в железе отсутствуют. Заключение: патологии не выявлено.

УЗИ матки: размеры матки - длина 4.24 см, шейка матки 6,76 см, ширина - 3,7 см; Правый яичник: объём 6,7 см, левый яичник - 6,3 см. Заключение: Размеры матки и яичников соответствуют возрастной норме.

Осмотр окулиста: VISUS 0,9 слева, 0,8 справа. Глазное дно без отклонений, имеется легкое сходящееся косоглазие слева.

Осмотр стоматолога: имеются явления дисплазии зубов, верхний и нижний ряд зубов недостаточно развит, прикус неправильный, узкое готические нёбо.

Как известно, «синдром Секкеля» имеет генетическое происхождение, в связи с чем, лечение является симптоматическим. Эндокринологами назначается соответствующая гормональная терапия при гипопункции желез. Так, при соматотропной недостаточности используют препараты рекомбинантного гормона роста, при явлениях вторичного гипотиреоза назначаются гормоны щитовидной железы. В приведенном клиническом примере у нашей пациентки при обследовании не обнаружены проявления соматотропной недостаточности или вторичного гипотиреоза. Низкий уровень глюкозы в крови рекомендуется нормализовать при помощи полноценного питания. Для лечения выраженной анемии были назначены препараты железа, витаминотерапия, левокарнитин и ноотропные препараты.

Рекомендовано полноценное белковое питание, наблюдение у педиатра, гематолога, невролога и эндокринолога.

«Синдром Секкеля» представляет собой комплекс физических и психических нарушений на основе генетических причин, которые появляются до рождения ребенка. Ультразвуковая диагностика плода может по развитию костей заподозрить генетическое заболевание. Но основные признаки и симптомы «синдрома Секкеля» не успевают развиваться в первые недели после рождения, а проявляются на первой стадии детства.

В нашем клиническом наблюдении у родителей, не имеющих кровного родства, молодой мамы (27 лет), имеющих ранее двух здоровых детей, с нормально протекающей третьей беременностью родилась девочка с «синдромом Секкеля». Учитывая аутосомно-рецессивный характер наследования вышеуказанного синдрома, считают, что дефектная версия определенного гена должна присутствовать как у отца, так и у матери, чтобы проявиться у потомства [3, 4].

Особенностью данного наблюдения является редкость выявления «синдрома Секкеля» в популяции. Нам не встретилось в литературе данных о нормальном половом созревании при значительном психомоторном и физическом отставании развитии у девочек с редким генетическим заболеванием - синдромом Секкеля.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (п. 3 см. в REFERENCES)

1. Мельниченко Г.А., Петеркова В.А. Эпонимические синдромы в эндокринологии. М., 2013. С. 134-135
2. Тонян Л. В., Чотчаева А. А., Миронова Э. В. и др. Случай синдром Секкеля у девочки 3 лет с выраженной задержкой физического и психомоторного развития // Вестник молодого ученого. 2017. №2. С. 51-56.

RESERENSES

1. Melnichenko G.A., Peterkova V.A. *Eponimicheskie sindromy v endokrinologii* [Eponymic syndromes in endocrinology]. Moscow, 2013. pp. 134-135
2. Tonyan L.V., Chotchaeva A.A., Mironova E.V. Sluchay sindrom Sekkelya u devochki 3 let s vyrazhennoy zaderzhkoy fizicheskogo i psikhomotornogo razvitiya [A case of Seckel's syndrome in a 3-year-old girl with a severe delay in physical and psychomotor development]. *Vestnik*

molodogo uchenogo – Bulletin of young scientist, 2017, No. 2, pp. 51-56.

3. Darvish H., Esmaeeli-Nieh S., Monajemi G.B. A clinical and molecular genetic study of 112 Iranian families with primary microcephaly. *Journal of Medical Genetics*, 2014, Vol. 47, pp. 823-828.

Сведения об авторах:

Касымова Саломат Джамоловна – зав. кафедрой эндокринологии ИПОвСЗ РТ

Мирахмедова Мунира Азимджановна – ассистент кафедры эндокринологии ИПОвСЗ РТ

Контактная информация:

Касымова Саломат Джамоловна – тел.: (+992) 907 74 46 57; e-mail: ksd19@mail.ru

© М.И. Саидова, 2022

УДК УДК 618.39;611.655;616-14.002;615.155.194

Саидова М.И.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ТРОМБОФИЛИИ В СОЧЕТАНИИ С ДЕФИЦИТОМ ФОЛАТОВ

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

Saidova M.I.

MANAGEMENT OF PREGNANCY IN HEREDITARY THROMBOPHILIA COMBINED WITH FOLATE DEFICIENCY

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

В статье представлены случаи успешных исходов беременностей и родов у пациенток с привычными потерями беременности на фоне наследственной тромбофилии в сочетании с дефицитом фолатов. Своевременная патогенетическая терапия, качественное антенатальное наблюдение, стационарное лечение при возникших осложнениях и дородовая госпитализация позволяют сохранить беременность и провести родоразрешение в доношенном сроке беременности жизнеспособным плодом.

Ключевые слова: исходы беременности, наследственные тромбофилии, дефицит фолатов, антикоагулянтная терапия

The article presents cases of successful outcomes of pregnancies and childbirth in patients with habitual pregnancy losses on the background of hereditary thrombophilia in combination with folate deficiency. Timely pathogenetic therapy, high-quality antenatal follow-up, inpatient treatment for complications, prenatal hospitalization, allowed preserving pregnancy and carrying out delivery in full-term pregnancy with a viable fetus.

Key words: pregnancy outcomes, hereditary thrombophilia, folate deficiency, anticoagulant therapy

Потери беременности на любом этапе внутриутробного развития не только неблагоприятно влияют на репродуктивное здоровье и качество жизни, а также оказывают негативное психологическое воздействие на женщину и членов ее семьи [1].

Привычная потеря беременности зачастую имеет полиэтиологный характер. Ведущими причинами репродуктивных потерь являются генетические, эндокринные, инфекционные, иммунологические, анатомические, тромбофилические нарушения [2, 3, 5]. Роль последних в структуре причин синдрома потерь беременности составляет 60% и более [4].

Тромбофилии - это наследственные и приобретенные состояния, которые пред-

располагают к тромбозу. Риск тромбообразования усиливается, когда наряду с тромбофилией имеется полиморфизм генов фолатного цикла [5]. Эти два состояния на уровне сосудов системы маточно-плацентарного комплекса способствуют образованию тромбозов, которые приводят к таким акушерским осложнениям, как «замершая» беременность, синдром задержки внутриутробного развития плода, антенатальная гибель плода, преждевременные роды, ранние преэклампсии [6, 7].

Своевременное выявление истинных причин потерь беременности в анамнезе создает условия их устранения до и во время гестации и благоприятного течения гестационного процесса при вновь наступившей беременности.

На сегодняшний день нет достаточных сведений в Таджикистане о структуре причин невынашивания беременности, а также не определена роль тромбофилий и нарушений обмена фолатов при этом.

В рамках исследований в этом направлении нами проведен анализ ведения беременности и родов в двух случаях у пациенток с многократными потерями беременностей в анамнезе.

Клинический случай № 1. Пациентка Ф., 24 года, поступила в ГУ ТНИИ АГиП в отделение патологии беременных №2 в феврале 2021 года с диагнозом: Беременность 25 недель. Головное предлежание. Отягощенный акушерский анамнез. Анемия легкой степени. Ожирение первой степени. Маловодие. Нарушение плацентарного кровотока.

Из гинекологического анамнеза выявлено своевременное наступление менархе, менструальный цикл регулярный, длительность менструаций 4-5 дней. Половая жизнь с 17 лет, брак первый, неродственный.

Соматический анамнез: анемия легкой степени, хронический пиелонефрит, ожирение первой степени.

Акушерский анамнез отягощён: беременность по счету восьмая, одни роды в анамнезе, живых детей нет. Первая и вторая беременности завершились самопроизвольными выкидышами в малых сроках. В 2018 году беременность осложнилась тяжелой преэклампсией, женщина родила живого доношенного ребенка массой тела 2700,0 грамм. Новорожденный с выраженной неврологической симптоматикой находился на учете у невропатолога, умер на втором месяце жизни. Четвертая и пятая беременности закончились самопроизвольными выкидышами в сроке 6 и 8 недель гестации соответственно. Во время шестой и седьмой беременностей диагностирована неразвивающаяся беременность в сроках 12 и 16 недель соответственно; каждый раз полость матки опорожнялась медикаментозным путем. После каждого неблагоприятного исхода пациентка и ее муж в прегравидарный период получали противовирусное и антибактериальное лечение.

