



WWW.IPOVCSZRT.TJ/
JOURNAL

ТИПОГРАФИЯ
ООО «Таъминот-2009»

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

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

Зарегистрирован в Министерстве культуры Республики Таджикистан № 0212/ЖР-97 от 28.07.2022 г.

УДК Тадж: 61
№ГР 34-02.1.216 ТЈ

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

Сдано в набор 12.10.2022 г.
Подписано в печать 02.11.2022 г.
Формат 60x84 1/8
Печать офсетная
Усл.печ.л. 16

Подписной индекс для предприятий и организаций: 77719

ISSN 2414-0252

ДУШАНБЕ

Паёми таълимоти баъдидипломии соҳаи тандурустӣ

Вестник последипломного образования
в сфере здравоохранения

Выходит один раз в 3 месяца

Основан в 2011 г.

3 • 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. Исмоилов** (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 Музаффари** (д.ф.н., профессор), **С.М. Мухамадиева** (д.м.н., профессор), **М. Нажмудинова** (д.м.н., профессор), **Ф.И. Одинаев** (д.м.н., профессор), **С.Р. Расулов** (д.м.н.), **З.Я. Рахимов** (к.м.н., доцент), **Р.Р. Рофиев** (к.м.н., доцент), **К.Х. Сироджов** (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

3 • 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), **Dodkhoev 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

Абдулаев Б.А., Исмоилов А.А., Зарипов А.Р.

К вопросу об эндодонтическом состоянии опорных зубов в зависимости от групповой принадлежности и протяженности супраконструкционных элементов

5

Артыкова Н.К.

Папилломавирусная инфекция слизистой полости рта и ее кожные проявления у лиц, пользующихся зубными протезами

13

Ахмедов Ф.С.

Особенности микрофлоры лёгких у пациентов в постковидном периоде

20

Бойбобоев А.А.

Об особенностях клинических проявлений психических расстройств в постковидном периоде

26

Бойназарова М.Х., Одинаев Н.С.

Эпидемиологическая характеристика COVID-19 среди студентов ТГМУ имени Абуали ибн Сино в период пандемии 2020 года

31

Гулов Ф.М.

Функциональное состояние запирающего аппарата прямой кишки при экстрафинктерных свищах

36

Гуломов М.Ш., Холов К., Сайдалиев Ш.Ш., Халимов Дж.С., Ашуров Д.М.

Лапароскопическая эхинококкэктомия как альтернативный способ лечения эхинококкоза печени и органов брюшной полости

41

Гуломова М.О., Давлятова Д.Д., Назирова Н.К., Фатихов Б.Х., Мукимова У.А.

Реализация плана иммунизации в практике семейного врача

46

Заркуа Н.Э., Кривов А.П., Акимов В.П., Мухиддинов Н.Д., Калинин Е.Ю., Лысенков С.Ю.

Эндоскопическая ретроградная холангиография и эндоскопическая папиллосфинктеротомия при остром билиарном панкреатите

50

Исмоилов А.А., Муллоджанов Г.Э., Султанов М.Ш.

Оценка состояния окружающих имплантаты и ортопедическую конструкцию мягких тканей в зависимости от протяженности несъемного имплантационного протеза с использованием гигиенических индексов

54

CONTENTS

THEORY AND PRACTICE OF MEDICINE

Abdulaev B.A., Ismoilov A.A., Zaripov A.R.

To question about endodontic statues of supporting teeth in depending of group accesories and extent supraconstuction's element

Artykova N.K.

Papillomavirus infection of the oral mucosa and its skin manifestations in persons using dentures

Akhmedov F.S.

Features of lung microflora in post-covid patients

Boyboboev A.A.

The features of clinical manifestations of mental disorders in the post-covid period

Boynazarova M.Kh., Odinaev N.S.

Epidemiological characteristics of the shred of COVID-19 among students during the 2020 pandemic

Gulov F.M.

Functional state of the obturator apparatus of the rectum with extrasphincteral fistulas

Gulomov M.Sh., Kholov K., Saidaliev Sh.Sh., Khalimov J.S., Ashurov D.M.

Laparoscopic echinococcectomy as an alternative treatment for liver and abdominal echinococcosis

Gulomova M.O., Davlyatova D.D., Nazirova N.K., Fatikhov B.Kh., Mukimova U.A.

Additions in the national immunization calendar

Zarkua N.E., Krivov A.P., Akimov V.P., Mukhiddinov N.D., Lysenkov S.Yu., Kalinin E.Yu.

Endoscopic retrograde cholangiography and endoscopic papillosphincterotomy in acute bilial pancreatitis

Ismoilov A.A., Mullodzhanov G.E., Sultanov M.Sh.

Estimation of the condition of surrounding implants and orthopedic design's soft tissues in depending of extent fixed implant prosthesis with using of hygenic index

<i>Касымов О.И., Касымов А.О., Каримов Х.</i> Современные перспективы лечения гнездовой алопеции	59	<i>Kasymov O., Kasymov A., Karimov Kh.</i> Modern treatment perspectives of alopecia areata	
<i>Кахарова Р.А., Иброхимов Ю.Х., Сироджев Д.Н.</i> Сравнительная оценка хирургического лечения геморроя	64	<i>Kakharova R.A., Ibrohimov Yu.H., Cirodzhev D.N.</i> Comparative evaluation of surgical treatment of hemorrhoids	
<i>Рабиев Х.Х., Сироджов К.Х., Гафарзада С.С., Махмадалиев Б.Г., Сироджода М.С.</i> Оптимизация профилактики тромбоэмболических осложнений при артропластике тазобедренного сустава у пациентов с переломами проксимального конца бедра на фоне сахарного диабета	69	<i>Rabiev Kh.Kh., Sirodzhov K.Kh., Gafarzoda S.S., Makhmadaliev B.G., Sirodzhoda M.S.</i> Optimization of prevention of thromboembolic complications in hip arthroplasty in patients with fractures of the proximal femur on the background of diabetes	
<i>Расулов С.Р., Обидов Д.С., Расулов К.С.</i> Расширенная радикальная мастэктомия с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки кожно-мышечным торакодorzальным лоскутом у больных раком молочной железы IIIB, IIIC и IV стадий	79	<i>Rasulov S.R., Obidov D.S., Rasulov K.S.</i> Extended radical mastectomy with closure of soft tissues defect of the thoracic wall with a musculofascial thoracodorsal flap in patients with stage IIIB, IIIC and IV breast cancer	
<i>Саъдуллозода Т.С., Рузиев М.М., Музаффаров Ф.Б.</i> Состояние заболеваемости населения сахарным диабетом в Республике Таджикистан	84	<i>Sadullozoda T.S., Ruziev M.M., Muzaffarov F.B.</i> The state of the incidence of diabetes in the Republic of Tajikistan	
<i>Усмонов И.М., Джурраев М.Н., Исмоилзода С.С., Достиев У.А., Зокиров Р.А.</i> Факторы риска сенсibilизации и анализ корреляции шкал PIRCHE II, HLA MATCHMAKER по несовпадениям антигенов у реципиентов почки	92	<i>Usmonov I.M., Djuraev M.N., Ismoilzoda S.S., Dostiev U.A., Zokirov R.A.</i> Risk factors of sensitization and analysis of the PIRCHE II, HLA MATCHMAKER score correlation for antigen mismatch in kidney recipients	
<i>Хафизов А.А.</i> Возможности использования электромиографии жевательных мышц при создании несъемных ортопедических конструкций на дентальных имплантатах при полной адентии челюстей	98	<i>Khafizov A.A.</i> Possibilities of using electromyography of masticatory muscles when creating fixed orthopedic structures on dental implants with complete edentulous jaws	
<i>Хушвахтов Д.И., Мирзоев М.Ш., Гафаров Х.О., Хушвахтов Д.Д., Ходжаев М.У.</i> Состояние слизистой оболочки полости рта у больных, перенесших COVID-19	108	<i>Khushvakhtov D.I., Mirzoev M.Sh., Gafarov Kh.O., Khushvakhtov D.D., Khodzhaev M.U.</i> State of the mucosa of the mouth in patients who had COVID-19	
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ		CASE FROM PRACTICE	
<i>Абдиева Д.Х., Дырда Н.И., Валиева М.С.</i> Острый оспенновидный лихеноидный параспориоз (болезнь Муха-Габермана)	113	<i>Abdieva D.H., Dyrda N.I., Valieva M.S.</i> Acute smallpoint lichenoid parapsoriasis (Mucha-Habermann disease)	
<i>Касымова З.Н., Пулотов О.Н., Дадабаева Д.Р., Рахимбоева Н.У., Рустамова Р.И.</i> Исход родов у беременной с вращением плаценты	117	<i>Kosimova Z.N., Pulotov O.N., Dadabaeva D.R., Rakhimboeva N.U., Rustamova R.I.</i> Birth outcome in placenta pregnant women with the placenta accretain	

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА МЕДИЦИНЫ

© Коллектив авторов, 2022

УДК 616.314.18-002.4

¹Абдулаев Б.А., ²Исмоилов А.А.,
¹Зарипов А.Р.

К ВОПРОСУ ОБ ЭНДОДОНТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ ОПОРНЫХ ЗУБОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГРУППОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ И ПРОТЯЖЕННОСТИ СУПРАКОНСТРУКЦИОННЫХ ЭЛЕМЕНТОВ

¹Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

²Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

³ГУ «Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» МЗиСЗН РТ

¹Abdulaev B.A., ²Ismoilov A.A.,
¹Zaripov A.R.

TO QUESTION ABOUT ENDODONTIC STATUES OF SUPPORTING TEETH IN DEPENDING OF GROUP ACCESORIES AND EXTENT SUPRACONSTUCTION'S ELEMENT

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

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

³State Establishment «Scientific-clinical institute of dentistry and maxillofacial surgery» of MH SPP RT

Цель исследования. Изучить эндодонтическое состояние опорных зубов в зависимости от групповой принадлежности и протяженности окклюзионных дефектов.

Материал и методы. С целью оценки эндодонтического состояния опорных зубов были изучены 280 рентгенограмм у 186 пациентов в возрасте 20-50 лет. В обследованную группу вошли стоматологические пациенты обоих полов с дефектами зубных рядов, которые разделены на 3 группы: 1-ю группу составили пациенты с малыми промежуточными супраконструкционными единицами; во 2-ю группу вошли обследованные пациенты со средней протяженностью ортопедического протеза; 3-ю группу составили пациенты с большими промежуточными единицами ортопедических конструкций.

Внутриротовая рентгенография проводилась на дентальном аппарате Heliodont DS фирмы «Sirona Dental System GmbH», ортопантомография – на аппарате Orthophos XG5 DS Ceph фирмы «Sirona Dental System GmbH». Также применяли конусно-лучевая компьютерная томография («Morita»).

Результаты. Наиболее часто эндодонтические изменения зубов, служащих супраконструкционными опорами, диагностируются при наличии ортопедических протезов со средней и большой протяженностью. В большинстве случаев отмечалась неадекватная obturation корневых каналов в депульпированных зубах, находящихся под несъемными ортопедическими конструкциями.

Заключение. Традиционные рентгенологические методики, использующиеся в стоматологической практике, предоставляют ограниченную информацию о топографии и качестве obturation корневых каналов зубов, служащих в дальнейшем опором ортопедической конструкции. Применение КЛКТ значительно повышает информированность врача-стоматолога о трудностях, с которыми он может встретиться при выполнении эндодонтических манипуляций до протезирования.

Ключевые слова: эндодонт, опорный зуб, групповая принадлежность, корневой канал, obturation, протяженность несъемного протеза

Aim. Study the endodontic statuses of supporting teeth in depending of group accessories and extent of occlusion defects.

Material and methods. For the reason estimations of endodontic statuses of supporting teeth were studied 280 x-rays beside 186 patients at age 20-50 years. In examined group entered dentistry patients both sex with defect of the teeth rows which divided into 3 groups: 1-st group formed the patients with small intermediate supraconstruction unit; in the 2-nd group entered the examined patients with average extent of the orthopedic prosthetic device; 3-rd group formed the patients with greater intermediate unit of orthopedic design.

Intraoral radiography was performed using a Heliodent DS dental device from Sirona Dental System GmbH, orthopantomography was performed using an Orthophos XG5 DS Ceph device from Sirona Dental System GmbH. Cone beam computed tomography (Morita) was also used.

Results. Most often endodontic change of the teeth, serving supraconstruction support, diagnosed at presence of orthopedic prosthetic device with average and big extent. In most cases inadequate obturation of root channel was noted in depulped teeth, residing under fixed orthopedic design.

Conclusion. Traditional x-ray methods which using in dentistry practical give limited information on topographies and quality obturation of root channel teeth, serving hereinafter supporting of orthopedic design. Using of cone-beam computer tomography vastly raises informative of physician-dentistry about difficulty, with which he can be met when performing endodontic manipulate before prosthesis.

Key words: endodont, supporting teeth, group attribute, root channel, oobturation, extent of fixed prosthetic device

Актуальность

Несмотря на многочисленные исследования, высокая распространенность эндодонтологических осложнений остается важной проблемой ортопедической стоматологии [1, 2, 3]. После возникновения эндодонтологических осложнений наблюдаются нарушения функций опорно-двигательного аппарата зубов в виде анкилоза перирадикулярной части корня зуба. При наличии значительных гранулём в околоверхушечной части зуба наблюдается сращение альвеолярной кости с дентином корня зуба, в результате чего визуализируется дезорганизации периодонтальной мембраны [4]. На важность наличия эндодонтологических осложнений при протезировании указывает и тот факт, что зубы с очагом деструкции у верхушки корня являются очагами хронической инфекции и способны вызвать очагово-обусловленные заболевания [5].

Несмотря на имеющиеся сведения, на сегодня не изучены особенности распространения и интенсивности эндодонтологических осложнений в системе ортопедической конструкции в зависимости от групповой принадлежности и протяженности окклюзионных дефектов. Комплексный анализ клинико-рентгенологических показателей результатов ортопедического устранения окклюзионных дефектов с учетом их протяженности позволяет дать научно обоснованное представление о влиянии протяженности дефекта на спектр осложнений и на прогноз эндодонтологического лечения опорных зубов.

Изложенное выше определяет актуальность представленного исследования.

Цель исследования

Изучить эндодонтическое состояние опорных зубов в зависимости от групповой принадлежности и протяженности окклюзионных дефектов.

Материал и методы исследования

У 186 пациентов в возрасте от 20 до 50 лет был проведен ситуационный анализ 280 рентгенограмм с целью оценки внутриканального состояния и околозубных пародонтологических тканей опорных зубов. До начала ортопедического протезирования окклюзионных дефектов зубных рядов среди обследованных лиц проводилось эндодонтологическое лечение зубов в системе несъемной ортопедической конструкции. При обследовании стоматологического статуса у всех пациентов получено добровольное информированное согласие. Среди обследованных лиц с углубленным изучением анамнестических данных с использованием специального алгоритма организовано обследование органов и тканей полости рта.

Стоматологические пациенты обоих полов с окклюзионными дефектами зубных рядов были разделены на 3 группы: пациенты с малыми промежуточными супраконструкционными единицами и отсутствием от 1 до 3 зубов, которые составили 1-ю группу (72 человек); обследованные пациенты со средней протяженностью несъемной конструкции и отсутствием от 4 до 6 зубов вошли во вторую группу (83 человек); пациенты с большими промежуточными единицами несъемной ортопедической конструкции и отсутствием более 6 зубов составили третью группу (31 человека). В зависимости от протяженности несъемных ортопедических конструкций

пациенты с малыми, средними и большими промежуточными единицами составили 38,7%, 44,6% и 16,7% соответственно.

Среди обследованных пациентов с эндодонтической патологией методики рентгенологического исследования применялись по стандартным правилам геометрии съемки. На дентальном аппарате Heliodont DS фирмы «Sirona Dental System GmbH» (Германия) проводилась внутриротовая рентгенография, на аппарате Orthophos XG5 DS Ceph фирмы «Sirona Dental System GmbH» (Германия) осуществлена ортопантомография. Для более углубленного рентгенологического исследования также была использована конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ – фирма «Morita», Япония). На вышеупомянутых рентгеновских аппаратах условия съемки соответствовали рекомендациям фирм-изготовителей.

Статистическая обработка полученных данных проводилась по правилам общемедицинской статистики применительно к стоматологии с использованием программы Statistica. О достоверности отличий средних величин изучаемых показателей судили по критерию Стьюдента. Статистически достоверными считали отличия, соответствующие оценке ошибки вероятности $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

На основании данных рентгенографии нами проведено изучение эндодонтического состояния опорных зубов в системе несъемной ортопедической конструкции. Из представленных данных следует, что из 280 опорных зубов были депульпированы 261 (87,6%), лишь у 19 (12,4%) зубов пульпа была сохранена. В нашу задачу также входила визуализация качества внутрика-

нального пломбирования корневых каналов опорных зубов, находящихся под несъемные конструкции с разными промежуточными единицами. В этом направлении существует научно обоснованный и общепризнанный факт о том, что пломбирование корневых каналов должно осуществляться на 1,0-1,5 мм не доходя до верхушки корня зуба, то есть до уровня физиологического сужения корневого канала. Это можно объяснить тем, что при некачественном заполнении корневого канала obturirующим материалом имеется вероятность того, что в эндодонтической части корня остаются инфицированные фрагменты пульпы и дентинные остатки, способствующие возобновлению инфекционного процесса. При этом микроорганизмы из верхушечной части корневого канала могут проникать в периадикулярные ткани.

К качеству основного этапа внутриканального лечения основополагающим требованием является надежность obturации корневого канала, исключающая возможность его сообщения с полостью зуба и периодонтом. Важное значение при подготовке опорных зубов к ортопедическому лечению приобретает качество внутриканальной obturации корневых каналов, поскольку от полноценной герметизации макро- и микроканалов зависит успех дальнейшего протезирования.

Работая в указанном направлении, с использованием рентгенологических методов исследования нами была проведена оценка качества obturации корневых каналов опорных зубов, находящихся под несъемными металлокерамическими конструкциями. Полученные результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1

Качество пломбирования корневых каналов опорных зубов под несъемными ортопедическими конструкциями

Группы зубов	Опорные зубы		
	Всего	obturation канала до верхушки корня	obturation канала не до верхушки корня
Резцы и клыки	20 (100%)	17 (85,0%)	3 (15,0%)
Премоляры	83 (100%)	60 (72,3%)	23 (27,7%)
Моляры	158 (100%)	71 (44,9%)	87 (55,1%)
Всего	261 (100%)	148 (56,7%)	113 (43,3%)

Как следует из представленных данных, из 261 депульпированного зуба, находящихся под ортопедическими конструкциями, у 148

зубов (56,7%) проведенное эндодонтическое лечение оказалось качественным. Такой эндодонтический качественный показатель

лечения в зависимости от функционально-ориентирующих групп опорных зубов был зарегистрирован у 17 зубов (85,0%) фронтальной группы, у 60 (72,3%) премоляров и 71 (44,9%) моляра.

Как свидетельствуют данные рентгенологического исследования, из общего количества опорных зубов, находящиеся под ортопедическими протезами, некачественная внутриканальная герметизация диагностирована в 113 зубах, что составляет 43,3%. При этом некачественная внутриканальная герметизация, не доходящая до физиологической верхушки корня, составила 3 (15,0%), 87 (55,1%) и 23 (27,7%) соответственно для зубов фронтальной группы, моляров и премоляров.

При ситуационной оценке качества пломбирования опорных зубов, находящихся под ортопедическими протезами, было выявлено, что лучше всего пломбировались корневые каналы зубов фронтальной функционально-ориентированной группы (85,0%), тогда как при депульпировании моляров отмечался самый низкий процент полноценной герметизации корневых каналов (44,9%).

На верхней челюсти из 13 эндодонтически леченых фронтальных опорных зубов в области 8 опорных зубов корневые каналы были запломбированы до уровня верхушки, что составляло 61,5%. В 3 зубах (23,1%) уровень пломбирования составил $\frac{2}{3}$ длины корневого канала, в 2 зубах (15,4%) – $\frac{1}{2}$ и менее длины. На нижней челюсти в 7 фронтальных опорных зубов в 71,4% случаев корневые каналы были запломбированы до уровня верхушки, на $\frac{2}{3}$ и менее $\frac{1}{2}$ длины корневого канала – соответственно в 14,3% случаев.

Вышеизложенная картина была обнаружена при качественном анализе внутриканального пломбирования премоляров, находящихся под ортопедическими протезами. За качественное пломбирование первых премоляров опорных зубов верхней челюсти была принята полная obturation двух каналов. На верхней челюсти из 49 премоляров, находящихся под ортопедическими конструкциями, каналы 5 опорных зубов (10,2%) были obturated на $\frac{2}{3}$ длины корня зуба, в 67,4% случаев каналы оказались запломбированными до верхушек. В этой же зоне в 2,0% случаев отмечалось выведение obturating материала в перирадикулярной зоне, в 20,4% случаев (в 10 зубах) каналы опорных премоляров были герметизированы на $\frac{1}{2}$ и менее длины корня зуба.

То же самое можно отнести к премолярам нижней челюсти, находящимся под ортопедическими конструкциями. Так, из 34 премоляров 22 зуба были с качественной герметизацией макроканалов корня, что равнялось 64,7%, с выведением obturating материала за верхушку – 2 зуба (5,9%), с obturation на $\frac{1}{2}$ и менее длины корня – 3 зуба (8,8%) и с пломбированием каналов на $\frac{2}{3}$ длины корня – 7 зубов (20,6%).

Как свидетельствуют данные таблицы 2, из 71 моляра на верхней челюсти лишь в 29 зубах каналы оказались запломбированными до верхушек корня, что составило 40,9%. Каналы 27 (38,0%) и 13 зубов (18,3%) были obturated соответственно на $\frac{2}{3}$ и $\frac{1}{2}$ длины корня зуба, 2 зуба (2,8%) – с выведением obturating материала в перирадикулярной зоне опорных моляров.

Таблица 2

Качество пломбирования корневых каналов моляров, находящихся под ортопедическими конструкциями

Качество obturation корневых каналов	Количество моляров	
	верхняя челюсть	нижняя челюсть
За верхушку корня зуба	2 (2,8%)	2 (2,3%)
На $\frac{1}{2}$ и менее длины	13 (18,3%)	12 (13,8%)
На $\frac{2}{3}$ длины канала	27 (38,0%)	32 (36,8%)
До верхушки корня зуба	29 (40,9%)	41 (47,1%)
Всего	71 (100%)	87 (100%)

В процессе исследования опорных моляров нижней челюсти из 87 зубов в 44 зубах (50,6%) наблюдалась фрагментарная внутриканальная герметизация (в 36,8% случаев на $\frac{2}{3}$, в 13,8% случаев – на $\frac{1}{2}$ и менее длины

корня), у 41 зуба корневые каналы были obturated до уровня верхушки, что соответствует 47,1%. В 2 зубах, что составляет 2,5%, наблюдалось выведение obturation материала за верхушку корневого канала.

При этом наличие хотя бы одного частично герметизированного корневого канала мы приняли за частичную obturацию.

Также в задачи нашего исследования входило дать сопоставительную оценку заполнения корневых каналов моляров, находящихся под ортопедическими конструкциями, где не все корневые каналы герметизированы до уровня верхушки. Работая в указанном направлении, при изучении рентгеновских снимков 71 моляра верхнечелюстного расположения, имеющих хотя бы один частично obturированный корневой канал, были выявлены нижеследующие результаты: Среди исследуемых лиц в небных каналах отмечался наиболее высокий процент (58,3%) качественной obturации; до уровня верхушки в 9,5% случаев были запломбированы медиально-щечные каналы; дистально-щечные каналы в 27,3% случаев имели полную герметизацию. В 52,1% случаев щечные корневые каналы опорных моляров были запломбированы на $\frac{1}{2}$ и менее своей длины.

В 87 опорных нижнечелюстных молярах, имеющих хотя бы один частично obturированный канал, до верхушки в 35,1% случаев был запломбирован дистальный канал, в 9,6% случаев – медиально-язычный, в 10,6% случаев – медиально-щечный.

Приходится констатировать, что мы не обнаружили на рентгеновских снимках ни одного первого верхнечелюстного моляра с четырьмя герметизированными каналами, хотя по общепринятым данным 4-й канал с использованием современных рентгенаппаратов обнаруживается в 65% случаях в первом верхнечелюстном моляре. Данное положение позволяет отметить, что при выявлении 3-х каналов производилось их пломбирование, в то время как попытки визуализировать, пройти, обработать и запломбировать 4-й канал не предпринимались. Такие результаты говорят о низком уровне профессионализма соответствующих специалистов.

До протезирования окклюзионных дефектов низкое значение качественной внутриканальной герметизации, по нашему мнению, обусловлено технологическими пробелами, в частности неправильным раскрытием и формированием полости зуба. Отсутствие качественного доступа к корневым каналам опорных зубов не позволяет провести качественную обработку и гарантированную герметизацию корневых каналов, особенно в случаях их сложного строения, что в отдаленные сроки протезирования является при-

чиной развития одонтогенных осложнений протетического генеза.

При клиническом обследовании пациентов с наличием малой промежуточности ортопедических элементов установлено, что 63 человека (87,5%) были довольны функционирующими протезами, не были удовлетворены результатами ранее проведенного ортопедического лечения и предъявляли различные жалобы 9 (12,5%) пациентов. Количество удовлетворенных лиц среди обследованных пациентов с ортопедическими конструкциями средней и большой протяженности составило соответственно 35 и 2 (соответственно 42,2% и 6,5%). При этом неудовлетворительные результаты составили 48 и 29 (соответственно 57,8% и 93,5%). Следовательно, от общего количества обследованных лиц (186 человек) удельный вес ортопедических пациентов с удовлетворительными и неудовлетворительными результатами несъемного протезирования составил 100 и 86 (соответственно 53,8% и 46,2%).

При ситуационном анализе мнения 86 пациентов с неудовлетворительными результатами несъемного протезирования были получены такие результаты: воспалительные изменения тканей десны обнаружены в 38,4% случаев (33 человек), боль при накусывании – в 19,8% случаев (17 человек), расшатывание зубов (21 человек – 24,4%), боль в мускулярном аппарате и височно-нижнечелюстном суставе (4 человека – 4,7%), скол металлокерамики (6 человек – 6,9%), расцементировка коронок (5 человек – 5,8%).

При обследовании выявлена определенная закономерность: в области ортопедических протезов с малой протяженностью болезни пародонта (гингивит и пародонтит) наблюдались значительно реже, чем при функционирующих несъемных протезов со средними и большими супраконструкционными элементами. Так, из 72 зубов, покрытых протезами с малой промежуточной единицей, хронический гингивит протетического генеза диагностировали в области 8 зубов, что составляет 11,1%. В то время как из 208 зубов, покрытых супраконструкционными элементами, в области 74 опорных зубов со средней протяженностью ортопедического протеза (35,0%) были обнаружены протетический гингивит и пародонтит, в области 134 зубов с большой протяженностью суммарное значение названных показателей составило 65,0%. Результаты исследования свидетельствуют о том, что наиболее часто воспалительные изменения в тканях краевого пародонта супраконструкционных элементов опорных зубов

отмечались при визуализации несъемных ортопедических конструкций со средней и большой протяженностью.

В ходе выяснения причин возникновения осложнений протетического генеза выяснилось, что после снятия функционирующих несъемных конструкций установлено, что кроме негативного влияния субгингивального расположения металлокерамических коронок на ткани маргинального пародонта значительное отрицательное влияние сыграла протяженность несъемной ортопедической конструкции. Последняя являлась причиной возникновения хронического гингивита и периодонтита травматического генеза, клинически проявлявшихся в виде болей при накусывании на функционирующий несъемный протез. Вместе с тем, приходится констатировать, что поражение перирадикулярных тканей в области опорных зубов несъемной конструкции при жевательно-мускулярном функционировании не всегда сопровождалось болью. Свидетельством тому является тот факт, что при рентгенологической визуализации гранулемы перирадикулярного расположения выявлены в 2,3% случаев (у 2 пациентов), которые не предъявляли жалобы при накусывании.

В ходе проведенного исследования нами выяснилось, что причиной расцементирования искусственной коронки у 7 (11,5%) пациентов чаще всего являлось наличие функционирующих ортопедических конструкций с большими супраконструкционными единицами. При наличии протезов с названными супраконструкционными единицами в 1,8% случаев диагностировали хронический пульпит протетического генеза с бессимптомным течением.

Скол керамики, который наблюдался у 7 пациентов, был обусловлен у 3 (42,9%) человек врачебной ошибкой: недостаточно четко выверенная окклюзия зубных рядов и повышение прикуса на коронках или фасетках в центральной, передней или трансверсальной окклюзиях. У 1 (14,2%) пациента это осложнение было вызвано техническими погрешностями при изготовлении металлокерамических протезов. У остальных (42,9%) пациентов скол керамики диагностировали при наличии функционирующей несъемной ортопедической конструкции с большими супраконструкционными элементами.

В зоне подвижных опорных зубов, что выявлено у 13 (21,3%) пациентов с несъемными ортопедическими конструкциями, функциональная травматическая перегрузка пародонтальных тканей была спровоцирована

на наличием супражевательных преждевременных контактов при передней, центральной, а также травсверсальных окклюзиях и различных фазах жевательной артикуляции окклюзионных рядов именно при наличии несъемных ортопедических конструкций с большими супраконструкционными единицами. Такие супраконтакты возникали в результате профессиональных и технических погрешностей, а также вызваны небольшим количеством естественных опорных элементов из-за наличия супраконструкции с большими супраконструкционными элементами.

Клиническая картина жевательно-мускулярной функциональной перегрузки травматического генеза тканей пародонта опорных зубов в области несъемных протезов с большими супраконструкционными элементами характеризовалась наличием боли при жевании и смыкании зубных рядов или дискомфорта в процессе функционирования действующей конструкции. Однако в большинстве случаев у пациентов с несъемными ортопедическими конструкциями малой и средней протяженности имеющаяся жевательно-мускулярная перегрузка в зоне пародонта опорных зубов не приводила к возникновению боли при смыкании и развитию дискомфорта. При функционировании несъемных протезов с большими супраконструкционными элементами появление патологической подвижности зубов являлось вторым признаком возникновения перегрузки пародонта опорных зубов. Наличие патологических зубодесневых карманов в области опорных зубов и воспалительные изменения десневого края также являлись характерными признаками среди этих пациентов. В ходе рентгенологического исследования у всех пациентов (13 чел., 21,3%) отмечена резорбция костной ткани альвеолярного отростка разной степени и расширение периодонтальной щели.

В ходе проведенного исследования на верхней и нижней челюстях в зависимости от протяженности ортопедических конструкций были обнаружены различия частоты депульпирования зубов в системе несъемной конструкции. На верхней челюсти в системе ортопедической конструкции из 186 опорных зубов депульпировано 174 (93,4%), в том числе 2 (1,2%) фронтальных зуба, 55 (31,6%) премоляров и 117 (67,2%) моляров. На верхней челюсти распределение депульпированных опорных зубов в зависимости от протяженности ортопедической

конструкции составило 36,4%, 87,5% и 99,3% соответственно у лиц с малыми, средними и большими супраконструкционными единицами при соответствующем значении 28,6%, 91,7% и 98,7% на нижней челюсти.

По нашим данным, из 280 единиц одиночных и мостовидных конструкций с малой (18 ед.), средней (44 ед.) и большой (218 ед.) протяженностью на верхней (соответственно 11, 32 и 143 единиц) и нижней (соответственно 7, 12 и 75 единиц) челюстях у 147 конструкций (52,5%) опорные зубы оказались с эндодонтовыми изменениями. Из 81 одиночной коронки у 24 (29,6%) опорных зубов выявлены воспалительно-деструктивные изменения эндодонтового характера. Иначе говоря, в системе ортопедической конструкции из-за возможного обострения воспалительного процесса в периодонтальном комплексе в результате некачественной obturации корневого канала 29,6% одиночных коронок и 52,5% мостовидных протезов подлежат замене.

Полученные материалы относительно состояния опорных зубов под искусственными коронками и несъемными мостовидными конструкциями в зависимости от их протяженности указывают, что на сегодня практически отсутствует мотивация специалистов о возможном сохранении пульпарного комплекса в системе опорных зубов. Депульпированию подвергаются практически все опорные зубы на верхней (93,5%) и нижней (92,6%) челюстях.

В ходе выполнения работы нами выявлено, что при использовании наиболее распространенной в эндодонтической практике дентальной рентгенографии невозможно четко визуализировать более одного канала в каждом корне опорного зуба. Такой факт можно объяснить тем, что при использовании внутриворотной рентгенографии в большинстве случаев наблюдается суммирование теней корневых каналов. Более того, в апикальной трети корней опорных зубов изображение корневого канала становится нечетким либо отсутствует вообще. В связи с этим в большинстве случаев при рентгенологическом исследовании зубов в системе ортопедической конструкции были использованы современные способы рентгенологического исследования, куда следует отнести конусно-лучевую компьютерную томографию (КЛКТ) и ортопантографию (ОПМГ).

При использовании ортопантомографии изображение корней опорных зубов со средней большой и малой протяженностью было более качественным, чем при периапикальной съемке, но имело аналогичные закономерности. В частности, на этапах допротезирования в большинстве случаев нечеткость отображения фронтального отдела челюстей на ОПМГ не дала возможность с определенной достоверностью определить степень герметизации корневых каналов клыков и резцов, служащих опорами ортопедической конструкции. Именно по этой причине нередко визуализировалась ложная картина недогерметизированных макро- и микроканалов в корневой системе, так как из-за неравномерного попадания изображение адекватно obturированных корневых каналов в выделяемый слой челюстных моляров и премоляров становились неоднородными и нечеткими, а иногда – прерывистыми.

Заключение

Используемые в стоматологической практике стандартные рентгенологические методики предоставляют нечеткую информацию о качестве герметизации и топографии корневых каналов зубов, служащих в дальнейшем опорой ортопедической конструкции.

В подавляющем большинстве случаев при использовании ортопантомографии отображение obturационного материала эндодонтически леченых опорных зубов в проекции нижнечелюстного канала или дна гайморовых пазух не позволяло определить, находится пломбировочный материал вне или внутри этих анатомо-физиологических образований. В такой ситуации решающее значение приобретали данные конусно-лучевой компьютерной томографии.

При планировании эндопериапикальных манипуляций до ортопедического лечения применение КЛКТ достоверно повышает информативность специалиста-эндодонта о трудностях, с которыми он может встретиться, а также о результатах эндодонтического лечения в ближайших и отдаленных сроках ортопедического восстановления окклюзионных дефектов.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 4-5 см. в REFERENCES)

1. Бер Р., Бауманн М.А., Ким С. Эндодонтология. М., 2015. 112 с.

2. Иорданишвили А.К., Салманов И.Б., Клыпина Г.Н. Оценка стандарта оказания эндодонтической помощи при заболеваниях периодонта зуба

// Российский стоматологический журнал. 2015. № 6. С. 24-27.

3. Исмоилов А.А., Тураев Н.Г., Шарипов Х.С. Результаты изучения эффективности эндодонтического лечения осложненных форм кариеса зубов, используемых в качестве опоры супраконструкционных элементов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2021. № 2. С. 27-31.

REFERENSES

1. Ber R., Baumann M.A., Kim S. *Endodontologiya* [Endodontology]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2015. 112 p.

2. Iordanishvili A.K., Salmanov I.B., Klypina G.N. Otsenka standarty okazaniya endodonticheskoy pomoshchi pri zabolevaniyakh periodonta zuba [Estimation of the standard of rendering endodontic help at disease periodontal of teeth]. *Rossiyskiy stomatologicheskiy zhurnal – Russian Dentistry Journal*, 2015, No. 6, pp. 24-27.

3. Ismoilov A.A., Turaev N.G., Sharipov Kh.S. Rezultaty izucheniya effektivnosti endodonticheskogo lecheniya oslozhnennykh form kariesa zubov, ispolzuemykh v kachestve opory suprakonstruktsionnykh elementov [Results of the study of efficiency endodontic treatments of the complicated forms caries used as supporting of supraconstruc-

tion elements]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravoookhraneniya – Herald of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan*, 2021, No. 2, pp. 27-31.

4. Farzaneh M., Abitbol S., Freidman S. Treatment outcome in endodontics. The Toronto study. Phases I and II: ortograde retreatment. *Journal of Endodontology*, 2014, Vol. 30, No. 9, pp. 627-633.

5. Gardner F.M. Margins of complete crowns – literature review. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 2012, Vol. 48, pp. 396-400.

Сведения об авторах:

Абдулаев Бехруз Абдулаевич – соискатель кафедры ортопедической стоматологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Исмоилов Абдурахим Абдулатифович – доцент кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н.

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

Контактная информация:

Зарипов Акбар Рахмонович – тел.: (+992) 938 03 63 29

Артыкова Н.К.

ПАПИЛОМАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА И ЕЕ КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У ЛИЦ, ПОЛЬЗУЮЩИХСЯ ЗУБНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Artykova N.K.

PAPILLOMAVIRUS INFECTION OF THE ORAL MUCOSA AND ITS SKIN MANIFESTATIONS IN PERSONS USING DENTURES

Department of Orthopedic Dentistry of the State Educational Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"

Цель исследования. Выявить папилломавирусную инфекцию слизистой полости рта и ее кожные проявления у лиц, пользующихся зубными протезами.

Материал и методы. Обследованы 110 больных (возраст 50-70 лет) со съемными и 100 больных (возраст 20-40 лет) с несъемными зубными протезами. Выявление вируса папилломы человека (ВПЧ) проводилось с помощью методов ПЦР (Квант-21) и оценки вирусной нагрузки.

Результаты. Патологическое состояние слизистой оболочки полости рта выявлено в 91 (82,7%) случае при съемных и в 75 (75,0%) – при несъемных протезах. У больных с несъемными протезами ВПЧ был выявлен в 1,4 раза чаще, чем у больных со съемными протезами, а вирусная нагрузка у них в 1,8 раза выше, чем у пациентов с несъемными протезами. При съемных протезах выявлялись 5, 6, 11, 34 и 37 типы ВПЧ, а при несъемных – 4, 6, 11, 16, 34 и 41 типы ВПЧ. Кожные бородавки выявлены в 27 (87,1%) случаях у лиц со съемными протезами и в 34 (94,4%) случаях – с несъемными протезами.

Заключение. При ведении пациентов, пользующихся зубными протезами, необходимо учитывать, что в развитии патологических состояний слизистой оболочки полости рта важную роль играет папилломавирусная инфекция, а кожные проявления этой инфекции в виде бородавок различной локализации могут быть индикаторным диагностическим признаком при отсутствии возможности использования метода лабораторной диагностики.

Ключевые слова: слизистые оболочки полости рта, патологические состояния, типы вируса папилломы человека, съемные протезы, несъемные протезы, бородавки

Aim. To identify papillomavirus infection of the oral mucosa and its skin manifestations in persons using dentures.

Material and methods. We have examined 110 patients with removable dentures (age 50-70 years) and 100 patients with fixed dentures (age 20-40 years). Detection of papillomavirus infection was carried out using PCR method (Kvant-21) and assessment of viral load.

Results. Pathological conditions of the oral mucosa were detected in 91 (82,7%; 110) cases with removable dentures and in 75 (75,0%; 100) cases with non-removable ones. In patients with fixed dentures, HPV was detected 1,4 times more often than in patients with removable dentures, that is, in 36 (48,0%) versus 31 (3,1%), and their viral load was 1.8 times higher than in patients with fixed dentures. In patients with removable prostheses, HPV types 5,6,11 and 34 and 37 were detected, and with non-removable prostheses, HPV types 4,6, 11, 16, 34 and 41 were detected. Skin warts were detected in 27 (87,1%) cases in persons with removable dentures and in 34 (94,4%) cases in those with fixed dentures.

Conclusion. At the time of managing patients using dentures, it should be taken into account that human papillomavirus infection plays an important role in the development of pathological conditions of the oral mucosa, and skin manifestations of this infection in the form of warts of various localization can be an indicator diagnostic sign in the absence of the possibility of using the method of laboratory diagnostics.

Key words: mucous membranes of the oral cavity, pathological conditions, types of human papillomavirus, removable dentures, fixed dentures, warts

Актуальность

Известно, что применение зубных протезов в большинстве случаев само по себе вызывает развитие различных патологических состояний слизистой оболочки полости рта, а наличие того или иного инфекционного агента усугубляет их клинические проявления. Доказано, что хронические заболевания слизистой оболочки полости рта обнаруживаются у 3-5% стоматологических пациентов [4]. По данным Shigeishi Н. и соавт. (2021), в патогенезе заболеваний слизистой оболочки полости рта важную роль играет вирус папилломы человека (ВПЧ). По мнению авторов, ВПЧ локализуется в воспалительной ткани пародонта [8], поэтому воспалительные пародонтальные карманы могут служить резервуаром для ВПЧ. Взаимодействия между ВПЧ и пародонтопатическими бактериями остаются неясными, но предполагается, что оральная ВПЧ-инфекция может быть связана с характерным микробиомом полости рта. Известно, что вирус папилломы человека (ВПЧ) представляет собой небольшой ДНК-вирус, инфицирующий базальные кератиноциты плоского эпителия кожи, слизистой оболочки полости рта и половых органов. Курение и сексуальное поведение были признаны значительными факторами риска оральной инфекции ВПЧ [1, 8]. По данным ВОЗ (2013), инфицированность папилломавирусной инфекцией (ПВИ) в мире составляет более 600 миллионов человек, а за последние десять лет их количество увеличилось более чем в 10 раз и выявляется у 13% населения [5, 6]. Высокая частота случаев ПВИ связана не только с социально-экономическими и медико-гигиеническими особенностями, но и поведенческими факторами, так как наибольшая распространенность приходится на сексуально активный возраст [6].