Настоящая беременность восьмая, первый триместр сопровождался тошнотой и рвотой легкой степени, во втором триместре пациентка почувствовала бурное шевеление плода, в связи с чем обратилась в консультативно-диагностическую поликлинику ГУ ТНИИ АГиП и была госпитализирована.

На момент поступления данные биохимических анализов, а также свёртывающей системы крови в пределах нормы. В общем анализе крови отмечается снижение уровня гемоглобина до 95 г/л.

Проведена фетометрия плода аппаратом «Mindray DC-40», снабженным доплеровской приставкой. Оценивали окружность головы, бипариетальный размер, окружность живота, длину бедренной кости плода. Также оценивались околоплодная среда, плацента и ее особенности: локализация, место вхождения пуповины, толщина, степень зрелости; характер и количество околоплодных вод.

Для оценки состояния маточно-плодово-плацентарного кровотока проводили доплерометрическое исследование в маточных артериях и в артерии пуповины на аппарате «Aloka-650 SSD». Определяли максимальную систолическую скорость кровотока и конечную диастолическую скорость. Измеряли показатели: систоло-диастолическое отношение, пульсационный индекс, индекс резистентности.

При доплерометрии плода у данной пациентки было получено следующее заключение: Беременность 25 недель. Головное предлежание. Умеренное маловодие. Нарушение плацентарного кровотока. При этом показатель систоло-диастолического отношения в артерии пуповины составлял 5,3 (норма до - 3,6). Средняя масса плода 685,0±200 граммов, индекс околоплодных вод 7.

Учитывая количество и характер выкидышей, после исключения других причин невынашивания, а также ввиду ухудшения показателей кровотока было проведено обследование на генетику тромбофилий и фолатов на базе Национального медико-генетического центра. Результаты данного анализа позволили установить, что у пациентки имеются гетерозиготные полиморфизмы в гене F7 (F7 - проконвертин: G>A), гене метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR-C677T: C>T и MTHFR - A1298C: A>C) и гомозиготный полиморфизм в гене тромбоцитарного гликопротеина — интегрин A2 (ITGA2: T>T). Уровень Д-димера составил 528.6 нг/мл, гомоцистеина - 15 мкмоль/л.

С целью улучшения кровотока в системе «мать-плацента-плод» была назначена терапия донатора оксида азота (L- аргинин в/в, капельно, № 10), аспирин 75 мг, профилактика респираторного дистресс-синдрома дексаметазоном 6 мг в/м каждые 12 часов в

течение 48 часов соответственно Национальным рекомендациям. Также начата антианемическая терапия железосодержащими препаратами.

Выявление наследственной тромбофилии и полиморфизма генов фолатного цикла позволили включить в терапию антикоагулянт прямого действия - эноксапарин натрия 4000 анти-Ха МЕ 0,4 мл с учетом массы тела пациентки подкожно один раз в день и фолиевую кислоту в дозе 5 мг × 2 раза в сутки в составе поливитаминов.

Данные повторного доплерометрического исследования: Беременность 27 недель. Умеренное маловодие. Нарушение плацентарного кровотока с положительной динамикой (показатели СДО в артерии пуповины снизились до 4,82, но прибавка в массе плода незначительная 764,0±150 грамм). Пациентка выписана домой на 20-е сутки с продолжающейся антикоагулянтной и витаминотерапией под наблюдение акушера-гинеколога по месту жительства.

В ходе дальнейшего наблюдения проводилось консультирование пациентки о правилах приема препаратов, об опасных симптомах и текущих осмотрах в условиях консультативной поликлиники ГУ ТНИИ АГиП.

Беременность протекала на фоне антикоагулянтной и витаминотерапии. В сроке 34 недели при очередной доплерометрии выявлено: синдром задержки развития плода, средняя масса плода составила 1630,0±250 граммов (гестационная норма 2200±200 граммов); нарушение плацентарного кровотока (СДО в артерии пуповины - 2,71). Пациентка была повторно госпитализирована по поводу синдрома задержки развития плода и нарушения плацентарного кровотока. Проведен повторный курс коррекции нарушений кровотока донаторами оксида азота и продолжена базисная антикоагулянтная терапия. Из полученных лабораторных данных выявлено снижение уровня Д-димера до допустимой гестационной нормы и незначительное снижение уровня гомоцистеина (448 нг/мл, до 8 мкмоль/л соответственно).

За 48 часов до планируемого родоразрешения отменена антикоагулянтная терапия. По сочетанным показаниям в сроке 36 недель гестации произведено кесарево сечение. Родился мальчик с массой тела 2545,0 г, ростом 45 см, оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Кровопотеря во время операции составила 750 мл. Послеоперационный период протекал без особенностей.

Родильница была проконсультирована о методах контрацепции, о грудном вскармливании и об опасных симптомах. Выписана на 7 сутки послеоперационного периода с живым ребенком.

Клинический случай № 2. Пациентка Ш. 29 лет, наблюдалась амбулаторно по месту жительства, а также регулярно в консультативно-диагностической поликлинике ГУ ТНИИ АГиП.

Из анамнеза отмечает частые респираторные вирусные заболевания. Гинекологический анамнез не отягощен. Своевременное наступление и установление менструаций. Брак первый, неродственный.

Акушерский анамнез отягощен: количество беременностей 5, родов 4, живых детей нет. Первая, вторая и третья беременности завершились антенатальной гибелью плода в сроках 24, 26 и 26 недель гестации. Производилась индукция родов мифепристоном 200 мг per os и мизопростолом 600 мкг per vaginam по схеме. При четвертой беременности в сроке 29 недель произведена индукция родов из-за синдрома задержки внутриутробного развития плода на фоне тяжелой преэклампсии и критических нарушений внутриутробного кровотока (СДО в артерии пуповины - 0). Масса тела новорожденного составила 800,0 граммов. Новорожденный умер на первые сутки жизни.

Кроме стандартных методов исследования, пациентка дополнительно была обследована на генетику тромбофилий и фолатов на базе Национального медико-генетического центра. Обследование показало, что у пациентки имеются гетерозиготное наследование в генах тромбоцитарного гликопротеина — интегрин A2 (ITGA2: - 807 C>T) и метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR: 1298 C>A), метионин-синтетазы (MTR: 2756 G>A), метионин-синтетазы-редуктазы (MTRR:66 G>A) и гомозиготное наследование в гене ингибитора активатора плазминогена-1 (PAI-1: -675 G4>G4).

В рамках прегравидарной подготовки и реабилитации назначена гормональная терапия комбинированным эстроген-гестагенным препаратом в течение трех месяцев по схеме.

Учитывая наследственную тромбофилию и мутацию в генах фолатного цикла, дополнительно были назначены ацетилсалициловая кислота в дозе 75 мг и фолиевая кислота 5 мг в день.

После прекращения приема контрацептивов на фоне продолжающейся патогенетической терапии наступила беременность. Бере-

менная получала фолиевую кислоту в дозе 10 мг в сутки на протяжении беременности, аспирин, как базисную терапию, до третьего триместра беременности. Для контроля процесса тромбообразования в первой половине беременности было проведено определение Д-димера, уровень которого составил 3846,1 нг/мл, что значительно превышало норму. Было рекомендовано: эноксапарин натрия 4000 анти-Ха МЕ 0,4 один раз в день подкожно для снижения процесса патологического тромбообразования до соответствующего уровня. Пациентка получила эноксапарин натрия в течение 3 месяцев до снижения показателя Д-димера до 700 нг/мл.

Ультразвуковая фетометрия в 12 и 22 недели беременности показала, что эмбрион соответствовал гестационному сроку, аномалий развития и морфологических маркеров генетических нарушений не выявлено. В сроке 29 недель гестации гемодинамические показатели в сосудах системы «мать-плацента-плод» находились в пределах нормы, нарушений не выявлено. При очередном доплерометрическом исследовании в сроке 37 недель были выявлены начальные признаки нарушения плацентарного кровотока. Беременная была госпитализирована в ОПБ № 2 ГУ ТНИИ АГиП для проведения коррекции нарушений кровотока и дородовой подготовки. С началом родовой деятельности в сроке 39 недель, учитывая отягощенный акушерский анамнез, произведено кесарево сечение. Родился мальчик массой 3050,0 грамм, длиной 50 см. Оценка по шкале Апгар - 8/8 баллов. Объем кровопотери составил 750,0 мл. Послеоперационный период прошел без осложнений. После проведения консультирования о методах

контрацепции, о грудном вскармливании, об опасных симптомах пациентка выписана на седьмые сутки с живым ребенком.