Зарубежными исследователями подсчитано, что в последние годы на 50% участились проявления вируса папилломы человека со слизистых оболочек полости рта среди лиц моложе 45 лет, что, возможно, связано с высокой сексуальной активностью в данном возрастном периоде, так как основным путем заражения папилломавирусом является половой контакт, в том числе орально-генитальный и анальный [7]. Актуальность проблемы папилломавирусной инфекции заключается и в том, что определенные виды этого вируса являются канцерогенноопасными и в 40% случаев вызывают рак слизистой оболочки полости рта. Это связано со способностью ВПЧ видоизменять рост и дифференцировку

клеток, что проявляется нарушениями апоптоза и значительными пролиферативными реакциями эпителиального слоя [1]. Доказана ассоциация вируса папилломы человека с развитием остроконечных папиллом и папилломатоза гортани [3]. Имеются данные о латентном течении ВПЧ-инфекции половой сферы и дыхательных путей. Выявлено, что вирусная инфекция в составе микрофлоры слизистой оболочки полости рта приводит к развитию пародонтитов, обусловленных герпесвирусной инфекцией и лейкоплакией, развивающихся за счет папилломавирусной инфекции. По данным литературы, у пациентов, страдающих рецидивирующим респираторным папилломатозом, часто выявляются низкоонкогенные 6 и 11 типы ВПЧ, которые в 90% случаев являются причиной генитальных бородавок [5]. Другие авторы приводят данные о выявлении у 9% больных с красным плоским лишаем ВПЧ 16 типа, а у 2% – ВПЧ 18 типа. Имеются данные литературы о том, что у 2% больных с заболеваниями СОПР выявляется смешанная форма вирусной инфекции ВПЧ 16 и ВПГ [1, 4].

Цель исследования

Выявить папилломавирусную инфекцию слизистой полости рта и ее кожные проявления у лиц, пользующихся зубными протезами.

Материал и методы исследования

Обследовали 110 больных со съемными и 100 больных с несъемными зубными протезами. Возраст больных первой группы составил 50-70 лет, второй – 20-40 лет.

Обследование на выявление папилломавирусной инфекции проводилось с помощью методов ПЦР (Квант-21). Выявление ДНК ВПЧ в исследуемом материале свидетельствовало о наличии папилломавирусной инфекции. Анализ вирусной нагрузки проводился по следующим критериям: при выявлении $< 3\text{Lg}$ (ВПЧ/10⁵ клеток) отмечалась клинически малозначимая вирусная нагрузка; от 3 Lg до 5 Lg (ВПЧ/10⁵ клеток) – клинически значимая вирусная нагрузка, когда существует риск развития дисплазии; $> 5\text{ Lg}$ (ВПЧ/10⁵ клеток) указывало на клинически высокозначимую вирусную нагрузку и высокую вероятность наличия дисплазии.

Статистическая обработка проводилась методами вариационной статистики с проведением корреляционного анализа. Для оценки нормальности распределения количественных данных применялись графические (частотная гистограмма) и расчётные (критерий Колмогорова Смирнова, Шапи-

ро-Уилка) методы. Количественные величины описывались в виде среднего значения и его стандартной ошибки ($M \pm m$). Для анализа межгрупповых различий количественных независимых величин использовался U-критерий Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждение

В результате проведенных исследований были выявлены патологические состояния слизистой оболочки полости рта как у пациентов со съемными, так и с несъемными зубными протезами, которые проявлялись

катаральным воспалением (КВ), эрозивно-язвенными поражениями (ЭЯП), гиперпластическими изменениями (ГИ) и хейлитами (ХЛ).

У больных со съемными протезами патологические состояния слизистой оболочки полости рта были выявлены в 91 (82,7%; 110)) случае, а среди пациентов с несъемными протезами – в 75 (75,0%; 100) случаях. Был выявлен характер патологических изменений слизистой оболочки полости рта у обследованных пациентов (рис. 1).



Рис. 1. Патологические состояния слизистой оболочки полости рта у больных со съемными и несъемными протезами

Как видно из рисунка 1, у больных со съемными протезами патологические состояния полости рта выявлялись чаще, чем при несъемных протезах. Клинические проявления патологических состояний слизистой оболочки полости рта у больных со съемными и несъемными протезами были представлены признаками КВ – соответственно у 20 (21,9%; 91) и 25 (33,3%; 75) больных, ЭЯП – у 23 (25,3%; 91) и 7 (9,3%; 75), ГИ – у 26 (28,6%; 91) и 29 (38,7%; 75), ХЛ – у 22 (24,2%; 91) и 14 (18,7%; 75) обследованных. У больных со съемными протезами в 1,3 раза чаще, чем у больных с несъемными протезами, выявлялись ГИ слизистой оболочки полости рта – 29 (38,7%; 75) против 26 (28,6%; 91) случаев и в

1,5 раза чаще выявлялись признаки КВ, то есть 25 (33,3%; 75) против 20 (21,9%; 91) и 25 (33,3%; 75) случаев. Однако в группе больных со съемными протезами ЭЯП выявлялись в 2,7 раза чаще, чем у больных с несъемными протезами, то есть 23 (25,3%; 91) против 7 (9,3%; 75) случаев, а хейлиты были обнаружены в группе пациентов со съемными протезами в 1,3 раза чаще, то есть в 22 (24,2%; 91) против 14 (18,7%; 75) случаев.

Результаты выявления папилломавирусной инфекции у больных с зубными протезами на фоне патологических состояний полости рта выявили инфицированность ВПЧ у пациентов со съемными и несъемными протезами (табл. 1).

Таблица 1

Инфицированность ВПЧ лиц со съемными и несъемными протезами на фоне патологических состояний слизистой оболочки полости рта

Инфицированность ВПЧ	I группа (n=91)	II группа (n=75)
ВПЧ-положительный	31 (34,1%)	36 (48,0%)
ВПЧ-отрицательный	60 (65,9%)	39 (52,0%)

Как видно из таблицы 1, у больных II группы, то есть с несъемными протезами, ВПЧ был выявлен в 1,4 раза чаще, чем у больных со съемными протезами, то есть в 36 (48,0%) против 31 (34,1%).

Имелись отличительные признаки генотипов ВПЧ и вирусной нагрузки у больных со съемными и несъемными протезами (табл. 2).

Как видно из таблицы 2, у больных со съемными протезами были выявлены 5, 6, 11, 34 и 37 типы ВПЧ, а в группе больных с несъемными протезами – 4, 6, 11, 16, 34 и 41 типы ВПЧ. В группе пациентов со съемными протезами наиболее часто выявлялся 5 тип

ВПЧ, который встречался в 12 (38,7%) случаях, а меньше всего – в 1 (3,2%) случаев – был выявлен 37 тип ВПЧ. Частота выявления 6 и 11 типов ВПЧ отличалась у лиц, пользующихся съемными и несъемными протезами. Так, 6 тип ВПЧ выявлен в 1,2 раза чаще у пациентов со съемными протезами, чем у пациентов с несъемными протезами, то есть в 7 (22,6%) против 7 (19,5%) случаев. В то же время частота выявления 11 типа ВПЧ незначительно отличалась в группе пациентов со съемными и несъемными протезами, где их число соответственно составило 8 (25,8%) и 9 (25,0%) случаев.

Таблица 2

Типы ВПЧ и вирусная нагрузка у пациентов с зубными протезами на фоне патологических состояний слизистой оболочки полости рта

Тип ВПЧ	I группа (n=31)		II группа (n=36)	
	число больных (n/%)	вирусная нагрузка (Lg)	число больных (n/%)	вирусная нагрузка
4	0	0	5 (13,9%)	
5	12 (38,7%)	3,83±0,2*	0	0
6	7 (22,6%)	4,52±1,2	7 (19,5%)	2,32±0,2
11	8 (25,8%)	4,33±0,3	9 (25,0%)	3,02±0,1*
16	0	0	3 (8,3%)	3,11±1,2
34	3 (9,7%)	5,61±2,2	8 (22,2%)	2,21±1,2
37	1 (3,2%)	4,52±1,2	0	
41	0	0	4 (11,1%)	2,01±0,2

Примечание: * $p \leq 0,05$

Следует отметить, что все типы ВПЧ, кроме 16 типа, относятся к вирусам умеренного типа онкогенности, а 16-ый, высокоонкогенный, тип был выявлен только у пациентов с несъемными протезами, число которых составило 3 (8,3%) случая. Однако, в работах других исследователей среди лиц, пользующихся зубными протезами 16 тип ВПЧ был выявлен в 23,1% случаев [8].

Возможно, гиперпластические изменения слизистых оболочек полости рта, выявленные у 26 (28,6%; 91) пациентов со съемными и у 29 (38,7%; 75) пациентов с несъемными протезами, обусловлены ПВИ инфекцией. Хотя, по данным Балкарова А.О. и соавт. (2018), гиперпластические процессы, представленные папилломатозом, выявляются в 24,2% случаях у пациентов с травматическими поражениями протезного ложа и чаще обусловлены кандидозной инфекцией слизистой оболочки полости рта [2].

Что касается вирусной нагрузки, то у больных со съемными протезами были выявлены ее средние значения (рис. 2).

Как видно из рисунка 2, у пациентов со съемными протезами среднее значение вирусной нагрузки составило 4,56 Lg, что указывало на клинически значимую вирусную нагрузку, когда существует риск развития дисплазии. В группе больных с несъемными протезами данный показатель составил 2,53 Lg, что указывало на клинически малозначимую вирусную нагрузку у этих больных.

То есть, у пациентов со съемными протезами вирусная нагрузка оказалась в 1,8 раза выше, чем у пациентов с несъемными протезами, что, возможно, связано с более старшим возрастом пациентов со съемными протезами.

Нами был проведен осмотр кожных покровов у пациентов с зубными протезами, инфицированными ПВИ, что позволило выявить сопутствующие дерматологические проявления папилломавирусной инфекции в виде различного вида бородавок (рис. 3).

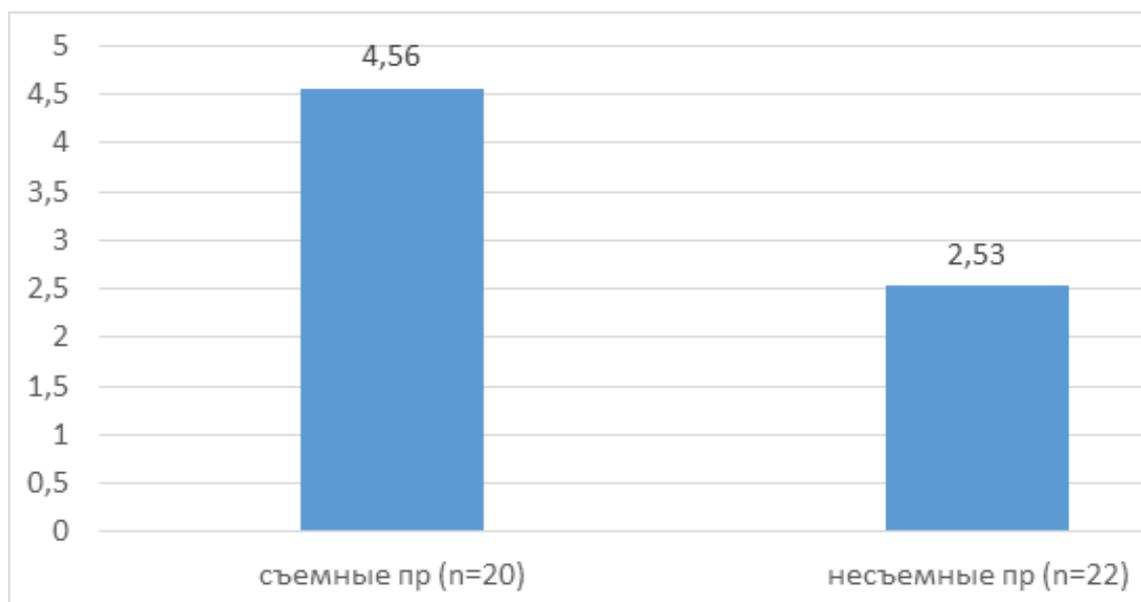


Рис. 2. Сравнение средней вирусной нагрузки у ВПЧ-инфицированных пациентов с зубными протезами

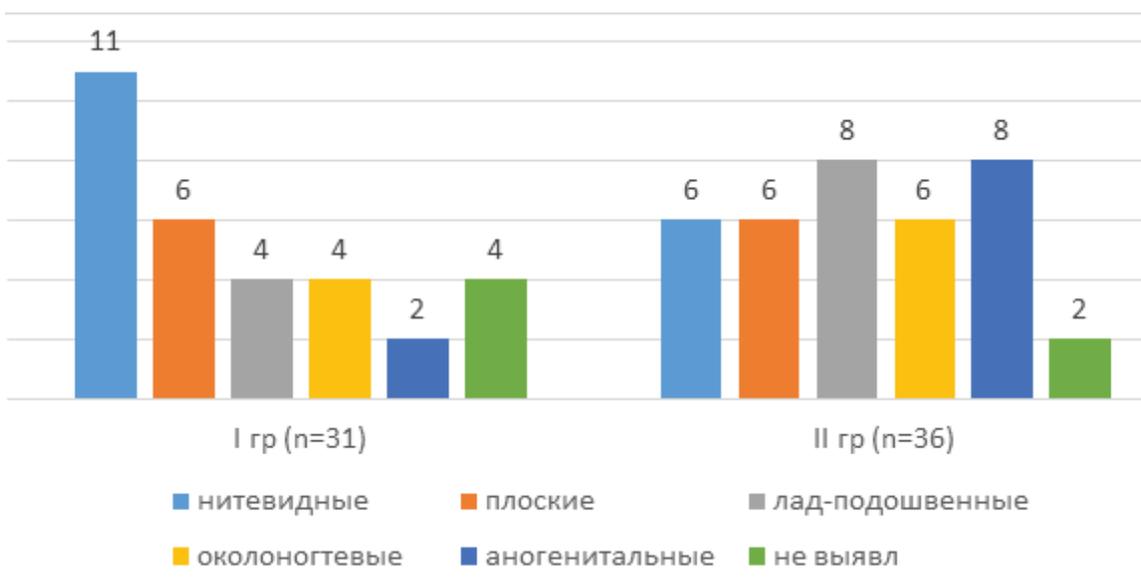


Рис. 3. Виды бородавок у ВПЧ инфицированных пациентов с зубными протезами

Как видно из рисунка 3, среди лиц, пользующихся съемными протезами, бородавки кожного покрова различной локализации выявлены в 27 (87,1%) случаях, а среди пациентов, пользующихся несъемными протезами, – в 34 (94,4%) случаях. Для ВПЧ инфицированных пациентов со съемными протезами характерными сопутствующими кожными проявлениями ВПЧ явились нитевидные и плоские бородавки, которые были выявлены соответственно в 11 (35,5%) и 6 (19,4%) случаях. Нитевидные бородавки представляли собой длинные тонкие разрастания по типу

папоротника, которые у 4-х из 11 пациентов первой группы локализовались на коже век, у 2-х пациентов – на коже лица, у 2-х – на коже губ, у 3-х на коже шеи. Плоские бородавки представляли собой папулы с гладкой плоской поверхностью, желтовато-коричневого, розового или красного цвета, которые у 3-х пациентов первой группы располагались на коже лица, у 3-х – на коже тыльной поверхности кистей рук.

Ладонно-подошвенные бородавки чаще встречались у пациентов с несъемными протезами, частота встречаемости которых в

этой группе составила 8 (22,2%) случаев, что в 1,7 раз больше, чем частота данного вида бородавок в группе пациентов с несъемными протезами, где их число составило 4 (13,0%) случая.

Околоногтевые и плоские бородавки также чаще встречались у пациентов с несъемными протезами и составили соответственно 6 (16,7%) случаев, в то время как у пациентов со съемными протезами они были выявлены в 4 (12,9%) случаях, то есть в 1,3 раза чаще.

Отличительной особенностью клинических проявлений ПВИ у пациентов обеих групп явилась частота встречаемости аногенитальных бородавок, которые у пациентов с несъемными протезами встречались в 3,4 раза чаще, чем у пациентов со съемными протезами, то есть в 8 (22,0%) против 2 (6,5%) случаев. Аногенитальные бородавки были представлены шероховатыми папулами на ножке, расположенными у пациентов с несъемными протезами: на половом члене – у 3-х, в перианальной области – у 2-х, на половых губах – у 2-х пациентов.

Результаты проведенных исследований указывают на то, что патологические состояния слизистой оболочки полости рта у больных со съемными и несъемными протезами выявляются соответственно в 82,7% и 75,0% случаях. Выявляемость папилломавирусной инфекции у пациентов со съемными протезами в возрасте от 50 до 70 лет составила 36 (48,0%) случаев, а у пациентов с несъемными протезами в возрасте 20-40 лет ВПЧ выявлен в 31 (34,1%) случае.

Папилломавирусная инфекция у пациентов со съемными протезами характеризовалась, в основном, умеренным типом онкогенности.

В группе лиц со съемными протезами вирусная нагрузка была в 1,8 раз выше, чем

у пациентов с несъемными протезами, что указывало на клинически значимую вирусную нагрузку с риском развития дисплазии. Среди лиц, пользующихся съемными протезами кожные бородавки выявлены в 27 (87,1%) случаях, а среди пациентов, пользующихся несъемными протезами, кожные бородавки встречались в 34 (94,4%) случаях. Выявленные сопутствующие дерматологические проявления папилломавирусной инфекции в виде бородавок, локализующихся на различных участках кожного покрова, указывают на возможные пути проникновения ВПЧ на слизистые оболочки из других локализаций в виде аутоинокуляции, а также на возможность инфицирования половым путем. Наши исследования отличаются от данных Бойко Н.В. и соавт. (2017), по мнению которых на слизистой оболочке полости рта и гортани ВПЧ может протекать без клинических признаков на слизистой оболочке полости рта [3].

В отличие от исследований зарубежных авторов, которые выявили смешанные формы вирусной инфекции в слизистой оболочке полости рта, в наших исследованиях ПВИ во всех случаях была представлена моноинфекцией в виде того или иного типа ВПЧ [7].

Заключение

Таким образом, при ведении пациентов, пользующихся зубными протезами, необходимо учитывать, что в развитии патологических состояний слизистой оболочки полости рта важную роль играет папилломавирусная инфекция, а кожные проявления этой инфекции в виде бородавок различной локализации могут быть индикаторным диагностическим признаком при отсутствии возможности использования метода лабораторной диагностики.

ЛИТЕРАТУРА (пп. 7, 8 см. в REFERENCES)

1. Адильбаев Г.Б., Шипилова В.В., Кыдырбаева Г., Садык Ж.Т., Адильбай Д.Г. Изучение распространенности ВПЧ индуцированного рака полости рта и ротоглотки в Казахстане. // Онкология и радиология Казахстана. 2015. №4. С. 27-28
2. Балкаров А.О., Карданова С.Ю., Хулаев И.В., Шагапсоева К.А., Гендугова О.М. Состояние слизистой оболочки полости рта у лиц, пользующихся съемными протезами. // Современные проблемы науки и образования. 2018. № 5. С.83-86
3. Бойко Н. В., Панченко С. Н. Обнаружение вируса папилломы человека при гиперпластических процессах в ЛОР-органах. // Вестник оториноларингологии.

2017. Т.82, №2. С. 51-54

4. Московский А.В., Вокулова Ю.А. Особенности ортопедического лечения при заболеваниях слизистой оболочки полости // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 2. С.20-25
5. Тихомиров А.Л., Сарсания С.И., Филатова Г.А. Вирус папилломы человека: от понимания иммунопатогенеза к рациональной тактике ведения // Гинекология. 2018. №20(3). С. 5-11.
6. Шахтагинская Ф.Ч., Намазова-Баранова Л.С., Таточенко В.К. и др. Вирус папилломы человека. Профилактика ВПЧ-ассоциированных заболеваний // Педиатрическая фармакология. 2015. Т.12, №1. С. 74-78.

REFERENCES

1. Adilbaev G.B., Shipilova V.V., Kydyrbaeva G. Izuchenie rasprostranennosti VPCH indutsirovannogoraka polosti rta i rotoglotki v Kazakhstane [The study of the prevalence of HPV-induced cancer of the oral cavity and oropharynx in Kazakhstan]. *Onkologiya i radiologiya Kazakhstana – The Oncology and Radiology of Kazakhstan*, 2015, No. 4, pp. 27-28.

2. Balkarov A.O., Kardanova S.Yu., Khulaev I.V. Sostoyanie slizistoy obolochki polosti rta u lits, polzuyushchikhsya semnymi protezami [The state of the oral mucosa in persons using removable dentures]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya – Modern Problems of Science and Education*, 2018, No. 5, pp. 83-86.

3. Boyko N.V., Panchenko S.N. Obnaruzhenie virusa papillomy cheloveka pri giperplasticheskikh protsessakh v LOR-organakh [Detection of human papillomavirus in hyperplastic processes in ENT organs]. *Vestnik otorinolaringologii – Bulletin of otorhinolaryngology*, 2017, Vol. 82, No. 2, pp. 51-54.

4. Moskovskiy A.V., Vokulova Yu.A. Osobennosti ortopedicheskogo lecheniya pri zabolevaniyakh slizistoy obolochki polosti [Features of orthopedic treatment for diseases of the mucous membrane of the cavity]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya – Modern Problems of Science and Education*, 2015, No. 2, pp. 20-25.

5. Tikhomirov A.L., Sarsaniya S.I., Filatova G.A. Virus papillomy cheloveka: ot ponimaniya immunopatogeneza

k ratsionalnoy taktike vedeniya [Human papillomavirus: from understanding immunopathogenesis to rational tactics of management]. *Ginekologiya – Gynecology*, 2018, No. 20 (3), pp. 5-11.

6. Shakhtakhtinskaya F.Ch., Namazova-Baranova L.S., Tatochenko V.K. Virus papillomy cheloveka. Profilaktika VPCH-assotsirovannykh zabolevaniy [Human papillomavirus. Prevention of HPV-associated diseases]. *Pediatricheskaya farmakologiya – Pediatric Pharmacology*, 2015, Vol. 12, No. 1, pp. 74-78.

7. Candotto V., D., Nardone M., Baggi L. HPV infection in the oral cavity: epidemiology, clinical manifestations and relationship with oral cancer. *Journal of Oral Implantology*, 2017, No. 10 (3), pp. 209-220.

8. Shigeishi H., Sugiyama M., Ohta K. Relationship between the prevalence of oral human papillomavirus DNA and periodontal disease. *Biomedical Reports*, 2021, Vol. 14, No. 5, pp. 1-7.

Сведения об авторе:

Артыкова Нигина Каримджоновна – соискатель кафедры ортопедической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Контактная информация:

Артыкова Нигина Каримджоновна – тел.: +(992) 98 580 66 33; e.mail: nigina_artikova@mail.ru

Ахмедов Ф.С.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОФЛОРЫ ЛЁГКИХ У ПАЦИЕНТОВ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ

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

Akhmedov F.S.

FEATURES OF LUNG MICROFLORA IN POST-COVID PATIENTS

Department of Internal Diseases №1 of the State Educational Establishment of the Avicenna Tajik State Medical University

Цель исследования. Изучение микробного и микологического пейзажа мокроты у пациентов, перенесших COVID-19.

Материалы и методы. Изучено 102 образца мокроты, которые позволили вырастить бактериальную и грибковую флору в патогенных титрах КОЕ>10³. Бактериальный пейзаж мокроты пациентов в постковидном периоде позволил вырастить 194 культуры бактериальной флоры и 94 культуры грибковой флоры.

Результаты. Наиболее частыми представителями бактериальной флоры оказались микроорганизмы стафилококк и стрептококк – 37,1% и 13,4% соответственно от общего количества микроорганизмов. Результат исследования биологических свойств представленных штаммов стафилококка и стрептококка показал, что большая часть штаммов (48 штаммов стафилококка и 18 штаммов стрептококка) были способными ферментировать манит и плазму. Данное обстоятельство может служить основанием для суждения о высокой патогенности выявленных штаммов.

Выделенно 94 культуры грибковой флоры, большая часть которой представлена дрожжевым типом (89 культур) и плесневыми видами (5 культур). Выращено более 8 видов грибов, среди которых имелись патогенные и условно-патогенные типы.

Заключение. Вирусная атака при COVID-19 не исключает вероятности обострения или присоединения бактериальной и грибковой микрофлор, симптомы которых могут сохраняться в течение длительного времени.

Ключевые слова: постковидный период, COVID-19, полисегментарная пневмония, микрофлора мокроты

Aim. Investigation of the microbial and mycological landscape of sputum in patients who have had COVID-19.

Material and methods. 102 sputum samples were studied, which made it possible to grow bacterial and fungal flora in pathogenic titers CFU>10³. The bacterial landscape of patients' sputum in the post-COVID period made it possible to grow 194 cultures of bacterial flora and 94 cultures of fungal flora.

Results. The most frequent representatives of the bacterial flora were the microorganism's staphylococcus and streptococcus – 37,1% and 13,4%, respectively, of the total number of microorganisms. The result of the study of the biological properties of the presented strains of staphylococcus and streptococcus showed that most of the strains (48 strains of staphylococcus and 18 strains of streptococcus) were able to ferment mannitol and plasma. This circumstance can serve as a basis for judging the high pathogenicity of the identified strains.

94 cultures of fungal flora were isolated, most of which is represented by yeast type (89 cultures) and mold species (5 cultures). More than 8 species of fungi were grown, among which there were pathogenic and opportunistic types.

Conclusion. A viral attack with COVID-19 does not exclude the possibility of exacerbation or accession of bacterial and fungal microflora, the symptoms of which can persist for a long time.

Key words: post-COVID period, COVID-19, polysegmental pneumonia, sputum microflora

Актуальность

В последние годы широкое применение атибактериальной терапии с использова-

нием самых различных видов антибиотиков привело состояние бактериологии к селекции, а также трансформации микробов [4].

Различные виды атипичных пневмоний, в том числе полисегментарная пневмония вирусной этиологии, не явились исключением. Вполне понятно, что вирусные формы пневмоний с формированием фиброзной ткани не исключают вероятности формирования вторичной инфекции в лёгочной ткани. Большая вероятность развития бактериальной и грибковой флоры с видоизменением нормальной микрофлоры лёгких и бронхов также могут усугублять состояние пациентов [1, 2]. Кроме того, необходимо отметить, что влияние антибактериальной терапии в неадекватных дозировках является основной причиной нарушения микрофлоры кишечника, лёгких, нарушаются метаболические процессы в почках и печени и токсично влияют на состояние костного мозга. Со стороны бактериологических свойств микроорганизмов не исключена вероятность формирования устойчивых форм и атипичных (селекционных) [2, 3]. В этой связи во время эпидемии ковидной инфекции мы считали целесообразным установление видового состава и принадлежности микроорганизмов в мокроте, что может быть достоверным основанием применения антибактериальной терапии. Учитывая это, у всех пациентов, выделяющих мокроту, нами проведены бактериологические исследования и анализ лекарственной чувствительности к выделенным микроорганизмам.

Цель исследования

Изучение микробного и микологического пейзажа мокроты у пациентов, перенесших COVID-19.

Материал и методы исследования

Материалом для исследования явилась мокрота пациентов, которую исследовали на наличие и вид бактериальной и грибковой флоры. Исследования проведены с июня по октябрь месяц 2020 года. За данный период времени с постковидным синдромом обратились в отделение пульмонологии ГУ ГМЦ №2 им. К.Т. Таджиева 262 пациента. У 102 из них наблюдалось отделение мокроты различной морфологической структуры. Все образцы мокроты высевались на среды. Выращивание культур мокроты проводилось с помощью следующих сред: агар-агар Columbia (Франция), среда Эндо и Сабуро. Рост культур наблюдали в течение 24 часов при добавлении 5% бараньей крови.

Все культуры выращивали в специальных луночных планшетах при температуре 37°C. При положительном росте в дальнейшем

проводилась оценка и анализ морфологической структуры методом электронной микроскопии (двухлучевой микроскоп Quanta 200, США). Через сутки проводился отбор колоний, их количественный подсчёт, а также окрашивание мазков по Грамму. За условно-патогенную норму принимали титр не более КОЕ 10^3 как для бактерий, так и грибковой флоры. Однако для плесневых видов грибов положительным считали даже наличие единичного роста, учитывая их высокую патогенность и вирулентность. В качестве контрольных показателей послужили посева 10 практически здоровых лиц. Все исследования выполнены в бактериологической лаборатории «Диамед».

Удельное содержание микроорганизмов (С) вычисляли как среднюю интенсивность колонизации для каждого выделенного вида и выражали в КОЕ/г. Взаимосвязь показателей считали значимой при $g > 0,50$. Контрольными значениями считали отсутствие роста бактериальной инфекции или незначительного роста (без колонизации) условно-патогенной микрофлоры.

Результаты и их обсуждение

В аэробных условиях стандартного культивирования было выращено в общем количестве 194 культуры различных бактериальных микроорганизмов. Наиболее частыми представителями бактериальной флоры оказались микроорганизмы – стафилококк и стрептококк, соответственно составляя 37,1% и 13,4% от общего количества микроорганизмов (табл. 1). Для суждения о степени патогенности и вирулентности нами проведён тест на способность коагулировать плазму крови данными видами микробов.

Результат исследования биологических свойств представленных штаммов стафилококка и стрептококка показал, что большая часть штаммов (48 штаммов стафилококка и 18 штаммов стрептококка) были способны ферментировать манит и плазму. Данное обстоятельство может служить основанием для суждения о высокой патогенности выявленных штаммов. Следовательно, можно предполагать, что при более высоком титре данных штаммов они могут быть способны вызывать гемолиз.

Грамотрицательная флора обследованных пациентов была представлена массивным ростом кишечной палочки, протей, синегнойной палочки и другими микроорганизмами. Среди энтеробактерий преобладает кишечная палочка: 5 штаммов из мокроты (2,5%), синегнойная палочка 1 (0,5%) и 2 (1,9%) штамма соответственно (рис. 1).

Микрофлора мокроты, полученная
при культивировании в аэробных условиях (в %)

Микроорганизмы	Мокрота, 102 образца	
	кол-во культур (abs)	в % от общего числа культур
Стафилококки	72	37,1
Пневмококки	26	13,4
Стрептококки	24	12,3
Сарцины	4	2,0
Нейссерии	6	3,0
Клебсиелла	11	5,6
Кишечная палочка	5	2,5
Протей вульгарис	1	0,5
Синегнойная палочка	1	0,5
Коринебактерии	12	6,2
Дрожжевые грибы	16	8,2
Выделено культур	194	
Посевы стерильны	2	1,0

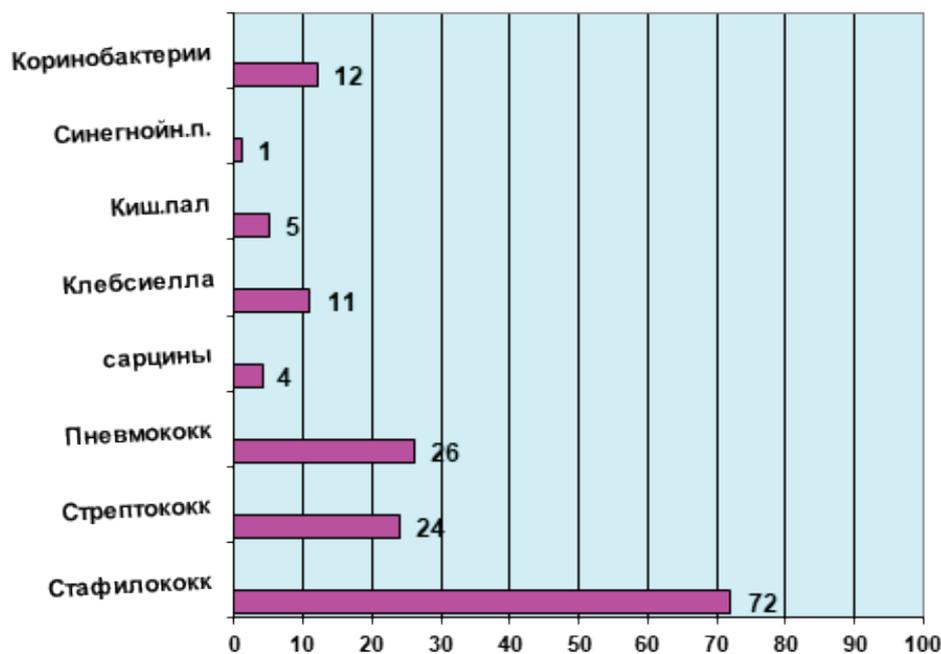


Рис. 1. Бактериальный пейзаж мокроты пациентов
в постковидном периоде

Также в одном случае был выделен протей вульгарис – 1 штамм. Большая часть выделенных микроорганизмов была представлена коринебактериями – 12 штаммов (6,2%). Бактериологические посева были стерильны только в 2 случаях. При бактериологическом посева в остальных случаях регистрировалась 100% высеваемость различной флоры (рис.

1). У пациентов с гнойно-воспалительным генезом течения основного заболевания (полисегментарной пневмонии) флора была как в монокультурной ассоциации, так и в смешанных ассоциациях. Однотипная микрофлора мокроты была редкой и регистрировалась в единичных случаях. Ассоциативные посева наиболее часто встречались в смеси с

грибковой флорой, что и послужило поводом для исследования грибковой флоры. Так, дрожжевые формы грибов регистрировались с частотой 16 (8,2%) штаммов.

Полученные результаты исследований бактериологических выделений из лёгких показали, что у пациентов, перенесших ковидную инфекцию, регистрируется бактериальная флора. По всей вероятности, речь идёт не только о вирусной пневмонии, но и об активации бактериальной флоры посредством снижения иммунитета и других факторов. В частности, бактериальная флора наиболее часто представлена полимикробностью с приоритетом в сторону грамположительных типов стафилококка и стрептококка. Необходимо также отметить, что большая часть стафилококков и стрептококков по патогенности имеет высшую степень, что подтверждается способностью ферментировать манит и коагулировать плазму. В этой связи для практического врача возникает необходимость и обоснование применения антибактериальной пневмонии. Однако следует принимать во внимание титр бактериальной флоры.

Для пациентов с ковидной инфекцией не последнее место в снижении иммунитета и усугублении основного состояния необходимо отводить активации инфекционной флоры и грибковой инфекции. Очевидно, что большая часть перенесших COVID-19 на фоне хронической патологии лёгких имеют не только бактерии, но и грибковую микрофлору. Поддерживая друг друга, грибки и инфекционная микрофлора являются фактором роста инфекции и усугубления её патогенности и вирулентности. При этом необходимо понимать, что повреждённый и ослабленный вирусами иммунитет не оставляет надежд на быстрое выздоровление в плане активации бактерий и грибов, снижая естественные защитные функции всего организма.

В данном плане для практического врача важным является патоморфологическое знание процессов воспаления, обусловленное спектром грибковой флоры. Микологический анализ позволил вырастить ряд видов грибов в мокроте пациентов. Наиболее массивным оказался рост дрожжевых грибов рода *Candida* (табл. 2).

Таблица 2

Общее количество выращенных культур дрожжевых грибов у обследованных пациентов

Вид гриба	Контроль КОЕ <10 ³		КОЕ >10 ³	
	абс	%	абс	%
<i>Candida albicans</i>	2	1,1	25	25,5
<i>Candida kefyr</i>	1	0,5	22	23,4
<i>Candida utilis</i>	–		17	13,8
<i>Candida tropicalis</i>	–		13	1
<i>Candida krusei</i>	–		12	12,7
<i>Aspergillus flavus</i>			3	3,2
<i>Мукор</i>			1	1,06
<i>Aspergillusniger</i>			1	1,06
Микст-инфекция			21	22,4
Всего культур		94		

Примечание: % от общего количества выращенных культур (смешанные культуры не подсчитаны)

Установлен выраженный и достоверный рост 5 видов дрожжевых грибов, а также 3-х видов плесневых грибов (рис. 2). В общем количестве имелся рост 94 культур грибов, из которых 89 (94,6%) составила микрофлора, выращенная дрожжевыми видами грибов. Общий микологический

спектр выращенных культур был представлен 5 культурами грибов рода *Aspergillus* 5 (5,4%), в общем количестве составляя 94 культуры грибов. Смешанные культуры и микст-инфекция в питательных средах не подсчитывались, поскольку были представлены различными колониями бакте-

риальной и грибковой флоры. Так, общее количество ассоциации смешанной флоры и микст инфекции составили 21 культуру (22,4%) (рис. 2).



Рис. 2. Общее количество высеванных культур в двух группах

В группе контроля регистрировался единичный рост дрожжевых видов грибов с титром не более КОЕ 10^3, что нами не принималось во внимание. Данная степень роста грибковой флоры не является патогенной и опасной для грибов типа дрожжевых и не способна вызывать самостоятельные патологические изменения в бронхолёгочной структуре. В этой связи данную степень в литературных сведениях следует относить к условно-патогенной флоре. Однако, по нашим наблюдениям, у части пациентов при ковидной инфекции наблюдается активация данной условно-патогенной флоры, которая в последующем увеличивается и приобретает патогенный и вирулентный характер течения.

Так, микологический анализ мокроты обследуемых пациентов показал, что в большей степени наблюдается рост дрожжевых грибов типа *Candida albicans* 25 (25,5%) и *Candida kefyr* 22 (23,4%). Помимо этого, отмечался рост других типов дрожжевых грибов *Candida utilis* (17), *Tropicalis* (13). Данное обстоятельство должно настораживать врача-пульмонолога, поскольку рост этих грибов в титре более КОЕ >math>10^3</math> способен в значительной степени снижать иммунологические свойства бронхолёгочной системы. Более того, у части пациентов регистрировался рост грибов плесневого типа, которые необходимо относить к патогенным и вирулентным даже при единичном росте. Следует отметить, что во всех случаях роста плесневых грибов у больных отмечалась коморбидность с бронхиальной астмой. По всей вероятности, речь идёт о длительном приёме антибактериальных препаратов,

гормональных средств, что ещё более было усугублено лечением ковидной инфекции во время полисегментарной пневмонии. Причём у данного контингента пациентов наиболее часто отмечался рост плесневых форм грибов типа *Aspergillus flavus* 3 (3,2%). Также наблюдался единичный рост *Aspergillus niger* и *Mucor*. Опыт работы с пациентами, имеющими положительный рост грибов, позволяет утверждать о длительном и хроническом течении основного заболевания и продолжительном присутствии грибов в организме. Наиболее частыми причинами, провоцирующими рост грибов, является длительная гормональная терапия, а также частое применение антибактериальных средств без учёта бактериальной чувствительности.

Более неблагоприятным фактором является то, что большинство грибов было выращено в титрах более КОЕ 10^3 - 10^7 . Для практической медицины присутствие грибковой флоры можно считать одним из самых неблагоприятных факторов, поскольку для её лечения необходимо продолжительное время, тогда как бактериальная инфекция требует значительно меньше времени и финансовых расходов. В то же время наличие грибковой флоры в лёгких даже в незначительной степени способствует формированию микозоносительства и кандидоза с последующим развитием резистентности к различным группам препаратов.

Заключение

Микологический анализ мокроты 102 пациентов, перенесших полисегментарную вирусную пневмонию, позволил выделить 94 культуры грибковой флоры. Большая часть грибковой флоры была представлена дрожжевым типом (89 культур) и плесневыми видами (5 культур). Было выращено более 8 видов грибов, среди которых были патогенные и условно-патогенные типы. Бактериологический пейзаж мокроты представлен в основном высокопатогенными штаммами стафилококка 72 (37,2%), пневмококка 26 (13,6%) и гемолитического стрептококка 24 (12,3%). Кроме того, необходимо отметить рост 22 культур микст инфекции, что усугубляет прогноз основного заболевания. Подводя итог бактериологическому исследованию мокроты, необходимо указать, что вирусная атака при COVID-19 не исключает вероятности обострения или присоединения бактериальной и грибковой микрофлоры, симптомы которых могут сохраняться в течение длительного времени.

ЛИТЕРАТУРА (п.4 см. в REFERENCES)

1. Викулов Г.Х., Орадовская И.В. Клинико-иммунологические особенности COVID-19, ассоциированной с герпесвирусными инфекциями человека: алгоритмы ведения сочетанных инфекций // Инфекционные болезни. 2021. №4. С.79-90.

2. Одинаев Ш.Ф. Профессиональный экзогенный аллергический альвеолит (распространенность, факторы риска, особенности течения, принципы диагностики и терапия) // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2019. Т.9, №3(31). С.314-320.

3. Тапальский Д.В. Антибиотикорезистентность *Klebsiella pneumoniae* на фоне пандемии COVID-19: опыт многопрофильного стационара // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2021. Т.10, №3. С.15-22.

REFERENCES

1. Vikulov G.Kh., Oradovskaya I.V. Kliniko-immunologicheskie osobennosti COVID-19, assotsirovannoy s herpesvirusnymi infektsiyami cheloveka: algoritmy vedeniya sochetannykh infektsiy [Clinical and immunological features of COVID-19 associated with human herpesvirus infections: algorithms for managing co-infections]. *Infektsionnye bolezni – Infectious diseases*, 2021, No. 4, pp.79-90.

2. Odinaev Sh.F. Professionalnyy ekzogenyy allergicheskiy alveolit (rasprostranennost, faktory riska, osobennosti techeniya, printsipy diagnostiki i terapiya) [Occupational exogenous allergic alveolitis (prevalence, risk factors, course features, principles of diagnosis and therapy)]. *Vestnik Akademii meditsinskikh nauk Tadjikistana – Bulletin of the Academy of Medical Science of Tajikistan*, 2019, Vol. 9, No. 3 (31), pp. 314-320.

3. Tapalskiy D.V. Antibiotikorezistentnost *Klebsiella pneumoniae* na fone pandemii COVID-19: opyt mnogoprofilnogo statsionara [Antibiotic resistance of *Klebsiella pneumoniae* against the backdrop of the COVID-19 pandemic: experience of a multidisciplinary hospital]. *Infektsionnye bolezni: novosti, mneniya, obuchenie – Infectious Diseases: news, opinion, education.*, 2021, Vol. 10, No. 3, pp. 15-22.

4. Prola K. Coagulase-negative staphylococci pathogenomics. *International Journal of Molecular Sciences*, 2019, No. 20 (5), pp. 1215.

Сведения об авторе:

Ахмедов Фарход Сухробович – ассистент кафедры внутренних болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Контактная информация:

Ахмедов Фарход Сухробович – тел.: +(992) 93 454 80 54; e-mail: farkhod.akhmedov92@gmail.com

Бойбобоев А.А.

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ

Кафедра психиатрии и наркологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Boyboboev A.A.

THE FEATURES OF CLINICAL MANIFESTATIONS OF MENTAL DISORDERS IN THE POST-COVID PERIOD

Department of psychiatry and narcology of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health care of the Republic of Tajikistan»

Цель исследования. Изучить особенности клинических проявлений психических расстройств в постковидном периоде, разработать меры профилактики и лечения.

Материал и методы. Проведено клинико-динамическое исследование 102 больных с невротическими и соматоформными расстройствами в постковидном периоде.

Результаты. У всех обследованных больных панические атаки проявлялись неожиданно возникающим и быстро, в течение нескольких минут, нарастающим симптомокомплексом вегетативных расстройств (сердцебиение, стеснение в груди, ощущение удушья, нехватки воздуха, потливость, головокружение), сочетающихся с ощущением надвигающейся смерти, страхом. Среди психопатологических проявлений тревожно-фобических расстройств наибольшие коморбидные связи обнаружены при наличии панических атак, агорафобии и ипохондрической фобии. Установлено, что если умеренная тревога оказывает на человека мобилизирующее действие, то избыточное беспокойство в значительной мере ухудшало когнитивное функционирование и проблемно решающее поведение.

Заключение. Пандемия COVID-19 обусловила патоморфоз невротических и соматоформных расстройств в виде утяжеления клинических симптомов, усиления проявлений и частоты появления панических атак, преобладание соматической тревоги с доминированием симптоматики со стороны дыхательной системы с витальным страхом, трансформацию поведения пациентов в виде усиления мер по предотвращению появления страха, усилением страха за здоровье родных и близких, частым посещением медицинских учреждений.

Ключевые слова: тревожно-фобическое расстройство, коморбидность, агорафобия, социофобия, коронафобия

Aim. To study the features of clinical manifestations of mental disorders in the post-COVID period. Elaboration of prevention and treatment measures.

Material and methods. A clinical and dynamic study of 102 patients with neurotic and somatoform disorders was carried out.

Results. Panic attacks of all examined patients were manifested suddenly and rapidly, within a few minutes, increasing symptom complex of autonomic disorders (palpitations, chest tightness, a feeling of suffocation, lack of air, sweating, dizziness), combined with a feeling of impending death and fear. Among the psychopathological manifestations of anxiety-phobic disorders, the greatest comorbid connections were found in the presence of panic attacks, agoraphobia, and hypochondriacal phobia. It has been established that if moderate anxiety has a mobilizing effect on a person, then excessive anxiety significantly impairs cognitive functioning and problem-solving behavior.

Conclusion. The COVID-19 pandemic caused the pathomorphism of neurotic and somatoform disorders in the form of worsening symptoms, the appearance and occurrence of panic attacks, the prevalence of somatic anxiety with the dominance of symptoms from the respiratory system with vital fear, the transformation of patient behavior in the

form of measures to identify suspicious fear, the detection of fear for the health of relatives and friends, frequent visits to medical institutions.

Key words: phobic anxiety disorder, comorbidity, agoraphobia, social phobia, coronaphobia

Актуальность

Пандемия COVID-19 со скоростным и масштабным распространением заболевания и высокой смертностью среди населения, наряду со значительным ущербом здоровью, также нанесла серьезные материальные потери и нарушила условия привычной жизнедеятельности людей. Отношения населения к данной ситуации напоминает типичную реакцию на природную катастрофу с постепенным нарастанием выраженности психотических расстройств [1]. На фоне пандемии COVID-19 наблюдался рост и утяжеление течения различных заболеваний, включая психические болезни [2, 4]. Ряд исследователей отметили удвоение числа лиц, страдающих от депрессии, и возрастание нагрузки на врачей-психиатров за время пандемии [1, 2]. Эксперты отмечают, что на рост числа фобий и тревожности влияет обилие противоречивой информации о коронавирусе в интернете и публикации СМИ. Тайна происхождения вируса и связанная с ней длительная неопределенность породили страх перед неизвестным, который считается одним из основных страхов человека. Такая атака неопределенности на хрупкую человеческую жизнь и временную стабильность привели к всплеску иррациональных и негативных эмоций, таких как паника и фобии [1, 4, 5]. У многих людей угроза неотвратимости заражения, лишая веры в собственную неуязвимость, усилило ощущения тревоги и растерянности и обусловило появление у них коронафобии – навязчивого страха заражения коронавирусом, которая пополнила список нозофобий [3].

Цель исследования

Изучить особенности клинических проявлений психических расстройств в постковидном периоде, разработать меры профилактики и лечения.

Материал и методы исследования

Нами проведено клинико-динамическое исследование 102 больных с невротическими и соматоформными расстройствами, пролеченных в дневном стационаре Республиканского клинического центра психиатрии в 2021-2022 годах. Все обследованные больные ранее переболели коронавирусной инфекцией.

Результаты и их обсуждение

По клиническому проявлению больные были разделены на 3 группы: первую со-

ставили 66 пациентов с невротическими расстройствами фобического ряда (включая обсессивно-компульсивные и социофобии), вторую – 22 больных с ипохондрическими расстройствами и третью – 14 больных с неврастенией.

Из числа 66 больных первой группы клинические проявления заболевания включали агорафобию с паническими расстройствами (32 больных), агорафобию без панических расстройств (11 больных), ипохондрические фобии (27 больных), обсессивно-компульсивное расстройство (18 больных).

При анализе динамики невротических расстройств фобического ряда нами были выделены четыре варианта клинических проявлений заболевания: пароксизмальный (фобические приступы продолжительностью от нескольких минут до нескольких часов), рецидивирующий (повторяющиеся приступы паники с длительностью от нескольких недель до полугода), непрерывно-приступообразный (длительное наличие фобий с внезапными обострениями симптоматики), непрерывно-поступательный (наличие постоянного расстройства с постепенным нарастанием симптоматики).

При обсессивно-компульсивных расстройствах превалировала коморбидность с фобиями (46,5%), сравнительно меньше с паническими атаками (13,8%). Признаки навязчивости проявлялись тревожным опасением, неопределенным страхом, предчувствием, отдельными фобиями. Клинически обсессивно-компульсивные расстройства проявлялись в виде соматизированных, ипохондрических, деперсонализационных и личностных расстройств.

В клинике тревожно-фобических расстройств наибольшие коморбидные связи были обнаружены при наличии панических атак, агорафобии и ипохондрической фобии. Панические атаки проявлялись неожиданно возникающим и быстро нарастающим симптомокомплексом вегетативных расстройств (учащенное сердцебиение, чувство тяжести в груди, ощущение нехватки воздуха, повышенная потливость, головокружение) в сочетании со страхом смерти. Следует отметить, что больные наряду со страхом за свое здоровье постоянно чувствовали угрозу здоровью родных и близких.

У обследованных пациентов агорафобия проявлялась страхом широких площадей и другими подобными фобиями (клаустрофобией, оксофобией, мизофобией и др.). Поездка в общественном транспорте, пребывание в торговых центрах, среди многочисленных людей также стали способствовать появлению агорафобии.

Возросло число пациентов с навязчивым страхом тяжелого заболевания легких. Наряду с чаще наблюдающимися кардио- и канцерофобиями участились фобии пневмонии и коронавирусной инфекции (коронафобия). Поскольку в МКБ-10 диагноза «коронафобия» нет – данная фобия нами была отнесена к социофобии.

У некоторых социофобия проявлялась в навязчивом желании тщательно вымыть руки, боязни братья руками за поверхности, к которым кто-то прикоснулся, они по возможности предпочитали избегать прикосновений. При сложных формах социофобии больные испытывали головокружение, панические атаки, кожную сыпь и даже рвоту. Превалирующее большинство больных с «коронафобией» навязчиво измеряли температуру, постоянно принюхивались и искали симптомы пропавшего обоняния и вкуса, находились в поисках симптомов коронавирусной инфекции у себя, но для диагностирования данной болезни объективных данных у них не было. На высоте тревоги больные часто проходили различные обследования, в том числе и компьютерную томографию, приходили за консультациями к пульмонологам, иммунологам, вирусологам, инфекционистам, неоднократно обращались к врачам соответствующего профиля, к различным религиозным обрядам, даже занимались самолечением традиционными способами.

Паническое расстройство с тремя вариантами динамики психопатологических расстройств в ряду невротических расстройств занимало центральное место.

При первом варианте невротических расстройств, диагностированных у 5 больных (7,5%), клинически эпизодическая пароксизмальная тревога проявлялась только приступами паники. Панические атаки проявлялись в виде обособленного комплекса симптомов с признаками когнитивной и соматической тревоги (гипертипические панические атаки) с минимальной коморбидностью, не приводя к стойким психическим расстройствам. Преходящие ипохондрические фобии и явления агорафобии, носящие вторичный характер, лишь расширяли клинические проявления

приступов паники. По окончании острого периода постепенно происходила редукция сопутствующих психопатологических расстройств.

При втором варианте (22 больных) панические атаки и стойкая агорафобия являлись основными проявлениями тревожных расстройств. Панические атаки в этих случаях развивались с беспредметной, не фиксированной на каких-либо конкретных ситуациях тревогой, внутренним напряжением, нервозностью, дурным предчувствием, опасениями и телесным дискомфортом. Развитию панических атак какие-либо психопатологические расстройства не предшествовали, в клинике преобладала когнитивная тревога с ощущением внезапной угрозы здоровью в сочетании с агорафобией. Панические атаки возникали внезапно, без каких-либо предвестников, характеризовались чувством нехватки воздуха, удушья, страхом смерти, чувством нереальности (деперсонализация и дереализация) и потерей самоконтроля.

Несмотря на обратное развитие приступов паники полной редукции психопатологических расстройств не происходило. В клинической картине ведущими выступали явления агорафобии, которая не только не редуцировалась, а приобрела независимую от панических атак устойчивость. Особенности динамики невротических расстройств (стойкость агорафобии и ее независимость от других проявлений) имели тесную связь с ипохондрическими феноменами. Вследствие этого дальнейший образ жизни пациентов был направлен на ликвидацию условий возникновения болезненных проявлений, т.е. панических атак. С момента появления страха повторного приступа для предотвращения панических атак предпринимались различные меры, которые постепенно трансформировались в сложную ипохондрическую систему, включающую смену образа жизнедеятельности. Сформировавшаяся трансформация (малоподвижный образ жизни, ограничение контактов, избегание определенных форм активности) поддерживалась и усугублялась такими фобическими проявлениями, как страх прикосновения, страх нахождения в общественном транспорте, пребывания в общественных местах.

При третьем варианте, выявленном у 39 больных, панические атаки развивались по типу вегетативного криза и завершались ипохондрическими фобиями. Здесь панические атаки отличались продолжительностью

продромального этапа, проявления тревоги сочетались с алгиями и конверсионной симптоматикой, при психогенно обусловленных приступах соматической тревоги доминировала симптоматика со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем без страха смерти, клиническая картина дополнялась ипохондрическими фобиями. В дальнейшем полной редукции психопатологических расстройств тревожного ряда не происходило. На первый план выдвигались ипохондрические фобии (кардиофобия, страх смерти), влияющие на продолжительность болезненного состояния. Постоянная ипохондрическая озабоченность своим здоровьем (невротическая ипохондрия) привела к формированию персистирующих страхов, при которых даже незначительные отклонения в деятельности организма – вегетативные, алгические и конверсионные проявления – являлись поводом для обострения страхов и тревожных опасений. Акцентуация на ипохондрических фобиях происходила как психогенно, так и спонтанно и, как правило, сопровождалась частыми визитами в поликлиники и самолечением (ипохондрический невроз).

Исследование лиц, переболевших коронавирусной инфекцией, показало, что нарушения психики обуславливали тяжелое течение COVID-19. Было установлено, что если обычно умеренная тревога оказывает на человека мобилизирующее действие, то избыточное беспокойство в значительной мере ухудшало адекватную реакцию на создающуюся жизненную ситуацию. По мере нарастания тревожного напряжения тревога становилась причиной психотических расстройств, и такие лица нуждались в назначении противотревожной терапии.

Заключение

Таким образом, ситуация, связанная с пандемией COVID-19, обусловила пато-

морфоз невротических и соматоформных расстройств в виде утяжеления клинических симптомов, усиления проявлений и частоты появления панических атак, доминирование соматической тревоги, преимущественно затрагивающей дыхательную систему, с витальным страхом, трансформацию поведения пациентов в виде усиления мер по предотвращению появления страха путем смены деятельности, усилением страха за здоровье родных и близких, частым посещением медицинских учреждений, необоснованным приемом противовирусных препаратов, учащением обращения к различным обрядам и т.п. Несмотря на нормализацию ситуации с COVID-19 (постковидный период), обусловившей ипохондрическую сенсбилизацию пациентов с невротическими расстройствами, последние при незначительном проявлении вегетативных, алгических и конверсионных симптомов, которые в привычной жизни остались бы незамеченными, поспешно обращаются в различные медицинские учреждения или занимаются самолечением. Из-за этого ухудшается качество жизни и, поскольку организм все время находится в состоянии стресса, то в ответ организм ищет отдых, как следствие, снижается иммунитет. Защитная функция организма ослабевает, потому что человеку надо отдыхать, он не может все время находиться в напряжении. Нарушается сон, а поскольку сна нет, то отсутствует психическое восстановление и возникает истощение. Поскольку вирус поражает различные системы органов человека, то и справиться с ним может только коллектив специалистов. Соответственно, к лечению постковидных пациентов должны быть подключены пульмонолог, гастроэнтеролог, дерматолог, невропатолог и другие специалисты, а при наличии выраженных психопатологических проблем - психиатр.

ЛИТЕРАТУРА (пп. 3-5 см. в REFERENCES)

1. Васильева А.В. Психические нарушения, связанные с пандемией COVID-19 (международный опыт и подходы к терапии). // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020. Т.120, № 9. С. 121-129.
2. Гусев Е.И., Мартынов М.Ю., Бойко А.Н. и др. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) и поражение нервной системы: механизмы неврологических расстройств, клинические проявления, организация неврологической помощи // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020. Т. 120, №6. С. 7-16.

REFERENCES

1. Vasileva A.V. Psikhicheskie narusheniya, svyazannye s pandemiy COVID-19 (mezhdunarodnyy opyt i podkhody k terapii) [Mental disorders associated with the COVID-19 pandemic (international experience and approaches to therapy)]. *Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova – Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov*, 2020, Vol. 120, No. 9, pp. 121-129.
2. Gusev E.I., Martynov M.Yu., Boyko A.N. Novaya koronavirusnaya infektsiya (COVID-19) i porazhenie nervnoy sistemy: mekhanizmy nevrologicheskikh rasstroystv, klinicheskie proyavleniya, organizatsiya nev-

rologicheskoy pomoshchi [Novel coronavirus infection (COVID-19) and damage to the nervous system: mechanisms of neurological disorders, clinical manifestations, organization of neurological care]. *Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova – Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov*, 2020, Vol. 120, No. 6, pp. 7-16.

3. Chen R., Liang W., Jiang M. Risk Factors of Fatal Outcome in Hospitalized Subjects with Coronavirus Disease 2019 From a Nationwide Analysis in China. *Chest*, 2020, Vol. 158 (1), pp. 97-105.

4. Lechien J.R., Chiesa-Estomba C.M., De Siati D.R. Olfactory and gustatory dysfunctions as a clinical presentation of mild-to-moderate forms of the coronavirus disease (COVID-19): a multicenter European study. *Euro-*

pean Archives of Oto-Rhino-Laryngology. 2020, Vol. 277 (8), pp. 2251-2261.

5. Godaert L., Proye E., Demoustier-Tampere D. Clinical characteristics of older patients: The experience of a geriatric short-stay unit dedicated to patients with COVID-19 in France. *Journal of Infections*, 2020, Vol. 81 (1), pp. 93-94.

Сведения об авторе:

Бойбобоев Абдувахид Абдулвахобович – зав. кафедрой психиатрии и наркологии ИПОв СЗ РТ, к.м.н., доцент

Контактная информация:

Бойбобоев Абдувахид Абдулвахобович – тел.: (+992) 918 67 68 46

¹Бойназарова М.Х., ²Одинаев Н.С.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА COVID-19 СРЕДИ СТУДЕНТОВ ТГМУ ИМЕНИ АБУАЛИ ИБН СИНО В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ 2020 ГОДА

¹ГУ «Таджикский НИИ профилактической медицины» МЗиСЗН РТ

²Кафедра эпидемиологии и инфекционных болезней медицинского факультета Таджикского национального университета

¹Boynazarova M.Kh., ²Odinaev N.S.

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE SHRED OF COVID-19 AMONG STUDENTS DURING THE 2020 PANDEMIC

¹State Establishment "Tajik Research Institute of Preventive Medicine" of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan

²Department of epidemiology and infectious diseases, Faculty of medicine of TNU

Цель исследования. Изучение причин высокой распространённости COVID-19 среди студентов ТГМУ имени Абуали ибн Сино.

Материал и методы. Ретроспективный анализ данных амбулаторных карт и анкетирования, данных лабораторного исследования. Обследование проведено среди 174 (100%) студентов ТГМУ, из них мужчин было 117 (67,2%), женщин – 57 (32,8%). Среди обследованных были заражены COVID-19 всего 89 (51,1%) студентов, из них мужчины 66 (74,2%) и женщины 23 (25,8%).

Результаты. При изучении места проживания 174 (100%) обследованных студентов выяснилось, что во время учебы в городе Душанбе 64 (36,7%) жили в многоэтажных домах, 68 (39,1%) – в частных домах и 42 (24,1%) – в студенческом общежитии. Из 64 (100%) студентов, живущих в многоэтажных домах, 34 (53,1%) переболели COVID-19. Из 68 (100%) студентов, проживающих в собственных домах, только 27 (39,7%) переболели COVID-19. Из 42 (100%) студентов, живущих в студенческих общежитиях, 28 (66,7%) переболели COVID-19.

Из 89 (100%) студентов, заразившихся COVID-19, большинство – 72 (80,4%) – проживали по 5 человек, остальные 17 (19,5%) – по 4 человека в помещении.

Заключение. Полученные данные свидетельствует о высокой степени заражения COVID-19 при более тесном контакте, что наблюдается в студенческих общежитиях, многоэтажных домах, меньше заболевают в собственных домах. Чем больше контакт между членами семьи, тем выше риск заражения COVID-19. Из общего числа заболевших COVID-19 большинство – 73,6% – составили мужчины, меньше 26,4% – женщины, что свидетельствует о меньшей восприимчивости молодых женщин к заражению COVID-19.

Ключевые слова: пандемия COVID-19, коронавирус, студенты, место проживания

Aim. To study the prevalence of COVID-19 among students of the State Educational Establishment of the Avicenna Tajik State Medical University.

Material and methods. Retrospective analysis of data from outpatient cards and questionnaires, laboratory data. The survey was conducted among 174 (100%) students of TSMU, of which 117 (67,2%) were men, 57 (32,8%) were women. Among those examined, only 89 (51,1%) students were infected with COVID-19, of which 66 (74,2%) were men and 23 (25,8%) were women.

Results. When studying the place of residence of 174 (100%) surveyed students, it turned out that while studying in Dushanbe, 64 (36,7%) lived in multi-story buildings, 68 (39,1%) - in private houses and 42 (24,1%) in a student dor-

mitory. Of the 64 (100%) students living in high-rise buildings, 34 (53,1%) had COVID-19. Of the 68 (100%) students living in their own homes, only 27 (39,7%) had COVID-19. Of the 42 (100%) students living in student residences, 28 (66,7%) had COVID-19.

Of the 89 (100%) students who contracted COVID-19, the majority - 72 (80,4%) - lived in 5 people, the remaining 17 (19,5%) - 4 people in the room.

Conclusion. The data obtained indicates a high degree of infection with COVID-19 with closer contact, which is observed in student dormitories, multi-story buildings, and people get sick less in their own homes. The more contact between family members, the higher the risk of contracting COVID-19. Of the total number of cases of COVID-19, the majority - 73,6% - were men, less - 26,4% - women, which indicates a lower susceptibility of young women to infection with COVID-19.

Key words: *pandemic covid-19, students, place of residence, virus*

Актуальность

Пандемия COVID-19, охватившая за короткое время практически все страны мира, стала серьезной глобальной проблемой, продолжая ставить серьезные задачи перед здравоохранением. Первые сообщения о вспышке новой вирусной инфекции поступили в декабре 2019 года в городе Ухане – столице провинции Хубей, из центра Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) в Китае, где говорилось о пневмонии неизвестной этиологии [5].

С 11 февраля 2020 года новая коронавирусная инфекция получила название COVID-2019 (Cor), а вызывающий ее вирус был переименован в SARS-CoV-2 [5].

После вспышки новой коронавирусной инфекции за короткое время случаи болезни начали отмечаться почти во всех странах мира и болезнь охватила все континенты, ВОЗ объявила, что COVID-19 приобрел характер пандемии. За 11 месяцев количество заболевших вирусом составило более 39 млн людей, болезнь унесла более 1106181 жизней, но эти цифры не окончательные и увеличиваются с марта месяца ежедневно до сегодняшнего дня [5].

Тяжесть и исход данной инфекционной патологии во многом зависят от наличия сопутствующих заболеваний, которые относятся к факторам риска течения COVID-2019, развития осложнений и смертности. Восприимчивость к возбудителю весьма высокая у всех групп населения. В то же время к категории высокого риска тяжелого течения болезни и летальности от COVID-2019 следует отнести людей в возрасте старше 60 лет, пациентов с хроническими заболеваниями (болезни органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет, онкологические заболевания). Летальность от COVID-2019 у больных с наличием сопутствующих патологий варьирует от 2% до 4% [1].

Следует отметить, что данная инфекционная патология, по сути, считается не новой,

но в настоящее время данный вирус отличается своей высокой патогенностью, более высокой вирулентностью, о чем свидетельствует молниеносное и трудно контролируемое течение болезни, выраженностью и интенсивностью интоксикации, поражением органов дыхания и нарушением гемодинамики [2-4]. Много неясного об эпидемиологии данного агента, о патогенезе и клиническом течении, осложнениях и прогнозе заболевания.

Таким образом, COVID-2019 требует изучения причин высокой распространенности и факторов тяжелого течения болезни, выделения слоя населения с высоким риском заражения вирусом. Возможно, что наряду с общепринятыми противоэпидемическими мероприятиями, проведение массовой иммунопрофилактики путем профилактических прививок, осуществляемое в целях предупреждения, ограничения распространения и ликвидации инфекционных болезней, будут способствовать снижению заболеваемости. Только тщательно проведенные исследовательские работы, направленные на изучение особенностей природы данного инфекционного агента, этиопатогенеза, течения и исхода болезни, разработка способов прогнозирования и профилактики коронавирусной инфекции могут стать основой для борьбы с данной патологией. В плане проведения противоэпидемических мероприятий основное место должно отводиться изучению эпидемиологических характеристик данного вируса, вакцинопрофилактике.

Цель исследования

Изучение причин и факторов, способствующих высокой распространенности COVID-19 среди студентов ТГМУ им. Абуали ибн Сино.

Материал и методы исследований

Проведен ретроспективный анализ данных амбулаторных карт, материала анкетирования.

Изучены результаты данных ПЦР тестирования на коронавирусную инфекцию и ИФА

крови на антитела COVID-19, общеклинические, клинико-лабораторные и рентгенологические исследования больных.

При проведении исследовательской работы соблюдены все этические нормы и получено информированное согласие каждого исследуемого.

Статистическая обработка первичного материала проведена разностными и вариационными способами, которые выполнены с использованием программного обеспечения Microsoft Statistics 2010. Для оценки полученных результатов анализа данных применены статистические методы сравнения результатов исследований. Достоверность различий

для независимых выборок оценивалась с помощью критерия χ^2 -Иетса и точного критерия Фишера, а также использован метод ранговой корреляции Спирмена.

Результаты и их обсуждение

Обследовано всего 174 (100%) студента-добровольца, у которых имели место явления ОРВИ (табл. 1), которые в период учебы проживали в городе Душанбе, из них мужчин было 117 (67,2%), женщин – 57 (32,7%). Возраст студентов был от 18 до 30 лет. Среди 174 (100%) обследованных диагностировали COVID-19 у 89 (51,1%) студентов. Из 89 (100%) больных мужчин было 66 (74,2%), женщин – 23 (25,8%).

Таблица 1

Распределение обследованных студентов (n=174) по полу и возраст

	Мужчины (n=117)		Женщины (n=57)		Всего (n=174)	
	n	%	n	%	n	%
Переболели COVID-19	66	56,4	23	40,3	89	51,1
Не болели COVID-19	51	43,6	34	59,6	85	48,9
Всего	117	67,2	57	32,7	174	100

Таким образом, из всех больных COVID-19 мужчины составили 74,2%, женщины – 25,8%. Из этого следует, что патологией COVID-19 мужчины болеют чаще, а женщины реже и разность между показателями значимая ($p < 0,005$).

Из данных таблицы 2 следует, что из 174 (100%) обследованных 82 (47,1%) человека проживали в городе, из них 45 (25,8%) мужчин и 37 (21,2%) женщин. В том числе 92

(52,9%) студента прибыли на учёбу из сельских местностей, из них 72 (78,3%) мужчины и 20 (21,7%) женщин.

Среди 89 (100%) переболевших COVID-19 всего 37 (41,6%) – жители города, из них 27 (73%) мужчин и 10 (27%) женщин. Остальные 52 (58,4%) человека раньше жили в сельской местности, из них 39 (75%) мужчин и 13 (35%) женщин.

Таблица 2

Распределение всех обследованных (n=174) и переболевших (n=89) COVID-19 студентов по месту жительства (откуда прибыли на учёбу)

	Городские (n=82)						Из села (n=92)					
	мужчины		женщины		всего		мужчины		женщины		всего	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Больные (n=89)	27	73	10	27	37	41,6	39	75	13	35	52	58,4
Всего (n=174)	45	26	37	21	82	47	72	41	20	11	92	53

Таким образом, среди обследованных студенты, прибывшие из сельской местности, составили 53%, а среди больных они составили 58,4%. Городские жители соответственно среди обследованных составили 47%, а среди

больных – 41,6%. Это значит, что среди больных COVID-19 жителей из сельской местности больше на 16,8%, чем студентов, живущих в городе. Но, если исходить из того, где они проживали во время учебы, то становится

ясным, что причиной заражения могло стать место, где они проживали на тот момент. Все студенты, приехавшие из сельской местности, в городе проживали в общежитии или снимали комнаты в многоэтажных домах.

Из данных таблицы 3 следует, что во время учебы в городе Душанбе всего 64 (100%) студента жили в многоэтажных домах, из них мужчин было 31 (48,4%) и 33 (51,6%) женщины.

Таблица 3

Распределение студентов (n=174) по месту жительства в городе Душанбе во время учёбы в период пандемии

	Многоэтажные дома (n=64)				Собственные дома (n=68)				Студенческое общежитие (n=42)			
	мужчины		женщины		мужчины		женщины		мужчины		женщины	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Больные	22	65	12	35	20	53	7	14	22	22,9	6	5,7
Всего	31	48	33	52	52	29,9	16	9,2	32	18,4	10	0,5

Из числа 64 (100%) человек, проживающих в многоэтажных домах, переболели COVID-19 всего 34 (53,1%) студента, из них 22 (64,7%) мужчины и 12 (35,3%) женщин.

Также 68 (100%) студентов во время учёбы проживали в собственных домах с двором, из них 52 (76,4%) мужчины и 16 (23,5%) женщин. Из них переболели COVID-19 всего 27 (39,7%) человек: 20 (74,1%) мужчин и 7 (25,9%) женщин.

Всего 42 (100%) студента во время учебы жили в общежитиях: 32 (76,1%) мужчины и 10 (23,8%) женщин. Переболели COVID-19 их них всего 28 (66,7%) человек: 22 (78,6%) мужчины и 6 (21,4%) женщин.

Особо следует отметить, что из 89 (100%) студентов, которые заразились COVID-19,

всего 70 (80,4%) проживали вместе с другими членами семьи в количестве 5 и более человек, остальные 17 (19,5%) студентов проживали вместе с другими членами семьи 4 человека в одном помещении или в одной квартире.

Как видно из таблицы 4, основная масса студентов – 81,6% – переболели в течение трех весенних месяцев: март – 22 (25,2%), апрель – 29 (33,3%), май – 20 (22,9%). В летний период заболели всего 22,8%, из них в июне – 10 (16,1%), июле – 3 (3,4%), августе – 3 (3,4%).

С сентября 2020 года среди студентов ТГМУ не было зарегистрировано случаев COVID-19.

Таблица 4

Распределение заболеваемости COVID-19 по месяцам года

Март		Апрель		Май		Июнь		Июль		Август		Сентябрь		Октябрь	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
22	25,2	29	33,3	20	22,9	10	16,1	3	3,4	3	3,4	0	0	0	0

Заключение

Из всех студентов, проживающих в общежитии, заразились и переболели COVID-19 всего 62%, что больше, по сравнению с количеством заболевших студентов, которые проживали в многоэтажных домах – 53% и в собственных домах с двором – 40%. Высокой является степень риска заражения студентов COVID-19, которые проживают в многоэтажных домах и общежитиях, где все жители с эпидемиологической точки зрения всегда находятся в тесном контакте (в комнатах, коридорах, лестницах, лифтах).

Новая коронавирусная инфекция встречалась чаще у студентов мужского пола – 74%,

среди женского пола – 26%, а из всех обследованных мужчины составляли 67%, женщины 33%, разница случаев болезни у мужчин на 7% больше, чем у женщин.

Чем больше число студентов, проживающих в одном помещении, в комнате или в квартире, то есть в условиях тесного контакта, тем больше возрастает риск заражения COVID-19.

COVID-19 чаще отмечался среди студентов в весенний период.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 2-6 см. в REFERENCES)

1. Никифоров В.В., Суранова Т.Г., Чернобровкина Т.Я. и др. Новая коронавирусная инфекция COVID-19: клинико-эпидемиологические аспекты // Архив внутренней медицины. 2020. №2. С. 87-93.

REFERENCES

1. Nikiforov V.V., Suranova T.G., Chernobrovkina T.Ya. Novaya koronavirusnaya infektsiya COVID-19: kliniko-epidemiologicheskie aspekty [New Coronavirus Infection (Covid-19): Clinical and Epidemiological Aspects]. *Arkhiv vnutrenney meditsiny – The Russian Achieves of International Medicine*, 2020, No. 2, pp. 87-93.

2. COVID-19 in people with diabetes: understanding the reason for worse outcomes. URL: [https://dio.org/10.1016/s2213-8587\(20\)30238-2](https://dio.org/10.1016/s2213-8587(20)30238-2) (Accessed on July 17, 2020).

3. Healthmap. Novelcoronavirus (COVID-19). URL: <https://www.healthmap.org/covid-19/> (Accessed on October 14, 2020).

4. Wuhan Municipa Health Commission briefing on the pneumonia epidemic situation URL: <https://wjw.wuhan.gov.cn>

(Accessed on December 31, 2019)

5. *Technical guidance naming the coronavirus disease (covid-19) and the virus that causes it*. URL: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-019/>

6. *Situation reports*. URL: <http://who.int/emergencies/diseases/novel=coronavirus-019/situation-reports> & https://rospotrebnadzor.ru/region/rss/rss/php?ELEMENT_ID=13524

Сведения об авторах:

Бойназарова Малохат Хикматуллоевна – соискатель Таджикского НИИ профилактической медицины МЗиСЗН РТ

Одинаев Ниёз Сафарович – зав. кафедрой эпидемиологии и инфекционных болезней медицинского факультета Таджикского национального университета, д.м.н.

Контактная информация:

Бойназарова Малохат Хикматуллоевна – тел.: (+992) 93 444 42 26

Гулов Ф.М.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩАХ

Кафедра общей хирургии №1 им. профессора А.Н. Каххорова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Gulov F.M.

FUNCTIONAL STATE OF THE OBTURATOR APPARATUS OF THE RECTUM WITH EXTRASPHINCTERIAL FISTULAS

Department of General Surgery №1 named after professor A.N. Kakhhorov of the State Education Establishment "Avicenna Tajik State Medical University"

Цель исследования. Изучение функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки у больных с экстрасфинктерными свищами.

Материал и методы. В исследование включены 25 больных в возрасте от 17 до 75 лет с экстрасфинктерными параректальными свищами, мужчин 15 (60,0%), женщин 10 (40,0%).

Всем пациентам проведены опрос, осмотр промежности, пальцевое исследование, определение анального, ректоанального рефлексов. Инструментальные методы исследования включали сфинктерометрию и монометрию.

Результаты. У 3 (12,0%) больных отмечался перианальный дерматит, в 7 (28,0%) случаях – наличие множества отверстий свищей прямой кишки (более 2 и до 6 отверстий), в 5 (20%) случаях параректальные свищи имели 2 отверстия. При пальцевом исследовании прямой кишки при экстрасфинктерных свищах прямой кишки в 9 (36,0%) случаях отмечалось снижение тонуса анального сфинктера, в 8 (32,0%) установлено наличие пектиноза анального сфинктера и в 4 (16,0%) наблюдениях имелась инфильтрация параректальной клетчатки. У 8 (32,0%) больных отмечалось повышение, у 7 (28,0%) – снижение, у 10 (40,0%) отсутствие анального рефлекса. У 8 (32,0%) пациентов отмечался порог ректальной чувствительности, у 6 (24,0%) имелся минимальный объём для расслабления внутреннего анального сфинктера. У 4 (16,0%) больных определялся порог для постоянного позыва на дефекацию. При сфинктерометрии в 5 (20,0%) случаях недостаточности анального сфинктера (НАС) не обнаружено, в 5 (20,0%) отмечалась I степень, в 10 (40,0%) – II степень, в 5 (20,0%) – III степень НАС.

Заключение. У 45,0% больных с экстрасфинктерными свищами прямой кишки имеются функциональные нарушения запирающего аппарата прямой кишки в виде различной степени недостаточности анального сфинктера. При подготовке больного к операции необходимо учитывать имеющиеся функциональные нарушения запирающего аппарата прямой кишки.

Ключевые слова: экстрасфинктерный свищ прямой кишки, сфинктерометрия анального сфинктера, недостаточность анального сфинктера

Aim. Research of the functional state of the obturator apparatus of the rectum in patients with extrasphincteric fistulas.

Material and methods. The study included 25 patients aged 17 to 75 years with extra sphincteric pararectal fistulas, 15 men (60,0%), 10 women (40,0%).

All patients underwent a survey, examination of the perineum, digital examination, determination of anal, rectoanal reflexes. Instrumental research methods included sphincterometry and monometry.

Results. In 3 (12,0%) patients, perianal dermatitis was noted, in 7 (28,0%) cases – the presence of multiple fistula openings of the rectum (more than 2 and up to 6 openings), in 5 (20%) cases, pararectal fistulas had 2 openings. In finger examination of the rectum with extrasphincteric fistulas of the rectum, in 9 (36,0%) cases, there was a decrease in the

tone of the anal sphincter, in 8 (32,0%) cases, the presence of pectinosis of the anal sphincter was found, and in 4 (16,0%) cases, there was infiltration pararectal tissue. In 8 (32,0%) patients there was an increase, in 7 (28,0%) – a decrease, in 10 (40,0%) – the absence of the anal reflex. In 8 (32,0%) patients there was a threshold of rectal sensitivity, in 6 (24,0%) there was a minimum volume for relaxation of the internal anal sphincter. In 4 (16,0%) patients, the threshold for a constant urge to defecate was determined. Sphincterometry in 5 (20,0%) cases of anal sphincter insufficiency (ASI) was not detected, in 5 (20,0%) cases I degree was noted, in 10 (40,0%) – II degree, in 5 (20,0%) – III degree of ASI.

Conclusion. 45.0% of patients with extrasphincteric fistulas of the rectum have functional disorders of the obturator apparatus of the rectum in the form of varying degrees of insufficiency of the anal sphincter. When preparing a patient for surgery, it is necessary to take into account the existing functional disorders of the obturator apparatus of the rectum.

Key words: extrasphincteric fistula of the rectum, sphincterometry of the anal sphincter, anal sphincter insufficiency

Актуальность

Больные хроническим парапроктитом составляют 0,5-4% от общего числа стационарных хирургических больных и 30-35% – среди пациентов с заболеваниями прямой кишки. Среди параректальных фистул экстрасфинктерные свищи прямой кишки (СПК) являются наиболее часто встречающейся патологией дистального отдела прямой кишки и представляют собой гнойно-воспалительный процесс с вовлечением анальной крипты, межсфинктерного пространства, параректальной клетчатки, приводящие к формированию свищевого хода в параректальной клетчатке [2]. По данным литературы, в структуре колопроктологических заболеваний параректальные фистулы составляют от 15% до 30% [6]. Распространенность параректальных свищей составляет 6-12 случаев на 100000 человек [5]. Мужчины болеют чаще женщин, при этом соотношение варьирует от 2:1 до 7:1. Свищами прямой кишки наиболее часто страдает взрослое население от 30 до 50 лет, что обуславливает социальную значимость данного заболевания в колопроктологии [1]. Анализ проведенных данных профилактических осмотров и обращаемости пациентов со свищами прямой кишки указывает, что до 0,5% лиц трудоспособного возраста страдают данным проктологическим заболеванием [3, 6]. Основной причиной образования параректальных свищей является несвоевременное и нерадикальное лечение острого гнойного парапроктита в анамнезе. Несмотря на большое количество разработанных способов хирургического лечения свищей прямой кишки, до настоящего времени проблема лечения параректальных фистул остается актуальной, так как частота неудовлетворенных результатов оперативного вмешательства составляет от 7% до 30% [7].

Считается, что до 90% свищей прямой кишки имеют криптогенное происхождение

и представляют собой хронический воспалительный процесс (хронический парапроктит, ХП) в анальной крипте, межсфинктерном пространстве и параректальной клетчатке с формированием свищевого хода. Хронизация процесса при парапроктитах обусловлена наличием железистого эпителия на участках внутреннего отверстия свищевого хода и дальнейшей эпителизацией данного свища, что является барьером для его регенерации. Лишь в 10% случаев свищи прямой кишки имеют другую этиологию: посттравматические, в том числе послеоперационные, свищи при болезни Крона, туберкулезе, свищи, дренирующие параректальные кисты, и др. [1]. Наличие высоких транссфинктерных и экстрасфинктерных параректальных фистул, осложненных формированием инфильтративных изменений и гнойных полостей в параректальных клетчаточных пространствах малого таза, сопровождается длительным течением и частыми обострениями воспалительного процесса [4]. Выше указанное состояние у этих пациентов вызывает развитие тяжелых местных изменений в анальном сфинктере и параректальной клетчатке, обуславливающих значительную деформацию анального канала и промежности, рубцовую трансформацию мышц аноректального запирающего аппарата. В результате возникает недостаточность запирающего аппарата прямой кишки, в первую очередь наружного сфинктера. Неудачные исходы хирургического лечения при попытках радикального иссечения параректальных фистул сопровождаются значительной травмой компонентов наружного и внутреннего сфинктеров прямой кишки после их интраоперационного повреждения и замещения рубцовой тканью до заживления ран промежности. Это обстоятельство чревато (помимо дисфункции элементов тазового дна) развитием различной степени выраженности недержания кала и газов. По данным современных авторов, у пациентов

с высокими рецидивными трансфинктерными и экстрасфинктерными параректальными свищами риск развития недостаточности анального сфинктера прямой кишки достигает примерно 83,0% [2, 3, 7]. Еще одним осложнением хронического воспалительного процесса при СПК является пектеноз. Рубцовые изменения в стенке анального канала прямой кишки могут привести к снижению эластичности и рубцовому сужению, вплоть до формирования стриктуры анального канала. Кроме того, длительное течение заболевания может привести к иммунодепрессии, значительному ухудшению общего состояния больного и снижению качества жизни на фоне вялотекущего хронического гнойного воспаления в стенке прямой кишки и параректальных пространствах.

Цель исследования

Изучение функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки у больных с экстрасфинктерными свищами.

Материал и методы исследований

Данное исследование основано на наблюдении 25 больных, находившихся на лечении с 2019 по 2021 гг. в колопроктологическом отделении ГУ ГМЦ №2 им. академика К.Т. Таджиева с наличием экстрасфинктерных свищей прямой кишки. Возраст пациентов колебался от 17 до 75 лет, в среднем 45 лет. Мужчин было 15 (60,0%), женщин – 10 (40,0%) человек.

Всем больным проведены тщательные опрос, осмотр промежности, пальцевое исследование, определение анального и ректоанального рефлексов, а также инструментальные методы исследования: сфинктерометрия и монометрия.

Статистический анализ полученных результатов проводился с помощью пакета прикладных программ Statistica 10.0 (StatSoftInc., США). Для количественных показателей вычислялись их средние величины и стандартные ошибки ($M \pm m$). Для анализа межгрупповых различий количественных независимых величин использовался U-критерий Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждение

При осмотре промежности обращали внимание на состояние кожи, количество свищей, их расстояние от анального отверстия и локализацию, так как такой осмотр даёт некоторую информацию о характере параректальной фистулы. У 3 (12,0%) больных отмечались явления перианального дерматита. В 7 (28,0%) случаях отмечено наличие множества отверстий свищей прямой кишки (более 2 и до 6), в 5 (20%) случаях

параректальные свищи имели 2 отверстия – справа и слева. У 4 (16,0%) больных свищевое отверстие располагалось на расстоянии 1 см, у 4 (16,0%) – на расстоянии 3 см и у 2 (8,0%) больных – на расстоянии более 3 см от анального отверстия прямой кишки. Наше исследование показало, что расстояние между анальным и наружным отверстиями свищевого хода имеет определенное значение. При близком расположении свищевого отверстия к анальному отверстию свищевой ход, в основном, проходил интрасфинктерно, а при увеличении расстояния между ними свищевой ход чаще всего проходил транс- или экстрасфинктерно.

Пальцевое исследование прямой кишки при экстрасфинктерных СПК показало, что в 9 (36,0%) случаях отмечалось снижение тонуса анального сфинктера прямой кишки, в 8 (32,0%) случаях установлено наличие пектиноза анального сфинктера и в 4 (16,0%) случаях выявили инфильтрацию параректальной клетчатки, у 4 (16,0%) больных удалось пропальпировать внутреннее отверстие в виде углубления в области анального канала прямой кишки. Таким образом, пальцевое исследование является информативным методом при экстрасфинктерных СПК.

Изученные нами анальные рефлексы прямой кишки у пациентов с экстрасфинктерными свищами прямой кишки показали, что у 8 (32,0%) больных отмечался повышенный анальный рефлекс, в 7 (28,0%) случаях заметно снижение анального рефлекса, в 10 (40,0%) случаях не визуализировался анальный рефлекс. Часто обострение воспалительного процесса в анальном сфинктере и параректальной клетчатке при экстрасфинктерных СПК приводит, по-видимому, к изменению рецепторов кожи перианальной области и слизистой оболочки анального канала прямой кишки. Во всех случаях снижение и отсутствие анального рефлекса у больных с экстрасфинктерными СПК сочетались с анальной недостаточностью прямой кишки. В проведенном нами исследовании ректо-анальные рефлексы прямой кишки показали, что у 8 (32,0%) больных отмечался порог ректальной чувствительности (минимальный объём, необходимый для появления ощущения заполнения кишечника – меньше или равно 25 мл) и у 6 (24,0%) больных – минимальный объём для расслабления внутреннего анального сфинктера (объём, при котором возникает первый позыв на дефекацию; в норме составляет 10-20 мл). У 4 (16,0%) больных определялся порог для постоянного позыва на дефека-

цию (объём, необходимый для появления постоянного позыва; в норме меньше или равен 220 мл) и в 7 (28,0%) случаях отмечался максимально переносимый объём (в норме – 110-280 мл). Исследование ректоанального рефлекса показало, что у большинства изученных нами больных отмечалось снижение порога чувствительности прямой кишки при II-III степенях недостаточности анального сфинктера у больных с экстрафинктерными СПК.