Таким образом, своевременное обследование на тромбофилии и дефицит фолатов, а также проведение патогенетической терапии позволили предотвратить повторные репродуктивные потери и достичь успешного завершения беременности в обоих описанных выше случаях.

Комплексный подход в диагностике, своевременно начатая патогенетическая терапия, тщательный контроль за свертывающей системой крови и динамическая доплерометрическая оценка кровотока в системе «мать-плацента-плод» позволили достичь благоприятного исхода беременности и родов при наличии у пациенток врожденной тромбофилии и множества репродуктивных потерь на этом фоне. Успех терапии во многом зависит от времени ее начала. Так, в первом описании очевидно, что уже имели место плаценто-ассоциированные осложнения – критические нарушения кровотока, гипотрофия плода, маловодие. Тогда как во втором случае при раннем проведении патогенетической терапии этих осложнений не наблюдалось.

Ведение описанных случаев указывает на необходимость поиска и коррекции причин репродуктивных потерь при всем их многообразии. В идеале данные мероприятия должны проводиться задолго до наступления запланированной беременности, что дает шанс ее благополучного завершения даже при наличии множества неблагоприятных исходов беременностей в анамнезе.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 5-7 см. в REFERENCES)

1. Амвросова М.А., Кондратенко Е.А., Ожигина С.Н., Тетерина Е.В. Влияние беременности на психо-эмоциональное состояние женщины // Научно-методический электронный журнал «Концепт». 2017. № 2. С. 257–261.
2. Демина Т.Н., Железная А.А. и др. Анализ частоты наследственных форм тромбофилии и полиморфизма генов фолатного цикла в развитии акушерской патологии. // Медико-социальные проблемы семьи. 2021. Т. 26, № 1. С.11-17.
3. Хруслов М.В., Жабин С.Н., Боева М.И. и др. Изучение условий нормального течения беременности у женщин с наследственными тромбофилиями. // Акушерство, гинекология и репродукция. 2015. № 2. С. 6-12

4. Ткаченко Л.В., Костенко Т.И. и др. Невынашивание беременности. // Вестник Волг ГМУ. 2015. Т. 53, №1. С. 3-7.

RESERENSES

1. Amvrosova M.A., Kondratenko E.A., Ozhigina S.N., Teterina E.V. Vliyanie beremennosti na psikhoeemotsionalnoe sostoyanie zhenshchiny [The effect of pregnancy on the psycho-emotional state of a woman]. *Kontsept – Concept*, 2017, No. 2, pp. 257-261.
2. Demina T.N., Zheleznaya A.A. Analiz chastoty nasledstvennykh form trombofilii i polimorfizma genov folatnogo tsikla v razvitii akusherskoy patologii [Analysis of the frequency of hereditary forms of thrombophilia and polymorphism of folate cycle genes in the development of obstetric pathology]. *Mediko-sotsialnye problemy semi –*

Medical and Social Problems of Family, 2021, Vol. 26, No. 1, pp. 11-17.

3. Khruslov M.V., Zhabin S.N., Boeva M.I. Izuchenie usloviy normalnogo techeniya beremennosti u zhenshchin s nasledstvennymi trombofiliyami [Study of conditions of normal pregnancy course in women with hereditary thrombophilia]. *Akusherstvo, ginekologiya i reproduksiya – Obstetrics, gynecology and reproduction*, 2015, No. 2, pp. 6-12.

4. Tkachenko L.V., Kostenko T.I. Nevynashivanie beremennosti [Not carrying pregnancy]. *Vestnik Volgogradskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta – Journal of Volgograd State Medical University*, 2015, Vol. 53, No. 1, pp. 3-7.

5. Adam J.D. Sporadic pregnancy loss and recurrent miscarriage. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology*, 2020, Vol. 69, pp. 30-39.

6. Homer H.A. Modern management of recurrent miscarriage. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2019, Vol. 59, No.1, pp. 36-44.

7. Merviel P., Cabry R. Comparison of two preventive treatments for patients with recurrent miscarriages carrying a C 677T methylenetetrahydrofolate reductase mutation: 5-year experience. *Journal of International Medical Research*, 2017, Vol. 45, No. 6, pp. 1720-1730.

Сведения об авторе:

Саидова Мавзуна Исломуудиновна – научный сотрудник акушерского отдела ТННИ АГП МЗиСН

Контактная информация:

Саидова Мавзуна Исломуудиновна – тел: (+992) 988 88 75 74; e-mail: mavzuna_88@list.ru

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

© Коллектив авторов, 2022

УДК 617.7

¹Соди́кова Д.Н., ²Махмадзода Ш.К.,
¹Мирзоев С.М., ³Мирзоев Х.С.

ИСТОРИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

¹ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

²ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино»
³ЗГУ «Национальный медицинский центр Республики Таджикистан “Шифобахш”»

¹Sodikova D.N., ²Makhmadzoda Sh. K.,
¹Mirzoev S. M., ³Mirzoev Kh.S.

HISTORY OF THE ORGANIZATION OF OPHTHALMOLOGICAL CARE FOR POPULATION IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

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

²State Educational Establishment «Avicenna Tajik State Medical University»

³State Institute «National Medical Center “Shifobakhsh”» of the Republic of Tajikistan

Цель исследования. Изучение истории становления офтальмологической помощи населению в Республике Таджикистан за период с 2012 по 2022 годы.

Материал и методы. Материалом для исследования послужили данные отчетов о научной и практической деятельности кафедры глазных болезней Таджикского госмедуниверситета, научные статьи и материалы сотрудников службы по вопросам организации офтальмологической помощи населению с 2012 по 2022 годы.

Результаты. За последние десять лет работы (2012-2022 гг.) сотрудниками кафедры глазных болезней ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино» по вопросам организации офтальмологической помощи детям в Республике Таджикистан осуществлена консультативно-методическая и научная работа по обзору, пересмотру, анализу и разработке новых нормативно-правовых документов для совершенствования деятельности детской офтальмологической службы республики. Проведен ретроспективный анализ исторических материалов развития службы со дня основания, отчетов глазных отделений за 2012 – 2021 годы и первое полугодие 2022 года, историй болезни и амбулаторных карт 3000 пациентов детского возраста с различными аномалиями развития и заболеваниями глаз с 2012 по 2021 годы.

Заключение. За последние десять лет существенно изменилось качество предоставляемой помощи пациентам с различной патологией органа зрения. Обращает на себя внимание улучшение выявляемости больных с врожденной глаукомой и совершенствование оказания неотложной помощи больным, особенно детям с травмами глаз. Вместе с тем, увеличение детей с различными аномалиями рефракции и их прогрессирующее течение свидетельствуют о низком охвате детей диспансеризацией и недостаточной профилактической и санитарно-просветительской работе. Совершенствование методов ранней диагностики, улучшение диспансеризации и активизация мероприятий профилактической направленности являются необходимыми условиями деятельности службы по вопросам охраны зрения, особенно детей, в том числе медицинской и социальной реабилитации этой группы больных.

Ключевые слова: патология органа зрения, диспансеризация больных с заболеваниями органа зрения детей, офтальмотравматизм, профилактические мероприятия

Aim. The study of the organization of ophthalmic care for population in the Republic of Tajikistan for the period from 2012 to 2022.

Materials and methods. The material for the study was the historic materials, data from reports on the scientific and practical activities of the Department of Eye Diseases of the Tajik State Medical University, scientific articles, and materials from employees of the service on the organization of ophthalmic care for children from 2012 to 2022.

Results. Over the past ten years of work (2012 - 2022), employees of the Department of Eye Diseases of State Educational Establishment «Avicenna Tajik State Medical University» on the organization of ophthalmological care for children in the Republic of Tajikistan, consultative, methodological, and scientific work was carried out to review, revise, analyze and develop new legal documents to improve the activities of the children's ophthalmological service of the republic. A retrospective analysis of historical materials on the development of the service since its foundation, reports of eye departments for 2012-2021 and the first half of 2022, case histories and outpatient cards of 3000 pediatric patients with various developmental anomalies and eye diseases from 2012 to 2021 was carried out.