Сфинктерометрия – один из методов проктологического исследования, при котором определяются сила запирающего аппарата прямой кишки (в граммах) и функция мышц тазового дна. Сфинктерометрию производили аппаратом Аминова в колопроктологическом кабинете. Перед исследованием кишечника опорожняли с помощью микроклизмы или слабительных препаратов. Результаты исследований представлены в таблице.

Показатели сфинктерометрии (в граммах) у больных с экстрафинктерными свищами прямой кишки в зависимости от степени недостаточности анального сфинктера (n=75)

Показатель	Пол	Количество	Норма	Степень недостаточности			Q-критерий Кохрена
				I	II	III	
Тонус	М	15	650	550	350	220	<0,05
	Ж	10	450-500	400	300	180	
Сила	М	15	850-900	700	500	280	
	Ж	10	750	650	400	230	
Волевое усилие	М	15	300	240	110	75	
	Ж	10	275	210	85	45	

Примечание: * – $p < 0,05$ относительно М (мужчин) и Ж (женщин)

Монометрическое исследование анального сфинктера прямой кишки производили с целью определения давления в анальном канале. Для этой цели мы использовали манометр собственной конструкции (патент №ТJ 1153 от 09.12.2020 г.). Положение больного при исследовании на боку и на гинекологическом кресле. Перед исследованием необходимо проводить очистительную клизму (2-3-кратная). Наконечник аппарата, соединенный с измерительным прибором, вводится в анальный канал. Давление определяется в мм ртутного столба (норма 25 мм рт. ст.). Наши исследования показали, что у 5 больных отмечались нормальные показатели давления (25 мм рт.ст.) в анальном канале. При волевом сокращении давление повышалось до 30 мм рт.ст. У 3 больных давление в анальном канале выше нормы (30 мм рт.ст.). Давление при волевом сокращении составило 35 мм рт.ст. У 17 больных давление в анальном канале ниже нормы (15-5 мм рт.ст.). Давление

при волевом сокращении у этих группы составило 20-10 мм рт.ст., что говорит о снижении тонуса анального сфинктера. Чем слабее сфинктер, тем ниже давление в анальном канале.

Заключение

Таким образом, наши исследования показали, что у больных с экстрафинктерными свищами прямой кишки в 45,0% случаях имеют место функциональные нарушения запирающего аппарата прямой кишки в виде различной степени недостаточности анального сфинктера. При подготовке больного с экстрафинктерными параректальными свищами к операции необходимо учитывать имеющиеся функциональные нарушения запирающего аппарата прямой кишки.

Больным с экстрафинктерными свищами прямой кишки необходима хирургическая и медикаментозная коррекция нарушений функционального запирающего аппарата прямой кишки.

ЛИТЕРАТУРА (пп. 6, 7 см. в REFERENCES)

1. Елигулашвили Р.Р. МРТ в диагностике свищей прямой кишки: показания и преимущества в оценке // Колопроктология. 2015. № 1(51). С. 22.

2. Костарев И.В., Шельгин Ю.А., Титов А.Ю. Лечение свищей прямой кишки перемещенным лоскутом: устаревший подход или современный метод? (систематический обзор литературы). // Колопроктология. 2016. №1(55). С. 6.

3. Фролов С.А., Кузьминов А.М., Королик В.Ю. и др. Методы лечения свищей прямой кишки с применением биопластических материалов // Колопроктология. 2017. № S3 (61). С. 42а-43.

4. Черкасов М.Ф., Татьянченко В.К., Грошили В.С. Пути улучшения результатов хирургического лечения экстрасфинктерных свищей прямой кишки // Колопроктология. 2016. № 2 (56). С.49.

5. Шелыгин Ю.А. Колопроктология. Клинические рекомендации. /под ред. Ю.А. Шелыгина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 528 с.

REFERENCES

1. Eligulashvili R.R. MRT v diagnostike svishchey pryamoy kishki: pokazaniya i preimushchestva v otsenke [MRI in the diagnosis of rectal fistulas: indications and advantages in evaluation]. *Koloproktologiya – Coloproctology*, 2015, No. 1 (51), pp. 22.

2. Kostarev I.V., Shelygin Yu.A., Titov A.Yu. Lechenie svishchey pryamoy kishki peremeshchennym loskutom: ustarevshiy podkhod ili sovremennyy metod? (sistemicheskiy obzor literatury) [Treatment of rectal fistulas with a displaced flap: an outdated approach or a modern method? (systematic review of the literature)]. *Koloproktologiya – Coloproctology*, 2016, No. 1 (55), pp. 6.

3. Frolov S.A., Kuzminov A.M., Korolik V.Yu. Metody lecheniya svishchey pryamoy kishki s primeneniem

bioplasticheskikh materialov [Methods of treatment of rectal fistulas using bioplastic materials]. *Koloproktologiya – Coloproctology*, 2017, No. S3 (61), pp. 42a-43.

4. Cherkasov M.F., Tatyanchenko V.K., Groshilin V.S. Puti uluchsheniya rezultatov khirurgicheskogo lecheniya ekstrasfinkternykh svishchey pryamoy kishki [Ways to improve the results of surgical treatment of extrasphincter fistulas of the rectum]. *Koloproktologiya – Coloproctology*, 2016, No. 2 (56), pp.49.

5. Shelygin Yu.A. *Koloproktologiya. Klinicheskie rekomendatsii* [Coloproctology. Clinical recommendations]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2015. 528 p.

6. Elfeki H., Emile S.H. A systematic review and meta-analysis of the safety and efficacy of fistula laser closure. *Techniques in Coloproctology*, 2020, pp. 36.

7. Lauretta A, Falco N, Stocco E. Anal Fistula Laser Closure: the length of fistula is the Achilles' heel. *Techniques in Coloproctology*, 2018, No. 22 (12), pp. 933–939.

Сведения об авторе:

Гулов Фируз Махмалиевич – докторант PhD кафедры общей хирургии № 1 имени профессора А.Н. Каххорова ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино»

Контактная информация:

Гулов Фируз Махмалиевич – тел.: (+992) 93 913 75 11; e-mail: mahmalievich@mail.ru

¹Гуломов М.Ш., ²Холов К., ¹Сайдалиев Ш.Ш.,
¹Халимов Дж.С., ³Ашуров Д.М.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭХИНОКОККЭКТОМИЯ КАК АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ И ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

¹Кафедра хирургических болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»
²ГУ ГЦСМП г. Душанбе
³Кафедра хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

¹Gulomov M.Sh., ²Kholov K., ¹Saidaliev Sh.Sh.,
¹Khalimov J.S., ³Ashurov D.M.

LAPAROSCOPIC ECHINOCOCCETOMY AS AN ALTERNATIVE TREATMENT FOR LIVER AND ABDOMINAL ECHINOCOCCOSIS

¹Department of Surgical Diseases N1 of the State Education Establishment "Avicenna Tajik State Medical University"
²State Establishment «Dushanbe City Department of Emergency»
³Department of Surgical of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan»

Цель исследования. Оценка эффективности лапароскопической эхинококкэктомии у пациентов с эхинококкозом печени и органов брюшной полости.

Материал и методы. Анализированы результаты хирургического лечения 224 больных с эхинококкозом печени и органов брюшной полости. Пациенты наиболее трудоспособного возраста составили 81,3%.

Размеры эхинококковых кист колебались от 3,0 до 27,0 см. Локализация кист в правой доле встречалась в 63,0%, в левой доле – в 37,0%. У 30,3% больных эхинококковые кисты встречались в труднодоступных сегментах печени (I и VII). Одномоментное поражение правой и левой долей печени наблюдались у 9,4% больных. Частота осложненных форм эхинококкоза печени составила 4,0%. Сочетанные поражения печени и органов брюшной полости составили 8,0% больных.

В плане диагностики информативность УЗИ достигла 97,1%. В 14,3% случаев с целью дифференциальной диагностики прибегли к МРТ и КТ.

Результаты. Традиционные хирургические методы лечения были выполнены 67,8% больным. Открытая эхинококкэктомия выполнена у 31,7%, закрытая – у 12,5% больных. Перикистэктомия произведена 8,0% больным, «идеальная эхинококкэктомия» – в 8,6% случаев. У 4,6% больных были выполнены атипичные резекции печени, правосторонняя гемигепатэктомия – в 3,2% случаев. Одномоментное удаление кист из печени и других органов брюшной полости выполнено у 6,6% больных. Послеоперационная летальность составила 0,6%. Средняя продолжительность пребывания больных в клинике составила 13±3 дня. Лапароскопическая эхинококкэктомия выполнена 32,1% больным, открытая лапароскопическая эхинококкэктомия – 54,2%, закрытая эхинококкэктомия – 20,8%, различные варианты перикистэктомии – 6,9%. «Идеальную эхинококкэктомию» без вскрытия стенки фиброзной капсулы удалось выполнить в 4,2% случаях. Осложнения и летальные исходы отсутствовали. Средняя продолжительность пребывания в стационаре после миниинвазивных вмешательств составила 7±2 дня.

Заключение. Лапароскопическая эхинококкэктомия может быть применена как альтернатива традиционному хирургическому методу. Основными преимуществами метода являются минимальная трав-

матичность и низкая частота послеоперационных специфических осложнений, высокая экономическая эффективность и быстрые сроки социально-трудовой реабилитации.

Ключевые слова: эхинококкоз, лапароскопия, лечение

Aim. Evaluation of the effectiveness of laparoscopic echinococectomy in patients with echinococcosis of the liver and abdominal organs.

Material and methods. The results of surgical treatment of 224 patients with echinococcosis of the liver and abdominal organs were analyzed. Patients of the most able-bodied age accounted for 81,3%. Ultrasound measurements of echinococcal cysts ranged from 3,0 to 27,0 cm. Localization of cysts in the right lobe occurred in 63,0%, in the left lobe – in 37,0%. In 30,3% of patients, echinococcal cysts were found in hard-to-reach segments of the liver (I and VII). Simultaneous lesions of the right and left lobes of the liver were observed in 9,4% of patients. The frequency of complicated forms of liver echinococcosis was 4,0%. Combined lesions of the liver and abdominal organs accounted for 8,0% of patients. In terms of diagnostics, the information content of ultrasound reached 97,1%. In 14,3% of cases, MRI and CT were used for the purpose of differential diagnosis.

Results. Traditional surgical methods of treatment were performed in 67,8% of patients. Open echinococectomy was performed in 31,7% and closed in 12,5% of patients. Pericystectomy was performed in 8,0% of patients. Ideal echinococectomy was performed in 8,6% of cases. Atypical liver resections were performed in 4,6% of patients, and right sided hemihepatectomy in 3,2% of cases. Simultaneous removal of cysts of the liver and other organs was performed in 6,6% of patients. Postoperative mortality was 0,6%. The average length of stay of patients in the clinic was 13±3 days. Laparoscopic echinococectomy was performed in 32,1% of patients. Open laparoscopic echinococectomy was performed in 54,2% of patients. Closed echinococectomy in 20,8% and various options for pericystectomy in 6,9% of patients. Ideal echinococectomy without opening the wall of the fibrous capsule was performed in 4,2% of cases. Complications and lethal outcomes were absent. The average length of stay in the hospital after minimally invasive interventions was 7±2 days.

Conclusions. Laparoscopic echinococectomy can be used as an alternative to the traditional surgical method. The main advantages of the method are minimal trauma and the frequency of postoperative specific complications, high economic efficiency and fast terms of social and labor rehabilitation.

Key words: echinococcosis, laparoscopy, treatment

Актуальность

В последние годы Республика Таджикистан является эндемическим регионом по эхинококкозу печени и органов брюшной полости [1, 3]. Эхинококковая болезнь печени и органов брюшной полости в структуре гепатохирургии встречается довольно часто и занимает второе место после желчнокаменной болезни [3, 7]. С внедрением в клиническую практику малоинвазивных методов лечения эхинококкоза печени и органов брюшной полости открылись большие возможности. К таким методам, прежде всего, относят лапароскопические технологии [2, 4, 5, 6].

Возможность применения комплекса профилактических мер во время лапароскопической операции позволяет еще шире использовать данный способ [2, 4, 5]. Химиотерапия с использованием препарата «Альбендазол» и интраоперационные методы профилактики (раствор 2-5% бетадина и пр.) при обработке остаточной полости позволяют снизить рецидивы заболевания от 60% до 15% случаев [1, 6]. Ликвидация желчных свищей в сочетании с укреплением линии шва пластиной Тахокомба, а также герметичное ушивание краев фиброзной капсулы при от-

крытых эхинококкэктомиях снижают частоту послеоперационных осложнений, таких как билиарные свищи и желчеистечение в свободную брюшную полость [4, 6, 7]. В связи с этим настоящее время как альтернативный малотравматичный способ в хирургической паразитологии стали широко использовать различные гаджеты в лапароскопии [6], в том числе лапароскопическую эхинококкэктомию с её различными вариантами, что побуждает пристально рассмотреть проблему с другой точки зрения.

Цель исследования

Оценка эффективности лапароскопической эхинококкэктомии у пациентов с эхинококкозом печени и органов брюшной полости.

Материал и методы исследований

За период 2018-2022 годы в хирургических отделениях ГУ ГЦСМП г. Душанбе, являющейся клинической базой кафедры хирургических болезней №1 ГОУ ТГМУ, находились на лечении 224 пациента с эхинококкозом печени и органов брюшной полости в возрасте от 16 до 75 лет. Основная масса больных представлена людьми трудоспособного возраста (до 40 лет) – 182 (81,2%). Мужчин было 81 (36,2%), женщин – 143 (63,8%).

По данным УЗИ размеры эхинококковых кист колебались от 3,0 см до 27,0 см. Локализация кист в правой доле встречалась у 141 (62,9%), в левой доле – у 83 (37,1%) пациентов. У 68 (30,3%) больных эхинококковые кисты встречались в труднодоступных сегментах печени (I и VII). Одномоментное поражение правой и левой долей печени наблюдалось у 21 (9,4%) больного. Частота осложненных форм эхинококкоза печени, по нашим сведениям, составила 4,0%% (9 больных). Следует отметить, что сочетанный эхинококкоз печени и органов брюшной полости наблюдался у 18 (8,0%) больных, 2 (0,9%) пациентов поступили с множественным эхинококкозом органов брюшной полости, осложнившимся абдоминальным компартмент-синдромом.

При поступлении всем больным проведены клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования, включая скрининг метод – УЗИ. При этом информативность УЗИ достигла 97,1% случаев. МРТ и КТ использовались в 32 (14,3%) случаев лишь с целью дифференциальной диагностики эхинококкоза с другими очаговыми поражениями печени. Необходимо отметить, что МРТ и КТ также позволяют более четко и глубже определять сегментарную локализацию кист в печени, их отношение к внутривенным труб-

чатым структурам, нижней полой вене и соседним органам.

Результаты исследования

Во время выбора доступа к кистам печени и органов брюшной полости различной локализации при традиционной операции отдавали предпочтение малотравматичным разрезам, таким как верхне-срединный, с необходимостью мобилизации связочного аппарата печени. Интраоперационно в ходе операции при извлечении паразитарных кист соблюдали основные принципы апаразитарности и антипаразитарности. Традиционные методы лечения были выполнены 152 (67,8%) больным. Открытая эхинококкэктомия выполнена у 71 (31,7%), закрытая – у 28 (12,5%) больных. Различные виды перицистэктомии с последующей гепатизацией печени произведены у 18 (8,0%) пациентов. Идеальную эхинококкэктомию удалось произвести в 13 (8,6%) случаях. У 7 (4,6%) пациентов выполнены атипичные варианты резекции печени – правосторонняя гемигепатэктомия в 5 (3,2%) случаях при наличии множественных кист, занимающих ту или иную анатомическую зону. Одномоментное удаление паразитарных кист из печени и органов брюшной полости (кишечник) удалось произвести у 10 (6,6%) больных. Основные виды оперативных вмешательств представлены в таблице.

Характер оперативного вмешательства

Виды операции	Количество ТЭК*	%	Количество ЛЭК**	%
Открытая эхинококкэктомия	71	46,7	39	54,2
Закрытая эхинококкэктомия	28	18,4	15	20,8
Перицистэктомия	18	11,8	5	6,9
Идеальная эхинококкэктомия	13	8,5	3	4,2
Атипичная резекция печени	7	4,6	2	2,8
Правосторонняя гемигепатэктомия	5	3,4	–	–
Эхинококкэктомия из печени и других органов брюшной полости	10	6,6	8	11,1
Всего	152	100	72	100

Примечание: *ТЭК – традиционная эхинококкэктомия; **ЛЭК – лапароскопическая эхинококкэктомия

После традиционной открытой эхинококкэктомии от острой сердечно-сосудистой недостаточности умер 1 (0,6%) пациент. Средняя продолжительность пребывания больных в клинике составила 13±3 дня.

Лапароскопическая эхинококкэктомия осуществлялась многопортовым способом

(3 и 4 троакара) в зависимости от места расположения и объема паразитарной кисты. Первый 10-мм троакар устанавливали в параумбиликальной области для видеокamеры. Другие манипуляционные порты (5- или 10-мм) располагались в правом и левом мезоили эпигастрии по передне-подмышечной

и средне-ключичной линиям. По ходу вмешательства пациент ротировался в полипозиционных положениях операционного стола, удобной бригаде оператора. После тщательной ревизии органов живота участок наибольших фибринозных наложений органов (печени) над и вокруг эхинококковой кисты обкладывали марлевыми салфетками, пропитанными 30% раствором хлорида натрия. На этапе пункции и эвакуации содержимого кисты с целью уничтожения протоколексов в полость последней вводили 80% глицерин с экспозицией в течение 5-7 мин. и последующей эвакуацией электротсосом. С помощью биполярной коагуляции удаляли фиброзно-измененную ткань печени, т.е. практически выполняли перицистэктомию, и по ходу контролировали гемо- и билиостаз.

Резецированные фрагменты стенок кисты удаляли 10-мм троакарном из полости живота через специальный контейнер.

Лапароскопические методы лечения эхинококкоза печени выполнены 72 (32,1%) больным. Следует отметить, что при применении лапароскопических технологий у больных с эхинококкозом печени важным моментом является выбор наиболее рационального доступа в зависимости от локализации эхинококковых кист в том или ином сегменте печени с целью выполнения тщательного визуального контроля полости фиброзной капсулы.

В 39 (54,2%) случаев выполнена открытая лапароскопическая эхинококкэктомия. Этапы пункции кисты и освобождения её содержимого представлены на рисунке 1.

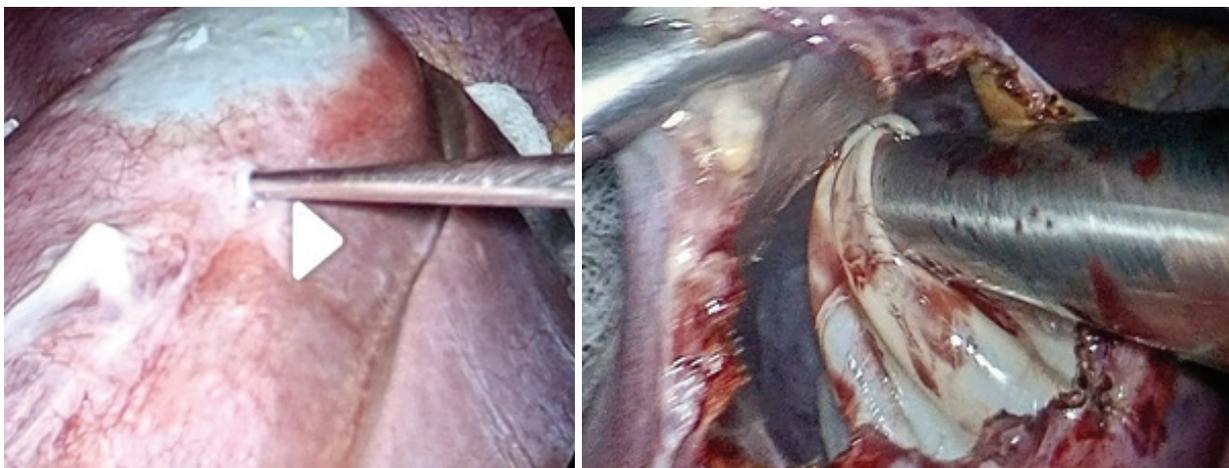


Рис. 1. Пункция и отсасывание содержимого эхинококковой кисты

С целью профилактики желчеистечения в свободную брюшную полость края фиброзной капсулы были ушиты вокруг дренажной трубки. Закрытая эхинококкэктомия произведена у 15 (20,8%) больных с живым паразитом. Различные варианты перицистэктомии выполнены у 5 (6,9%) пациентов (рис. 2).

Идеальную эхинококкэктомия без вскрытия стенки фиброзной капсулы удалось выполнить в 3 (4,2%) случаях (рис. 3).



Рис. 2. Частичная перицистэктомия фиброзной капсулы



Рис. 3. Окончательный этап идеальной эхинококкэктомии из II-III сегментов левой доли печени

При краевых локализациях эхинококковых кист у 2 (2,8%) больных были выполне-

ны атипичные варианты резекции печени. Кроме того, эхинококкэктомия из печени и других органов брюшной полости выполнена 8 (11,1%) пациентам. Выбор наиболее рационального доступа при лапароскопии в зависимости от локализации кист позволяет произвести полноценную ревизию и тщательный контроль полости фиброзной капсулы.

Применение лапароскопии в хирургическом лечении эхинококковых кист не увеличивает количества ранних и поздних осложнений. Послеоперационное течение во всех случаях протекало гладко, каких-либо осложнений и летальных исходов среди данной категории больных не наблюдали.

Средняя продолжительность пребывания больных в клинике составила 7 ± 2 дня.

Заключение

Таким образом, лапароскопическая эхинококкэктомия различными методами может применяться как альтернатива традиционному хирургическому методу. Минимальная травматичность, высокая экономическая эффективность, снижение частоты послеоперационных специфических осложнений, а также быстрые сроки социально-трудовой реабилитации метода являются основными преимуществами указанного способа.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Гулов М.К., Джаборов А.И., Додхоев Д.С. и др. Клинико-демографическая характеристика пациентов с неосложнённым эхинококкозом печени // Вестник Авиценны. 2021. Т. 23, №4. С.553-565.
2. Домашенко О.Н., Шаталов А.Ф., Паниева Д.С. Эхинококкоз печени: диагностика, лечебная тактика // Известия высших учебных заведений Поволжского региона. Медицинские науки. 2016. Вып. 3(39). С. 35 - 37.
3. Курбонов К.М., Азизов З.А. Распространенность и состояние медицинской помощи больным с эхинококковой болезнью в Республике Таджикистан // Здравоохранение Таджикистана. 2017. №1. С.67-71.
4. Назыров Ф.Г., Бабаджанов А.Х., Якубов Ф.Р. Клинико-патогенетические аспекты развития осложнений после хирургического лечения эхинококкоза печени // Анналы хирургической гепатологии. 2021. Т. 26, №4. С. 51-60.
5. Осумбеков Б.З. Сравнительные отдаленные результаты лапароскопической эхинококкэктомии печени // Вестник Ошского государственного университета. 2020. №1-5. С.130-137.
6. Чжао А.В., Икрамов Р.З. Хирургическое лечение эхинококкоза // Хирургия. Приложение к журналу Consilium Medicum. 2016. №2. С. 15-17.
7. Шевченко Ю.А., Назыров Ф.Г. Хирургия эхинококкоза. Москва: Династия, 2016. 288 с.

REFERENCES

1. Gulov M.K., Dzhaborov A.I., Dodkhoev D.S. Kliniko-demograficheskaya kharakteristika patsientov s neoslozhnyonnyim ekhinokokkozom pecheni [Clinical and Demographic Characteristics of Patients with Uncomplicated Liver Echinococcosis]. *Vestnik Avitsenny – Avicenna Bulletin*, 2021, Vol. 23, No. 4, pp. 553-565.
2. Domashenko O.N., Shatalov A.F., Panieva D.S. Ekhinokokkoz pecheni: diagnostika, lechebnaya taktika [Hepatic Echinococcosis: Diagnosis, Treatment Strategy]. *Izvestiya vysshikh uchebnykh zavedeniy Povolzhskogo regiona. Meditsinskie nauki – Penza State University Proceedings. Medical Sciences*, 2016, Vol. 3 (39), pp. 35-37.
3. Kurbonov K.M., Azizov Z.A. Rasprostranennost i sostoyanie meditsinskoy pomoshchi bolnym s ekhinokok-

kovoy boleznuyu v Respublike Tadjikistan [Prevalence and state of medical care for patients with echinococcal disease in the Republic of Tajikistan]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2017, No. 1, pp. 67-71.

4. Nazyrov F.G., Babadzhanov A.Kh., Yakubov F.R. Kliniko-patogeneticheskie aspekty razvitiya oslozhneniy posle khirurgicheskogo lecheniya ekhinokokkoza pecheni [Clinical and pathogenetic aspects of the development of complications after surgical treatment of liver echinococcosis]. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii – Annals of surgical hepatology*, 2021, Vol. 26, No. 4, pp. 51-60.

5. Osumbekov B.Z. Sravnitelnye otdalennye rezultaty laparoskopicheskoy ekhinokokkektomii pecheni [Comparative long-term results of laparoscopic echinococcectomy of the liver]. *Vestnik Oshskogo gosudarstvennogo universiteta – Bulletin of Osh State University*, 2020, No. 1-5, pp. 130-137.

6. Chzhao A.V., Ikramov R.Z. Khirurgicheskoe lechenie ekhinokokkoza [Surgical treatment of echinococcosis]. *Khirurgiya. Consilium Medicum – Surgery. Consilium Medicum*, 2016, No. 2, pp. 15-17.

7. Shevchenko Yu.L., Nazyrov F.G. Khirurgiya ekhinokokkoza [Echinococcosis surgery]. Moscow, Dinastiya Publ., 2016. 288 p.

Сведения об авторах:

Гуломов Мусулмон Шамсович – доцент кафедры хирургических болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино», к.м.н.
Холов Курбонали Рахмонович – зав. отд. эндохирургии ГУ ГЦСМП г. Душанбе, к.м.н.

Сайдалиев Ширинджон Шарифович – доцент кафедры хирургических болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино», к.м.н.

Халимов Джумахон Саидович – ассистент кафедры хирургических болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино», к.м.н.

Ашуров Дилшод Мирумарович – ассистент кафедры хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Контактная информация:

Сайдалиев Ширинджон Шарифович – тел.: (+992) 918 67 36 01; e-mail: Aka.74@mail.ru

© Коллектив авторов, 2022

УДК 612.017(0.084)+578.7(059).(575.3)

Гуломова М.О., Давлятова Д.Д., Назирова Н.К.,
Фатихов Б.Х., Мукимова У.А.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПЛАНА ИММУНИЗАЦИИ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

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

*Gulomova M.O., Davlyatova D.D., Nazirova N.K.,
Fatikhov B.Kh., Mukimova U.A.*

ADDITIONS IN THE NATIONAL IMMUNIZATION CALENDAR

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

Цель исследования. Оценка охвата вакцинацией детей до 4 месяцев.

Материал и методы. Проведен мониторинг 103 амбулаторных карт развития детей Ф-024.

Результаты. Охват вакцинацией детей в возрасте 12 месяцев составил 100%.

Заключение. Семейным врачам и семейным медсестрам следует более внимательно оформлять медицинскую документацию во избежание искажения показателей охвата вакцинацией, правильно оформлять причины, вследствие которых ребенок не был вакцинирован. Медицинским работникам необходимо проводить больше бесед с родителями о необходимости вакцинации и ее преимуществах.

Ключевые слова: вакцина, прививка, национальный календарь, иммунопрофилактика

Aim. Estimated vaccination coverage of children under 4 months of age.

Material and methods. Monitoring of 103 outpatient cards for the development of children F-024 was carried out.

Results. Vaccination coverage for children aged 12 months was 100%.

Conclusion. Family physicians and family nurses should be more careful in preparing medical records in order to avoid distortion of vaccination coverage rates, and correctly document the reasons due to which the child was not vaccinated. Health care workers need to talk more with parents about the need for vaccination and its benefits.

Key words: vaccine, inoculation, national calendar, immunization

Актуальность

По оценкам ВОЗ, иммунизация позволяет ежегодно предотвращать от 2 до 3 миллионов случаев смерти. Это один из самых эффективных с точки зрения стоимости видов инвестиций в здравоохранение [4]. В США с 1924 года удалось предотвратить 103 млн. заболеваний благодаря вакцинации.

Существует много инфекционных заболеваний, которые могут привести к смерти или инвалидности детей, но которые можно вполне эффективно предотвратить с помощью своевременной иммунизации [6]. К таким заболеваниям относятся полиомиелит,

корь, дифтерия, коклюш, столбняк, туберкулез, гепатит «В», эпидемический паротит (целевые заболевания или инфекции).

Национальная программа иммунопрофилактики в Республике Таджикистан на 2021-2025 годы разработана в соответствии с Постановлением Правительства Республики Таджикистан от 27 февраля 2021 года, №51 «О Национальной программе иммунопрофилактики в Республике Таджикистан на 2021-2025 годы» и направлена на принятие мер по предотвращению и борьбе с инфекционными заболеваниями, улучшение доступности, качества и эффективности меди-

цинских услуг; улучшение здоровья матери и ребенка; обеспечение продолжительности жизни населения и укрепление первичной медико-санитарной помощи [2].

В Республике Таджикистан с 2002 года внедрена вакцина против гепатита В, с 2008 года – пентавалентная вакцина, с 2009 года – коревая/краснушная вакцина, с 2015 года – ротавирусная вакцина (против диареи, вызванной ротавирусами) [6], вакцинация ИПВ (инактивированная полиовакцина) против полиомиелита внедрена в Таджикистане с 4 июня 2018 года. Применение новой вакцины является важным шагом на пути к прекращению распространения полиомиелита и поможет спасти тысячи детей от инвалидности [1].

Цель исследования

Оценка охвата вакцинацией детей до 12 месяцев.

Материал и методы исследования

Проведен мониторинг 103 амбулаторных карточек (Ф-024) УКЦСМ ГЦЗ №1 г. Душанбе для оценки охвата детей профилактическими прививками в возрасте до 12 месяцев.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием методов математической статистики.

Результаты и их обсуждение

Согласно Национальному календарю иммунизации Республики Таджикистан (от 08.07.2014 № 643), дети до 12 месяцев должны получить следующие профилактические прививки (табл. 1).

Таблица 1

Профилактические прививки для детей до 12 месяцев

Вид вакцины	Срок иммунизации
ОПВ-0, ГВ-1	В течение 24 часов после родов
БЦЖ	На 3-5 день после родов
Пентавалент-1 (АКДС-1, Нib, ГВ-2), ОПВ-1, Рота-1	В 2-месяцев
Пентавалент-2 (АКДС-2, Нib, ГВ-3), ОПВ-2, Рота-2	В 3-месяцев
Пентавалент-3 (АКДС-3, Нib, ГВ-4), ОПВ-3, ИПВ	В 4-месяцев
ОПВ-3, ККП	В 12-месяцев

Проведен мониторинг 103 амбулаторных карточек детей до 1 года (Ф-024), полученных случайным методом выборки из регистра-

туры УКЦСМ ГЦЗ №1 г Душанбе. Из 103 детей девочек было 59 (57,3%), мальчиков – 44 (42,7%).

Таблица 2

Разделение мониторируемых детей по возрасту и полу

Возраст	Девочки	Мальчики	Всего
До 1 мес.	6	4	10 (1,0%)
2 мес.	5	3	8 (7,8%)
3 мес.	7	4	11 (10,7%)
4 мес.	13	10	23 (22,3%)
12 мес.	28	23	51 (49,5%)
Всего	59(57,3%)	44 (42,7%)	(103) 100%

Во всех амбулаторных картах имеются записи семейных врачей, семейных медсестер и по показаниям записи узких специалистов.

Анализ полученных данных показывает, что почти все дети в возрасте до одного года, состоящие на учете семейных врачей, ежеме-

сячно осматриваются семейными врачами. Но в 8% записей в амбулаторных карточках (Ф-024) не отражены причины отсутствия вакцинации соответственно возраста. В 6% амбулаторных карточках (Ф-024) раздел «План иммунизации» заполнен не полностью, хотя по ежемесячным записям можно проследить,

что ребенок был вакцинирован. В ежемесячных дневниках семейных врачей нет отметки о дате явки на следующую профилактическую прививку, следовательно, родители тоже не были предупреждены. Медико-демографическое исследование (МДИ) 2017 года показывает, что почти все маленькие дети в Таджикистане имеют карту вакцинации (97% детей в возрасте 12-23 месяцев и 96% детей в возрасте 24-35 месяцев). Сотрудники МДИ 2017 на местах подтверждают наличие карточек записи у большинства детей (90% детей в возрасте 12-23 месяцев и 88% детей в возрасте 24-35 месяцев) либо дома, либо в медицинском учреждении [1].

В 101 амбулаторной карточке имеются обменные карты из родильного дома с отметкой о вакцинации новорожденного (ОПВ-0, ГВ-1, БЦЖ). В двух амбулаторных карточках не было обменной карты из родильного дома, нет сведений о получении вакцин ОПВ-0, ГВ-1, БЦЖ. Процент охвата вакцинацией новорожденных ОПВ-0, ГВ-1, БЦЖ составил 98,0%.

Из просмотренных 8 амбулаторных карточек в возрасте 2 месяца вакцинацию Пентавалент-1, ОПВ-1, Рота-1 получили по календарю 6 детей (75%), один из которых – с опозданием на 1 месяц (16,7%), по записям в амбулаторной карточке ребенок в течение 1 месяца находился в гостях по другому адресу. Двое детей не получили вакцинацию Пентавалентом-1, ОПВ-1, Рота-1, что составляет 25%. Отслеживая запись семейного врача и семейной медсестры, не удалось определить причину отсутствия вакцинации Пентавалентом-1, ОПВ-1, Рота-1 в соответствии с календарем.

Вакцинацию в 3-месячном возрасте Пентавалентом-2, ОПВ-2, Рота-2 из 11 детей не получил 1 ребенок. Охват вакцинацией детей в возрасте 3 месяца (Пентавалент-2, ОПВ-2, Рота-2) составил 90,9%.

Вакцинацию в 4-месячном возрасте Пентавалентом-3, ОПВ-3, ИПВ получили все 23 ребенка, т.е. 100%.

51 ребенок в 12-месячном возрасте был охвачен вакцинацией согласно календарю профилактических прививок, т.е. охват вакцинацией детей в возрасте 12 месяцев составил 100%.

Среди 103 мониторируемых амбулаторных карточек не было случаев полного отказа родителей от вакцинации. В практике семейного врача встречаются случаи, когда родители в письменном виде предоставляют отказ от всех видов вакцинации детей. В таких случаях семейная медсестра, семейный врач и заведующий отделением проводят

беседы с родителями о пользы вакцинации, о возможных осложнениях инфекционных заболеваний.

Охват вакцинацией высок в Таджикистане. По данным МДИ 2017 года, среди детей в возрасте 24-35 месяцев 82% получили все основные прививки на момент обследования. Только 3% не получили прививки. Среди основных прививок наибольший охват приходится на вакцину БЦЖ (96%), за которой следуют Гепатит В-ХИБ 1 и полиомиелит 1 (по 92% соответственно). Для последующих доз вакцин Гепатит Б и полиомиелита охват остается высоким, причем 87% детей получили третьи дозы каждой из этих вакцин [1].

Таким образом, согласно полученным результатам, охват вакцинацией детей в возрасте 12 месяцев высокий. Семейным врачам и семейным медсестрам необходимо более тщательно отражать в записях показания для медицинского отвода к вакцинации (если есть) и его продолжительность, причины отсутствия получения вакцинации, а также прикреплять в амбулаторную карту ребенка обменную карту (сведения родильного дома о новорожденном), что дает полную информацию о полученной вакцинации новорожденного в родильном доме.

Заключение

Анализ полученных данных показывает, что почти все дети в возрасте до одного года, состоящие на учете семейных врачей, ежемесячно осматриваются семейными врачами.

По данным МДИ 2017 года, среди детей в возрасте 24-35 месяцев 82% получили все основные прививки на момент обследования. Только 3% не получили прививки. Среди основных прививок наибольший охват приходится на вакцину БЦЖ (96%), за которой следуют Гепатит В-ХИБ 1 и полиомиелит 1 (по 92% соответственно). Для последующих доз вакцин Гепатит Б и полиомиелита охват остается высоким, причем 87% детей получили третьи дозы каждой из этих вакцин.

Семейным врачам и семейным медсестрам следует более внимательно оформлять медицинскую документацию во избежание искажения показателей охвата вакцинацией, правильно оформлять причины, вследствие которых ребенок не был вакцинирован. Медицинским работникам необходимо больше проводить беседы с родителями о необходимости вакцинации и ее преимуществах.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Медико-демографическое исследование 2017. Душанбе: Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан и ICF, 2018. 471 с.

2. Постановление Правительства Республики Таджикистан от 27 февраля 2021 года, №51 «Национальная программа иммунопрофилактики в Республике Таджикистан на период 2021 - 2025 годы»

3. Постановление Правительства Республики Таджикистан от 28 октября 2016 года №456 «О Национальной программе иммунопрофилактики в РТ на 2016 – 2020 годы».

4. Руководство по управлению учреждениями ПМСП в Республике Таджикистан. Душанбе, 2003. С. 123-136.

5. Руководство по иммунизации. Душанбе, 2021. 203 с.

6. Руководство по внедрению инактивированной полиомиелитной вакцины ИПВ в РТ. Душанбе, 2018. 51 с.

REFERENCES

1. *Mediko-demograficheskoe issledovanie 2017. Dushanbe: Agentstvo po statistike pri Prezidente Respubliki Tadjikistan, Ministerstvo zdravookhraneniya i sotsialnoy zashchity naseleniya Respubliki Tadjikistan i ICF* [Medical and demographic research 2017. Dushanbe: Agency for Statistics under the President of the Republic of Tajikistan, Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan and ICF]. Dushanbe, 2018. 471 p.

2. *Postanovlenie Pravitelstva Respubliki Tadjikistan ot 27 fevralya 2021 goda, №51 «Natsionalnaya programma immunoprofilaktiki v Respublike Tadjikistan na period 2021-2025 gody»* [Resolution of the Government of the

Republic of Tajikistan dated February 27, 2021, No. 51 "National program of immunoprophylaxis in the Republic of Tajikistan for the period 2021-2025"]. Dushanbe, 2021.

3. *Postanovlenie Pravitelstva Respubliki Tadjikistan ot 28 oktyabrya 2016 goda №456 «O Natsionalnoy programme immunoprofilaktiki v RT na 2016-2020 gody»* [Resolution of the Government of the Republic of Tajikistan dated October 28, 2016 No. 456 "On the National program of immunoprophylaxis in the Republic of Tajikistan for 2016-2020"]. Dushanbe, 2016.

4. *Rukovodstvo po upravleniyu uchrezhdeniyami PMSP v Respublike Tadjikistan* [Guidelines for the management of PHC institutions in the Republic of Tajikistan]. Dushanbe, 2003. pp. 123-136.

5. *Rukovodstvo po immunizatsii* [Guidelines for immunization]. Dushanbe, 2021. 203 p.

6. *Rukovodstvo po vnedreniyu inaktivirovannoy poliomielitnoy vaksiny IPV v RT* [Guidelines for the introduction of inactivated polio vaccine IPV in RT]. Dushanbe, 2018. 51 p.

Сведения об авторах:

Гуломова Манзура Одинаевна – зав. кафедрой семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ

Давлятова Дильбар Джабаровна – ассистент кафедры семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ

Назирова Насиба Кимовна – ассистент кафедры семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ

Фатихов Бобишо Хайридинович – семейный врач, МСД «Чимтеппа» района Фирдавси

Мукимова Умеда Ашуровна – ГЦЗ 1, семейный врач

Контактная информация:

Гуломова Манзура Одинаевна – тел.: (+992) 988 87 29 29

¹Заркуа Н.Э., ¹Кривов А.П., ¹Акимов В.П., ²Мухиддинов Н.Д.,
¹Калинин Е.Ю., ¹Лысенков С.Ю.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕТРОГРАДНАЯ ХОЛАНГИОГРАФИЯ И ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ ПРИ ОСТРОМ БИЛИАРНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

¹Кафедра хирургии им. Н.Д. Монастырского ФГБОУ «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ,
Санкт-Петербург

²Кафедра хирургических болезней и эндовидеохирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

¹Zarkua N.E., ¹Krivos A.P., ¹Akimov V.P., ²Mukhiddinov N.D.,
¹Lysenkov S.Yu., ¹Kalinin E.Yu.

ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOGRAPHY AND ENDOSCOPIC PAPILLOSPHINCTEROTOMY IN ACUTE BILIAL PANCREATITIS

¹Department of Surgery named after N.D. Monastyrsky FGBOU "North-Western State Medical University named after A.I. I.I. Mechnikov" Ministry of Health of the Russian Federation. St. Petersburg

²Department of Surgical Diseases and Endovideosurgery of the State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"

Цель исследования. Оценка возможности применения эндоскопических эндобилиарных вмешательств в диагностике и лечении билиарной обструкции у пациентов с острым панкреатитом.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 77 пациентов с острым желчным панкреатитом: женщин – 48, мужчин – 29 в возрасте от 19 до 83 лет (средний возраст – 62 года).

Для установления диагноза острого билиарного панкреатита применялись клинический, ультразвуковой и лабораторный методы.

Результаты. РХПГ была успешной у 73 (95%) пациентов при первом исследовании. Во всех случаях удалось осуществить либо прямую канолюляцию холедоха, либо после предрассечения стандартным или торцевым папиллотомом.

У 6 пациентов отмечено повышение уровня амилазы в первые сутки после манипуляции. При этом клинически отмечалось значительное улучшение самочувствия. В остальных случаях отмечено снижение уровня амилазы, наиболее быстрое у пациентов, получавших октреотид, по сравнению с пациентами, получавшими 5-фторурацил. В то же время исход терапии был одинаковым в обеих группах.

Заключение. Чреспросветные эндоскопические вмешательства при лечении острого панкреатита желчного генеза позволяют снизить частоту осложнений, потребность в традиционных оперативных вмешательствах, сократить расходы на лечение и снизить летальность.

Ключевые слова: острый билиарный панкреатит, эндоскопическая ретроградная холангиография, папиллосфинктеротомия

Aim. Evaluation of the possibility of using endoscopic endobiliary interventions in the diagnosis and treatment of biliary obstruction in patients with acute pancreatitis.

Material and methods. The analysis of the results of treatment of 77 patients with acute biliary pancreatitis, who were treated at the Alexander Hospital in 2016-2021, was carried out. There were 48 women and 29 men. The age of the patients ranged from 19 to 83 years (mean age 62 years).

Clinical, ultrasound and laboratory methods were used to establish the diagnosis of acute biliary pancreatitis.

Results. ERCP was successful in 73 (95%) patients at the first study. In all cases, it was possible to carry out either direct cannulation of the choledochus, or after predissection with a standard or end papillotome. In 6 patients, an increase in the level of amylase was noted on the first day after the manipulation. At the same time, a significant improvement

in well-being was clinically noted. In other cases, a decrease in amylase levels was noted, which was observed most rapidly in patients treated with octreotide, compared with patients treated with 5-fluorouracil. At the same time, the outcome of therapy was the same in both groups.

Conclusion. Transluminal endoscopic interventions in the treatment of acute biliary pancreatitis can reduce the incidence of complications, the need for traditional surgical interventions, reduce treatment costs and reduce mortality.

Key words: acute biliary pancreatitis, endoscopic retrograde cholangiography, papillosphincterotomy

Актуальность

В настоящее время в Санкт-Петербурге острый панкреатит является наиболее частым острым хирургическим заболеванием живота. Каждый год в стационарах города получают лечение от 10 000 пациентов с острым панкреатитом различных форм [3]. При этом общая летальность составляет до 2–3%, а при тяжелых формах достигает 20% случаев [1, 4]. Точные данные о распространенности различных форм острого панкреатита в Санкт-Петербурге отсутствуют.

Наиболее часто факторами риска развития данной патологии являются: злоупотребление алкоголем, желчнокаменная болезнь, прием медикаментозных средств, нарушения обмена веществ, травматическое повреждение поджелудочной железы, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография [5, 7].

Исследования по изучению этиологии и смертности, проведенное в пяти европейских странах, показало, что наиболее частыми причинами острого панкреатита остаются алкоголь и желчнокаменная болезнь (41% и 37% соответственно). При этом имеются значимые отличия между различными странами в преобладании той или иной формы панкреатита [2].

В Германии алкогольный и билиарный генез панкреатита наблюдался примерно с одинаковой частотой (37% и 34%), в Венгрии отчетливо доминировал алкоголь (60% и 24%), во Франции частота алкогольного и желчного (билиарного) панкреатита составляла соответственно 38% и 24%, в Греции и Италии отмечено значительное преобладание билиарного панкреатита над алкогольным (соответственно 71% и 6% и 60% и 13%). Общая летальность от панкреатита во всех пяти странах составила 7,8%. При первой атаке панкреатита летальность была одинаковой при алкогольном и билиарном генезе. При остром рецидивирующем панкреатите летальность от злоупотребления алкоголем была значимо ниже, чем при билиарных или идиопатических (соответственно 6%, 30% и 25%) [4].

Желчный панкреатит отличается непредсказуемым характером течения. Иногда

происходит спонтанное устранение непроходимости желчных путей, и пациенты могут выздоравливать. При неустранении причины панкреатита у 33-66% больных возврат заболевания может наступить в течение последующих 6-8 недель после первой атаки. Смертность, по данным литературных источников, при остром желчном панкреатите может достигать 15-30% [6, 7].

На данный момент времени в Санкт-Петербурге традиционная тактика лечения острого билиарного панкреатита, связанного с ЖКБ, заключается в проведении инфузионной терапии и холецистэктомии с наружным дренированием желчевыводящих путей. Применение эндоскопической папилосфинктеротомии (ЭПСТ) рекомендуется без предварительной эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) при наличии убедительных признаков наличия обтурирующего конкремента в желчевыводящих путях. Однако наши зарубежные коллеги уже в течение последних десятилетий с успехом применяют эндоскопическое дренирование холедоха при остром билиарном панкреатите [5, 6].

При раннем использовании ЭПСТ удается снизить смертность также у больных с тяжелым течением панкреатита до 1,5% и предотвратить дальнейшие рецидивы желчного панкреатита и его осложнения [8].

Цель исследования

Оценка возможности применения эндоскопических эндобилиарных вмешательств в диагностике и лечении билиарной обструкции у пациентов с острым панкреатитом.

Материал и методы исследования

В исследование вошли 77 пациентов с острым билиарным панкреатитом, находившиеся на лечении в Александровской больнице за период 2016-2021 годы, которым выполнялись ЭРХПГ и ЭПСТ по поводу острого панкреатита. Из них женщин было 48, мужчин – 29 человек. Возраст пациентов варьировал от 19 до 83 лет (средний возраст – 62 года).

Для установления диагноза острого билиарного панкреатита использовались клинико-лабораторные методы исследования и

УЗ-диагностика. Всем пациентам в приемном отделении выполнялись стандартные анализы крови.

Критериями диагноза острого билиарного панкреатита были:

1. выраженный болевой синдром в эпигастальной области живота;
2. отсутствие анамнестических и клинических признаков хронического алкоголизма, эпизода алкогольной интоксикации перед поступлением в стационар;
3. наличие по данным УЗИ и КТ камней в желчном пузыре и (или) в холедохе;
4. повышение уровня сывороточного билирубина;
5. повышение уровней сывороточных амилазы и липазы (в описываемой группе у всех пациентов уровень амилазы при поступлении был 375 - 2100 (средний 1675));
6. повышение уровней трансаминаз крови.

Результаты и их обсуждение

Тяжесть панкреатита устанавливалась с использованием шкалы АРАСН-II. Тяжелый панкреатит диагностирован у 12 больных, легкая степень панкреатита – у 4 больных.

Во всех случаях все эндоскопические вмешательства выполнялись в рентгеновском кабинете, включали в себя диагностическое исследование (ЭРХПГ) и лечебную манипуляцию (ЭПСТ с литоэкстракцией, литотрипсией). Для премедикации использовали диазепам и атропин. Все эндоскопические манипуляции выполнены в течение первых 24 часов с момента поступления больного в стационар.

Все больные с тяжелым панкреатитом находились на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии и получали консервативное лечение в соответствии с принятыми в настоящее время стандартами.

В послеоперационном периоде ежедневно оценивалась динамика основных клинических (лейкоциты, Нв, эритроциты) и биохимических (амилаза, липаза, билирубин, АлТ, АсТ) показателей.

РХПГ была успешной у 73 (95%) пациентов при первом исследовании. Во всех случаях удалось осуществить либо прямую канюляцию холедоха (51 случай), либо канюляцию после рассечения стандартным или торцевым папиллотомом (22 случая).

При эндоскопическом осмотре зоны БДС у 25 (32,5%) больных не было выявлено никаких патологических изменений. У 41 (53,2%) больного отмечалось увеличение БДС, у 5 (6,5%) человек имелись признаки травматизации устья БДС до начала мани-

пуляции. У 6 (7,8%) больных БДС находился в полости крупного юкстапапиллярного дивертикула.

По данным УЗИ, у 65 (85,7%) пациентов камни лоцировались в желчном пузыре, лишь у 7 (9,1%) больных они были выявлены в холедохе. При ЭРХПГ конкременты в общем желчном протоке выявлены у 55 (71,4%) пациентов, множественные – у 22 (28,6%) человек. У 14 (18,2%) больных конкременты были «вколоченными», а в остальных случаях локализовались проксимальнее ампулы БДС. Размеры конкрементов составляли от 3 до 12 мм. В 18 (23,4%) случаях желчных камней не выявлено. У этих пациентов диаметр холедоха был наименьшим (0,7-1,0 см).

ЭПСТ выполнялась во всех случаях с проведением максимально возможного разреза. Только у троих пациентов (3,9%) с крупным дивертикулом удалось выполнить разрез лишь на 2/4 от максимально возможного.

Длительность манипуляции составила от 9 до 37 минут. Осложнений, связанных с эндоскопическим вмешательством, не наблюдалось. Литоэкстракция выполнена в 31 (40,3%) случае, в остальных случаях конкременты отошли самостоятельно и при последующей ревизии холедоха конкрементов получено не было. Во всех случаях после ЭПСТ, когда при ЭРХПГ не были выявлены конкременты, визуально наблюдали отхождение микролитов из холедоха при истечении контраста и желчи.

В первые же часы после вмешательства у всех пациентов отмечалось значительное снижение болевого синдрома, стабилизация показателей гемодинамики. Показатели клинического анализа крови не претерпевали существенной динамики, однако биохимические показатели активности процесса реагировали в течение первых суток

У 6 (7,8%) больных отмечено повышение уровня амилазы в первые сутки после манипуляции. При этом клинически отмечалось значительное улучшение самочувствия.

В остальных случаях отмечено снижение уровня амилазы, особенно у больных с максимальными исходными уровнями активности фермента. При этом снижение уровня амилазы было наиболее быстрым у пациентов, получавших октреотид, по сравнению с пациентами, получавшими 5-фторурацил. В то же время исход терапии был одинаковым в обеих группах.

Длительность пребывания пациентов на реанимационной койке составила от 2-х до 5-ти дней. Общее количество дней, проведенное больным в стационаре, составило от 6 до

25 (в среднем – 11). Максимальное количество дней провела пациентка, у которой в период лечения обострилось гинекологическое заболевание, потребовавшие оперативного лечения.

Заключение

Таким образом, ЭПСТ в ранние сроки показана всем больным с тяжелым панкреатитом при наличии признаков ЖКБ при УЗИ или КТ, а также и лабораторных данных, свидетельствующих о наличии обструкции наружных желчных путей (повышение трансаминаз и билирубина), которая позволяет значительно оптимизировать результаты лечения и снизить смертность. При сомнении в билиарном генезе острого панкреатита в первую очередь следует применять миниинвазивные методики диагностики (МРХПГ, ЭУС). При выявлении признаков ЖКБ либо микрохолелитаза ЭПСТ и возможные риски,

связанные с манипуляцией, становятся абсолютно оправданными.

Введение контрастного вещества при РХПГ, выполняемом по поводу острого желчного панкреатита, необходимо производить до и после выполнения ПСТ для оценки количества и размера конкрементов и успешности эндоскопической санации холедоха.

Учитывая возможность наличия микрохоледохолитиаза и дисфункции сфинктера Одди, недопустимо выполнение изолированной ЭРХПГ без ЭПСТ даже в случаях, когда конкременты в холедохе не выявляются.

Необходима разработка четких дифференциально-диагностических, организационных и лечебных алгоритмов ведения больных с желчным панкреатитом.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 4-8 см. в REFERENCES)

1. Полевская С.А., Короткевич А.Г. Эндоскопическая ретроградная панкреатография и эндоскопическая папиллосфинктеротомия. В кн.: Эндоскопия желудочно-кишечного тракта. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. С. 333-382.

2. Шаповальянц С.Г., Габриэль С.А., Дынько В.Ю. с соавт. Острый постманипуляционный панкреатит: диагностика, факторы риска, способы профилактики // Эндоскопическая хирургия. 2020. №4. С. 49-53.

3. Юрченко В.В. Технологические аспекты профилактики постинтервенционных панкреатитов // Эндоскопическая хирургия. 2018. №4. С. 32-38.

REFERENCES

1. Polevskaya S.A., Korotkevich A.G. [Endoscopic retrograde pancreatography and endoscopic papillosphincterotomy]. *Endoskopiya zheludochno-kishechnogo trakta* [Endoscopy of the gastrointestinal tract]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2020. pp. 333-382.

2. Shapovalyants S.G., Gabriel S.A., Dynko V.Yu. s soavt. Ostryy postmanipulyatsionnyy pankreatit: diagnostika, faktory riska, sposoby profilaktiki [Acute postmanipulatory pancreatitis: diagnosis, risk factors, prevention methods]. *Endoskopicheskaya khirurgiya – Endoscopic surgery*, 2020, No. 4, pp. 49-53.

3. Yurchenko V.V. Tekhnologicheskie aspekty profilaktiki postinterventsionnykh pankreatitov [Technological aspects of prevention of post-interventional pancreatitis]. *Endoskopicheskaya khirurgiya – Endoscopic surgery*, 2018, No. 4, pp. 32-38.

4. Campanile F.C., Pisano M. Acute cholecystitis: WSES position statement. *World Journal of Emergency Surgery*, 2014, Vol. 1, pp. 58-81.

5. Manoharan D., Srivastava D.N. Complications of endoscopic retrograde cholangiopancreatography: an

imaging review. *Abdominal Radiology*, 2019.

6. Pavlidis E.T., Pavlidis T.E. Pathophysiological consequences of obstructive jaundice and perioperative management. *Hepatobiliary and Pancreatic Diseases International*, 2018, Vol. 17, No. 1, pp. 17-21.

7. Testoni P.A., Mariani A., Aabakken L. Papillary cannulation and sphincterotomy techniques at ERCP: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. *Endoscopy*, 2016, Vol. 48, No. 7, pp. 657-683.

8. Toussaint E., Dumonceau J.M. Should we incorporate topical epinephrine in the ESGE guideline on prevention of post-ERCP pancreatitis? *Endoscopy International Open*, 2020, Vol. 8, No. 8, pp. 1068-1069.

Сведения об авторах:

Заркуа Нонна Энриковна – профессор кафедры хирургии им. Н.Д. Монастырского ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, д.м.н.

Кривов Александр Петрович – врач-хирург, зав. отделением хирургии СПб ГБУЗ ГБ №38

Акимов Владимир Павлович – профессор кафедры им. Н.Д. Монастырского ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, д.м.н.

Мухиддинов Нуриддин Давлаталиевич – зав. кафедрой хирургических болезней и эндохимирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н., профессор

Калинин Евгений Юрьевич – ассистент кафедры им. Н.Д. Монастырского ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, зав. 3-им хирургическим отделением СПб ГБУЗ ГБ №17, к.м.н.

Лысенков Сергей Юрьевич – врач-хирург 3-го хирургического отделения СПб ГБУЗ ГБ №17

Контактная информация:

Заркуа Нонна Энриковна – тел.: +79219515494

¹Исмоилов А.А., ¹Муллоджанов Г.Э., ²Султанов М.Ш.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ОКРУЖАЮЩИХ ИМПЛАНТАТЫ И ОРТОПЕДИЧЕСКУЮ КОНСТРУКЦИЮ МЯГКИХ ТКАНЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОТЯЖЕННОСТИ НЕСЪЕМНОГО ИМПЛАНТАЦИОННОГО ПРОТЕЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГИГИЕНИЧЕСКИХ ИНДЕКСОВ

¹Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

²Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

¹Ismoilov A.A., ¹Mullodzhanov G.E., ²Sultanov M.Sh.

ESTIMATION OF THE CONDITION OF SURROUNDING IMPLANTS AND ORTHOPEDIC DESIGN'S SOFT TISSUES IN DEPENDING OF EXTENT FIXED IMPLANT PROSTHESIS WITH USING OF HYGENIC INDEX

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

²Department of Orthopedic Dentistry of the State Education Establishment "Avicenna Tajik State Medical University"

Цель исследования. Оценить состояние ортопедических протезов с опорой на дентальные имплантаты и окружающих их мягких тканей в зависимости от протяженности несъемной супраконструкции с использованием гигиенических индексов.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 88 пациентов, которые методом рандомизации условно были разделены на четыре группы: первую группу составили пациенты с несъемными имплантационными протезами малой протяженности; во вторую группу вошли обследованные пациенты с несъемными имплантационными протезами средней протяженности; третью и четвертую группы составили пациенты с несъемными имплантационными протезами большой и очень большой протяженности.

Состояние несъемных имплантационных протезов и окружающие их мягкие ткани в зависимости от протяженности супраконструкционных элементов оценивали по индексам MPI, GI, CS, PD и CAL.

Результаты. В области всех опорных элементов функционирующего имплантационного протеза между значениями используемых индексов, полученными на недельном сроке пользования и через 9 месяцев их эксплуатации, не выявлено статистически значимых различий в 1-й и 2-й группах. Разрыв с остальными группами был значительным.

Заключение. Среди обследованных пациентов с несъемными супраконструкционными элементами большой и очень большой протяженности необходима более активная реализация гигиенического ухода с регулярным подключением основополагающих принципов профессиональной гигиены полости рта.

Ключевые слова: протез, дентальный имплантат, ортопедическая конструкция, гигиена полости рта, супраконструкция, протяженность несъемного протеза

Aim. Estimate the condition of orthopedic prosthetic device with supporting on dental implants and surrounding their soft tissues in depending of extent fixed supraconstruction by hygienic indexes'.

Material and methods. In study have taken part 88 patients, which by method of randomization were conditionally divided into four groups: the first group has formed the patients with fixed implant's prosthetic device of small extent; in the second group entered the examined patients with fixed implant's prosthetic device of average extent; the third and fourth groups formed the patients with fixed implant's prosthetic device big and very big extent. Estimation of the

condition of fixed implant's prosthetic device and surrounding their soft tissues in depending of extent supraconstruction elements has valued by index MPI, GI, CS, PD and CAL.

Results. In the field of all supporting elements of functioning implants prosthetic device between importance's used indexes, got for week period of the using and in 9 months of their usages, is not revealed statistical significant difference in 1st and 2-nd groups. However breakup with rest group was significant.

Conclusion. Amongst examined patient with fixed supraconstruction elements big and very big extent necessary more active realization of the hygienic care with regular connection background principle of professional hygiene of oral cavity.

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

Актуальность

Все чаще в современной стоматологической практике использование несъемных имплантационных протезов является необходимым этапом с целью устранения окклюзионных дефектов. С их помощью происходит восстановление жевательной функции, восполнение эстетических дефектов, формирование профиля десны [2, 4, 6]. После успешной остеоинтеграции и правильно спланированной функциональной нагрузки одним из главных факторов выживаемости имплантата является хорошее гигиеническое состояние полости рта и, в частности, ортопедических конструкций, опирающихся на дентальный имплантат [1, 3, 5, 7].

Цель исследования

Оценить состояние ортопедических протезов с опорной на дентальные имплантаты и окружающих их мягких тканей в зависимости от протяженности несъемной супраконструкции с использованием гигиенических индексов.

Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие 88 пациентов, которые методом рандомизации условно были разделены на четыре группы по 22 человека в каждой в соответствии с протяженностью несъемного имплантационного протеза. Первую группу составили пациенты (22 человека) с несъемными имплантационными протезами малой протяженности (1-3 супраконструкционных элемента). Во вторую группу вошли обследованные пациенты (22 человека) с несъемными имплантационными протезами средней протяженности (4-6 супраконструкционных элемента). Третью группу составили пациенты (22 человека) с несъемными имплантационными протезами большой протяженности (6-8 супраконструкционных элементов). Четвертую группу составили пациенты (22 человека) с несъемными имплантационными протезами очень большой протяженности (более 8 супраконструкционных элементов).

Для объективной оценки мягких тканей, окружающих имплантационные протезы, мы использовали 5 гигиенических показателей, такие как: Modified Plaque Index (MPI) – оценка гигиенического состояния несъемных ортопедических конструкций в системе дентальных имплантатов; Gingival Index (GI) – оценка состояния мягких тканей, окружающих шейку имплантата; Calculating score (CS) – индекс зубного камня в зоне функционирующего имплантационного протеза; Probing Depth (PD) – глубина периимплантатного прикрепления; Clinical Attachment Level (CAL) – оценка глубины рецессии околоимплантатной десны.

Исследования проводили в сроки через 7 дней после фиксации несъемной супраконструкции с опорой на дентальные имплантаты, 1, 3, 6 и 9 месяцев после фиксации несъемных супраконструкционных элементов в системе имплантационного протеза. Сразу же после фиксации несъемных ортопедических протезов активно реализовывали обучение пациентов гигиеническому уходу за полостью рта и за конструкциями на имплантатах. На каждом сроке посещения после проведенной оценки гигиенического состояния полости рта и супраконструкционных элементов в отдельности при необходимости проводили повторную профессиональную гигиену полости рта (удаление зубных и супраконструкционных отложений, над- и поддесневого зубного камня, супра- и субгингивального камня ортопедической конструкции, полировка старых пломб). Чистка зубов и супраконструкционных элементов ортопедических протезов с применением исследуемой зубной пасты проводилась два раза в день (утром и вечером) в течение трех минут после первого и последнего приема пищи самостоятельно в домашних условиях.

В комплексе профессиональной гигиены полости рта были использованы ферменто-

содержащие зубные пасты Lacalut Brilliant White Classic и Lacalut Brilliant White Menta. Зубные пасты этой группы, производимые фармацевтическим предприятием «Dr. Theiss Naturwaren GmbH» (г. Хомбург, Германия), обладают оригинальной рецептурой. В их состав входят фториды в виде аминофторида, монофторфосфата, натрия фторида, абразивно-полирующие компоненты, пирофосфаты, а также научно-разработанный комплекс ферментов (декстраназа, инвертаза, глюкозооксидаза).

Названные ферменты расщепляет связи полисахаридов, входящих в состав зубного налета и обеспечивающих адгезию зубного налета к поверхности зуба и супраконструкционных элементов. При наличии воспаления краевого пародонта протетического генеза комплекс ферментов устраняет кровоточивость десен, способствует снижению воспалительного процесса, избавляет от неприятного запаха изо рта и участвует в расщеплении сахарозы, являющейся основной пищей для бактерии зубного налета.

Клинические испытания вышеназванной продукции проводились в соответствии с правилами «Качественная клиническая практика» ISO 14155-94, «Методическими указаниями по фармакологическому и клиническому испытанию профилактических и лечебных зубных паст» и в соответствии с современными требованиями, распространяющимися на конкретный вид продукции.

Для статистической обработки полученных данных мы проводили подсчет критериев Колмогорова-Смирнова, Вилкоксона и Стьюдента в программе IBM SPSS Statistic Subscription.

Результаты и их обсуждение

Самый высокий уровень гигиены, по данным индекса МРІ, был выявлен в 1-й группе (с несъемными имплантационными протезами малой протяженности) при первичном осмотре ($1,23 \pm 0,13$), в конце срока исследования – $0,87 \pm 0,10$. Самый низкий уровень гигиены оказался в 4-й группе (с несъемными имплантационными протезами очень большой протяженности) – $1,77 \pm 0,75$. Значения индекса МРІ во 2-й (с несъемными имплантационными протезами средней протяженности) и 3-й (с несъемными имплантационными протезами большой протяженности) группах занимали промежуточное положение, причем во 2-й группе гигиенические показатели были несколько лучше ($1,31 \pm 0,77$).

К концу исследования самый низкий уровень гигиены, по данным индекса МРІ, оказался в 3-й и 4-й группах пациентов (соответственно $1,27 \pm 0,14$ и $1,25 \pm 0,11$). Статистически достоверное улучшение гигиенического состояния в зоне функционирующих несъемных имплантационных протезов за весь период исследования выявлено в 1-й и 2-й группах ($p < 0,05$).

При исследовании окружающих имплантаты и ортопедическую конструкцию мягких тканей с помощью индекса GІ выявлено, что через 7 дней после фиксации несъемных имплантационных конструкций во всех четырех группах среднее значение индекса GІ показало наличие гингивита легкой степени тяжести. Самое высокое усредненное значение индекса GІ в срок 7 дней было обнаружено в 3-й группе ($0,52 \pm 0,09$) и 4-й группе ($0,44 \pm 0,07$), самое низкое – в 1-й (с несъемными имплантационными протезами малой протяженности) и 2-й (с несъемными имплантационными протезами средней протяженности) группах – соответственно $0,16 \pm 0,03$ и $0,26 \pm 0,03$.

Приходится констатировать, что во всех исследованных группах наблюдается снижение значения индекса GІ по мере увеличения срока пользования несъемными имплантационными конструкциями. К концу срока исследования (через 9 месяцев ношения ортопедических конструкций) явления периимплантатного мукозита прошли во всех группах пациентов, кроме 4-й группы, хотя среднее значение индекса GІ снизилось, но все же осталось соответствовать гингивиту легкой степени тяжести ($0,36 \pm 0,05$). Статистически достоверное улучшение гигиенического состояния мягких тканей, окружающих имплантаты и ортопедическую конструкцию, по данным индекса GІ за весь период исследования выявлено в 1-й, 2-й и 3-й группах ($p < 0,05$).

Среди обследованных лиц при использовании индекса зубного камня (CS) полученные данные позволяют охарактеризовать исходное гигиеническое состояние имеющихся несъемных конструкций как приближающееся к неудовлетворительному состоянию. Так, индекс гигиены зубного камня опорных и супраконструкционных элементов равнялся соответственно 2,2 и 0,8 баллам. Исходный итоговый показатель индекса CS несъемной ортопедической конструкции был равен 1,8 баллов. На фоне реализации профессиональной гигиены полости рта значение индекса зубного камня опорных и супраконструкционных

элементов снизилось до соответствующего значения 1,3 и 0,5 баллов. Итоговый показатель индекса гигиены несъемной ортопедической конструкции среди обследованных пациентов характеризовался, как хороший, – 0,9 балла.

На фоне активной реализации профессиональной гигиены полости рта при определении индекса зубного камня (CS) во всех исследуемых группах пациентов обнаружен хороший уровень гигиены и наличие зубного камня вокруг шейки функционирующих имплантатов и супраконструкционных элементов было минимальным. Самые высокие показатели индекса зубного камня к концу срока исследования были обнаружены в 4-й группе пациентов (с несъемными имплантационными протезами очень большой протяженности), которые визуализировались через 3 месяца пользования имплантационными протезов. Однако разрыв с другими группами был незначительным, статистически значимых различий между группами не выявлено ($p > 0,05$).

Анализ глубины периимплантатного прикрепления в области функционирующих несъемных имплантационных протезов с учетом потери околоимплантатной кости вокруг шейки абатмента определяли при помощи индекса PD. В области всех опорных элементов функционирующего имплантационного протеза между значениями индекса PD, полученными на недельном сроке пользования и через 9 месяцев их эксплуатации, не выявлено статистически значимых различий для оценки состояния околоимплантатной костной ткани изучаемых конструкций в 1-й и 2-й группах. К концу исследования отмечался самый высокий уровень индекса глубины периимплантатного прикрепления, что

выражается в потере кости вокруг шейки подсаженного имплантата, в 3-й и 4-й группах составил соответственно $0,15 \pm 0,06$ мм $0,29 \pm 0,10$ мм.

Оценку глубины рецессии десны в периимплантатной зоне проводили с помощью индекса CAL. Наблюдаемые изменения индекса CAL в течение 9 месяцев обследования практически не были выявлены в 1-й, 2-й и 3-й группах. Расстояния от края искусственной коронки до наиболее апикальной зондируемой точки в области супраконструкционных элементов во всех группах обследования можно считать стабильными, за исключением 4-й группы (с несъемными имплантационными протезами очень большой протяженности), где глубина рецессии десны в среднем составила 0,02 мм.

Заключение

Оценка состояния несъемных имплантационных протезов и окружающих их мягких тканей в зависимости от протяженности супраконструкционных элементов по индексам MPI, GI, CS, PD, CAL свидетельствует об удовлетворительном состоянии гигиены полости рта в случае проведения профессиональной гигиены в сроках 7 дней, 1, 3, 6, 9 месяцев и тщательном контроле за выполнением рекомендаций по проведению индивидуальной гигиены.

У пациентов с несъемными имплантационными протезами большой и очень большой протяженности необходимо проведение более тщательного гигиенического ухода с обязательным подключением регулярных профессиональных гигиенических мероприятий.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 5-7 см. в REFERENCES)

1. Загорский В.А., Загорский В.В. Биомеханика одиночных имплантатов // *Стоматология*. М., 2013. № 3. С. 9-10.
2. Кулаков А.А., Архипов А.В. Особенности денальной имплантации при низкой плотности кости // *Стоматология*. 2016. № 5. С. 31-33.
3. Ушаков А.И., Серова Н.С., Даян А.В. Планирование денальной 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 odinonchnykh 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:

Исмоилов Абдужамил Абдурахимович – соискатель кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
Муллоджанов Гайратжон Элмуродович – ассистент кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н.

Султанов Мехрибон Шамсиевич – доцент кафедры ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино, д.м.н.

Контактная информация:

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

СОВРЕМЕННЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ ГНЁЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Kasymov O., Kasymov A., Karimov Kh.

MODERN TREATMENT PERSPECTIVES OF ALOPECIA AREATA

Department of Dermatology, STIs & Cosmetology of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»

Цель исследования. Изучение эффективности сочетанного использования хлорметина гидрохлорида и миноксидила в комплексном лечении больных гнездовой алопецией (ГА).

Материал и методы. Исследованы 36 больных с различными формами ГА в возрасте от 13 до 35 лет.

Методы исследования: клинические, микроскопические, статистические.

Результаты. Непосредственные положительные результаты комбинированного (миноксидил + хлорметина гидрохлорид) метода лечения больных ГА составили 68,2%, что в 1,2 раза лучше, чем результаты лечения без хлорметина гидрохлорид (только 57,2%). Отдалённые результаты лечения (через 1 год) свидетельствовали о значительном преимуществе комбинированного метода лечения. Из 15 больных с непосредственными положительными результатами лечения рецидивы ГА установлены у 33,3% (n = 5), в контрольной группе – достоверно больше – у 50% (у 4 из 8 больных).

Заключение. В комплексной терапии больных ГА рекомендуется топическое применение хлорметина гидрохлорид, который существенно повышает эффективность лечения.

Ключевые слова: гнездовая алопеция, лечение, миноксидил, хлорметина гидрохлорид

Aim. To study the efficiency of topical Minoxidil in the complex treatment of alopecia areata.

Material and methods. 36 patients at the age of 13-35. Methods: clinical, microscopical, statistical.

Results. Higher efficiency of the complex treatment of alopecia areata with the use of Minoxidil and Chlormethine hydrochloride established in comparison with non - Chlormethine hydrochloride therapy (68.2% against only 57.2%). Long-term results (after one year) proved the substantial benefit of the combined therapy. Of 15 patients with the direct positive results relapses occurred only in 5 (33.3%), in the control group – in 4 (50%) out of 8.

Conclusion. Higher efficiency of the complex treatment of alopecia areata with the use of Minoxidil and Chlormethine hydrochloride in comparison with non- Chlormethine hydrochloride therapy.

Key words: alopecia areata, therapy, Minoxidil, Chlormethine hydrochloride

Актуальность

Как показывают демографические исследования, 0,05-0,1% населения хотя бы однократно в течение жизни заболевает гнездовой алопецией. Первые симптомы выпадения волос у подавляющего большинства пациентов отмечаются в возрасте 15-30 лет. В последнее время отмечен рост заболеваемо-

сти ГА, особенно у людей трудоспособного возраста, с тенденцией к увеличению частоты торпидных форм заболевания [1, 5]. Проблема ГА имеет и медицинское, и социальное значение [7].

Гнездовая алопеция – болезнь с множеством причин происхождения. Свою роль в патогенезе ГА имеют эндокринные

нарушения: у больных ГА установлены изменения показателей функций коры надпочечников, тимус-тиреоидной и гипоталамо-гипофизарной систем [1, 6]. Некоторые ученые акцентируют внимание на нарушениях нервной системы: клинико-инструментальными обследованиями установлена связь между тяжестью течения ГА и определенной симптоматикой вегетативно-сосудистых нарушений, а также цереброспинальных органических расстройств [3]. В ряде работ обозначена роль нарушения микроциркуляции в патогенезе ГА: замедление кровотока, резкий спазм артериол, прекапилляров, извилистое посткапиллярное звено, снижение количества функционирующих капилляров [5]. Кровь больных ГА характеризовалась повышением показателей агрегационных свойств, изменением размеров и форм эритроцитов, увеличенной вязкостью [1, 6, 7]. Последние десятилетия ознаменовались появлением заметных свидетельств значения иммунных нарушений в патогенезе ГА [4]. Тот факт, что ГА – иммунологически обусловленное заболевание, подтверждается обнаружением иммунных комплексов, чаще всего состоящих из IgM, IgA, IgG и C3, скапливающихся в различных частях фолликула. На аутоиммунный аспект в развитии заболевания указывают дефицит клеточного иммунитета в периферической крови, аномальная иммуноглобулинемия [4]. В 15-30% случаев ГА развивается у людей с наследственной отягощенностью по дерматозу. Часто дебют ГА ассоциируется с обострением очагов хронической инфекции (заболевания периодонта, синусит, гайморит, тонзиллит и др.), стрессовыми состояниями. Существует гипотеза о начале ГА после перенесения вирусной инфекции.

Гетерогенность природы ГА подчеркивает необходимость максимально досконального обследования больного перед началом лечения. Выявленную патологию следует корректировать (санация очагов хронической инфекции, нормализация функций внутренних органов и др.) [1].

Для ГА обычно характерно появление небольшого очага облысения, который может перерасти в тотальную потерю волос на голове и на всем теле. Процесс может ограничиваться областью бороды у мужчин или отмечаться как на голове, так и на других волосистых участках тела. Полная потеря волос встречается у небольшого количества людей, больных ГА. Не исключено,

что различные клинические формы ГА модифицируются друг в друга, что особенно выражено при злокачественном процессе заболевания [5].

В настоящее время, несмотря на определенные успехи в лечении ГА, формируется новая сфера повышенного исследовательского интереса. Так, изучение комбинированной терапии ГА топическими ирритантами и протагонистами гиперполяризации клеточных мембран – многообещающий курс. Активаторы калиевых и кальциевых каналов в мембранах гладкомышечных клеток сосудистой стенки, обладая вазодилатирующими свойствами, стимулируют капиллярное кровоснабжение волосяных фолликулов. Без исследования механизмов их влияния на пролиферацию и дифференцировку клеток волосяного фолликула оценка эффективности представляет собой нелегкую задачу. На сегодняшний день в арсенале врачей имеются действенные способы регуляции работы таких мембранных структур. Одним из представителей данного класса лекарственных препаратов является миноксидил, который рекомендуется клиническими протоколами для наружного лечения больных ГА [6, 7].

Для наружного лечения очаговой алопеции применяются топические препараты и других групп. Настойка хлорметина гидрохлорид – бесцветная прозрачная жидкость, при нанесении вызывает контактный дерматит, проявляющийся эритемой в очагах поражения, в связи с чем используется при лечении больных витилиго. Нами была установлена эффективность хлорметина гидрохлорида в сочетании с системными препаратами в терапии больных с разными формами ГА [2].

Цель исследования

Изучение эффективности сочетанного использования хлорметина гидрохлорида и миноксидила в комплексном лечении больных ГА.

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением находились 36 больных с различными формами ГА в возрасте от 13 до 35 лет. Заболеванию была присуща резистентность к различным терапевтическим методикам. 18 больных страдали локальной (очаговой) формой ГА, которая характеризовалась изолированными округлыми участками выпадения волос. У 7 пациентов выявлена лентовидная форма ГА с локализацией в затылочной и височной областях волосистой части головы в виде ленты со специфичным переходом

очагов поражения на гладкую кожу (офиазис Цельса). 6 больных имели субтотальную форму ГА, которая характеризовалась отсутствием волос на более чем 50% площади скальпа (она возникла как результат объединения более мелких очагов). Тотальная форма была диагностирована у 5 человек с отсутствием волос по всему скальпу, а также ресниц, бровей, бороды у мужчин. На изменения ногтей жаловались 8 больных с субтотальной и тотальной формами ГА. У всех этих больных поражения ногтей протекали по типу ониходистрофии. У 26 (72,2%) человек установленные изменения были квалифицированы как прогрессирующая стадия заболевания, что подтверждалось наличием у них зоны «расшатанных волос» – участка волос по краю зоны облысения, где волосы безболезненно выдергивались тракционной пробой. Кроме этого, по краю очагов имелись обломанные волосы, напоминающие восклицательный знак. 10 (27,8%) пациентам был поставлен диагноз стационарной стадии ГА, когда зона «расшатанных волос» определялась нечетко или вовсе отсутствовала.

В зависимости от использованного метода лечения больные были разделены на две группы. Первой группе (22 человека) в ходе комплексной терапии назначались медикаментозные патогенетически обоснованные препараты системного действия (седативные средства, препараты, улучшающие микроциркуляцию, цинк- и железосодержащие препараты, адаптогены), наружно в очаги поражения 1 раз в день утром под окклюзионную повязку наносился 5% раствор миноксидила, вечером – раствор хлорметина гидрохлорид. Топические растворы применялись в течение 3 месяцев. У больных второй группы (14 человек) проводилось

аналогичное системное лечение, наружно использовался только раствор миноксидила 2 раза в день.

Статистическая обработка результатов исследований проведена вариационным методом с вычислением M и m . При p (вероятность возможной ошибки в таблице Стьюдента) менее 0,05 разница считалась достоверной.

Результаты и их обсуждение

Все больные лечение перенесли хорошо. Побочных эффектов не было ни в одном случае.

Критериями эффективности примененных методов лечения больных ГА были отсутствие или значимое уменьшение клинических симптомов ГА (непосредственные результаты лечения) и длительность ремиссии в течение 12 месяцев наблюдения (отдаленные результаты лечения).

Пробуждение фолликулярного аппарата, рост пушковых волос и приостановление патологического выпадения волос при всех формах ГА у больных обеих групп, в терапии которых наблюдался положительный результат (клиническое выздоровление или значительное улучшение), отмечались в среднем с 2-4 недели лечения, а рост терминальных волос – с 4-6 недели. Во время сравнительного анализа результатов лечения у больных первой группы был установлен более заметный эффект от лечения. Рост остистых волос был виден у 50% ($n = 11$) пациентов, пробуждение фолликулярного аппарата и рост пушковых волос – у 36,4% ($n = 8$) больных. Во второй группе рост остистых волос установлен у 28,6% ($n = 4$) пациентов, рост пушковых волос – у 21,4% ($n = 3$). Непосредственные результаты лечения больных ГА отражены на рисунке 1.

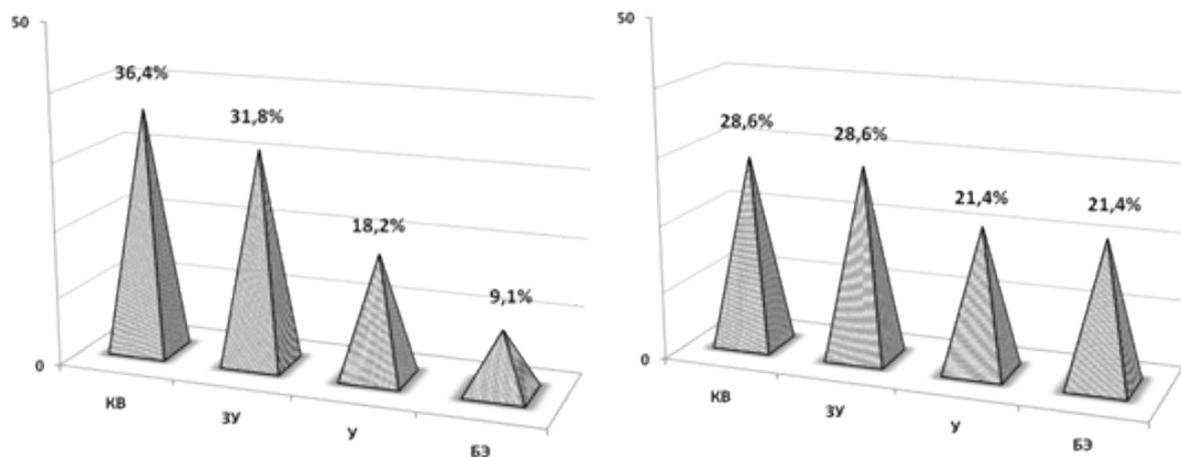


Рис. 1. Непосредственные результаты лечения

Данные рисунка 1 показывают, что после лечения (в среднем через 4-5 месяцев) клиническое выздоровление (полное закрытие очагов ГА пигментированными терминальными волосами с отсутствием зоны распатанных волос) отмечалось у 8 (36,4%) пациентов основной группы (у 5 – с локальной формой ГА, у 2 – с лентовидной и 1 – с субтотальной), в контрольной группе – у 4 (28,6%): соответственно у 4, 0 и 0. Значительное улучшение (хороший рост терминальных волос, отсутствие зоны распатанных волос, закрытие очагов поражения не менее чем на 2/3) было видно у 7 (31,8%) больных основной группы (5 – с локальной формой ГА, 1 – с лентовидной и 1 – с субтотальной) и 4 (28,6%) – контрольной (соответственно у 3, 1 и 0). Улучшение (медленное уменьшение зоны распатанных волос, незначительное сокращение размеров очагов ГА в результате медленного роста терминальных волос + небольшое количество псевдовеллюсных волос) отмечено у 4 (18,2%) пациентов опытной группы с локальной формой ГА и 3 (21,4%) – контрольной (у 1 – локальная форма ГА, у 1 – лентовидная и у 1 – субтотальная). Отсутствие эффективности лечения наблюдалось у 2 (9,1%) больных с лентовидной ГА из основной группы и 3 (21,4%) – контрольной. Удовлетворительные и неудовлетворительные результаты лечения наблюдались, как правило, у больных обеих групп с линейной и субтотальной формами ГА и продолжительностью болезни более 3 лет.

Непосредственная эффективность использованных методов лечения больных ГА приведена на рисунке 2.

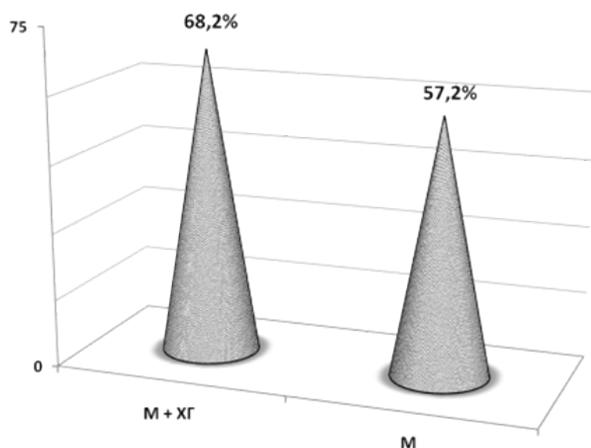


Рис. 2. Непосредственная эффективность методов лечения

ЛИТЕРАТУРА (пп. 4-7 см. в REFERENCES)

1. Голдсмит Л.А. и др. Дерматология Фицпатрика в клинической практике. М.: Панфилов, 2015. Т 1. 1166 с.