Conclusions. Over the past ten years, the quality of care provided to patients with various pathologies of the organ of vision has changed significantly. Attention is drawn to the improvement in the detection of patients with congenital glaucoma and the improvement of emergency care for patients, especially children with eye injuries. At the same time, an increase in children with various refractive errors and their progressive course indicate a low coverage of children with medical examinations and insufficient preventive and sanitary-educational work. Improving the methods of early diagnosis, improving medical examinations, and intensifying preventive measures are necessary conditions for the activities of the service for the protection of vision, especially children, including medical and social rehabilitation of this group of patients.

Key words: *pathology of the organ of vision, medical examination of patients with diseases of the organ of vision in patients, especially in children, ophthalmotraumatism, preventive measures*

Актуальность

Вопросы профилактики и ранней диагностики заболеваний глаз у населения являются актуальной проблемой современной офтальмологии. Особенно глаукома, аномалии рефракции и детские травмы остаются приоритетным направлением деятельности офтальмологической службы страны в деле улучшения охраны зрения населения, особенно детей. Повреждения органа зрения занимают около 30% среди причин инвалидности [2]. Чаще травмы глаза и его придаточного аппарата наблюдаются у пациентов трудоспособного возраста, что делает проблему значимой не только в медицинском, а также в социальном и психологическом аспектах. На необходимость диспансеризации и наблюдения больных с травмами органа зрения указывают многие авторы [3, 4, 5]. В литературе имеются сведения о роли диспансеризации больных с аномалиями рефракции, врождёнными заболеваниями и травмами органа зрения в предупреждении развития тяжелых осложнений и реабилитации зрительных функций [4, 6, 7].

Колоссальный опыт кафедры глазных болезней по организации офтальмологической помощи, основанный на достижениях советского периода, позволил использовать все имеющиеся ресурсы для дальнейшего развития службы в современных условиях Государственной независимости Таджикистана.

Цель исследования

Изучение деятельности кафедры глазных болезней ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино» по вопросам организации офтальмологической помощи детям в Республике Таджикистан за период с 2012 по 2022 годы.

Материал и методы исследований

Материалом для исследования послужили исторические материалы, данные отчетов о научной и практической деятельности кафедры глазных болезней Таджикского госмедуниверситета, научные статьи и материалы сотрудников службы по вопросам организации офтальмологической помощи детям за период 2012 по первое полугодие 2022 годы.

В работе использованы информационно-аналитический, статистический и специальные офтальмологические методы.

Результаты и их обсуждение

Состояние здоровья населения зависит от уровня экономического развития страны и является интегральным показателем социальной ориентированности общества, социальных гарантий, характеризующих степень ответственности государства перед своими гражданами. Особое значение и приоритетность в отрасли здравоохранения Таджикистана приобретает сегодня совершенствование системы раннего выявления, диагностики и лечения различных заболеваний. За последние годы Правительством Республики Таджикистан уделяется много

внимания улучшению специализированной помощи, в том числе оказанию помощи офтальмологическим больным, особенно пациентам детского возраста [1, 3].

Говоря об организации службы, невозможно не отразить историческую хронологию событий становления этой службы. История становления таджикской офтальмологии, в том числе детской офтальмологической службы, тесно связана с именем члена-корреспондента Академии наук Таджикской ССР, доктора медицинских наук, заслуженного деятеля Таджикской ССР, профессора Леонида Фёдоровича Парадоксова, который с очередным караваном из Ташкента в Душанбе прибыл по приглашению Наркомздрава Таджикской АССР 95 лет назад. Уже 28 февраля 1925 г. врач Л.Ф. Парадоксов начал первый в истории Таджикистана прием глазных больных. На территории штаба корпуса и Ревкома в здании, где затем размещалась лаборатория Душанбинской городской больницы № 1 (ныне городской парк им. Рудаки), было выделено две палаты для амбулаторного приема больных, а во дворе построен берданый барак – стационар на 8 коек. В последующие годы число глазных коек при больнице увеличивалось: от 10 – 1931 г., до 55 – в 1952 г.

Глазных больных, как амбулаторных, так стационарных, в первые годы принимали в одном помещении, и лишь в 1928 году амбулаторный прием был отделен. Затем амбулаторные приемы по глазным болезням были открыты при детских поликлиниках. К 1931 году глазная сеть республики увеличилась до 15 коек (в г. Душанбе – 10 и в г. Ленинабаде (ныне г. Худжанд) – 5). По данным С. А. Новикова (1939), в г. Ленинабаде глазные операции выполнялись уже в 1929 году. В 1925-1927 гг. Л.Ф. Парадоксов дает первое в истории Таджикистана описание глазной заболеваемости и причин слепоты. Он указывал, что неизлечимая слепота на оба глаза отмечалась среди 7,9% глазных больных, а среди причин, вызвавших слепоту, заболевания роговицы составляли 37,1%, глаукома – 17,1%, оспа – 14,3%, трахома – 12,8%, заболевания сосудистого тракта – 4,7%, зрительного нерва – 4,3%, сифилиса – 1,4% и др.

В 1928 году в республике был организован первый трахоматозный диспансер (г. Душанбе). В 1938 году для усиления борьбы с трахомой среди детей организуются лечебные детские дома на 150 мест в Сталинабадском районе (нынешний стационар Республиканского трахоматозного диспансера) и на 40 мест – в г. Канибадаме. Знаменательным

событием явилась организация глазного отделения на 35 коек при Республиканской больнице (1939 г.) на территории бывшей городской больницы № 1, которая к 1952 году увеличилась до 55 мест и оснастилась современной (по тому времени) аппаратурой и оборудованием. Это глазное отделение явилось базой для впервые организованной в Таджикистане кафедры глазных болезней медицинского института (1942 г.), ставшим основным педагогическим, научным и лечебно-консультативным центром республики. Организатором кафедры и первым ее профессором был Леонид Федорович Парадоксов. В 1935 году Л.Ф. Парадоксов предлагает оригинальный хирургический метод лечения трахоматозного и спастического заворота век. Всеобщее признание получили исследования профессора Л.Ф. Парадоксова в области эпидемического конъюнктивита и рентгенолокализации внутриглазных инородных тел, паразитарных и инфекционных заболеваний глаза.

В 1939 – 1941 гг. в сельской местности открываются еще 11 фельдшерских трахоматозных пунктов. В этот период возросла не только лечебная, но и организационно-методическая и санитарно-просветительная деятельность кафедры, трахоматозного диспансера и глазного отделения г. Душанбе, на базе которых организованы специальные курсы медсестер по борьбе с трахомой.

Большое значение придавалось вопросам санитарного просвещения. Для широких масс населения издавались брошюры и цветные плакаты об острых конъюнктивитах и трахоме, печатались статьи на таджикском, узбекском и русском языках в республиканских газетах и издаваемых в районах газетах и журналах.

Первый юридический документ по борьбе с трахомой и конъюнктивитами (постановление СНК Таджикской ССР № 68 от 31 января 1939 г.) предусматривал большую программу борьбы с глазными заболеваниями, однако она не была выполнена из-за начавшейся Великой Отечественной Войны (1941 – 1945 гг.). В эти годы глазные койки были преобразованы в хирургические койки эвакогоспиталей.

Основной организационной формой в этот период явились экспедиции (отряды глазных врачей), которые под руководством Е.А. Бурмистровой (1941), В.В. Боровиковой (1941), Е.М. Быховской (1942), В.Б. Гефта (1944), С.Г. Попандопуло (1944) проводили осмотр населения для раннего выявления и организации лечения больных трахомой и других заболеваний глаза в наиболее

отдаленных районах Вахшской долины и Памира: в Бартангском ущелье, Нульванде, Калай-Хумбе, Мургабе, Хороге. Наиболее распространенным глазным заболеванием в те годы была трахома, опасными являлись её осложнения и последствия. Уровень поражения трахомой населения отдельных кишлаков Шаартузского района, например, доходил до 39,5%, паннусом (одно из грозных осложнений трахомы) - до 14,5%, заворотом век - до 15%, язвами роговой оболочки и вызванными ими помутнениями роговицы - до 11% и др. В деятельности отрядов глазных врачей основным направлением явилась борьба с острозаразными формами трахомы (I и II стадии) и хирургическое лечение последствий трахомы.