Как видно из данных рисунка 2, положительные результаты при сочетанном методе лечения достигнуты у 68,2% (n = 15) больных, что достоверно выше результатов лечения с топическим применением только миноксидила (57,2%, n = 8, p < 0,05).

Приведенные данные указывают, что использование хлорметина гидрохлорида для наружного лечения больных гнездовой алопецией повышает эффективность непосредственных результатов комплексной терапии.

Отдалённые результаты лечения (через 1 год) отражены на рисунке 3.

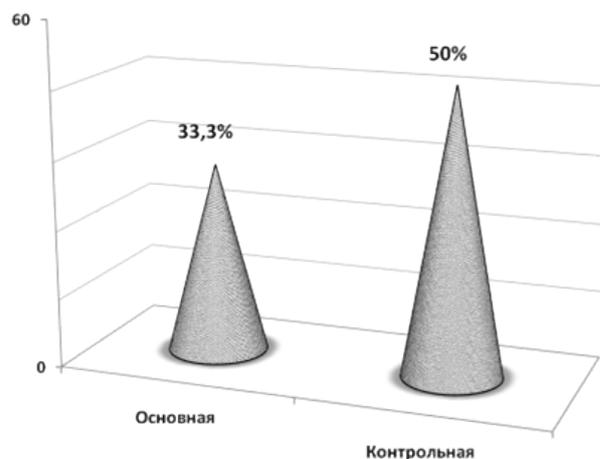


Рис. 3. Рецидивы гнездовой алопеции после лечения в течение 1 года наблюдения

Как видно из данных рисунка 3, среди 15 больных с положительными результатами лечения в течение 1-го года диспансерного наблюдения рецидивы гнездовой алопеции установлены у 5 (33,3%), в контрольной группе – у достоверно большего количества больных – у 4 (50%) из 8 (p < 0,05).

Заключение

Таким образом, наши исследования показали целесообразность включения в комплексное лечение больных гнездовой алопецией топического препарата хлорметина гидрохлорида, который существенно повышает клиническую эффективность проводимой терапии.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

2. Касымов А.О., Ахмедов А.А., Касымов О.И. Исследование эффективности разных методов лечения больных гнездовой алопецией // Здравоохранение Таджикистана. 2016. №2 (329). С. 26-31.

3. Мареева А.Н., Кондрохина И.Н. Психоэмоциональное состояние у больных нерубцовой алопецией (гнездной, андрогенетической) // Вестник дерматологии и венерологии. 2015. №6. С. 50-56.

REFERENCES

1. Goldsmit L.A. *Dermatologiya Fitzpatricka v klinicheskoy praktike* [Fitzpatrick Dermatology in Clinical Practice]. Moscow, Panfilov Publ., 2015. 1166 p.

2. Kasymov A.O., Akhmedov A.A., Kasymov O.I. Issledovanie effektivnosti raznykh metodov lecheniya bolnykh gnyozdnoy alopetsiy [Study of the effectiveness of different methods of treatment of patients with alopecia areata]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2016, No. 2 (329), pp. 26-31.

3. Mareeva A.N., Kondrokhina I.N. Psikhoemotsionalnoe sostoyanie u bolnykh nerubtsovoy alopetsiy (gnyozdnoy, androgeneticheskoy) [Psychoemotional condition of patients with non-cicatricial alopecia (areata, androgenetic)]. *Vestnik dermatologii i venerologii – Bulletin of dermatology and venereology*, 2015, No. 6, pp. 50-56.

4. Chen C.H. Follow-up study on the relationship between alopecia areata and risk of autoimmune diseases. *Journal of Dermatology*, 2015, No. 43, pp. 228–229.

5. Dainichi T. Alopecia areata: what's new in epidemiology, pathogenesis, diagnosis, and therapeutic options? *Journal of Dermatology Science*, 2017, No. 86, pp. 3-12.

6. Pratt C.H. Alopecia areata. *Nature reviews Disease primers*, 2017, No. 3, pp. 17011.

7. Renert-Yuval Y.E. The Changing Landscape of Alopecia Areata. *Advances in Therapy*, 2017, Vol. 34, pp. 1594-1609.

Сведения об авторах:

Касымов Олим Исмаилович – профессор кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ ИПО в СЗ РТ, д.м.н.

Касымов Аббос Олимджанович – ассистент кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ ИПО в СЗ РТ, к.м.н.

Каримов Хуриед – врач Городского центра кожных и венерических болезней

Контактная информация:

Касымов Аббос Олимджанович – тел.: (+992) 918 52 32 85; e-mail: a.kasymov@hotmail.com

¹Кахарова Р.А., ¹Иброхимов Ю.Х., ²Сироджев Д.Н.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ

¹Кафедра колопроктологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

²ГУ «Хозрасчетный центр колопроктологии», г. Душанбе

¹Kakharova R.A., ¹Ibrohimov Yu.H., ²Cirodzhev D.N.

COMPARATIVE EVALUATION OF SURGICAL TREATMENT OF HEMORROIDS

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

²State Establishment “Self-supporting center of coloproctology”, Dushanbe

Цель исследования. Сравнительный анализ результатов различных способов хирургического лечения хронического геморроя в ближайшем и отдаленном периодах.

Материал и методы. Проанализированы результаты оперативного лечения 1871 больных геморроем, мужчин было 975 (52,2%), женщин – 896 (47,8%). Большая часть пациентов (80,5%) – трудоспособного возраста от 25 до 59 лет.

Результаты. Число осложнений колебалось от 3,7% до 18,3%. В отдаленном периоде хорошие результаты получены у 96% пациентов.

Заключение. Использование различных методов хирургического лечения геморроя в ближайшем послеоперационном периоде имеет различное течение, но отдаленные результаты практически не зависят от методики ее выполнения.

Ключевые слова: геморрой, хирургическое лечение, выбор метода операции

Aim. Comparative analysis of the results of various methods of surgical treatment of chronic hemorrhoids in the near and long term.

Material and methods. The work is based on the results of surgical treatment of 1871 patients with hemorrhoids. Pathology is equally common in both men and women. Among operated men there were 975 (52,2%), women – 896 (47,8%). Most patients (80,5%) are of working age from 25 to 59 years.

Results and conclusion. The study showed that the use of various methods of surgical treatment of hemorrhoids in the immediate postoperative period has a different course, but long-term results practically do not depend on the method of its implementation.

Key words: hemorrhoids, surgical treatment, choice of operation method

Актуальность

Геморрой – патологическое увеличение геморроидальных узлов, распространенность которого составляет 140-160 человек на 1000 взрослого населения, а его удельный вес в структуре заболеваний толстой кишки колеблется от 34% до 41% [1]. В последнее десятилетие широкое применение получили малоинвазивные операции. Применение малоинвазивных методов как в самостоя-

тельном исполнении, так и в комбинации друг с другом или хирургическими способами, в зависимости от стадии заболевания, позволяют достичь удовлетворительных результатов у 90% пациентов [2, 7]. При этом хирургическое лечение геморроя все же остается эталонным способом лечения [3,6]. В медицинской литературе описано множество вариантов операций по поводу хронического геморроя. Хирургические методы

геморроидэктомии постоянно подвергаются эволюции. По данным ежегодного доклада Итальянского общества колоректальных хирургов (SICCR), к двум хорошо известным оперативным методам Миллигана Моргана и Фергюсона можно добавить трансанальную дезартеризацию геморроидальных узлов и операцию при выпадающем геморрое и выпадением слизистой оболочки прямой кишки РРН (аппаратная геморроидопексия) [4]. Также в хирургию геморроя внедряются малотравматичные высокотехнологические способы выполнения операций при помощи аппаратов Ultrasigion, LigaSure, Longo и Сургидрон. Однако использование этих методик широкого применения в нашей стране не получило. Это объясняется высокой стоимостью оборудования и отсутствием существенного преимущества в результатах лечения в сравнении с традиционной геморроидэктомией. До сегодняшнего дня, несмотря на достигнутые успехи и большое количество исследований, посвященных лечению геморроя, выбор метода операций остается дискуссионным среди колопроктологов, что делает данную проблему актуальной [5, 8].

Цель исследования

Сравнительный анализ различных методов хирургического и малоинвазивного лечения хронического геморроя в ближайшем и отдаленном периодах.

Материал и методы исследования

Изучены материалы результатов хирургического лечения 1871 больного, находившихся на лечении в Городском хозрасчетном центре колопроктологии. Среди них мужчин было 975 (52,2%), женщин – 896 (47,8%), т.е. патология в равной степени встречается как у мужчин, так и у женщин. Возраст пациентов колебался от 25 до 59 лет (в среднем $42,5 \pm 5,5$ лет). Оперативному лечению подвергались пациенты с II, III и IV стадиями заболевания. В первую группу включено 630 (33,7%) больных, которым произведена стандартная закрытая геморроидэктомия (операция Фергюсона), во вторую – 427 (22,8%) больных, которым проведена открытая геморроидэктомия (операция Миллигана-Моргана), в третью – 223 пациента (11,9%) – дезартеризация геморроидальных узлов без доплер-контроля с мукопексией и в четвертую – 591 (31,6%) больной, которым произведена геморроидэктомия с использованием электрокоагуляции. Из общего количества больных геморроем II степени страдали 483 (25,8%) больных, III степени – 549 (29,3%) и 839 (44,9%) пациентов страдали IV стадией болезни. В экстренном порядке 134

(7,2%) больных были госпитализированы с геморроидальным кровотечением и наличием острой анемии легкой (2,2%), средней (3,9%) и тяжелой (1,1%) степеней. Остальные 1737 (92,8%) пациентов поступили в плановом порядке. Давность заболевания составила от 5 до 25 лет.

Всем больным в предоперационном периоде было проведено комплексное обследование: клиничко-лабораторные методы, бактериологическое исследование, ректоромано- или колоноскопия.

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

Результаты и их обсуждение

Поставив перед собой цель сравнить различные методы хирургического и малоинвазивного лечения больных геморроем, мы проанализировали эффективность каждого из использованных нами видов лечебной тактики.

Закрытая геморроидэктомия, или операция Фергюсона, с восстановлением слизистой анального канала узловыми или непрерывными викриловыми швами применяли у 630 (33,7%) больных с III и IV стадиями при отсутствии четких границ между наружными и внутренними геморроидальными узлами (рис. 1).



Рис.1. Закрытая геморроидэктомия

Преимущества этой операции заключаются в хорошем гемостазе и быстром формировании рубца. В раннем послеоперационном периоде боль возникает потому, что швы накладываются на чувствительный эпителий анального канала. Боль по шкале ВАШ в течение первых 12 часов составляет 7 ($p < 0,05$). Кровотечение в раннем послеоперационном

периоде, требующее повторной операции, возникло у 12 больных, что составило 1,9% от общего количества больных этой группы. У 14 человек (2,2%) возникла острая задержка мочи, которая ликвидирована консервативными мероприятиями. В ближайшем послеоперационном периоде у 23 (3,6%) пациентов появилась анальная трещина, у 5 (0,7%) – параректальный свищ и у 3 (0,5%) – анальная инконтиненция 1 степени. В сроке от 6 до 12 месяцев прослежен 321 (51%) больной,

результаты лечения которых оказались удовлетворительными. Лишь у 3 (0,9%) пациентов этой группы отмечалась стриктура ануса, что потребовало повторной операции.

Открытая геморроидэктомия, или операция Миллигана-Моргана, при которой наружные и внутренние геморроидальные узлы удаляются единым блоком, произведена 427 (22,8%) пациентам с теми же стадиями заболевания. Рана при этом оставляется открытой (рис. 2).



Рис. 2. Техника открытой геморроидэктомии

Преимущества этой операции заключаются в менее болезненном течении раннего послеоперационного периода. Боль по шкале ВАШ в течение первых 12 часов составляет 3 ($p < 0,05$). Из осложнений наиболее часто отмечалась анальная инконтиненция – у 21 (5%) пациента. Кровотечение в раннем послеоперационном периоде, требующее повторной операции, развилось у 10 (2,5%) больных. У 2 пациентов (0,5%) возникла острая задержка мочи. В ближайшем послеоперационном периоде у 3 (0,7%) пациентов отмечалось нагноение параректальной клетчатки, что потребовало повторной операции. В сроке от 6 до 12 месяцев прослежен 201 (47%) пациент, результаты лечения которых оказались удовлетворительными. Лишь у 2 (0,9%) отмечалась анальная инконтиненция 1 степени.

Дезартеризация геморроидальных узлов с мукопексией без доплер-контроля произведена 223 (11,9%) больным со 2 и 3 стадиями заболевания (рис. 3). Этот малоинвазивный хирургический метод лечения показал удовлетворительные результаты в 90,2% ($p < 0,05$) наблюдений, средняя длительность пребывания в отделении с учетом дооперационного периода составила $2,2 \pm 0,8$ дня. В раннем

послеоперационном периоде отмечалась боль у 10 (4,4%), тромбоз наружного геморроидального узла – у 13 (5,8%) пациентов.



Рис. 3. Дезартеризации геморроидальных узлов с мукопексией

В отдаленном периоде прослежены 96 (43%) пациентов. У одного больного (1%) отмечен рецидив заболевания, что потребовало повторной операции.

Четвертую группу составил 591 (31,6%) пациент, которым произведена геморроидэктомия с использованием биполярной коагуляции. Применение коагуляции при геморроидэктомии значительно уменьшает интенсивность и продолжительность

болевого синдрома и сроки реабилитации оперированных пациентов. Боль по шкале ВАШ в течение первых 12 часов составляет 4 ($p<0,05$).



Рис. 4. Геморроидэктомия с применением коагуляции

Осложнения после операции отмечены в 105 случаях (17,8%) в виде прямокишечного кровотечения, но повторных операций не понадобилось. Более 34% имели остаточные кожные бахромки, у 3 больных (0,5%) возник стеноз анального канала, который потребовал расширения. Ни у одного больного не возникло инконтиненции. Отдаленные хирургические результаты лечения прослежены у 217 (36,7%) больных. У 4 (1,8%) из них отмечалась длительная прокталгия.

Каждая операция имеет свои преимущества и недостатки. Закрытая геморроидэктомия привлекает своей простотой и отработанностью техники. В то же время 346 (55%) ($p<0,05$) оперированных отмечают выраженный болевой синдром и дизурические расстройства. В 15% наблюдений отмечалось несостоятельность швов. Преимуществами открытой геморроидэктомии является простота выполнения операции и невыраженный послеоперационный болевой синдром. Недостатком этого метода служит длительное заживление послеопера-

ционной раны, составив в среднем $25\pm 0,9$ дня ($p<0,05$). Дезартеризация геморроидального узла с мукопексией является малоинвазивным хирургическим методом лечения, что и определяет её преимущество. Но интенсивные позывы к дефекации и ложные позывы отмечались у 95 (42,6%) оперированных. Геморроидэктомия с применением коагуляции проста и доступна в выполнении, но при этом коагулируется анодерма, которая имеет большое значение в сенсорном механизме континенции.

Отдаленные результаты хирургического лечения прослежены у 835 (44,6%) больных: у 321 (51%) больного из 630 после закрытой геморроидэктомии, у 201 (47%) – после открытой геморроидэктомии, у 96 (43%) – после дезартеризации геморроидальных узлов с мукопексией и у 217 (36,7%) – после геморроидэктомии с применением биполярной коагуляции. В раннем послеоперационном периоде частота осложнений в первой группе составила 8,9% ($p<0,05$), во второй – 3,7% ($p<0,05$), в третьей – 5,8% ($p<0,05$) и в четвертой – 18,3%. Проследив результаты отдаленного хирургического лечения, установлено, что процент осложнений в каждой группе существенно не отличается друг от друга, составляя в среднем 1,2% ($p<0,05$).

Заключение

Таким образом, исследование показало, что использование различных методов хирургического лечения геморроя в ближайшем послеоперационном периоде имеет различное течение. Число осложнений колеблется от 3,7% до 18,3%. Но отдаленные результаты практически не зависят от методики ее выполнения и позволяют достичь хороших результатов у 96% пациентов.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 4-8 см. в REFERENCES)

1. Захарченко А.А. Эндоваскулярная дезартеризация внутренних геморроидальных узлов // Колопроктология. 2014. №1. С.918
2. Помазкин В.И. Влияние микронизированной очищенной флавоноидной фракции на результаты лигирования внутренних геморроидальных узлов. // Колопроктология. 2014. №3. С.22-26
3. Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Справочник по колопроктологии. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. 599 с.

REFERENCES

1. Zakharchenko A.A. Endovaskulyarnaya dezarterizatsiya vnutrennikh gemorroidalnykh uzlov [Endovas-

cular desarterization of internal hemorrhoids]. *Koloproktologiya – Coloproctology*, 2014, No. 1, pp. 918.

2. Pomazkin V.I. Vliyanie mikronizirovannoy ochishchennoy flavonoidnoy fraktsii na rezultaty ligirovaniya vnutrennikh gemorroidalnykh uzlov [The effect of micronized purified flavonoid fraction on the results of ligation of internal hemorrhoids]. *Koloproktologiya – Coloproctology*, 2014, No. 3, pp. 22-26

3. Shelygin Yu.A., Blagodarnyy L.A. *Spravochnik po koloproktologii* [Handbook of coloproctology]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2012. 599 p.

4. Amoli H.A., Notash A.Y., Shahandashti F.J. A randomized, prospective, double-blind, placebo-controlled trial of the effect of topical diltiazem on posthae-

morrhoidectomy pain. *Colorectal Diseases*, 2011, No. 13, pp. 580-583

5. De Nardi P., Tamburini A.M., Gazzetta P.G. Hemorrhoid laser procedure for second- and third-degree hemorrhoids: results from a multicenter prospective study. *Technologies in Coloproctology*, 2016, No. 20 (7).

6. Farouk R., Lieske B., Conaghan P. Doppler guided hemorrhoid artery ligation and rectoanal repair for grade 2 and 3 hemorrhoids. *Diseases of the Colon and Rectum*, 2010, No. 53, pp. 580.

7. Naderan M., Shoar S., Nazari M. A randomized controlled trial comparing laser intra-hemorrhoidal coagulation and Milligan Morgan hemorrhoidectomy. *Journal of Investigative Surgery*, 2017, No. 30 (5), pp. 325-331.

8. Song S.G., Kim S.N. Optimal treatment of Symptomatic Hemorrhoids. *Journal of the Korean Society of Coloproctology*, 2011, No. 27 (6), pp. 227-281.

Сведения об авторах:

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

Иброхимов Юсуф Хасанович – ассистент кафедры общей хирургии №1 ГОУ ТГМУ

Сироджев Диловар Нуриддинович – ассистент кафедры колопроктологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Контактная информация:

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

¹Рабиев Х.Х., ¹Сироджов К.Х., ²Гафарзада С.С.,
¹Махмадалиев Б.Г., ²Сироджода М.С.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АРТРОПЛАСТИКЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА БЕДРА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

¹Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»
²ГУ «Комплекс здоровья “Истиклол”»

¹Rabiev Kh.Kh., ¹Sirodzhov K.Kh., ²Gafarzoda S.S.,
¹Makhtadaliyev B.G., ²Sirodzhoda M.S.

OPTIMIZATION OF PREVENTION OF THROMBOEMBOLIC COMPLICATIONS IN HIP ARTHROPLASTY IN PATIENTS WITH FRACTURES OF THE PROXIMAL FEMUR ON THE BACKGROUND OF DIABETES

¹Department of Traumatology and Orthopedics, of State Education Establishment “Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan “
²State Establishment “Health Complex Istiqlol”

Цель исследования. Оптимизация ранней диагностики и профилактика тромбоэмболических осложнений при эндопротезировании тазобедренного сустава у больных с переломами проксимального конца бедренной кости на фоне сахарного диабета.

Материал и методы. Работа основана на результатах артропластики тазобедренного сустава у 80 пациентов с переломами проксимального конца бедра на фоне сахарного диабета. Мужчин было 46 (57,5%), женщин – 34 (42,5%). Всем больным артропластика проводилась на фоне разработанного нами индивидуального комплекса инфузионной терапии. В первой группе (n=49) состав инфузионной терапии: раствор тивортина 4,2%, раствор латрена 0,05% и раствор гипохлорита натрия 0,06 и 0,03%. Во второй группе (n=31) применяли растворы реам-берина 1,5% и латрена 0,05%.

Результаты. При реологическом исследовании венозной крови при поступлении пациентов с переломами проксимального конца бедренной кости на фоне сахарного диабета выявлена выраженная гиперкоагуляция. После артропластики на фоне оптимизированной инфузионной терапии, начиная с третьих суток, отмечается тенденция к нормокоагуляции, при этом в основной группе все показатели имели достоверную значимость и приближались к границе нормальных значений, на седьмые сутки после артропластики также наблюдается нормокоагуляция с достоверным преобладанием показателей в сторону гипокоагуляции у пациентов основной группы.

Заключение. Использование оптимизированной инфузионной терапии в комплексном лечении пациентов с переломами проксимального конца бедренной кости на фоне сахарного диабета после артропластики тазобедренного сустава способствует улучшению реологических свойств крови, уменьшает риск венозных тромбоэмболических осложнений и минимизирует сроки стационарного лечения, ускоряет реабилитацию и интеграцию больного к обычной жизни.

Ключевые слова: артропластика, реология, перелом, повреждения, диабет, осложнения, травма

Aim. Optimization of early diagnosis and prevention of thromboembolic complications in hip arthroplasty in patients with fractures of the proximal end of the femur on the background of diabetes mellitus.

Material and methods. The work is based on the results of hip arthroplasty in 80 patients with fractures of the proximal femur due to diabetes mellitus. There were 46 men (57,5%), women – 34 (42.5%). All patients underwent arthroplasty against the background of an individual complex of infusion therapy developed by us. In the first group (n=49), the composition of infusion therapy was as follows: tivortin solution 4,2%, latren solution 0,05%, and sodium hypochlorite solution 0,06 and 0,03%. In the second group (n=31), solutions of Reamberin 1,5% and Latrena 0,05% were used.

Results. A rheological study of venous blood upon admission of patients with fractures of the proximal end of the femur due to diabetes mellitus revealed severe hypercoagulability. After arthroplasty against the background of optimized infusion therapy, starting from the third day, there is a tendency to normocoagulation, while in the main group all indicators had significant significance and approached the border of normal values, on the seventh day after arthroplasty, normocoagulation is also observed with a significant predominance of indicators towards hypocoagulation in patients of the main group.

Conclusion. The use of optimized infusion therapy in the complex treatment of patients with fractures of the proximal end of the femur on the background of diabetes mellitus after hip arthroplasty improves the rheological properties of blood, reduces the risk of venous thromboembolic complications, and minimizes the duration of inpatient treatment, accelerates rehabilitation and the patient's integration into normal life.

Key words: arthroplasty, rheology, fracture, injuries, diabetes, complications, trauma

Актуальность

По данным Европейского консенсуса по профилактике венозной тромбоэмболии (ВТЭ), частота тромбоэмболии глубоких вен (ТГВ) составляет 160 случаев на 100 тыс. населения в год, фатальной тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) – 60 случаев на 100 тыс. [3, 4, 10]. Ежегодно регистрируется более 680 тыс. случаев ТГВ и свыше 430 тыс. ТЭЛА [11].

По данным Фрэммингемского исследования, ТЭЛА, как причина смерти, составляет 15,6% внутригоспитальной [13] и 6-25% – послеоперационной летальности в хирургических стационарах [7]. У 60,5% умерших при вскрытии обнаруживают сочетание массивной ТЭЛА с эмболией мелких ветвей. В 1/3 наблюдений ТЭЛА мелких ветвей предшествует массивной ТЭЛА [4, 5].

Основными факторами риска ВТЭ являются хирургические вмешательства, травмы и длительная иммобилизация, в 20% случаев тромбозы обусловлены состоянием больного (возраст, сопутствующая патология, прием лекарственных препаратов), 30% составляют «идиопатические» венозные тромбозы [9, 10, 11].

Операции, в большей степени у больных старшей возрастной группы [2], усиливают напряженность процессов гемокоагуляции [2, 8], миорелаксанты, используемые при наркозе, вызывают дилатацию внутримышечных вен и замедление оттока крови из нижних конечностей, в связи с этим частота ТГВ при эпидуральной анестезии ниже, чем при общем наркозе [1]. Длительная иммобилизация после операций приводит к нарушению венозной мышечной помпы голени с формированием венозного стаза с развитием ВТЭ [2].

С возрастом увеличивается частота хронических заболеваний, которые косвенно

способствуют повышению риска ВТЭ. Дегенеративно-дистрофические заболевания суставов и остеопороз приводят к развитию переломов, а они в свою очередь – к иммобилизации, госпитализации и хирургическому вмешательству. Ортопедические операции являются базисным методом лечения дегенеративно-дистрофических изменений в суставах и применяются у 80-90% гериатрических больных, составляя 16,9% общего числа проводимых оперативных вмешательств [10].

Наиболее распространёнными и успешными операциями при лечении дистрофии крупных суставов в последние годы стали операции по эндопротезированию крупных суставов (ЭТС). По данным национальных регистров, в мире выполняется более 1,5 млн. таких операций ежегодно, около половины из которых составляет эндопротезирование тазобедренных суставов [1, 3]. Логично, что с увеличением числа таких операций следует предполагать и увеличение количества пациентов с тромбоэмболическими осложнениями, что определяет актуальность совершенствования способов профилактики венозных тромбоэмболических осложнений.

К основному механизму, предрасполагающему к развитию венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) при ЭТС, можно отнести саму операцию. В ответ на травму развивается системная активация свёртывания крови [2]. В таких случаях тканевой фактор, поступающий в кровоток в связи с повреждением значительного массива мышечной и костной тканей, запускает каскад реакций гемокоагуляции, приводящих к тромбинемии и внутрисосудистой активации свёртывания крови [7, 10]. Немалый

вклад в формирование ВТЭО при ЭТС внесит также вынужденная иммобилизация в период операции и ближайший послеоперационный период.

Венозная тромбоемболия зачастую служит причиной инвалидизации и смертности пациентов, перенёсших эндопротезирование крупных суставов [3]. Показано, что в отсутствие эффективной тромбопрофилактики, частота тромбогенного риска (тест генерации тромбина) после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава достигает 57%, частота тромбоемболий легочных артерий колеблется в пределах 0,9-28%, фатальной тромбоемболии легочной артерии – от 0,1% до 2% [8]. При этом благополучный исход острого периода не означает полного разрешения заболевания. Так, в результате структурных изменений в стенке сосудов, после перенесённого тромбоза у 5-10% пациентов развивается тяжёлая форма посттромботического синдрома [8]. Ещё одним тяжёлым осложнением перенесённой ТЭЛА является хроническая постэмболическая легочная гипертензия, которая в 10-15% случаев приводит к смерти в течение 5 лет после массивной эмболии.

Поэтому, как правило, усовершенствование методов ранней диагностики, профилактики тромбоемболических осложнений и тактика лечения больных после эндопротезирования тазобедренного сустава при переломах проксимального конца бедренной кости на фоне сахарного диабета представляют собой актуальную задачу для современной ортопедии, что и обуславливает выбор темы нашего исследования.

Цель исследования

Оптимизация ранней диагностики и профилактики тромбоемболических осложнений во время операции и в послеоперационном периоде при эндопротезировании тазобедренного сустава у больных с переломами проксимального конца бедренной кости на фоне сахарного диабета.

Материал и методы исследования

В ГУ ГКЦ №3 г. Душанбе и ГУ «Комплекс здоровья “Истиклол”» за период с 2015 по 2018 г. была проведена артропластика тазобедренного сустава 80 пациентам с сахарным диабетом. Из них мужчины составили 46 (57,5%) человек, женщины – 34 (42,5%). Возраст больных варьирует от 40 до 90 лет (в среднем $66,1 \pm 3,4$ года).

Из числа поступивших в стационар на оперативное лечение пациентов переломы шейки бедренной кости имели место у 62 (77,5%), переломы вертельной области – у

18 (22,5%) пострадавших. Механизмы получения переломов были: бытовая травма, падение в пределах жилого дома или квартиры – 39 (48,8%) случаев; уличная травма в результате падения с небольшой высоты – 34 (42,5%) случая; дорожно-транспортные травмы – 7 (8,7%) случаев.

Первичная артропластика по поводу перелома шейки бедра выполнена у 62 (77,5%) и межвертельных переломов – у 18 (22,5%) пациентов. У исследуемых больных с переломами шейки бедра ($n=62$), по данным рентгенографии, согласно классификация Garden, III тип смещения отломков наблюдался у 33 (53,2%) пострадавших, IV тип смещения отмечен у 29 (46,8%). Плоскость линии излома от 30° до 50° по Pauwels составляет в группах 22 (44,9%) и 17 (54,8%) соответственно, до 70° и выше плоскость излома отмечена у 27 (55,1%) и 14 (45,2%). Из общего количества больных межвертельные переломы составили 18 (22,5%) случаев, по рентгенологическим оценкам, согласно классификации АО/ОТА, их разделили следующим образом: тип 31.A1.2 наблюдался в группах у 6 (12,2%) и 3 (9,7%) больных, тип 31.A1.3 был отмечен в 4 (8,2%) и 5 (16,1%) случаях соответственно.

Согласно классификации сахарного диабета ВОЗ (1999), среди исследуемых пациентов сахарный диабет 1-го типа выявлен у 27 (33,8%), 2-го типа – у 53 (66,2%) больных, компенсированная форма – у 59 (73,7%), декомпенсированная форма – у 21 (26,3%) больного.

Уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) у больных определяли 2 раза – перед операцией и в послеоперационном периоде.

Результаты лабораторных исследований показывают, что в стадии субкомпенсации, то есть показатель HbA1c $7,1-7,5\%$ имел место у 73,7%, в стадии декомпенсации – HbA1c $> 7,5\%$ – у 26,3% пациентов.

Коррекцию нарушений углеводного обмена проводили совместно с эндокринологом с учетом типа и тяжести сахарного диабета, больным назначали диету и антидиабетические препараты.

На фоне диеты для достижения уровня субкомпенсации диабета применяли сахаропонижающие препараты – бигуаниды (метформин) и производные сульфанилмочевины (глибенкламид), которые назначались по общепринятым стандартам лечения с учетом некоторых особенностей их влияния на уровень остеопороза.

Диабетическая полинейропатия имела у 62,3% обследованных нами больных, для ее коррекции применяли альфа-липоевую кис-

лоту и её производные: тиогамама, мильгамма либо берлитион.

Для коррекции гиперлипидемии и ангиопатии (33,6%) назначали витамины группы В, аскорбиновую и липоевую кислоты, липамид, метионин. Нами также активно используется актовегин и весел-дуэф.

Кроме того, внутрь и парентерально в сочетании с метионином назначали никотиновую кислоту и её препараты (никотинамид). Для нормализации белкового обмена и катаболизма применяли анаболические стероиды – метандростенолон (неробол, ретаболил).

Накануне артропластики пациенты получают легкий ужин и, как правило, инсулин короткого действия – 4 ед., базальный (продолжительный) инсулин – ½ от обычной дозы, ставится очистительная клизма. Утром до операции вводили инсулин короткого действия. Спустя 2 часа после введения инсулина перед началом операции вводили 5-10% раствор глюкозы со скоростью введения 100 мл/час. Больным инсулин короткого действия назначали каждые 4-6 часов. Дозу подбирали с учетом содержания глюкозы крови. При гликемии 11-14 ммоль/л подкожно вводили 4 ед., при 14-16,5 ммоль/л – 6 ед. Операцию выполняли при достижении уровня гликированного гемоглобина HbA1c меньше 8-9%.

Для определения эффективности ранней диагностики и профилактики тромбоэмболических осложнений при эндопротезировании тазобедренного сустава исследуемых больных разделили на 2 группы. В основную группу вошли 49, в контрольную – 31 пациент. Всем больным артропластика сустава проводилась на фоне разработанного нами индивидуального комплекса инфузионной терапии.

В основной группе в состав инфузионной терапии входили следующие препараты: раствор тивортин 4,2% (способствует выработке инсулина, регулирует уровень глюкозы в крови) по 100 мл по 10-15 мг/кг внутривенно, раствор латрена 0,05% по 400 мл и раствор гипохлорита натрия 0,06% и 0,03% по 400 мл внутривенно. В контрольной группе использовали растворы реамберина 1,5% по 400 мл внутривенно и латрена 0,05% по 400 мл внутривенно.

Раствор гипохлорита натрия 0,06% и 0,03%, наряду с детоксикационным, реологокорректирующим, также обладает гипогликемическим, бактерицидным и другими эффектами. В ряде работ доказана эффективность инфузии 0,06% раствора гипохлорита натрия у больных с СД [6].

Введение 0,06% и 0,03% раствора гипохлорита натрия производили в центральную или периферическую вену со скоростью 40-60 капель в минуту. При диабетической нефропатии, которая имела место у 21,3% больных, мы использовали 0,03% раствора гипохлорита натрия с целью уменьшения токсичности раствора на функцию почек. Раствор 0,06% гипохлорита натрия мы вводили исключительно при наличии у пациента подключичного катетера, чтобы уменьшить токсическое воздействие раствора на эндотелий сосудов. Объём инфузии составлял 400,0 мл в сутки, введение производили на 2-3-е сутки посттравматического и послеоперационного периодов.

Кроме того, всем больным в послеоперационном периоде с целью профилактики тромбоэмболических осложнений назначен клексан по 0,4 мл подкожно в течение 3 дней, в последующем – варфарин по 0,25 мг утром и вечером в течение 10 дней, начиная с 10-го дня, по одной таблетке в день в течение месяца.

Кроме общеклинических лабораторных анализов у пациентов основной группы были изучены некоторые показатели системы гемостаза. С целью изучения состояния систем гемостаза у больных использованы следующий набор коагулологических исследований: время свертывания крови по Ли- Уайту (ВСК); активированное частичное тромбопластиновое время (АПТВ); протромбиновый индекс одноступенчатым методом по Квику (ПИ); тромбиновое время по Сирмаи (ТИ); определение фибринолитической активности цельной крови по объему третьей фракции и гематокриту по Кузнику и Котовщикову (ФАК); концентрация фибриногена гравиметрическим методом Рутберга с модификацией расчета по Котовщиковой и Федоровой (КФГ); активность антитромбина – III по MorbetetWenterstei (AA-III); определение фибрин-мономерных комплексов по Черкашину (РФМК).

Статистическая обработка материала выполнялась на программе IBM SPSS Statistics сборка 1.0.0.1298 по стандартным методикам вычислений показателей описательной статистики, корреляционного, регрессионного и дисперсионного анализов. Методом статистики для связанных количественных совокупностей при нормальном распределении сравнивали однофакторным дисперсионным анализом ANOVA с повторными измерениями. Количественные данные в двух независимых группах, при сопоставимых дисперсиях сравнивали t-критерием Стьюдента, при различных дисперсиях – t-критерием

Уэлча. Значимость различий определялась при $p \leq 0,05$.

Результаты и их обсуждение

В настоящей работе были изучены некоторые показатели свертываемости и реологических свойства крови у 80 пациентов с переломами проксимального конца бедренной кости на фоне сахарного диабета, разделенных на контрольную ($n=31$) и основную группы ($n=49$).

Выявлены достоверно значимые различия между группами при поступлении и по ходу лечения. Показатели реологии изучались при поступлении, на 3 и 7 дни после проведенной артропластики тазобедренного сустава (таблица).

При поступлении у больных выявлено, что АЧТВ в основной группе составил $20,8 \pm 1,0$ секунд, в контрольной – $20,3 \pm 1,0$ секунд. Межгрупповое сравнение показателя достоверно значимых результатов не выявило. После проведенной артропластики тазобедренного сустава на 3 сутки выявлено достоверно значимое повышение показателей в контрольной и основной группах на 4,9% ($p=0,006$) и 55,3% ($p<0,001$) соответственно, при этом межгрупповая разница составила 51,6% ($p<0,001$). На седьмой день после операции показатели достоверно значимо повысились на 20,7% ($p<0,001$) и 60,6% ($p<0,001$) соответственно по отношению к показателям при поступлении и на 15,0% ($p<0,001$) в контрольной группе по отношению к показателям на третий день после операции; при этом в основной группе достоверно значимых различий выявлено не было, а межгрупповая разница имела достоверную значимость и составляла 36,3% ($p<0,001$).

В первые сутки у пациентов выявлены небольшие различия в показателях протромбинового времени. Так, в основной группе этот показатель составил в среднем $17,5 \pm 0,9$ секунд, в контрольной – меньше на 4,9% – $18,4 \pm 0,8$ секунд ($p<0,001$). После проведенной операции на 3 сутки выявлено достоверно значимое снижение показателей в контрольной группе на 12,0% ($p<0,001$), в основной снижение составило 34,9% ($p<0,001$), при этом межгрупповая разница также имела достоверную значимость и составила 29,6% ($p<0,001$). На седьмой день после операции показатели достоверно снизились в контрольной группе на 17,9% ($p<0,001$), в основной – на 36,6% ($p<0,001$), по сравнению с показателями при поступлении, и на 6,8% ($p<0,001$) и 2,6% ($p<0,001$) – по сравнению с показателями на третий сутки после операции, при этом межгрупповая разница также имела достоверную значимость и составила 26,5% ($p<0,001$).

Исследование показателя тромбинового времени у пациентов при поступлении выявило, что, в среднем, в основной группе тромбиновое время составляет $21,6 \pm 0,9$ секунд, в контрольной – $22,8 \pm 0,9$ секунд. Межгрупповая разница имела достоверную значимость и составила 5,3% ($p<0,001$). На 3 сутки после проведенной операции выявлены достоверно значимые различия в контрольной группе на 7,5% ($p<0,001$), что меньше, чем при поступлении, а в основной – 27,8% ($p<0,001$), при этом межгрупповая разница составила 26,1% ($p<0,001$). При следующем анализе показателя на седьмой день после операции в контрольной группе тромбиновое время достоверно значимо снизилось на 11,8% ($p<0,001$), по сравнению с показателем при поступлении, в основной – на 32,4% ($p<0,001$); по сравнению с третьим днем после операции показатель также достоверно значимо снизился на 4,7% ($p<0,001$) и на 6,4% ($p<0,001$) соответственно, при этом межгрупповая разница также имела достоверную значимость и составила 27,4% ($p<0,001$).

Количество тромбоцитов у больных, которым была произведена артропластика тазобедренного сустава, при поступлении в контрольной группе составило $361,4 \pm 25,7 \times 10^9 \text{ л}^{-1}$, в основной – $357,0 \pm 21,1 \times 10^9 \text{ л}^{-1}$. Межгрупповое сравнение показателя достоверно значимых результатов не выявило. После проведенной операции на 3 сутки средние величины количества тромбоцитов, не имеющих достоверную значимость в обеих группах, на 7 сутки в 1 группе достоверно значимо уменьшилось на 8,1% ($p<0,001$), во 2 группе – на 5,8% ($p<0,001$), межгрупповое сравнение, достоверно значимых различий не выявило.

Изучение АТ III показало, что в основной группе среднее значение показателя составило $70,7 \pm 1,5\%$, в контрольной – $69,2 \pm 2,0\%$, обнаружена достоверно значимая межгрупповая разница, которая составила 2,2% ($p<0,001$). После проведенной артропластики тазобедренного сустава на 3 сутки выявлено достоверно значимое повышение АТ III в контрольной и основной группах на 5,6% ($p<0,001$) и 55,9% ($p<0,001$) соответственно, при этом межгрупповая разница составила 50,8% ($p<0,001$). На 7 день после операции показатели достоверно повысились на 15,9% ($p<0,001$) и 48,4% ($p<0,001$), по отношению к показателям при поступлении, на 9,7% ($p<0,001$) и 4,8% соответственно – по отношению к показателям на третий день после операции. При этом межгрупповая разница также имела достоверную значимость и составила 30,8% ($p<0,001$).

Некоторые показатели реологии и свертываемость крови у больных

Показатели	1 день		3 день		7 день		p
	1 группа n=31	2 группа n=49	1 группа n=31	2 группа n=49	1 группа n=31	2 группа n=49	
АЧТВ, Сек	20,3±1,0	29,1±1,1	21,3±1,5	32,3±2,2	24,5±1,5	33,4±2,5	P _{1гп} <0,001* P _{2гп} <0,001*
	-4,7 P ₂ =0,006*	-9,9 P ₂ <0,001*	4,9 P ₁ =0,006*	11,0 P ₁ <0,001*	20,7 P ₁ <0,001*	14,8 P ₁ <0,001*	
	-17,1 P ₃ <0,001*	-12,9 P ₃ <0,001*	-13,1 P ₃ <0,001*	-3,3 P ₃ =0,130	15,0 P ₂ <0,001*	3,4 P ₂ =0,130	
	43,3 P ₄ <0,001*		51,6 P ₄ <0,001*		36,3 P ₄ <0,001*		
Прогромби- новое время, сек	18,4±0,8	11,3±0,7	16,2±0,6	11,4±0,6	15,1±0,7	11,1±0,5	P _{1гп} <0,001* P _{2гп} <0,001*
	13,6 P ₂ <0,001*	-0,9 P ₂ =0,053	-12,0 P ₁ <0,001*	0,9 P ₁ =0,053	-17,9 P ₁ <0,001*	-1,8 P ₁ =0,199	
	21,9 P ₃ <0,001*	1,8 P ₃ =0,199	7,3 P ₃ <0,001*	2,7 P ₃ <0,001*	-6,8 P ₂ <0,001*	-2,6 P ₂ <0,001*	
	-38,6 P ₄ <0,001*		-29,6 P ₄ <0,001*		-26,5 P ₄ <0,001*		
Тромбиновое время, Сек	22,8±0,9	14,2±1,0	21,1±0,8	15,6±1,0	20,1±0,8	14,6±0,9	P _{1гп} <0,001* P _{2гп} <0,001*
	8,1 P ₂ <0,001*	-9,0 P ₂ <0,001*	-7,5 P ₁ <0,001*	9,9 P ₁ <0,001*	-11,8 P ₁ <0,001*	2,8 P ₁ =0,084	
	13,4 P ₃ <0,001*	-2,7 P ₃ =0,084	5,0 P ₃ <0,001*	6,8 P ₃ <0,001*	-4,7 P ₂ <0,001*	-6,4 P ₂ <0,001*	
	-37,7 P ₄ <0,001*		-26,1 P ₄ <0,001*		-27,4 P ₄ <0,001*		
Тромбоциты x 10 ⁹ л ⁻¹	361,4±25,7	297,8±20,9	351,7±23,7	300,8±18,7	332,2±11,7	289,9±19,1	P _{1гп} <0,001* P _{2гп} =0,022*
	2,8 P ₂ =0,356	-1,0 P ₂ =0,803	-2,7 P ₁ =0,356	1,0 P ₁ =0,803	-8,1 P ₁ <0,001*	-2,7 P ₁ =0,147	
	8,8 P ₃ <0,001*	2,7 P ₃ =0,147	5,9 P ₃ =0,003*	3,8 P ₃ =0,018*	-5,5 P ₂ =0,003*	-3,6 P ₂ =0,018*	
	-17,6 P ₄ <0,001*		-14,5 P ₄ <0,001*		-12,7 P ₄ <0,001*		

АТ Ш, %	69,2±2,0	124,1±3,6	73,1±1,4	110,2±2,3	80,2±1,6	104,9±1,7	P _{1np} <0,001* P _{2np} <0,001*
	-5,3 p ₂ <0,001*	12,6 p ₂ <0,001*	5,6 p ₁ <0,001*	-11,2 p ₁ <0,001*	15,9 p ₁ <0,001*	-15,5 p ₁ <0,001*	
	-13,7 P ₃ <0,001*	18,3 P ₃ <0,001*	-8,9 P ₃ <0,001*	5,1 P ₃ <0,001*	9,7 p ₂ <0,001*	-4,8 p ₂ <0,001*	
	79,3 P ₄ <0,001*		50,8 P ₄ <0,001*		30,8 P ₄ <0,001*		
Агрегация тромбоцитов, %	105,0±1,7	72,0±1,4	101,3±1,9	75,5±1,3	74,9±2,1	96,6±1,4	P _{1np} <0,001* P _{2np} <0,001*
	3,7 p ₂ <0,001*	-4,6 p ₂ <0,001*	-3,5 p ₁ <0,001*	4,9 p ₁ <0,001*	-28,7 p ₁ <0,001*	34,2 p ₁ <0,001*	
	40,2 p ₃ <0,001*	-25,5 p ₃ <0,001*	35,2 p ₃ <0,001*	-21,8 p ₃ <0,001*	-26,1 p ₂ <0,001*	27,9 p ₂ <0,001*	
	-31,4 P ₄ <0,001*		-25,5 P ₄ <0,001*		29,0 P ₄ <0,001*		
Программи- новый индекс, сек	128,2±1,6	71,2±1,3	122,9±1,8	75,2±1,4	120,3±1,3	81,3±1,5	P _{1np} <0,001* P _{2np} <0,001*
	4,3 p ₂ <0,001*	-5,3 p ₂ <0,001*	-4,1 p ₁ <0,001*	5,6 p ₁ <0,001*	-6,2 p ₁ <0,001*	14,2 p ₁ <0,001*	
	6,6 p ₃ <0,001*	-12,4 p ₃ <0,001*	2,2 p ₃ <0,001*	-7,5 p ₃ <0,001*	-2,1 p ₂ <0,001*	8,1 p ₂ <0,001*	
	-44,5 P ₄ <0,001*		-38,8 P ₄ <0,001*		-32,4 P ₄ <0,001*		
МНО	0,78±0,08	1,48±0,10	0,81±0,08	1,41±0,07	0,85±0,09	1,35±0,05	P _{1np} <0,001* P _{2np} <0,001*
	-3,7 p ₂ =0,018*	5,0 p ₂ <0,001*	3,8 p ₁ =0,018*	-4,7 p ₁ <0,001*	9,0 p ₁ <0,001*	-8,8 p ₁ <0,001*	
	-8,2 p ₃ <0,001*	9,6 p ₃ <0,001*	-4,7 p ₃ <0,001*	4,4 p ₃ <0,001*	4,9 p ₂ <0,001*	-4,3 p ₂ <0,001*	
	89,7 P ₄ <0,001*		74,1 P ₄ <0,001*		58,8 P ₄ <0,001*		
Фибриноген, г/л	4,1±0,11	2,5±0,13	3,9±0,11	2,4±0,09	3,7±0,09	2,1±0,10	P _{1np} <0,001* P _{2np} <0,001*
	5,1 p ₂ <0,001*	4,2 p ₂ =0,007*	-4,9 p ₁ <0,001*	-4,0 p ₁ =0,007*	-9,8 p ₁ <0,001*	-16,0 p ₁ <0,001*	
	10,8 p ₃ <0,001*	19,0 p ₃ <0,001*	5,4 p ₃ <0,001*	14,3 p ₃ <0,001*	-5,1 p ₂ <0,001*	-12,5 p ₂ <0,001*	
	-39,0 P ₄ <0,001*		-38,5 P ₄ <0,001*		-43,2 P ₄ <0,001*		

В первые сутки у пациентов достоверно значимых различий по показателю агрегации тромбоцитов не выявлено. В основной группе этот показатель составил $106,0 \pm 1,6\%$, в контрольной – $105,0 \pm 1,7\%$. После операции на 3 сутки выявлено достоверно значимое снижение показателя в контрольной группе на $3,5\%$ ($p < 0,001$), в основной – повышение на $28,8\%$ ($p < 0,001$). Межгрупповая разница имела достоверную значимость и составила $25,5\%$ ($p < 0,001$). На седьмой день после операции показатели достоверно значимо снизились: в контрольной группе на $28,7\%$ ($p < 0,001$), в основной – на $8,9\%$ ($p < 0,001$), по сравнению с показателями при поступлении, и на $26,1\%$ ($p < 0,001$) – по отношению к контрольной группе, по сравнению с показателями на третьи сутки после операции, и повысились на $27,6\%$ ($p < 0,001$) в основной группе. Межгрупповая разница также имела достоверную значимость и составила $29,0\%$ ($p < 0,001$).

Исследование показателя протромбинового индекса у пациентов при поступлении выявило, что в среднем в основной группе протромбиновый индекс составляет $127,4 \pm 1,4$ секунд, в контрольной – $128,2 \pm 1,6$ секунд. При межгрупповом сравнении достоверная значимость не выявлена. На 3 сутки, после операции происходит достоверно значимое уменьшение показателя в контрольной группе на $4,1\%$ ($p < 0,001$), в основной – на $41,0\%$ ($p < 0,001$), с межгрупповой разницей $38,8\%$ ($p < 0,001$). На седьмой день после операции выявлено, что в контрольной группе протромбиновый индекс достоверно значимо снизился на $6,2\%$ ($p < 0,001$), по сравнению с показателями при поступлении, в основной – на $36,2\%$ ($p < 0,001$); по сравнению с третьим днем после операции результаты показателя снизились в контрольной группе на $2,1\%$ ($p < 0,001$) и повысились в основной на $8,1\%$ ($p < 0,001$). Межгрупповая разница имела достоверную значимость и составила $32,4\%$ ($p < 0,001$).

Показатели МНО у больных, которым была проведена артропластика тазобедренного сустава, при поступлении в контрольной группе составили $0,78 \pm 0,08$, в основной – $0,77 \pm 0,10$. Межгрупповое сравнение при поступлении достоверно значимых результатов не выявило. После проведенной операции на 3 сутки обнаружена достоверно значимая разница. В основной группе показатель повысился на $83,1\%$ ($p < 0,001$), в контрольной группе – на $3,8\%$ ($p = 0,018$). Межгрупповая разница составила $74,1\%$ ($p < 0,001$). На 7 сутки в обеих группах выявлено достоверно значи-

мое повышение показателя по отношению к результатам при поступлении и на 3 сутки после операции. Так, в контрольной группе повышение было на $9,0\%$ ($p < 0,001$) и $4,9\%$ ($p < 0,001$) соответственно, в основной группе – повышение на $75,3\%$ ($p < 0,001$) и снижение на $4,3\%$ ($p < 0,001$). Межгрупповое сравнение выявило достоверно значимые различия, которые составили $58,8\%$ ($p < 0,001$).

Изучение содержания фибриногена показало, что в основной группе среднее его значение составило $4,2 \pm 0,13$ г/л, в контрольной – $4,1 \pm 0,11$ г/л. Межгрупповое сравнение выявило достоверно значимые различия показателя при поступлении, составляющее $2,4\%$ ($p = 0,001$). После проведенной артропластики тазобедренного сустава на 3 сутки имелось достоверное снижение показателей в контрольной и основной группах на $4,9\%$ ($p < 0,001$) и $42,9\%$ ($p < 0,001$) соответственно. При этом межгрупповая разница составила $38,5\%$ ($p < 0,001$). На 7 день после операции количество фибриногена достоверно снизилось, по отношению к показателю до лечения, и на 3 сутки после – соответственно на $9,8\%$ ($p < 0,001$) и $5,1\%$ ($p < 0,001$) в контрольной группе, на $50,0\%$ ($p < 0,001$) и на $12,5\%$ ($p < 0,001$) – в основной группе. Межгрупповая разница составила $43,2\%$ ($p < 0,001$).

При поступлении больных выявлено, что РМФК в основной группе составил $4,0 \pm 0,08$ мг/100 мл, в контрольной – $4,1 \pm 0,11$ мг/100 мл. Межгрупповое сравнение показателя при поступлении достоверно значимых результатов не выявило. После проведенной операции на 3 сутки имелось достоверно значимое снижение показателя в контрольной и основной группах на $2,4\%$ ($p < 0,001$) и $22,5\%$ ($p < 0,001$) соответственно, при этом межгрупповая разница составила $22,5\%$ ($p < 0,001$). На седьмой день после операции показатели достоверно повысились на $7,3\%$ ($p < 0,001$) и $22,5\%$ ($p < 0,001$) по отношению к показателям при поступлении и на $5,0\%$ ($p < 0,001$) в контрольной группе – по отношению к показателям на третий день после операции. В основной группе достоверно значимой разницы не выявлено. Межгрупповая разница также имела достоверную значимость и составила $18,4\%$ ($p < 0,001$).

В результате исследования некоторых показателей свертываемости и реологических свойств крови у 80 пациентов с переломами проксимального конца бедренной кости на фоне сахарного диабета выявлено, что при поступлении у пациентов группы контроля и в основной наблюдается

выраженная гиперкоагуляция. После артропластики на фоне оптимизированной инфузионной терапии на третьи сутки обнаружены сдвиги показателей в сторону нормокоагуляции. При этом в основной группе все показатели имели достоверную значимость и приближались к границе нормальных значений в сторону гипокоагуляции. На седьмые сутки после проведенной операции также наблюдается нормокоагуляция с достоверным преобладанием показателей в сторону гипокоагуляции у пациентов основной группы.

У исследуемых больных в ближайшем послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения, связанные с нарушением реологических свойства крови: тромбоз глубоких вен голени наблюдался соответственно в 4,1% и 9,7% случаях, посттравматическая хроническая венозная недостаточность конечности в группах составляет 6,1% и 12,9% и илеофemorальный тромбоз наблюдался у одного больного контрольной группы. Все наблюдающиеся осложнения

удлиняли сроки стационарного лечения и реабилитационного периода, хотя острые клинические проявления болезни купировались на фоне квалифицированной специфической терапии, однако этиопатогенетическое лечение и реабилитационные мероприятия были продолжены после выписки больных из стационара.

Заключение

Использование оптимизированной инфузионной терапии в комплексном лечении пациентов с переломами проксимального конца бедренной кости на фоне сахарного диабета после артропластики тазобедренного сустава способствует улучшению реологических свойства крови, уменьшает риск венозных тромбоэмболических осложнений и минимизирует сроки стационарного лечения, а также ускоряет реабилитацию и интеграцию больного к обычной жизни.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

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

1. Кириенко А.И., Андрияшкин В.В., Золотухин И.А. и др. Соблюдение клинических рекомендаций как условие предотвращения госпитальных тромбоэмболических осложнений // *Флебология*. 2016. Т. 10, №1. С. 4-7.
2. Коршунов Г.В., Пучиньян Д.М., Шахмартова С.Г. Эндотелиальная дисфункция и система гемостаза при остеоартрозе тазобедренного сустава и его эндопротезирования // *Тромбоз, гемостаз и реология*. 2016. Т. 66, №2. С. 47-54.
3. Курбанов С.Х., Мирзабеков К.С., Абдуллоев М.С. Костнопластическое моделирование вертлужной впадины при эндопротезировании пациентов с тяжелой дисплазией // *Вестник Академии медицинских наук Таджикистана*. 2019. Т. IX, №4. С. 374-379.
4. Медведева Е.А., Дьячков В.А., Айдумова О.Ю., Грицин А.В. Пневматическая компрессия в клинической практике: возможности лечебного воздействия на периферическое сосудистое русло // *Медицинский вестник Северного Кавказа*. - 2017. - Т. 12, №1. - С. 111-115.
5. Сафаров Дж.М. Результаты тотального эндопротезирования тазобедренного сустава при врожденном вывихе бедра // *Вестник Авиценны*. 2017. Т. 19, № 4. С.524-527.
6. Шумилина О.В., Мурадов А.М. Научное обоснование применения непрямого электрохимического окисления крови в клинической практике // *Научно-практический журнал Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров*. 2014. №2. С. 65-74.

RESERENSES

1. Kirienko A.I., Andriyashkin V.V., Zolotukhin I.A. Soblyudeniye klinicheskikh rekomendatsiy kak uslovie predotvrashcheniya gospitalnykh tromboembolicheskikh oslozhneniy [The Compliance with the Clinical Practice Guidelines as a Condition for the Prevention of Hospital-Associated Venous Thromboembolism]. *Flebologiya – Flebology*, 2016, Vol. 10, No. 1, pp. 4-7.
2. Korshunov G.V., Puchinyan D.M., Shakhmartova S.G. Endotelialnaya disfunktsiya i sistema gemostaza pri osteoartroze tazobedrennogo sustava i ego endoprotezirovaniya [Endothelial dysfunction and hemostasis system in osteoarthritis of the hip joint and its endoprosthetics]. *Tromboz, gemostaz i reologiya - Thrombosis, Hemostasis and Rheology*. Scientific and practical journal, 2016, Vol. 66, No. 2, pp. 47-54.
3. Kurbanov S.Kh., Mirzabekov K.S., Abdulloev M.S. Kostnoplachesticheskoe modelirovanie vertluzhnoy vpadiny pri endoprotezirovanii patsientov s tyazheloy displaziey [Bone plastic modeling of the acetabulum in endoprosthetics of patients with severe dysplasia]. *Vestnik Akademii meditsinskikh nauk Tadjikistana – Herald of the Academy of Medical Sciences of Tajikistan*, 2019, Vol. 9, No. 4, pp. 374-379.
4. Medvedeva E.A., Dyachkov V.A., Aydumova O.Yu. Pnevmaticheskaya kompressiya v klinicheskoy praktike: vozmozhnosti lechebnogo vozdeystviya na perifericheskoe sosudistoe ruslo [Pneumatic compression in clinical practice: possibilities of therapeutic effects on the peripheral vascular bed]. *Meditsinskiy vestnik Severnogo Kavkaza – Medical Bulletin of the North Caucasus*, 2017, Vol. 12, No. 1, pp. 111-115.

5. Safarov Dzh.M. Rezultaty totalnogo endoprotezirovaniya tazobedrennogo sustava pri vrozhdennom vyvikhe bedra [Results of total hip replacement in congenital hip dislocation]. *Vestnik Avitsenny – Avicenna Bulletin*, 2017, Vol. 19, No. 4, pp. 524-527.
6. Shumilina O.V., Muradov A.M. Nauchnoe obosnovanie primeneniya nepryamogo elektrokhimicheskogo oksleniya krovi v klinicheskoy praktike [Scientific basis of application of indirect electrochemical oxidation of blood in clinical practice]. *Nauchno-prakticheskiy zhurnal Tadzhikskogo instituta poslediplomnoy podgotovki meditsinskikh kadrov – Scientific and practical journal of Tajik Institute of Post-Graduate Education of medical Staff*, 2014, No. 2, pp. 65-74.
7. Amato M.G. Venous Thromboembolism (VTE) Prophylaxis in Hip and Knee Replacement Surgery. *Springer International Publishing*, 2017. pp. 121-126.
8. Boyd R.A. Direct Oral Anticoagulants Vs. Enoxaparin for Prevention of Venous Thromboembolism Following Orthopedic Surgery: A Dose Response Meta-analysis. *Clinical and Translational Science*, 2017, Vol. 10, No. 4, pp. 260-270.
9. Kremers H.M., Lewallen L.W., Mabry T.M. Diabetes mellitus, hyperglycemia, hemoglobin a1c and the risk of prosthetic joint infections in total hip and knee arthroplasty. *Journal of Arthroplasty*, 2015, Vol. 30, No. 3, pp. 439-443.
10. Malhotra R., Babhulkar S., Sanjibet K.B. Thromboprophylaxis with dabigatran after total hip arthroplasty in Indian patients: A subanalysis of a double-blind, double-dummy, randomised RE-NOVATE II study. *Asian Journal of Surgery*, 2017, Vol. 40, No. 2, pp. 145-151.
11. Puram C., Pradhan C., Patil A. Outcomes of dynamic hip screw augmented with trochanteric wiring for treatment of unstable type A2 intertrochanteric femur fractures. *Injury*, 2017, No. 48, pp. S72-S77.

Сведения об авторах:

Рабиев Хусрав Худойкулович – соискатель кафедры травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Сироджов Кутбудин Хасанович – зав. кафедрой травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н., доцент

Гафарзода Сино – больничный ординатор ГУ «Комплекс здоровья “Истиклол”»

Махмадалиев Бахтовар Гуломхайдарович – соискатель кафедры травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Сироджода Масъуди Садриддин – больничный ординатор ГУ «Комплекс здоровья “Истиклол”»

Контактная информация:

Рабиев Хусрав Худойкулович – тел.: (+992) 918 59 58 50

^{1,2}Расулов С.Р., ^{1,2}Обидов Д.С., ³Расулов К.С.

РАСШИРЕННАЯ РАДИКАЛЬНАЯ МАСТЭКТОМИЯ С ЗАКРЫТИЕМ ДЕФЕКТА МЯГКИХ ТКАНЕЙ ГРУДНОЙ СТЕНКИ КОЖНО-МЫШЕЧНЫМ ТОРАКОДОРЗАЛЬНЫМ ЛОСКУТОМ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ IIIБ, IIIС И IV СТАДИЙ

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

²ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН РТ

³Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Краевой клинический центр онкологии" Министерства здравоохранения Хабаровского края, РФ

^{1,2}Rasulov S.R., ^{1,2}Obidov D.S., ³Rasulov K.S.

EXTENDED RADICAL MASTECTOMY WITH CLOSURE OF SOFT TISSUES DEFECT OF THE THORACIC WALL WITH A MUSCULOSKELETAL THORACODORSAL FLAP IN PATIENTS WITH STAGE IIIБ, IIIС AND IV BREAST CANCER

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

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

³Regional State Budgetary Healthcare Institution "Regional Clinical Oncology Center" of the Ministry of Health of the Khabarovsk Territory, RF

Цель исследования. Демонстрация возможностей проведения расширенной радикальной мастэктомии с одномоментной пластикой дефекта передней грудной стенки кожно-мышечным торакодорзальным лоскутом у больных раком молочной железы IIIБ, IIIС, IV стадий и оценка её непосредственных результатах.

Материал и методы. Расширенная радикальная мастэктомия с одномоментной пластикой дефекта передней грудной стенки перемещенным торакодорзальным лоскутом применялась нами с 2015 года у 15 больных. Больные имели стадии Т4N1M0 – 3 (20%), Т4N2M0 – 5 (33,3%) и Т4N0-3M1 – 7 (46,7%).

Результаты. После расширенной радикальной мастэктомии с одномоментной пластикой дефекта передней грудной стенки ТД-лоскутом в одном случае (13,3%) наблюдался краевой некроз лоскута, в другом – частичный некроз кожи по медиальному краю лоскута. В послеоперационном периоде адъювантную химиотерапию продолжили 5 (33,3%) больных; 13 (86,7%) пациентам без отдаленных метастазов проведена адъювантная лучевая терапия.

Заключение. Применение перемещенных лоскутов для закрытия дефекта передней грудной стенки после расширенных мастэктомий при МР РМЖ позволяет выполнить хирургический этап лечения в «инкурабельной» группе больных в радикальном объеме. Полученные результаты позволяют добиться удовлетворительного косметического результата, увеличения продолжительности и улучшения качества жизни больных.

Ключевые слова: рак молочной железы, расширенная радикальная мастэктомия, пластика дефекта передней грудной стенки, кожно-мышечный торакодорзальный лоскут

Aim. Demonstration of the possibilities of performing an extended radical mastectomy with simultaneous plasty of an anterior chest wall defect with a musculocutaneous thoracodorsal flap in patients with stage IIIБ, IIIС, IV breast cancer and evaluation of its immediate results.

Material and methods. Extended radical mastectomy with simultaneous plasty of an anterior chest wall defect with a displaced thoracodorsal flap has been used by us since 2015 in 15 patients. Patients had stages T4N1M0 - 3 (20%), T4N2M0 - 5 (33,3%) and T4N0-3M1 - 7 (46,7%).

Results. After extended radical mastectomy with simultaneous plasty of an anterior chest wall defect with a TD flap, marginal necrosis of the flap was observed in one case (13,3%), and partial skin necrosis along the medial edge of the flap was observed in the other. In the postoperative period, adjuvant chemotherapy was continued in 5 (33,3%) patients; 13 (86.7%) patients without distant metastases underwent adjuvant radiation therapy.

Conclusion. The use of displaced flaps to close an anterior chest wall defect after extended mastectomies in MR breast cancer allows performing the surgical stage of treatment in the "incurable" group of patients in a radical volume. The obtained results allow to achieve a satisfactory cosmetic result, increase the duration, and improve the quality of life of patients.

Key words: breast cancer, extended radical mastectomy, anterior chest wall defect plasty, musculocutaneous thoracodorsal flap

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% [9]. В Российской Федерации в 2019 году выявлены 73 918 случаев РМЖ у женщин, что составило 11,6% среди всех ЗНО населения [2]. По данным организационно-методического отдела РОНЦ и Республиканского Центра медицинской статистики и информации Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, в 2019 году РМЖ впервые выявлен у 506 женщин, что составило 13,7% среди всех впервые выявленных злокачественных опухолей.

Несмотря на налаженную систему маммографического скрининга, количество больных, выявленных в III-IV стадиях, даже в развитых странах, остается высоким. По данным ракового регистра Республики Корея (Южная Корея), за 2017 год на долю впервые диагностированных случаев РМЖ с III стадией приходится 7,8%, IV стадией – 0,8%. [5]. В Нидерландах в 2019 году выявлены с III стадией 8% женщин и с IV стадией – 5 % [4]. 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% [2].

По сообщениям Давыдова М.И. и Акселя Е.М. (2010), специальной статистики частоты МР РМЖ в России тоже нет, но, учитывая, что РМЖ III стадии диагностируется у 26% больных, предположительная частота III и IIIС стадий составляет около 20% [1]. Анализ распространенности опухолевого процесса среди 2352 женщин РМЖ, взятых впервые на учет, с 2016 по 2020 годы показал, что в Республики Таджикистан доля больных с III стадией составляет 14,5%.

По определению, местно-распространенный рак молочной железы (МР РМЖ) – это опухоль больших размеров (> 5 см) с вовлечением в процесс кожи либо грудной стенки и обширными метастазами в региональные лимфоузлы – стадии IIIВ, IIIС.

Практически все больные МР РМЖ исходно неоперабельны, их лечение должно начинаться с системной лекарственной терапии, с последующим хирургическим вмешательством, который носит паллиативный характер [3, 6]. Показаниями к удалению первичного очага являются борьба с местными осложнениями (распад опухоли, кровотечение) и локальный контроль первичной опухоли [7, 8].

В регионах с ограниченными возможностями доступа к современным препаратам (химиопрепараты, гормоны и таргетные препараты) ещё сложнее стоит вопрос оказания помощи данной категории больных. Традиционная радикальная мастэктомия сопряжена с высоким риском местных рецидивов. В связи с этим необходима разработка и внедрение расширенных методик хирургического вмешательства, которая смогла бы обеспечить максимальное удаление первичного очага, отсрочить местный рецидив и улучшить качество жизни больных.

Цель исследования

Изучить непосредственные результаты расширенной радикальной мастэктомии с одномоментной пластикой дефекта передней грудной стенки кожно-мышечным торакодорзальным лоскутом у больных раком молочной железы IIIВ, IIIС, IV стадий.

Материал и методы исследования

Расширенная радикальная мастэктомия с одномоментной пластикой дефекта передней грудной стенки перемещенным торакодорзальным лоскутом (ТД-лоскут) применяется нами при лечении МР РМЖ с 2015 года. Изучены клинические данные 15 больных МР РМЖ, которые получали ле-

чение в условиях отделения маммологии и реконструктивно-пластической хирургии ГУ «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Всем пациенткам при обращении в поликлиническом отделении центра проводилось первичное обследование, включающее сбор анамнеза, общий осмотр, осмотр молочных желез, пальпацию молочных желез в вертикальном и горизонтальном положениях, пальпацию подмышечных, шейных и надключичных лимфатических узлах. После первичного осмотра выполняли аспирационную (тонкоигольную) биопсию опухоли молочной железы и регионарных лимфатических узлов. В последующем производили трепанбиопсию опухоли для определения морфологической формы и биологического подтипа опухоли. Дополнительные инструментальные методы исследования – для исключения или подтверждения отдаленных метастазов – включали ультразвуковое исследование МЖ, УЗИ органов брюшной полости, рентгенографию легких, КТ органов грудной клетки и по показаниям скелета. На основании полученных результатов устанавливали злокачественную природу образования и стадию заболевания. Классифицировали РМЖ по восьмому изданию «TNM: Классификация злокачественных опухолей» – современные международные стандарты описания и определения стадий злокачественных опухолей, 2018 года.

Возраст больных составил от 24 до 72 лет. МР РМЖ наиболее часто выявлен у больных в возрасте 40-59 лет, что составило 60% (9). В возрасте до 30-39 лет МР РМЖ установлен у 4 (26,7%) больных. В возрасте старше 60 лет находились 2 (13,3%) боль-

ных. Больные имели стадии T4N1M0 – 3 (20%), T4N2M0 – 5 (33,3%) и T4N0-3M1 – 7 (46,7%). У 1 (6,7%) больной имелось метастатическое поражение кожи грудной клетки вокруг молочной железы, еще у 1 (6,7%) пациентки имело место вторичное поражение печени и у 1 (6,7%) – метастатическое поражение костей скелета. Неoadъювантную химиотерапию от 2 до 10 курсов получали 13 (86,7%) больных.

Целью расширенной мастэктомии и закрытия обширного дефекта тканей передней грудной стенки у больных без отдаленных метастазов явилось обеспечение максимального радикализма, а у больных с отдаленными метастазами операция носила характер санитарной мастэктомии, для избавления больных от распадающейся кровоточившей язвы со зловонным запахом. Для закрытия дефекта тканей передней грудной стенки у всех больных применяли ТД-лоскут. Изучались непосредственные результаты в ближайший послеоперационный период.

Результаты и их обсуждение

Лоскут из широчайшей мышцы спины под названием «кожно-мышечный торакодorzальный лоскут» впервые предложен I. Tansini в 1897 году для закрытия дефектов грудной стенки после мастэктомии. Лоскут включает широчайшую мышцу спины, подкожно-жировую клетчатку и кожу. Кровоснабжение лоскута происходит за счет ветви подлопаточных артерий и вены из подмышечных сосудов. С учетом особенностей послеоперационного дефекта у всех больных был использован горизонтальный ТД-лоскут. Разметку линии разреза вокруг молочной железы производили до операции в горизонтальном положении пациенток, а предварительную разметку зоны ТД-лоскута – в вертикальном положении (рисунки 1, 2).



Рис. 1, 2. Разметка линий разреза кожи вокруг молочной железы и проекции ТД-лоскута

Затем производилась расширенная радикальная мастэктомия, определялась зона дефекта кожи, куда перемещается лоскут, и выполнялась мобилизация ТД-лоскута из широчайшей мышцы спины (рис. 3, 4).

Мобилизованный ТД-лоскут, кроме широчайшей мышцы спины, включал

кожу и подкожную клетчатку. При формировании ТД-лоскута кожа рассекается двумя эллипсоидными разрезами вокруг лоскута, производится широкое выделение подкожной жировой клетчатки до верхнего угла лопатки и середины поясничной области.



Рис. 3, 4. Состояние после мастэктомии и мобилизации ТД-лоскута

Далее производили мобилизацию широчайшей мышцы спины на всем протяжении по внутренней её поверхности. Затем мышцу отсекали от мест её прикрепления к остистым отросткам позвоночника и заднебоковой поверхности грудной стенки. Поднимая лоскут,

выделяли его сосудистую ножку до полной мобилизации. Торакодорсальный нерв сохраняли, поскольку денервация лоскута может привести к атрофии мышцы. Затем лоскут перемещали на рану передней поверхности грудной клетки и накладывали швы на края раны (рис. 5, 6).



Рис. 5,6. ТД-лоскут уложен на место молочной железы, восстановлен дефект кожи грудной стенки

Интраоперационных осложнений не отмечались. Первичное заживление ран у 13 больных после расширенной радикальной мастэктомии с одномоментной пластикой дефекта передней грудной стенки ТД-лоскутом оценили как удовлетворительное, что составило 86,7%. В одном случае наблюдался краевой некроз лоскута, в другом - частичный некроз кожи по медиальному краю лоскута, что составило 13,3%. Дополнительного хирургического вмешательства обоим больным не понадобилось, заживление ран происходило вторичным натяжением. В послеоперационном периоде адъювантную химиотерапию продолжили 5 (33,3%) больных, 13 (86,7%) больным без отдаленных метастазов проведена адъювантная лучевая терапия.

Заключение

Больные раком молочной железы IIIВ, IIIС, IV стадий, которые входят в группу местно-

распространенного и метастатического РМЖ, изначально считаются неоперабельными. Их лечение носит паллиативный характер и направлено на продление и улучшение качества жизни. Традиционная радикальная мастэктомия после неoadъювантной терапии сопряжена с высоким риском местных рецидивов. Применение расширенной радикальной мастэктомии с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки позволяет выполнить хирургический этап лечения в «инкурабельной» группе больных в радикальном объеме, отсрочить время появления местных рецидивов, добиться удовлетворительного косметического результата, увеличения продолжительности жизни больных и значительного улучшения её качества.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 4-9 см. в REFERENCES)

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2008 г. // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. 2010. Т. 21, Прил. 11. С. 3–158.
2. Каприна А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2019 году (заболеваемость и смертность) / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой. Москва, 2020. 252 с.
3. Седаков И.Е. и др. Местно-распространенный рак молочной железы. Возможности химиолучевого лечения // Новообразование. 2011. № 2 (8). С. 78-80

RESERENSES

1. Davydov M.I., Aksel E.M. Statistika zlokachestvennykh novoobrazovaniy v Rossii i stranakh SNG v 2008 g. [Statistics of malignant neoplasms in Russia and CIS countries in 2008]. *Vestnik Onkologicheskogo nauchnogo tsentra im. N.N. Blokhina Rossiyskoy akademii meditsinskikh nauk – Bulletin of the N.N. Blokhin Cancer Research Center of the Russian Academy of Medical Sciences*, 2010, Vol. 21, No. 11, pp. 3–158.
2. Kaprina A.D. *Zlokachestvennye novoobrazovaniya v Rossii v 2019 godu (zabolevaemost i smertnost)* [Malignant neoplasms in Russia in 2019 (morbidity and mortality)]. Moscow, 2020. 252 p.
3. Sedakov I.E. *Mestno-rasprostranennyy rak molochnoy zhelezy. Vozmozhnosti khimioluchevogo lecheniya* [Locally advanced breast cancer. Possibilities of chemoradiotherapy]. *Novoutvoorenniya – Neoplasm*, 2011, No. 2 (8), pp. 78-80
4. Eijkelboom A. *Borstkanker in Nederland trends 1989–2019 gebaseerd op cijfers uit de Nederlandse Kankerregistratie*,

oktober 2020. URL: <https://borstkanker.nl/sites/default/files/2020-10/>

5. Kang S.Y. Breast Cancer Statistics in Korea in 2017: Data from a Breast Cancer Registry. *Journal of Breast Cancer*, 2020, No. 23 (2), pp. 115–28.
6. Liu S.V. Neoadjuvant therapy for breast cancer. *Journal of Surgical Oncology*, 2010, Vol. 101, No. 4, pp. 283–291.
7. Perez C.B. Khan S.A. Local Therapy for the Primary Breast Tumor in Women with Metastatic Disease. *Clinical Advances in Hematology and Oncology*, 2011, No. 9 (2), pp. 112–9.
8. Ruterkamp J. Impact of breast surgery on survival in patients with distant metastases at initial presentation: a systematic review of the literature. *Breast Cancer Researches and Treatment*, 2010, No. 120, pp. 9-16.
9. World Health Organization. *Estimated number of cases in 2020, worldwide, both sexes, all ages*. 2020.

Сведения об авторах:

Расулов Самеъ Рахмонбердиевич – зав. кафедрой онкологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н.

Обидов Джурахон – ассистент кафедры онкологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, врач-ординатор ГУ РОНЦ

Расулов Кошиф Самеович – врач-ординатор Краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения "Краевой клинический центр онкологии" Министерства здравоохранения Хабаровского края, Российская Федерация

Контактная информация:

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

© Коллектив авторов, 2022

УДК 616.379-008.64-06:616.2(575.3)

¹Саъдуллозода Т.С., ²Рузиев М.М., ¹Музаффаров Ф.Б.

СОСТОЯНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

¹ГУ «Республиканский клинический центр эндокринологии» МЗиСЗН РТ

²ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины» МЗиСЗН РТ

¹Sadullozoda T.S., ²Ruziev M.M., ¹Muzaffarov F.B.

THE STATE OF THE INCIDENCE OF DIABETES IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

¹State Institution "Republican Clinical Center of Endocrinology" MHCPP RT

²State Institution "Tajik Research Institute of Preventive Medicine" MHCPP RT

Цель исследования. Оценка состояния заболеваемости населения сахарным диабетом в Республике Таджикистан.

Материал и методы. Ретроспективный анализ статистических материалов, представленных в ежегодных статистических сборниках Республиканского центра статистики и медицинской информации Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан с 2016 по 2020 гг.

Результаты. Сравнительная оценка показателей заболеваемости СД 1 типа и СД 2 типа показывает, что 1 тип диабета в количественном отношении значительно уступает диабету 2 типа. Обращает внимание, что СД 2 типа имеет неуклонную тенденцию к росту по сравнению с СД 1 типа. В 2016 году СД 1 типа имел общий показатель заболеваемости по республике 3659 человек, а к концу 2020 года – 3321 человек. Динамика изменений показателей заболеваемости СД 2 типа имеет тенденцию к росту увеличиваясь прогрессивно с 34544 человек в 2016 году до 45016 человек в 2020 году. В 2016 году общее количество пациентов, находящихся на диспансерном учёте, составило 38203 человек, показатель на 100 тыс. населения – 462,6, в 2020 году данный показатель увеличился до 48337 и 529,6. В 2012 показатель диспансерного учёта детей до 18 лет составлял 402 человека, тогда как в последующие годы увеличился, составив в 2020 году 933 ребёнка.

Заключение. Заболеваемость сахарным диабетом растёт и население республики находится в зоне риска, что требует принятия безотлагательных мер по дальнейшему исследованию выяснения причин данной ситуации.

Ключевые слова: сахарный диабет, осложнения, летальность

Aim. Assessment of the incidence of diabetes in the Republic of Tajikistan in the Republic of Tajikistan.

Material and methods. Retrospective analysis of statistical materials presented in the annual statistical collections of the Republican Center for Statistics and Medical Information of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan from 2016 to 2020.

Results. A comparative assessment of the incidence rates of type 1 diabetes and type 2 diabetes shows that type 1 diabetes in quantitative terms is significantly inferior to type 2 D. Note that type 2 D has a steady upward trend compared to type 1 D. In 2016, type 1 D had a total incidence rate in the republic of 3659 people, and by the end of 2020 – 3321 people. In 2016, the total number of patients on dispensary records was 38,203 people, the rate per 100,000 people was 462,6, in 2020 this figure increased to 48,337 and 529,6. In 2012, the rate of dispensary registration of children under 18 was 402 people, while in subsequent years it increased, amounting to 933 children in 2020.

Conclusion. The incidence of diabetes mellitus is growing and the population of the republic is at risk, which requires the adoption of urgent measures for further research to find out the causes of this situation.

Key words: diabetes mellitus, complications, mortality

Актуальность

Сахарный диабет (СД) является одним из наиболее распространенных заболеваний, приводящих к потере трудоспособности, ранней инвалидности и смертности, в развитых странах сахарным диабетом болеют до 4-5% всего населения. По медико-социальной значимости это заболевание занимает третье место после сердечно-сосудистой и онкологической патологии и является ведущей причиной инвалидности и смертности в результате развития сосудистых осложнений [4, 8].

Эксперты ВОЗ прогнозируют увеличение числа больных СД во всём мире со 180 млн. человек, по данным 2000 г., до 300 млн. к 2025г. за счёт прироста больных СД 2 типа, которые составляют 85-90%, в связи, с чем Всемирная Организация Здравоохранения признала данное заболевание неинфекционной эпидемией XXI века [1, 6].

Проблема СД связана с тяжестью течения диабетических осложнений, которые ухудшают качество жизни больных, ведут к потере трудоспособности и инвалидности. Учитывая распространенность данного заболевания, опасность диабетических осложнений с последующей инвалидизацией, профилактические и реабилитационные мероприятия становятся приоритетными в мировом масштабе [2, 7].

В Таджикистане показатель заболеваемости сахарным диабетом составлял в 2020 529,6 на 100 тыс. населения. Необходимо отметить, что около 50% случаев СД 2 типа не диагностируются и к моменту постановки диагноза значительное число больных имеют сформировавшиеся сосудистые осложнения.

Интерес к изучению различных аспектов СД возник с ежегодным увеличением числа пациентов СД. На сегодняшний день клиническое течение СД долгое время остаётся малосимптомным, скрытым и даже при успешной и трудоёмкой работе врачей-эндокринологов происходят кратные увеличения роста заболеваемости, инвалидизации населения. Современная концепция управления СД базируется на принципах снижения сосудистых рисков посредством достижения целевых показателей углеводного, липидного обмена, нормализации артериального давления, тромбоцитарного гемостаза.

Полученные данные инициировали пересмотр ряда положений теории глюкозоцентричности и продемонстрировали недостаточную эффективность тактики лечения и профилактики, а также учёта инвалидности

населения. Между тем, ряд аспектов распространённости, летальности, инвалидности остаются малоизученными, как и сосудистые осложнения в зависимости от характера и гендерно-возрастных характеристик. Отсутствуют сведения об особенностях первичной инвалидности. Не сформулированы четкие рекомендации по профилактике возникновения и развития СД 2 типа. Указанными обстоятельствами обусловлен интерес к данной проблеме, стремление выявить клинико-патогенетические особенности глюкозотоксических влияний и ИР на параметры метаболизма и гемостаза [3, 5].

Все вышеперечисленные обстоятельства определяют актуальность и своевременность изучения данной проблемы в Республике Таджикистан.

Цель исследования

Оценка состояния заболеваемости населения сахарным диабетом в Республике Таджикистан.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ статистических материалов, представленных в ежегодных статистических сборниках Республиканского Центра статистики и медицинской информации Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан с 2016 по 2020 гг.

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

Результаты и их обсуждение

В Республике Таджикистан контроль и мониторинг СД с 2006 года проводятся с помощью регистра пациентов с методологической организацией работы «Республиканского клинического центра эндокринологии». Работа центра осуществляется посредством передачи ежемесячной информации с помощью компьютера и других электронных технологий. Однако до сегодняшнего дня в республике отсутствует единая базовая информационная сеть с открытым доступом по on-Line сети. Это обстоятельство, в свою очередь, вносит существенные трудности в работу региональных эндокринологических центров, что позволило бы врачам и сотрудникам государственных служб вести ежедневный динамический мониторинг за многими показателями по различным аспектам диабета. В этой связи анализ эпидемиологических параметров по вопросам СД может иметь широкие варьирующие показатели в начале и в конце года.

Одним из наиболее важных аспектов прогрессирования СД среди населения

является показатель первичной заболеваемости, поскольку именно он определяет прогнозную оценку по вопросам диабета в республике. Так, если рассматривать предыдущие показатели, то обращает внимание показатель первичной заболеваемости СД за последние 10 лет (2012 год): впервые выявленные пациенты с СД составили 2058 человек при индексе первичной заболевае-

мости 26,6. К 2016 году данные показатели имели неуклонный рост к прогрессированию и составили 2667 против 32,3; в 2017 году 3086 против 35,6; в 2018 году 2784 против 31,5; в 2019 году 2319 против 25,4. К началу 2020 года показатель первичной заболеваемости составил 2387 тогда как индекс первичной заболеваемости был равен 26,1 (рису. 1).

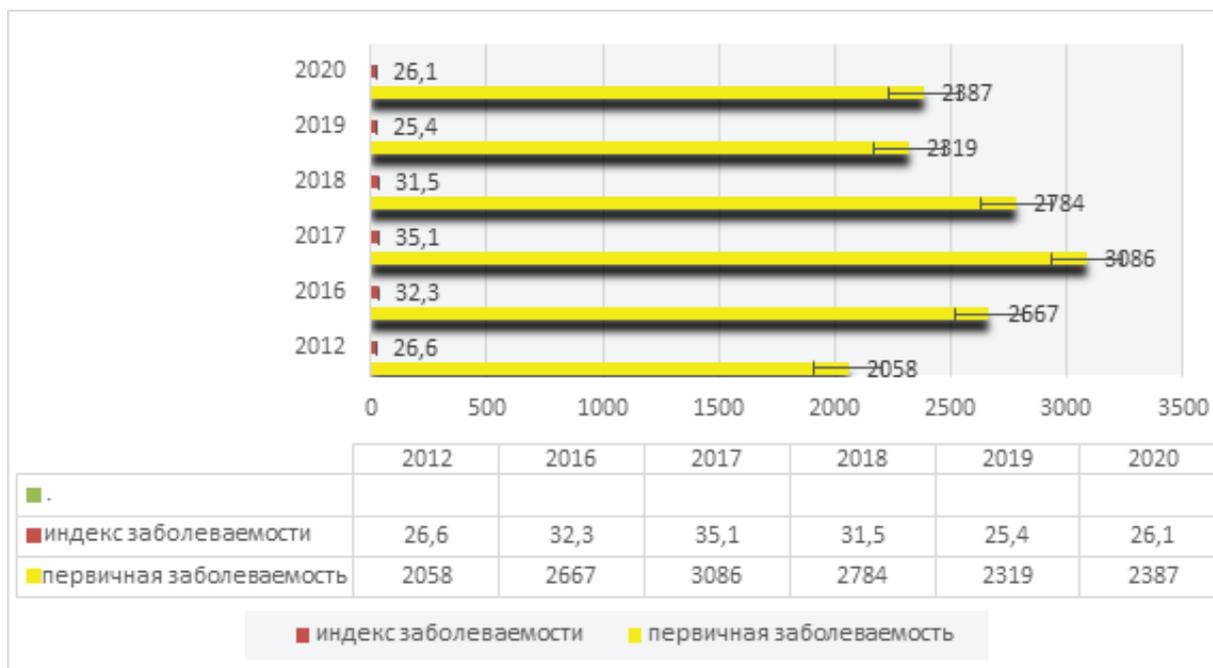


Рис. 1. Динамика изменения первичной заболеваемости СД

Как видно из показателей заболеваемости, можно утверждать, что с начала анализируемого периода регистрируется неуклонный рост заболеваемости, достигая пика в 2017 и 2018 годах.