Весь комплекс лечебно-профилактических, санитарно-гигиенических и санитарно-просветительных мероприятий, проводимый органами здравоохранения Таджикистана в период Великой Отечественной Войны, несмотря на трудности военных лет, позволил сократить контингент больных трахомой к 1946 году почти в 4 раза, по сравнению с 1941 годом. Впервые в республике обследованию одномоментно подверглось относительно большое количество населения (более 1-11 тысячи проживающих в различных районах Таджикистана). Обследования позволили составить примерную схему распространения трахомы в Таджикистане и выявить значительное количество больных трахомой (свыше 8 тыс. человек). На этом этапе особое значение приобретают организационные мероприятия: создание широкой сети районных трахоматозных диспансеров и глазных отделений при райбольницах, специальных трахоматозных пунктов в колхозах, совхозах, на предприятиях, в школах и др.; подготовка кадров врачей-окулистов и специальных медсестер по лечению трахомы, а также активное привлечение к делу борьбы с трахомой общей медицинской сети всей республики.

В 1968 году офтальмологическая сеть республики составляла 13 учреждений со стационаром на 575 коек (глазные отделения в г. Душанбе: при Республиканской клинической больнице № 3 (нынешний Национальный медицинский центр «Шифобахш») - на 120 коек, в г. Ленинабаде (ныне г. Худжанд) - на 50 коек, в г. Пенджикенте - на 15 коек и 10 трахоматозных диспансеров на 390 коек). К этому времени в офтальмологической сети количество врачей-специалистов составляло 109 человек, из них - 27 детских офтальмологов.

Отсутствие вспышек заболевания трахомой более чем за десятилетний период (1968 - 1978 гг.), особенно среди детей и юношей, является убедительным доказательством ликвидации трахомы среди населения Таджикистана.

Большой вклад в дело борьбы с трахомой внесли врачи Республиканского трахоматозного диспансера (Е.И. Цукерник, П.З. Барская, И.М. Мачинский, Гиршина, Арипов, А.С. Савина, Я.А. Берзонас, Р.Д. Кувшинова, Ф.Е. Фридман, Л.Н. Титченкова, В.И. Детинкин, В.А. Розенберг, В.И. Жадяева, Н.Н. Ливанская, А.С. Вайсблат, А.С. Перля, Н.М. Еникеева и др.) и врачи клиники глазных болезней (В.Д. Балакина, Е.А. Бурмистрова, В.В. Боровикова, Е.М. Быховская, Ц.Ю. Каменецкая, З.И. Андреева, Т.И. Косорыгина, Г.М. Соломатина, Г.М. Шмелева, С.Г. Попандупуло, Е.И. Демнна и др.). Значительная тяжесть борьбы с трахомой выпала на долю старейших врачей-офтальмологов республики: В.Б. Гефта, Ю.Н. Рыбальскую, Б.М. Вовси, М.Д. Бункину, М.Я. Бобоходжаеву, В.А. Тарпи, Т.И. Сергееву, Л.С. Шейнину (г. Душанбе); А.К. Колонова, Ю. Шарипова, Д. Саидова (г. Худжанд); У.Б. Бегматова (г. Канибадам); Ф.В. Юнусову (г. Турсунзаде). Молодое поколение врачей-офтальмологов завершили ликвидацию трахомы в городах и районах республики: К. Алиев (Каннбадам), И. Буриев (Худжанд), О.В. Дугарева (Куляб), А.А. Ширяева, М. М. Масаидов (Шаартуз), А.М. Мазабшоев и В.П. Гордеева (ГБАО), В.Г. Шевцов и Н.Я. Зельцер (Джиликуль, ныне - Дусты); Р.М. Сафийа, Л.П. Классен и Р.А. Колоушина, Б.И. Воронцова (Колхозабд - нынешнее название Джалолиддини Балхи), Б.Д. Маратканов (Кумсангир, в настоящее время - Джайхун), С. М. Галимова (Курган-тюбе - ныне Бохтар), Хамндов (Нау, нынешний Спитамен), Халилов (район Ходжент) и др.

Ликвидация трахомы является крупным завоеванием советского здравоохранения как в Таджикистане, так и в других республиках Союза ССР. Создались предпосылки для более активного научного подхода к разрешению других насущных вопросов офтальмологии (глаукома и травматизм глаз, косоглазие и близорукость, специальные средства коррекции зрения и др.).

К наиболее значительным работам офтальмологов пятидесятых-шестидесятых годов прошлого столетия относятся диссертации ассистентов глазной клиники Ю.Н. Рыбальской «Материалы к рентгенодиагностике инородных тел глазного яблока» (1958),

Б.М. Вовси «Классификация, характеристика и сравнительная оценка новых методов лечения язв роговой оболочки» (1959), Х.С. Мирзоханова «Диатермокоагуляция задних длинных цилиарных артерий при глаукоме» (1953) и главного офтальмолога Министерства здравоохранения Таджикской ССР А.С. Вайсблата «Эпидемиологическое значение конъюнктивитов в распространении трахомы и организация борьбы с ними» (1966).

Ввод в действие в 1964-1965 гг. в городе Душанбе комплекса крупнейшей в республике клинической больницы № 3 на 1400 коек позволил выделить для глазной службы отделения на 120 коек (детское - на 30 коек) и ряд поликлинических кабинетов для приема взрослого и детского контингента больных; специальный глаукомный кабинет с ночным стационаром (на 7 коек), кабинет глазного протезирования, глазные кабинеты во врачебно-физкультурном диспансере и в нейрохирургическом отделении.

Замечательные традиции кафедры глазных болезней были продолжены в успешные 1980-е годы. Именно этот период можно назвать эрой развития микрохирургии глаза в Таджикистане. В этот период были внедрены современные методы диагностики и лечения патологии хрусталика, стекловидного тела, сетчатки и зрительного нерва. Подготовлены специалисты – микрохирурги для проведения микрохирургических операций по поводу глаукомы, катаракты, отслойки сетчатки и др. Бурно стала развиваться имплантология, хирургия малых разрезов, бесшовная и лазерная хирургия. Основоположниками реструктуризации службы и внедрения микрохирургии глаза в Таджикистане являются Б.М. Вовси, А.С. Вайсблат.

В те годы создание ночного стационара при глаукомном кабинете и круглосуточное оказание ургентной глазной помощи были нововведениями. Лишь много лет спустя (1978) во всех крупных городах страны были созданы аналогичные кабинеты. Учрежденные Республиканский центр по борьбе с глаукомой, Республиканский офтальмотравматологический центр, Республиканский центр по охране зрения детей, Центр патологии сетчатки были уникальными и единственными в Средней Азии. Данные центры были признаны школами передового опыта.

Показательным является рост кадрового потенциала офтальмологической службы Таджикистана. Число врачей-офтальмологов в основном начало пополняться с 1980 года. Самое большое количество высококвалифицированных специалистов было

сконцентрировано в учреждениях столицы. Но параллельно шла подготовка офтальмологов на уровне областей и районов. Следует отметить разную динамику роста кадрового состава. Так, на сегодняшний день в Согдийской области успешно работают 98, в Хатлонской области – 50, в Горно-Бадахшанской автономной области – 12, а районах республиканского подчинения – 28 офтальмологов, причём привлекает внимание молодой возраст микрохирургов.

В эти годы к научной деятельности привлекаются практические врачи, работающие на основной базе кафедры. В 1968 году под редакцией доцентов В.Б. Гефта и Б.М. Вовси выпускается четвертый сборник кафедры глазных болезней. Он содержит 37 статей, из которых сотрудникам кафедры и врачам базовой больницы принадлежит 29 работ.

В 1973 году после защиты докторской диссертации на тему: «Особенности заживления ран роговой оболочки в процессе адаптации организма к условиям высокогорья и реадаптации» и после ухода доц. В.Б. Гефта на пенсию, доктор медицинских наук Б.М. Вовси избирается на должность заведующей кафедрой глазных болезней ТГМИ им. Абуали ибн Сино. В эти годы увеличивается объем педагогической работы, число учебных комнат достигает 7-ми. Учебные комнаты укомплектовываются необходимым наглядным пособием и оборудованием для клинического разбора больных.

Штаты кафедры продолжают пополняться новыми ассистентами: кандидаты медицинских наук А.М. Мазабшоев, И.М. Гальперин, Ж.М. Ахмедова. В 1974 году заведующей кафедры Б.М. Вовси присвоено звание профессора. В 1980 году З.Д. Ахророва избирается на должность доцента, звание доцента ей присвоено в 1981 году.

Кроме подготовки студентов, на кафедре с 1973 систематически проводятся тематические циклы усовершенствования врачей по проблемам «Глаукома» и «Травматизм органа зрения». С 1978 года возобновились и регулярно проводятся курсы специализации врачей.

Год от года объем офтальмологической помощи возрастал. Так, с 1965 года организована круглосуточная помощь ургентным больным в специальном кабинете при глазной клинике со всем циклом необходимых служб (рентгенологической, анестезиологической и операционной) и специальным оснащением (биомикроскоп, гониоскоп, эхограф и др.) Также в это время совершенствовались методы герметизации раненого

глазного яблока при помощи различного шовного материала (Б.М. Вовси, И.М. Усманова, А.М. Мазабшоев), изучены процессы репаративной регенерации ран глаза (Б.М. Вовси, И.М. Усманова) и метаболизма, состояние барьерных механизмов (тематофтальмического, роговичного) раненого глаза (Б.М. Вовси, И.М. Гальперин, И.М. Усманова), состояние гидродинамики глаза под влиянием кортикостероидов и АТФ (Б.М. Вовси, И.М. Усманова, А.В. Рябикова).

В 1978 году внедрен комплексный метод лечения тяжелых ожогов глаз, включающий неотложную кератопластику и применение сывороток реконвалесцентов (К.И. Пашкова, И.С. Мовшович). Разработан новый хирургический метод создания искусственного пути оттока внутриглазной жидкости при постожеговой глаукоме (И.М. Гальперин).

В 70-е годы значительно повысился уровень и объем исследований по второй проблеме, разрабатываемой кафедрой – глаукоме. Республиканский центр по борьбе с глаукомой организован в Республиканской клинической больнице №3, являющейся основной базой кафедры, поэтому руководство центром осуществляется кафедрой офтальмологии до сегодняшнего дня.

Основное направление научно-исследовательских работ в эти годы посвящено изучению уровня офтальмотонуса и гидродинамических показателей в разных климато-географических условиях Таджикистана. В эти же годы изучены особенности гемодинамики глаза у больных, страдающих общим нарушением кровообращения (гипертония, гипотония, атеросклероз, заболевания легких, ревматизм). Эти исследования выполняли Б.М. Вовси, И.М. Усманова, А.А. Серобян, И.М. Гальперин, З.Д. Ахророва, Н.В. Ефремова.

В 80-е годы по проблеме глаукомы сотрудниками кафедры защищено 5 диссертаций: 4 кандидатские (А.А. Серобян «Гемодинамические исследования глаз у жителей разных высот Таджикистана в норме и патологии», Н.П. Зеленская «Критерии прогрессирования I-й стадии открытоугольной глаукомы при нормализованном офтальмотонусе», В.Е. Черепов «Роль офтальмоэхиометрических исследований в прогнозе возникновения глаукомы у населения Таджикистана», Р.В. Баходирова «Комбинированный метод лазерного воздействия (по М.М. Краснову) в лечении первичной открытоугольной глаукомы» и 1 докторская диссертация: З.Д. Ахророва «Некоторые эпидемиологические

и медико-социальные аспекты первичной глаукомы».

В 1981 году по инициативе Б.М. Вовси впервые организован Республиканский травматологический центр на базе специализированного травматологического поликлинического кабинета и профилированного по травматизму глазного стационара отделения РКБ №3.

Помимо двух основных проблем сотрудники кафедры в разные годы разрабатывали и другие вопросы офтальмологии (195 публикаций). Так, до 1954 года преимущественно изучались причины слепоты, паразитарные заболевания органа зрения, острые конъюнктивиты, трахома (Л.Ф. Парадоксов, В.Б. Гефт). В 60-е годы разработаны и внедрены методы хирургического лечения и послеоперационного ведения больных с рецидивирующими крыловидными плевами. В последние годы разработаны и внедрены более совершенные методы диагностики и лечения целого ряда разных заболеваний глаз (дистрофия и отслойка сетчатки, патология сосудов сетчатки и зрительного нерва, патология хрусталика и стекловидного тела, болезни переднего отрезка глаза и др.).

Лечебная и консультативная помощь, проводимая кафедрой, подготовка новых высококвалифицированных кадров способствуют улучшению деятельности базовой больницы во всех её подразделениях. Постоянная оптимизация учебного процесса со студентами и особенно курсантами, направленная на практическое освоение методов диагностики и лечения больных с глазной патологией, является тем конкретным вкладом, которым кафедра стремится улучшить специализированную помощь республике. С этой же целью сотрудники кафедры выезжают в подшефные районы республики, где оказывают организационно-методическую и лечебную помощь на местах. Дальнейший рост кафедры тесно связан с перспективным и проблемным планом развития здравоохранения республики.

С 1991 года по 2011 год кафедрой заведовала д.м.н., профессор З.Д. Ахророва, выпускница Таджикского государственного медицинского института им. Абуали ибн Сино. После гражданской войны сотрудники кафедры и врачи клиники постарались сохранить все традиции, заложенные предыдущими учителями: проводятся операции по поводу катаракты с имплантацией ИОЛ, глаукомы, травм глаза и её придатков, отслойки сетчатки, кератопластика. Широко

используются лазерные и ультразвуковые методы лечения и диагностики.

Следует отметить, что в 1993 году была организована кафедра глазных болезней Института повышения квалификации медицинских кадров Республики Таджикистан (ныне – ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»), клинической базой которой является ГУ «Республиканский клинический офтальмологический центр», где заведующим кафедрой является к.м.н., доцент, заслуженный деятель науки, главный внештатный специалист по офтальмологии МЗиСЗН РТ Мирзоев С.М. За время деятельности кафедры были достигнуты существенные успехи в учебной, научной и лечебной работе. Регулярно работа по подготовке и переподготовке кадров врачей – офтальмологов проводится через интернатуру, ординатуру и курсы усовершенствования врачей со всей республики.

С 1991 года по 2022 год в целом на базе двух кафедр напечатаны свыше 220 научных работ и защищены 7 кандидатских диссертаций (Семенова И.Ф., Остонаева П.М., Гафурова Л.Б., Мирзоев С.М., Карим-заде Х.Дж., Махмадзода Ш.К., Юнусова З.И.), подготовлены учебно-методические пособия, освидетельствованы 29 рационализаторских предложений. Учебный процесс поставлен на государственном языке, учебные пособия были переведены на таджикский язык. Внедрено преподавание на английском языке для иностранных студентов.

Профессором Ахроровой З.Д. опубликованы свыше 165 научных работ, в том числе внедрены 4 рационализаторские предложения. В этот период при поддержке международных благотворительных организаций для кафедры были приобретены: сферопериметр, ИАГ-лазер, операционный микроскоп с монитором, микрохирургические инструменты, шовный материал и др.

С 2011 года после смерти профессора Ахроровой З.Д. до 2013 года заведовал кафедрой отличник здравоохранения Таджикской ССР, к.м.н., доцент Мазабшоев А.М. Он является автором более 50 научных работ, в том числе 27 учебно-методических работ. Под его руководством впервые в республике был издан «Учебник по глазным болезням» на таджикском языке. Доцент Мазабшоев А.М. около 60 лет жизни посвятил офтальмологии Таджикистана, из них более 50 лет работал на кафедре и до конца своих дней (до июня 2022 года) продолжал преподавательскую и научную деятельность.

С 2013 года по настоящее время кафедру возглавляет отличник здравоохранения, отличник образования и науки Республики Таджикистан, врач высшей категории, к.м.н., доцент Махмадзода Шамсулло Курбон. Он является автором более 140 научных работ, 12 учебно-методических пособий, 1 методической рекомендации и 5 рационализаторских предложений и актов внедрений.

За период государственной независимости работники кафедры при сотрудничестве с фондом «PASHA» (США) внедрили новые методы хирургического лечения, такие как экстракапсулярная экстракция катаракты малым тоннельным разрезом без наложения швов, имплантация мягких и твердых интраокулярных линз, сквозную кератопластику и др.

Следует отметить, что именно в период независимости впервые в 80-летней истории офтальмологии Таджикистана при поддержке Правительства Республики Таджикистан были проведены 25 ноября 2015 года Первый съезд офтальмологов Республики Таджикистан с международным участием на тему «Достижения офтальмологии Республики Таджикистан в период независимости» и в июне 2017 года Республиканская научно-практическая конференция офтальмологов Республики Таджикистан с международным участием «Современные технологии в офтальмологии Таджикистана».

Работниками кафедры на этих научных мероприятиях было подготовлено и доложено 17 докладов и изданы свыше 50 научных статей.

Сотрудники кафедр и глазных клиник активно участвуют в международных конференциях и форумах. С 2014 года Республика Таджикистан принята в Ассоциацию глаукоматологов стран СНГ и Кавказа. Содикова Д.Н. является членом Экспертного совета по глаукоме стран СНГ и Кавказа. Свыше 20 офтальмологов Таджикистана принимали участие в работе международных симпозиумов, съездов и конференций в Российской Федерации, Федеративной Республике Германия, Объединённых Арабских Эмиратах, Исламской Республике Иран, Италии, Украине, Казахстане, Узбекистане, Кыргызстане, Туркменистане и др.

Следует отметить, что восстановление офтальмологической службы в постконфликтном периоде и её становление как службы уже в период приобретения Государственной независимости Таджикистана требует особого переосмысления. На базе сохранившихся учреждений как первичного, так региональ-

ного и республиканского уровней ускоренными темпами стали воссоздаваться глазные отделения и кабинеты с учётом применения инновационных подходов в диагностике и лечении офтальмологических заболеваний. Это потребовало колоссальной работы по реструктуризации и переоснащению всех звеньев службы. Параллельно проводилась активная работа по подготовке кадров, причём приходилось одновременно учитывать обеспечение потребности в высокотехнологичной медицинской помощи. Именно данный этап развития офтальмологической службы был ознаменован внедрением современных методов лечения с применением современного оборудования, позволившего усовершенствовать методы лечения глаукомы, последствий травм глаза, аномалий рефракции; внедрением в практику лечения совершенно нового поколения офтальмологических глазных препаратов, что, в свою очередь, на нынешнем этапе способствовало созданию адекватной базы для проведения мероприятий по улучшению диспансеризации взрослого контингента, подростков и детей. Благодаря усилиям и помощи Министерства здравоохранения и социального развития Республики Таджикистан при активной поддержке доноров удалось закупить достаточное количество диагностического оборудования, отвечающего самым высоким европейским стандартам в офтальмологии. Новые методы комплексной диагностики и лечения воспалительных заболеваний глаза, близорукости, дальнозоркости без оперативного вмешательства позволили усилить терапевтическую составляющую офтальмологических учреждений и добиться успеха в лечении заболеваний глаза на самых разных этапах развития патологического процесса - от начальных, трудно диагностируемых, бессимптомных стадий, до серьёзных заболеваний, представляющих особую сложность для лечения в офтальмологии, без применения специальных малоинвазивных методик коррекции. Успешное лечение таких заболеваний, как глаукома, различной природы поражения роговицы, травматические, инфекционно-воспалительные и других заболеваний глазного дна стало возможным не только благодаря внедрению достаточно современного оборудования и новых технологий, но и подготовкой новой плеяды молодых специалистов, преданных своему делу и находящихся в постоянном поиске. В офтальмологических клиниках республики в настоящее время сформировался высококвалифицированный состав специалистов,

включая микрохирургов, владеющих самыми современными методиками оперативной коррекции зрения. Особо нужно отметить, что при ограниченных финансовых ресурсах достижения в офтальмологии стали возможными вследствие бурного развития частной офтальмологической службы. Именно благодаря симбиозу действий в приоритетных направлениях стало возможным решение проблем витреоретинальной и пластической хирургии глаза. Сегодня в глазных кабинетах государственных и частных клиник пациенты получают срочную и развернутую диагностическую и лечебную помощь, включая такие современные методы обследования, как офтальмопневмотонометрия, ультразвуковая биомикроскопия, аппланационное измерение давления глаза, рефрактометрия и компьютерное сканирование сетчатки и оценка полей зрения. Высококласные специалисты проводят подбор необходимого лечения, предлагают наиболее оптимальные варианты консервативной и оперативной тактики коррекции зрения. Для пациентов, прошедших хирургическое лечение, проводится эффективная реабилитационная терапия. Новое оборудование, высокоэффективные медикаменты и хирургические материалы позволили врачам в короткие сроки проводить лечение самых тяжелых заболеваний глаз. Широкое внедрение в офтальмологическую практику патогенетически обоснованных операций в значительной степени изменило ситуацию в хирургии катаракты и глаукомы. Щадящие технологии операций позволили снизить число возможных осложнений. В социальной реабилитации детей с патологией хрусталика наиболее широкое распространение получил метод имплантации интраокулярной линзы (ИОЛ). При поддержке Министерства здравоохранения и социального развития Республики Таджикистан из бюджетных и внебюджетных средств, а также с помощью международных гуманитарных организаций улучшена материально-техническая база глазных клиник по всей стране, осуществлены ремонтно-восстановительные работы глазных операционных блоков. За последние 10 лет открыты свыше 17 частных лечебно-диагностических центров и глазных кабинетов (наиболее крупные «Шифо», «Ибн Сина», «Балх», «Корнеа», «СолимМед», «Асан» и др.).

Сегодня терапевтическая офтальмология отказалась от стратегии «выжидания созревания» катаракты. Тысячи успешно пролеченных пациентов с дистрофическими, травматическими и воспалительными

офтальмологическими заболеваниями, множество научных разработок – вот итог работы последних двадцати лет деятельности службы офтальмологии и микрохирургии глаза страны. Наряду с установленными традициями, заложенными в прошедшие годы, накопленный опыт в лечении и диагностике самых сложных заболеваний в офтальмологии, позволяет надеяться, что новая модель обслуживания пациентов позволит улучшить показатели зрительных функций и снизить всё ещё высокие цифры инвалидности по зрению.

Заключение

Изучение деятельности офтальмологической службы Республики Таджикистан, кафедры глазных болезней Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибн Сино, а также работ сотрудников глазной клиники и центров, расположенных в ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» по вопросам организации офтальмологической помощи населению свидетельствует, что офтальмология Таджикистана является собой пример службы, которая с истоков своего зарождения по настоящее время продолжая прогрессивный путь развития. Даже в период гражданского конфликта 90-х годов офтальмологическая служба продолжала поиск путей улучшения и совершенствования методов диагностики и лечения глазных заболеваний. За последние десять лет существенно изменилось качество предоставляемой помощи населению с различной патологией органов зрения. Диспансеризация больных с различной патологией органа зрения является необходимым условием

медицинской и социальной реабилитации этой группы больных. Особую актуальность приобретают вопросы оказания своевременной помощи больным с глаукомой. Следует разработать специальный план мероприятий по раннему выявлению и профилактике данной категории пациентов. В Республике Таджикистан отмечается высокий уровень аномалий рефракции, особенно прогрессирующей близорукости у детей. В связи с этим остро стоит вопрос об усилении мер профилактики. Вызывает озабоченность высокий уровень детского офтальмотравматизма. До сих пор остаётся ряд проблем своевременного лечения диабета глаза. Анализ отчётных данных свидетельствует о необходимости проведения широкой разъяснительной работы среди населения, особенно с родителями и сотрудниками дошкольных и школьных учреждений. Следует пересмотреть принципы диспансеризации населения по раннему выявлению и профилактике глазных заболеваний. Необходимо изучить частоту и факторы риска заболевания глаз у детей, особенно ранений органа зрения, среди больных детского возраста, разработать и внедрить приоритетные меры профилактики с акцентом на улучшение диспансеризации этой группы населения, что предоставит возможность для повышения эффективности оказания высококвалифицированной офтальмологической помощи для снижения уровня слепоты и слабовидения среди населения, особенно у детей, в Республике Таджикистан.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Национальная стратегия охраны здоровья населения Республики Таджикистан на период до 2030 года. Душанбе, 2021.
2. Гундорова Р.А., Степанов А.В., Курбанова Н.Ф. Современная офтальмотравматология. Москва, 2009.
3. Кодекс здравоохранения Республики Таджикистан, Душанбе, 2017.
4. Содикова Д.Н., Карим-заде Х.Ч., Салимова Р.Г. Этапы развития хирургии глаз в период государственной независимости Республики Таджикистан. // Глаукома. 2018. Т. 17, № 1
5. Либман Е.С., Рязанов Д.П. Инвалидность вследствие нарушения зрения в населении России. Москва, 2014. С. 163.
6. Тобубкина С.Г., Чубков М.А., Корепанов А.В., Киреева Н.В., Зайцев А.Л. Организация помощи при травме органа зрения у детей на примере детского

офтальмологического отделения БУЗ УР РОКБ МЗ УР. Самара, 2017. С. 48-50.

7. Отчёты кафедры глазных болезней ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино» за 2016-2022 годы.
8. Эскина Э.Н., Карим-заде Х.Д. Эпидемиология детского офтальмотравматизма // Офтальмология. 2014. № 11(4). С. 10-16.

RESERENSES

1. *Natsionalnaya strategiya okhrany zdorovya naseleniya Respubliki Tadjikistan na period do 2030 goda* [National strategy for protecting the health of the population of the Republic of Tajikistan for the period up to 2030]. Dushanbe, 2021.
2. Gundorova R.A., Stepanov A.V., Kurbanova N.F. *Sovremennaya oftalmotraummatologiya* [Modern ophthalmology]. Moscow, 2009.
3. *Kodeks zdavookhraneniya Respubliki Tadjikistan* [Health Code of the Republic of Tajikistan]. Dushanbe, 2017.

4. Sodikova D.N., Karim-zade Kh.Ch., Salimova R.G. Etapy razvitiya khirurgii glaz v period gosudarstvennoy nezavisimosti Respubliki Tadjikistan [Stages of development of eye surgery during the period of state independence of the Republic of Tajikistan]. *Glaukoma – Glaucoma*, 2018, Vol. 17, No. 1.

5. Libman E.S., Ryazanov D.P. *Invalidnost v sledstvie narusheniya zreniya v naselenii Rossii* [Disability due to visual impairment in the population of Russia]. Moscow, 2014. 163 p.

6. Toubkina S.G., Chubkov M.A., Korepanov A.V. *Organizatsiya pomoshchi pri travme organa zreniya u detey na primere detskogo oftalmologicheskogo otdeleniya BUZ UR ROKB MZ UR* [Organization of aid at eye injuries of children, taking into account the need of treatment at hospital on the example of children's ophthalmological department]. Samara, 2017. pp. 48-50.

7. *Otchyoty kafedry glaznykh bolezney GOU «Tadjikskiy gosudarstvennyy meditsinskiy universitet im. Abuali ibn Sino» za 2016-2022 gody* [Reports of the Department of Eye Diseases of the State Educational Institution "Tajik State Medical University named after A.I. Abuali ibn Sino" for 2016-2022]. Dushanbe, 2022.

8. Eskina E.N., Karim-zade Kh.D. Epidemiologiya detskogo oftalmotravmatizma [Epidemiology of pediatric ophthalmic trauma]. *Oftalmologiya – Ophthalmology*, 2014, No. 11 (4), pp.10-16.

Сведения об авторах:

Содикова Дилором Нуруллоевна – ассистент кафедры общественного здоровья, экономики, менеджмента здравоохранения с курсом медицинской статистики ИПОвСЗ РТ

Махмадзода Шамсулло Курбон – зав. кафедрой офтальмологии ТГМУ им. Абuali ибн Сино, к.м.н., доцент

Мирзоев Сафарали Мирзоевич – зав. кафедрой офтальмологии ИПОвСЗ РТ, к.м.н., доцент

Мирзоев Хамдулло Саъдуллоевич – врач второго микрохирургического глазного отделения НМИЦ «Шифобахи»

Контактная информация:

Содикова Дилором Нуруллоевна – e-mail: diloroms1959@mail.ru

НЕКРОЛОГ

Таъзиянома

Раҷабалиев Шерали Фозилович

Санаи 3 феввали соли 2022 олими шинохта, мутахассиси варзидаи бахши асабшиносӣ, Арбоби шоистаи илм ва техникаи Тоҷикистон, доктори илмҳои тиб, профессор, устод Раҷабалиев Шерали Фозилович аз олам гузашт.

Раҷабалиев Шерали Фозилович 30.03 соли 1942 дар ноҳияи Куҳистони Мастҷоҳ ба дунё омадаанд. Баъд аз хатми мактаби миёна соли 1957 ба Омӯзишгоҳи тиббии шаҳри Сталинобод (Душанбеи ҳозира) дохил шуда, соли 1960 баъди хатми он ба Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино дохил шуданд. Баъд аз хатми Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон соли 1966 фаъолияти кории худро дар Беморхонаи ҷумҳуриявии ба номи Дяков ба ҳайси табиби асабшиноси кӯдакона оғоз намуда, баъдан ба сифати мудири Шуъбаи бемориҳои асаби кӯдаконаи беморхонаи мазкур фаъолият кардаанд.

Солаҳои 1970-1971 дар баробари фаъолиятҳои ҳамчун табиб, вазифаи раиси Кумитаи иттифоқи касабҳои Беморхонаи ҷумҳуриявии ба номи Дяковро ба зимма дошт.

Аз соли 1972 то 1993 аввалан ба сифати ассистент ва баъдан ҳамчун дотсенти кафедраи бемориҳои асаби Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино фаъолият намудаанд.

Соли 1978 дар шаҳри Ленингради Федератсияи Россия рисолаи номзадиро дар мавзӯи «Таҳқиқи клиникӣ-иммунологӣ ва реоэнцефалографии тарбодии майнаи сари кӯдакон ва масъалаҳои таъбириши патогенетики» Ҳимоя кардаанд.

Аз соли 1993 то соли 2010 дар Донишгоҳи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар вазифаи мудири кафедраи бемориҳои асаб ва генетикаи тиббӣ, ҳамзамон ба ҳайси проректор оид ба корҳои таълим фаъолият кардааст.

Аз соли 1991 то 2010 вазифаи Сармутахассиси ғайривохидии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистонро ва ҳамзамон раиси Ҷамъияти асабшиносони ҷумҳуриро ба уҳда дошт ва дар самти таҳқиқ ва таъбириши бемориҳои асаб дар кишвар саҳми беандоза гузоштааст. Инчунин устод Раҷабалиев Шерали Фозилович дар давраи фаъолиятҳои дар кафедра ва ҳамчун сармутахассису раиси ҷамъияти асабшиносон дар соҳаи асабшиносӣ шоғирдони зиёдеро тарбия намудааст.

Соли 1996 дар шаҳри Санкт-Петербурги Федератсияи Россия рисолаи докториро дар мавзӯи «Таҳқиқи бемориҳои ирсии асабу мушакҳо дар Тоҷикистон, роҳҳои таъбириши ва пешгирии он» Ҳимоя намудааст. Соли 2000-ум бо унвони илмӣ профессор сарфароз гардонид шуд.

Таҳти роҳбарии Раҷабалиев Шерали Фозилович 4 рисолаи номзадӣ ва як рисолаи докторӣ Ҳимоя карда шуданд.

Раҷабалиев Шерали Фозилович муаллифи 5 монография, 23 пешниҳоди методӣ ва зиёда аз 250 мақолаҳои илмӣ мебошад.

Ҳизматҳои шоёни Раҷабалиев Шерали Фозиловичро ба инобат гирифта, ӯро бо медалҳои корҳои шӯроӣ ва медалҳои бахшида ба 10 солагии ва 15 солагии Қувваҳои мусаллаҳи Тоҷикистон сазовор донистаанд.

Барои гузаронидани корҳои зидди бемории полиомиелит дар Ҷумҳурии Тоҷикистон Раҷабалиев Шерали Фозилович бо ифтихорномаи Ташкилоти умумиҷаҳонии тандурустӣ қадрдонӣ карда шудааст.

Роҳбарияти МДТ “Донишгоҳи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон”, Кумитаи иттифоқи касаб ва ҳаёати таҳририи маҷаллаи “Пайми таълимоти баъдидипломии соҳаи тандурустӣ”, нисбати марги Раҷабалиев Шерали Фозилович андуҳгин буда, ба наздикон ва ҳешовандони устод изҳори ҳамдардӣ менамоянд

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 объем 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 – четкими. Фотокопии с рентгенограмм дают в позитивном изображении.

Таблицы должны содержать сжатые, необходимые данные. Все цифры, итоги и проценты должны соответствовать приводимым в тексте. Фото таблиц 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.