Более достоверно отражает ситуацию по заболеваемости показатель пациентов, находящихся на диспансерном учёте (рис. 2). Так, при анализе диспансерного учёта становится очевидным неуклонный рост числа пациентов с СД. Ситуация показывает сохранение тенденции повышения их количества, причём в 2 раза, по сравнению с предыдущим 10-летним периодом. Так, данный показатель в 2012 году составлял 21136 человек, при показателе индекса общей заболеваемости по республике 274,1. В динамике прошлых лет данный показатель не претерпевает особых изменений, стабильно оставаясь высоким. Так, в 2016 году показатель общего количества пациентов, находящихся на диспансерном учёте, увеличился до 38203 человек, а показатель индекса общей заболеваемости составил 462,6; в 2017 году данный показатель

был равен 41690, а индекс общей заболеваемости – 482,1; в 2018 году данный показатель составил 44018 человек, индекс общей заболеваемости – 498,1; в 2019 году показатель общего количества пациентов составил 46258, индекс общей заболеваемости – 506,8, в 2020 году – 48337 против 529,6. Как видно из представленных данных, показатели заболеваемости имеют неуклонный рост, приобретая прогрессивный характер.

Необходимо обратить внимание на факт значительного увеличения пациентов, записанных в регистр на диспансерный учёт детей до 18 лет. Так, в 2012 показатель диспансерного учёта детей до 18 лет составлял 402 человека, тогда как в последующие годы увеличивается и достигает максимальных значений 720 в 2016 году, достигая максимальных значений 933 ребёнка в 2020 году.

Необходимо отметить, что большая часть среди впервые выявленных пациентов относится неадекватно к временному повышению уровня сахара крови и продолжают нарушать режим и рацион питания, не обра-

щаются своевременно к врачам, также часть пациентов принимает самостоятельно лекарственные препараты без назначения врачей. Ситуация усугубляется зачастую отсутствием достаточно компетентных врачей в отдалённых от столицы регионах, отсутствием обо-

рудования для контроля и динамического анализа ситуации по состоянию крови пациента, большими финансовыми затратами на лечение. Этими аспектами можно объяснить нарастающий уровень заболеваемости СД в регионах республики.

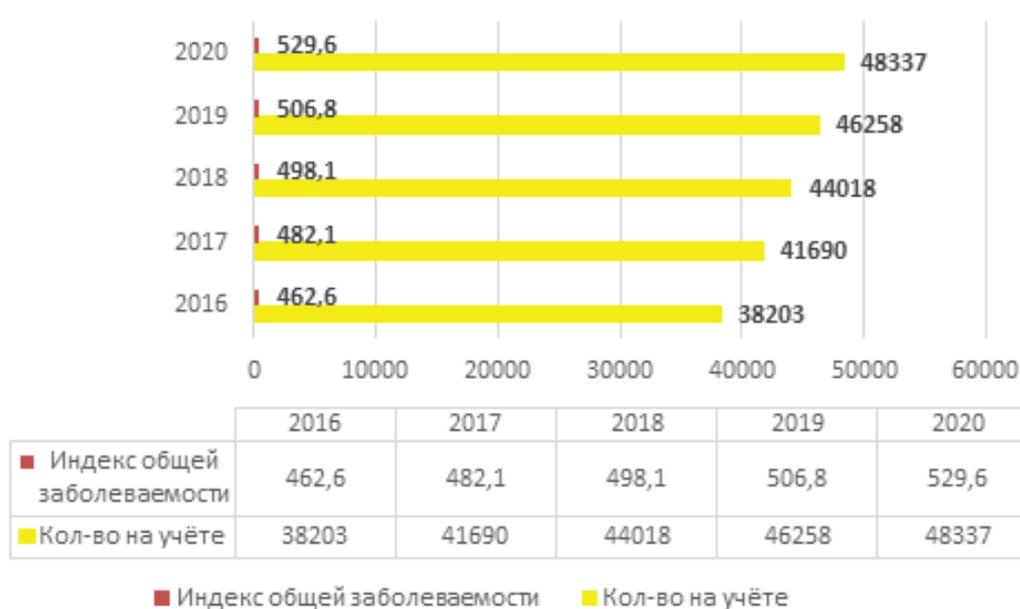


Рис. 2. Динамика изменения количества пациентов СД на диспансерном учёте за 2016-2020 гг.

Сравнительная оценка показателей заболеваемости СД 1 типа и СД 2 типа показывает, что 1 тип диабета в количественном отношении значительно уступает диабету 2 типа. Обращает внимание, что СД 2 типа имеет неуклонную тенденцию к росту, по сравнению с СД 1 типа. Так, за последние годы отмечается некоторая стабилизация

заболеваемости СД 1 типа. В 2016 году СД 1 типа имел общий показатель заболеваемости по республике 3659 человек, а к концу 2020 года – 3321 человек (рис. 3). Динамика изменений показателей заболеваемости СД2 типа имеет тенденцию к росту увеличиваясь прогрессивно с 34544 человек в 2016 году до 45016 человек в 2020 году.

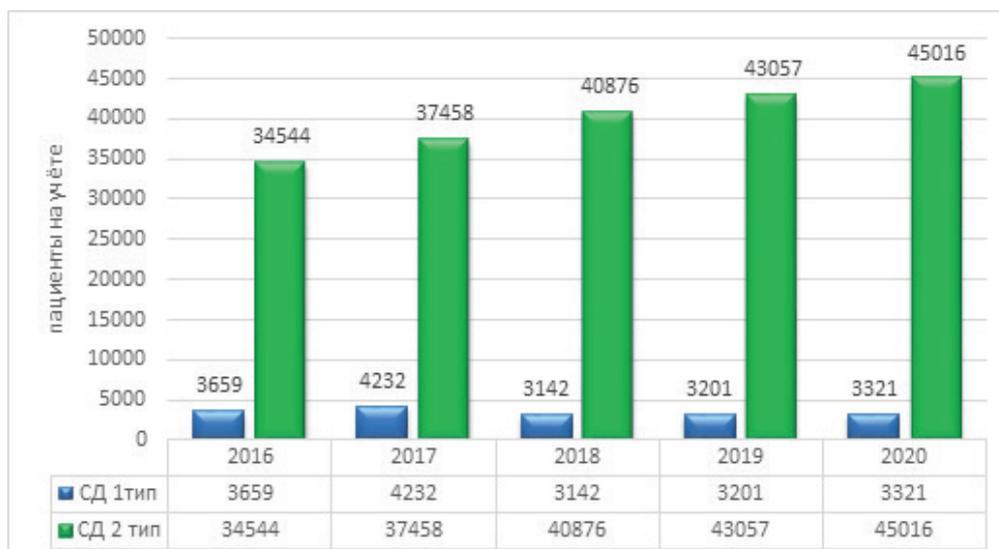


Рис. 3. Сравнительная оценка показателя общей заболеваемости СД 1 и 2 типов

Анализ ежегодных причин такой тенденции свидетельствует об ухудшении работы не только в региональных эндокринологических центрах, но и отсутствии скрининговых исследований со стороны Республиканского центра эндокринологии, что особенно важно для диабета 2 типа. Помимо данных аспектов, необходимо отметить, что изолированное повышение СД 2 типа может свидетельствовать о нарастании метаболических нарушений со стороны населения республики. Данный факт может только свидетельствовать, что население нашей республики не является осведомлённым в плане возможности формирования сахарного диабета при нарушениях питания, умственных и физических перегрузках, вопросах курения и потребления алкоголя. И, если учитывать тот факт, что сахарный диабет 1 типа может быть сформирован на фоне органических заболеваний поджелудочной железы, а такой прирост в наших исследованиях единичен, можно считать причиной повышения роста СД исключительно факт

нарушения питания, организации работы и отдыха, стрессовых ситуаций и других социально-медицинских факторах риска.

Аналогичная тенденция прироста сахарного диабета отмечается и по показателям первичной заболеваемости в анализируемый период. Так, согласно медицинским патогенетическим и этиологическим аспектам, вполне закономерно возраст старше 20 лет является приоритетным и составляет ежегодный прирост более 2000 человек.

Как показывают результаты анализа заболеваемости, в половом аспекте нашей республики имеется незначительная тенденция превышения заболеваемости среди лиц женского пола и особенно для пациентов с СД 2 типа. Для СД 1 типа имеется незначительная тенденция превышения показателя общей заболеваемости среди лиц мужского пола (рис. 4), в отличие от мировых данных, где сохраняется равное соотношение пациентов мужского и женского пола при обоих типах СД во всех возрастных группах, включая пожилую возраст.

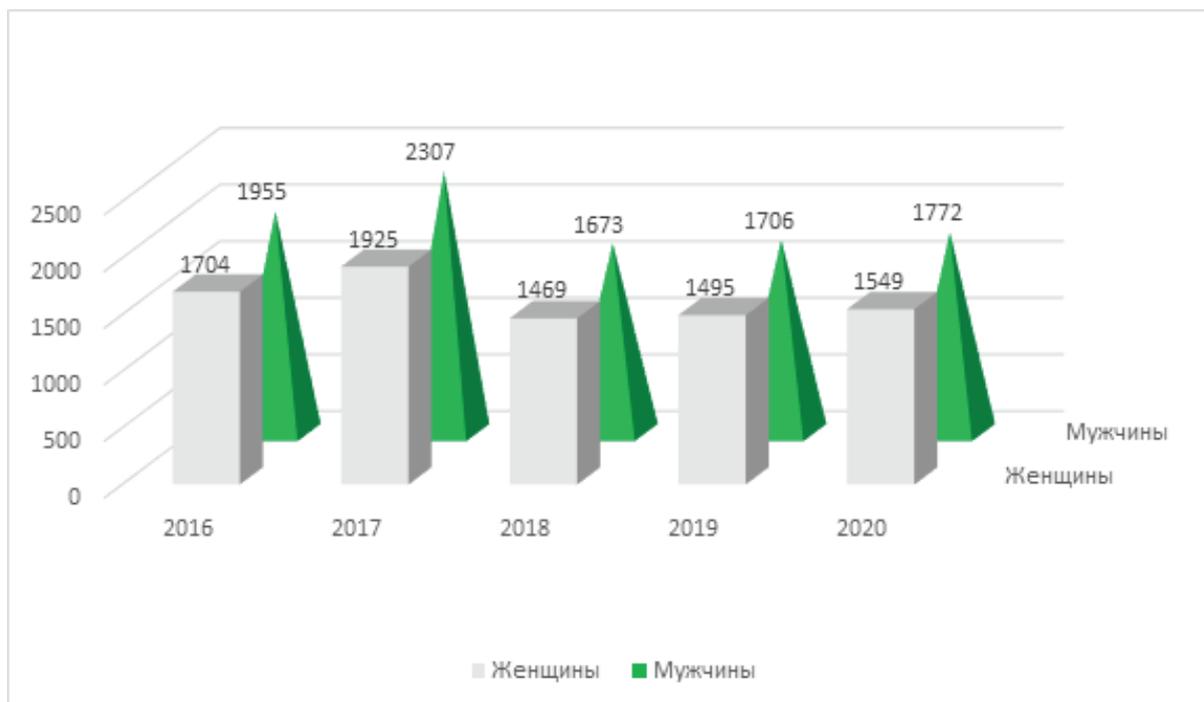


Рис. 4. Показатель общей заболеваемости СД 1 типа в половом аспекте 2016-20 гг.

Несколько иная картина регистрируется в аспекте заболеваемостью с СД 2 типа (рис. 5). У женщин за последние годы отмечается высокий скачок с 22835 до 30139 с 2016 года по 2020 год.

При этом необходимо отметить, что прирост заболеваемости является постепенным и уверенным. Наиболее настораживающая ситуация регистрируется в заболеваемостью

СД 2 типа у женщин, поскольку индекс их заболеваемости превышает все отмеченные ранние показатели.

Показатели заболеваемости различными типами сахарного диабета в региональном аспекте указывают на рост заболеваемости СД в основном 2 типа, что особенно выражено в г. Душанбе (рис. 6).

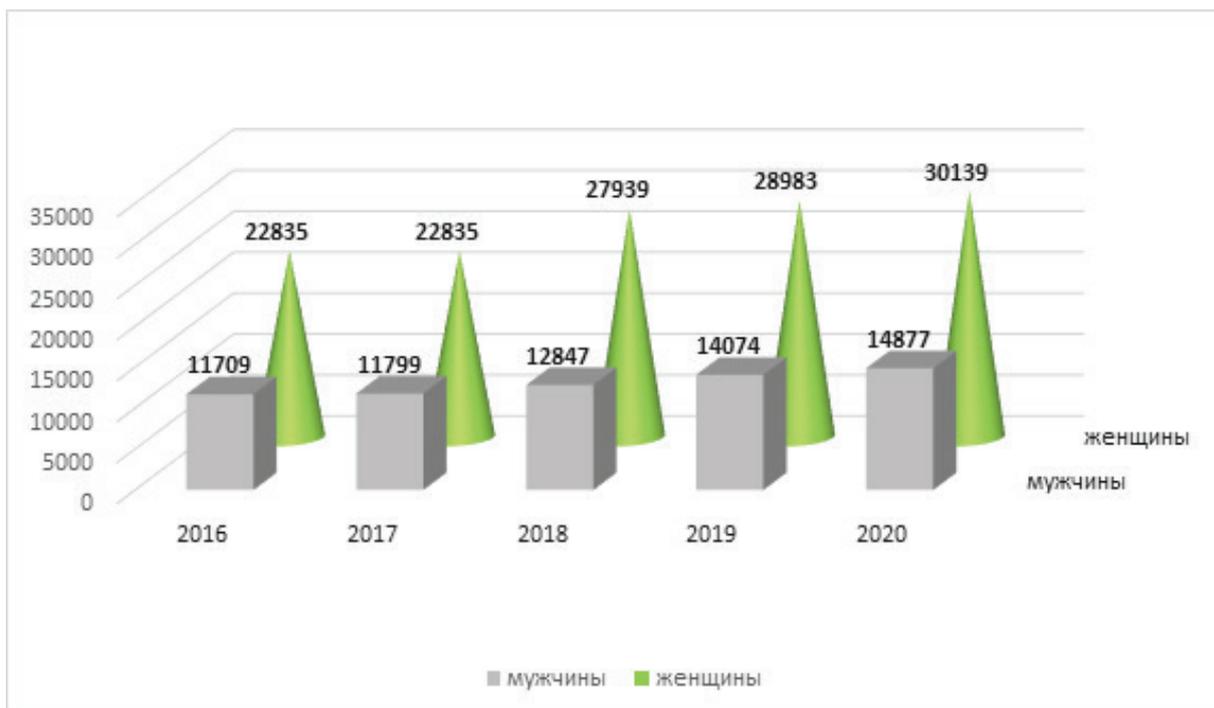


Рис. 5. Показатель общей заболеваемости СД 2 типа в половом аспекте 2016-20 гг.

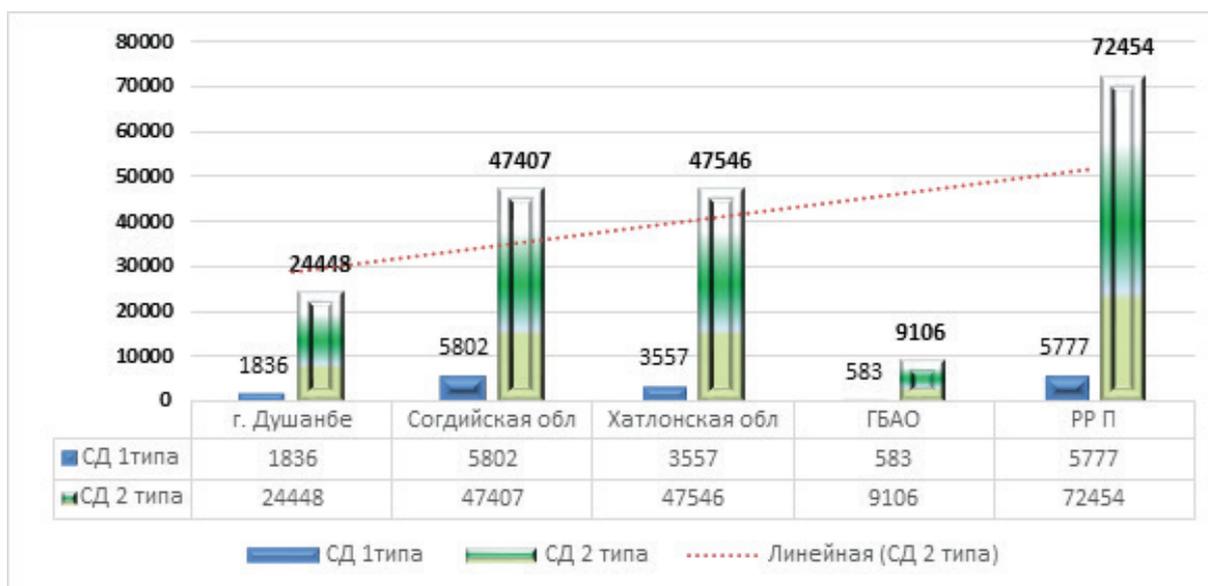


Рис. 6. Сравнительные показатели заболеваемости СД 1 и 2 типом по регионам республики

Следует отметить, что г. Душанбе является наиболее развитым по различным инфраструктурам городом республики и основная отчётность и обращаемость осуществляется в Республиканском клиническом центре эндокринологии. В связи с этими аспектами, а также высокой частотой обращаемости и миграцией населения показатели могут быть в некоторой степени завышенными. Так, рассматривая показатели первичной заболе-

ваемости по СД по г. Душанбе, они остаются высокими, а за исследуемый период в общем количестве по СД 1 типа составили 1836 случаев. Некоторый спад отмечается, начиная с 2018 года – с 643 случая до 252 случая в 2018 году. Неуклонный рост заболеваемости регистрируется по СД 2 типа, составляя 24448 случаев за все анализируемые годы. Ежегодный прирост новых случаев составляет более 900 случаев. Начиная с 2016 года, когда

зарегистрировано 3654 случая СД 2 типа, показатель увеличился к концу 2020 году до 5170 случаев.

Максимальные показатели заболеваемости за исследуемые годы регистрируются по районам республиканского подчинения. Так, показатель по СД 2 типа составил 72454 случая с ежегодным приростом случаев в количестве до 1500. По СД 1 типа число случаев составило 5777. По числу жителей данные регионы представлены самыми многочисленными регионами с низкими социальным и бытовым уровнем жизни. По всей вероятности, речь идёт о нарушениях питания, частых стрессовых ситуациях. Не исключается высокая вероятность низкой осведомлённости населения о сахарном диабете и его отрицательных эффектах. Помимо этого, у населения с верифицированными диагнозами СД имеется факт нарушения дозирования препаратов, режима нарушения лечения и /или неспособности оплатить адекватное лечение. Все эти факты способствуют ежегодному увеличению числа пациентов с СД.

По Хатлонской области также регистрируются высокие показатели заболеваемости за исследуемый период после регионов республиканского подчинения. Так, общее число случаев по СД 1 типа составило 3557 случаев, а по СД 2 типа – 47546 случаев. Особенности жизни населения Хатлонской области также являются низкий социально-экономический уровень жизни, низкая материальная обеспеченность населения, относительно удовлетворительные бытовые условия жизни. Помимо этого, образованность населения и осведомлённость в плане вопросов сахарного диабета очень низкая. Аналогичная ситуация обстоит и по Согдийской области, где показатели также остаются высокими и указывают на прогрессивность распространения СД по республике. Более незначительные показатели регистрируются

по ГБАО, что свидетельствует о малочисленности населения. Также низкий уровень показателей можно обосновать отсутствием единых регистрационных центров в областях, низкий уровень обращаемости населения.

Таким образом, из результатов собственного наблюдения и анализа показателей распространённости и заболеваемости можно сказать, что реальные цифры заболеваемости превышают представленные в 3-4 раза, что особенно относится к пациентам с диабетом 2 типа. Из показателей видно, что наиболее часто такой тип диабета диагностируется случайно у лиц пожилого возраста. Истинная численность больных СД в нашей стране в 3-4 раза превышает официальные статистические данные, тогда как их численность ежемесячно увеличивается в несколько раз.

Заключение

При анализе диспансерного учёта пациентов становится очевидным неуклонный рост числа пациентов с СД. За последнее 5 лет в республике показатель общей заболеваемости населения сахарным диабетом увеличился от 462,6 до 529,6 на 100 тыс. населения. Сравнительная оценка показателей заболеваемости СД 1 типа и СД 2 типа показывает, что 1 тип диабета в количественном отношении значительно уступает диабету 2 типа. Обращает внимание, что СД 2 типа имеет неуклонную тенденцию к росту, по сравнению с СД 1 типа. Так, за последние годы отмечается некоторая стабилизация заболеваемости СД 1 типа. В 2016 году СД 1 типа имел общий показатель заболеваемости по республике 3659 человек, а к концу 2020 года – 3321 человек. Совокупный рост увеличения количества больных сахарным диабетом представлен, в основном, за счёт больных из районов республиканского подчинения и г. Душанбе.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (п. 8 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. Дедов И.И., Шестакова М.В., Галстян Г.Р. Распространённость сахарного диабета 2 типа у взрослого населения России (исследование NATION) // Сахарный диабет. 2016. №19 (2). С.104-111.
3. Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова О.К. Эпидемиология сахарного диабета в Российской Фе-

дерации: 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. 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. Полянцев А.А., Фролов Д.В., Линченко Д.В. Нарушения 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).

7. Чикинова Л.Н., Бегма И.В., Запарий Н.С., Болтенко Ж.В. Комплексное исследование инвалидности вследствие сахарного диабета в Российской Федерации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2018. №1-2. С. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kompleksnoe-issledovanie-invalidnosti-vsledstvie-saharnogo-diabeta-v-rossiyskoy-f>

RESERENSES

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

2. Dedov I.I., Shestakova M.V., Galstyan G.R. Rasprostranennost sakharnogo diabeta 2 tipa u vzroslogo naseleniya Rossii (issledovanie NATION) [The prevalence of type 2 diabetes mellitus in the adult population of Russia (NATION study)]. *Sakharnyy diabet – Diabetes mellitus*, 2016, No. 19 (2), pp. 104-111.

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 mellitus*, 2017, Vol. 20, №1. S. 13-41.

4. Pochinka I.G., Strongin L. G., Botova S.N. Vliyanie sakharnogo diabeta 2-go tipa na 5-letnyuyu vyzhivaemost patsientov, gospitalizirovannykh s ostroy dekompensatsiey serdechnoy nedostatochnosti [The effect of type 2 diabetes mellitus on the 5-year survival of patients hospitalized with acute decompensation of heart failure]. *Khron-*

icheskaya serdechnaya nedostatochnost – Journal of Chronic heart failure, 2017, No. 57 (9), pp. 14-19.

5. Polyantsev A.A., Frolov D.V., Linchenko D.V. Narusheniya gemostaza u bolnykh sakharnym diabetom [Hemostasis disorders in patients with diabetes mellitus]. *Vestnik Volgogradskogo Gosudarstvennogo Meditsinskogo Universiteta – Bulletin of Volgograd State Medical University*, 2017, No. 3 (63), pp. 16-22.

6. Tarasenko N.A. Sakharnyy diabet: deystvitel'nost, prognozy, profilaktika [Diabetes mellitus: reality, prognosis, prevention]. *Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya – Modern Problems of science and education*, 2017, No. 6. URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=27144>

7. Chikinova L.N., Begma I.V., Zapariy N.S. Kompleksnoe issledovanie invalidnosti vsledstvie sakharnogo diabeta v Rossiyskoy Federatsii [Comprehensive study of disability due to diabetes mellitus in the Russian Federation]. *Mediko-sotsialnaya ekspertiza i reabilitatsiya – Medical and social expertise and rehabilitation*, 2018, No. 1-2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kompleksnoe-issledovanie-invalidnosti-vsledstvie-saharnogo-diabeta-v-rossiyskoy-f>

8. *International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 8th edition*. Brussels, Belgium, 2017. URL: <https://diabetes-atlas.org/resources/2017-atlas.html>

Сведения об авторах:

Саъдуллозода Тохир Саъдулло – директор ГУ «Республиканский клинический центр эндокринологии»

Рузиев Муродали Мехмондустович – директор ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины», д.м.н.

Музаффаров Фирдавс Бобоевич – ГУ «Республиканский клинический центр эндокринологии»

Контактная информация:

Саъдуллозода Тохир Саъдулло – тел.: (+992) 900 77 57 57; e-mail: mjke.com@mail.ru

^{1,2}Усмонов И.М., ¹Джураев М.Н., ^{2,3}Исмоилзода С.С.,
^{2,3}Достиев У.А., ²Зокиров Р.А.

ФАКТОРЫ РИСКА СЕНСИБИЛИЗАЦИИ И АНАЛИЗ КОРРЕЛЯЦИИ ШКАЛ PIRCHE II, HLA MATCHMAKER ПО НЕСОВПАДЕНИЯМ АНТИГЕНОВ У РЕЦИПИЕНТОВ ПОЧКИ

¹Кафедра аллергологии и иммунологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

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

³Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

^{1,2}Usmonov I.M., ¹Djuraev M.N., ^{2,3}Ismoilzoda S.S.,
^{2,3}Dostiev U.A., ²Zokirov R.A.

RISK FACTORS OF SENSITIZATION AND ANALYSIS OF THE PIRCHE II, HLA MATCHMAKER SCORE CORRELATION FOR ANTIGEN MISMATCH IN KIDNEY RECIPIENTS

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

²State Establishment «National Scientific Center for Transplantation of Human Organs and Tissues» of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan

³Department of Innovative Surgery and Transplantology of the State Educational Establishment «Avicenna Tajik State Medical University»

Цель исследования. Улучшение результатов аллотрансплантации почки путем оценки несовпадений антигенов у реципиентов почечного аллотрансплантата.

Материал и методы. В ретроспективное исследование были включены 75 высоко сенсibilизированных женщин с риском острого отторжения почки для анализа корреляции оценки по шкалам оценки подбора донора PIRCHE II, HLA MATCHMAKER.

Всем больным проводили твердофазный иммунологический анализ при помощи мультиплексного анализатора Lumiplex 200 на платформе Xmap. Лимфоцитоксический тест (CDS) проводился серологическим способом. Анализ на подбор донора к сенсibilизированному реципиенту осуществлялся с HLA-ABC Eplet Matching Version 3.1 Match maker и HLA-DR, DQ, DP Eplet Matching Version 3.1 Match maker. Анализ на прогноз появления DSA – по алгоритму PIRCHE-II.

Результаты. В анамнезе у женщин отмечались гестозы (нефропатия беременных) – 44,0% (33), гипотонические кровотечения – 34,6% (26), которые корригировались переливаниями крови и ее компонентов, повторные трансплантации имелись в анамнезе у 14,5% (11) пациентов. При анализе несовпадения антигенов HLA у реципиентов почки с донором по программе HLA Matchmaker варьировали от 0 до 75,5 для всей группы со средним значением 27,2 (15,8) баллов. У 68% (51) женщин выявлены баллы в диапазоне от 1 до 52,1. Несоответствие HLA привело к среднему баллу по шкале PIRCHE-II 70,0 (49,9). Оценка PIRCHE-II варьировала для всей группы от 0 до 323,9, но у 60% (45) пациентов диапазон составлял от 1,2 до 162,7, что говорит об существующем огромном индивидуальном диапазоне баллов по шкале PIRCHE-II для каждого несоответствия по антигенам HLA. Анализ на выживаемость аллотрансплантата почки в группе составил 76,0% (95% доверительный интервал [ДИ]: 75,0–81,0) через 10 лет после трансплантации. Потеря трансплантата (т.е. возврат к диализу) зарегистрирована у 18 (24,0%) пациентов. У 24 (32,0%) пациентов появились донор-специфические антитела (dnDSA).

Заключение. Шкала PIRCHE-II является независимым предиктором появления de novo ДСА. Стратификация по шкале PIRCHE-II позволяет выявить пациентов с низким риском развития de novo ДСА.

Ключевые слова: трансплантация почки, анализ на донор-специфические антитела, алгоритм PIRCHE-II, HLA Matchmaker

Aim. Improving kidney allograft outcomes by evaluating antigen mismatches in kidney allograft recipients.

Material and methods. Our retrospective study included 75 highly sensitized women at risk of acute kidney rejection to analyze the correlation of scores on the PIRCHE II, HLA MATCHMAKER donor matching scores. All patients underwent solid-phase immunoassay using a Luminex 200 multiplex analyzer on the Xmap platform. The lymphocytotoxicity test (CDS) was performed by the serological method. The analysis for matching a donor to a sensitized recipient was carried out with HLA-ABC Eplet Matching Version 3.1 Match maker and HLA-DR, DQ, DP Eplet Matching Version 3.1 Match maker. Analysis for the prediction of the appearance of DSA according to the PIRCHE-II algorithm.

Results. Preeclampsia (nephropathy of pregnancy) was noted in women's history – 44,0% (33), hypotonic bleeding – 34,6% (26), which were corrected by transfusions of blood and its components', repeated transplantations were in history in 14,5% (11) patients. In the analysis of mismatch of HLA antigens in kidney recipients with a donor according to the HLA Matchmaker program, they ranged from 0 to 75,5 for the entire group with an average value of 27,2 (15.8) points. 68% (51) women had scores ranging from 1 to 52.1. The HLA mismatch resulted in a mean PIRCHE-II score of 70,0 (49,9). The PIRCHE-II score varied for the whole group from 0 to 323,9, but in 60% (45) of patients the range was from 1,2 to 162,7, indicating that there is a huge individual range of PIRCHE-II scores for each nonconformity for HLA antigens. The kidney allograft survival analysis in the group was 76,0% (95% confidence interval [CI]: 75,0–81,0) 10 years after transplantation. Graft loss (i.e., return to dialysis) was reported in 18 (24,0%) patients. 24 (32,0%) patients developed donor-specific antibodies (dnDSA).

Conclusion. The PIRCHE-II score is an independent predictor of denovo DSA. Stratification according to the PIRCHE-II scale allows to identify patients with a low risk of developing denovo DSA.

Key words: kidney transplantation; analysis for DSA; PIRCHE-II algorithm; Hla Matchmaker

Актуальность

Донор-специфические антитела стали признанным биомаркером, предсказывающим опосредованное антителами отторжение [1]. Опосредованное антителами отторжение является основной причиной потери трансплантата после трансплантации почки [5]. Существует несколько фенотипов антитело-опосредованного отторжения после трансплантации, которые определяются временем, степенью гуморального ответа и различными характеристиками донор-специфических антител, такими как классы антигенов, специфичность, сила антител, подклассы IgG и способность связывать комплемент [2, 3]. Предварительно сформированные донор-специфические антитела у сенсibilизированных пациентов могут вызвать сверхострое отторжение, ускоренное острое отторжение и раннее острое отторжение, опосредованное антителами [4].

Понимание сложных характеристик донор-специфических антител может стратифицировать иммунологический риск у пациента, может предсказать различные фенотипы антитело-опосредованного отторжения и поможет в клинической практике улучшить результаты трансплантации.

Цель исследования

Улучшение результатов аллотрансплантации почки путем оценки несовпадений антигенов у реципиентов почечного аллотрансплантата.

Материал и методы исследования

Проведено ретроспективное исследование 75 высоко сенсibilизированных женщин с

риском острого отторжения почки для анализа корреляции оценки по шкалам оценки подбора донора PIRCHE II, HLA MATCHMAKER.

Анализ распределения больных с ХБП 5 стадии по возрасту представлен в таблице 1.

Таблица 1
Распределение больных с ХБП 5 стадии по возрасту

Возраст (в годах)	Число больных	%
19-29	18	24,0%
30-39	23	30,67%
40-49	17	22,67%
50-59	8	10,67%
60 и более	9	12,0%
Всего	75	100%

Примечание: % к общему количеству больных

Как видно из представленной таблицы, женщины были различного возраста: 19-29 лет их число составляло 18 (24,0%), 30-39 лет – 23 (30,67%), 40-49 лет – 17 (22,67%), 50-59 лет – 8 (10,67%), от 60 и более – 9 (12,0%). При этом средний возраст составлял 40±5,5 лет.

Распределение женщин с ХБП 5 стадии по группам риска острого отторжения в зависимости от процента (PRA антител) установило, что с PRA 0% – 30% была 31 (41,33%) пациентка, с PRA 31% – 50% – 44 (58,67%).

Причинами ХБП 5 стадии у женщин в группах являлся хронический гломеруло-

нефрит – 43 (57,33%), далее следовал хронический пиелонефрит – 14 (18,67%), сахарный диабет – 5 (6,67%), аномалии развития почек

и мочевыводящей системы – 3 (4,0%), поликистоз почек – 7 (9,33%) и МКБ – 3 (4,0%) человека (табл. 2).

Таблица 2

Этиологические причины у женщин с ХБП 5 стадии

<i>Диагноз</i>	<i>Кол-во</i>	<i>%</i>
<i>Хронический гломерулонефрит</i>	43	57,33
<i>Аномалии развития почек и мочевыводящей системы</i>	3	4,0
<i>Поликистоз почек</i>	7	9,33
<i>Хронический пиелонефрит</i>	14	18,67
<i>МКБ</i>	3	4,0
<i>Сахарный диабет</i>	5	6,67
<i>Всего</i>	75	100

Примечание: % к общему количеству больных

Анализ распределения больных с ХБП 5 стадии по группам риска острого отторже-

ния в зависимости от реакции кросс-матч представлено в таблице 3.

Таблица 3

Распределение больных с ХБП 5 стадии по группам риска острого отторжения в зависимости от реакции кросс-матч (Cross-match)

<i>Показатель</i>	<i>Отрицательный</i>	<i>Положительный</i>	<i>Всего</i>
<i>Количество</i>	35	40	75
<i>%</i>	46,67	53,33	100

Примечание: % к общему количеству больных

При анализе нами были получены следующие результаты: положительный тест отмечался в 40 (53,33%), отрицательный – в 35 (46,67%) случаях.

Таким образом, в 53,33% случаев у больных изначально имелась предрасположенность к риску сверхострого отторжения до трансплантации.

Трансплантацию почки больным с положительной реакцией кросс-матч (cross-match) производили только после проведения десенсибилизации реципиентов и достижения отрицательных значений реакций кросс-матч.

Всем больным проводили твердофазный иммунологический анализ при помощи мультиплексного анализатора Luminex 200 на платформе Xmap с целью HLA-генотипирования и определения антител к HLA-антигенам, а также для генотипирования антигенов. Принцип метода заключается в том, что специальные наборы с растворенными молекулами HLA, связанные с твердой матри-

цей, которой является микротитрационный планшет или полистероловые микросферы. В состав микросфер интегрированы два флуорофора в различной концентрации. Определенное соотношение концентраций флуорофоров создает 100 возможных типов частиц, каждая из которых будет иметь свою собственную уникальную спектральную характеристику. Спектр частицы является ее индивидуальным «номером» и определяет ее тип (вариант). Тип частицы распознается прибором Luminex 200 в процессе измерения. На поверхности полистирола могут быть зафиксированы различного рода биологические молекулы – антитела, антигены или фрагменты олигонуклеотидных последовательностей. Система Luminex используется для HLA-генотипирования и определения антител к HLA-антигенам, а также для генотипирования антигенов эритроцитов и тромбоцитов. Метод основан на выделении донорских лейкоцитов из цельной крови в градиенте плотности, с последующим нанесением поверхностных

HLA-антигенов на микросферы. При добавлении сыворотки реципиента, потенциально содержащей HLA антитела к данному донору, происходит связывание антител с комплексом антиген-микросфера.

Лимфоцитотоксический тест (CDS) проводился серологическим способом. Принцип метода заключается в выявление любых антител, которые могут реагировать с антигенами HLA донора и вызвать сверхострое отторжение трансплантата.

Применяют для определения HLA I класса. Сыворотка реципиента для проведения пробы на индивидуальную совместимость должна быть получена не более чем за 1 месяц до исследования. Дополнительно можно исследовать более ранние пробы сыворотки – иногда это позволяет выявить антитела, которые присутствовали в сыворотке реципиента в низком титре, а к моменту последнего забора крови исчезали. В этом случае обычно исследуют пробу сыворотки, содержащей наибольшее количество антител к разным антигенам HLA.

Анализ на подбор донора к сенсibilизированному реципиенту осуществлялся с HLA-ABC Eplet Matching Version 3.1 Match maker и HLA-DR, DQ, DP Eplet Matching Version 3.1 Match maker принцип которой состоял в нагрузки эплетов всех аллелей HLA донора I-II класса и предоставления информации о том, сколько и какие эплеты не совпадают. Описания эплет основаны на тех, которые перечислены в международном реестре антигенный эпитоп (www.Epregistry.com.br). Эта программа сопоставления различает эплеты, соответствующие эпитолам, верифицированным антителами, и другие эплеты, которые не были экспериментально верифицированы с помощью информативных HLA-антител. Он показывает номера эплетов в группах, а также общую нагрузку эплетов.

Анализ на прогноз появления DSA по алгоритму PIRCHE-II, который является

первым алгоритмом сопоставления HLA, учитывающий косвенный путь алло-распознавания. При трансплантации твердых органов алгоритм учитывает несоответствия пептидов от донора, представленного на молекулах HLA класса II пациента, к CD4 + T-клеткам.

Статистическая обработка материала проводилась с использованием в случае соответствия распределения выборки нормальному закону, оцениваемому по критериям Колмогорова-Смирнова и Шапиро-Уилка, данные представлялись в виде среднего значения и стандартной ошибки ($M \pm sm$); а качественные показатели представлены в виде их абсолютных цифр и долей (%) и диапазона распределения. Взаимосвязь между оценкой HLAMatchmaker и оценкой PIRCHE-II исследовали с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Критический уровень статистической значимости составлял $p > 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Необходимо отметить, что факторами риска развития сенсibilизации к HLA у высоко сенсibilизированных женщин являются предшествующие трансплантации почки, переливание продуктов крови, количество беременностей и родов. Нами произведен анализ ретроспективной группы на эти факторы. Как показал анализ, в анамнезе у женщин отмечались гестозы (нефропатия беременных) – в 44,0% (33), гипотонические кровотечения – в 34,6% (26) случаях, которые корригировались переливаниями крови и ее компонентами, повторные трансплантации имелись в анамнезе у 14,5% (11) пациентов. Анализ на количество беременностей у женщин в группе показал нам, что 1-3 беременности отмечались у 20 (26,6%) пациентов, 3-7 беременностей отмечалось у 38 (50,6%) пациентов, 7-10 беременностей имелось у 17 (22,6%) пациенток (рис 1).

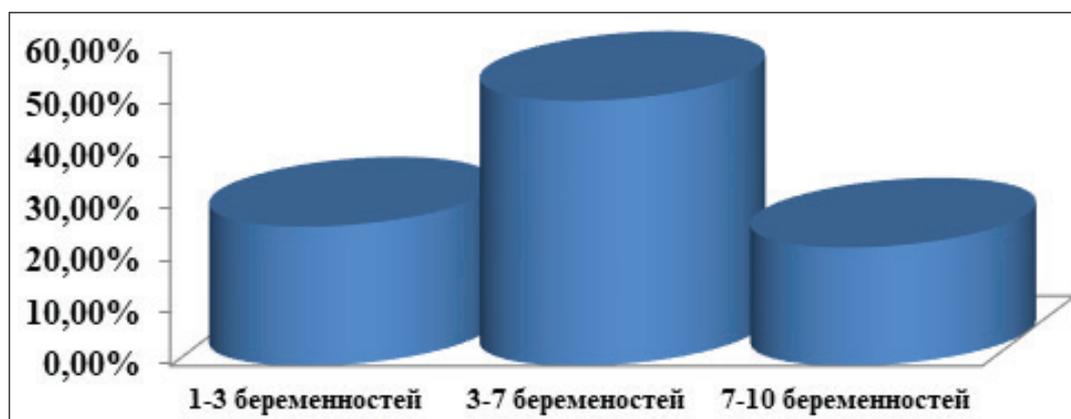


Рис. 1. Количество беременностей у женщин в анамнезе

При анализе несовпадений антигенов HLA у реципиентов почки с донором по программе HLA Matchmaker варьировалась от 0 до 75,5 для всей группы со средним значением 27,2 (15,8) баллов. У 68% (51) жен-

щин были выявлены баллы в диапазоне от 1 до 52,1. Для каждого несоответствия HLA наблюдался широкий разброс в соответствующих баллах по шкале HLA Matchmaker (табл. 4).

Таблица 4

Количество несовпадений по баллам HLA I-II класса по программе HLA Matchmaker

HLA I класса				
Количество эпитопов	1-15	15-30	30-45	45-60
Количество больных	24	33	17	1
%	32,0	44,0	22,6	1,33
HLA II класса				
Количество эпитопов	1-15	15-30	30-45	45-60
Количество больных	21	17	21	16
%	28,0	22,67	28,0	21,33

Примечание: % к общему количеству больных

Несоответствие HLA привело к среднему баллу по шкале PIRCHE-II 70,0 (49,9). Оценка PIRCHE-II варьировала для всей группы от 0 до 323,9, но у 60% (45) пациентов диапазон составлял от 1,2 до 162,7, что говорит о существующем огромном индивидуальном диапазоне баллов по шкале PIRCHE-II для каждого несоответствия по антигенам HLA. При этом три несоответствия HLA могут привести к нулевому показателю PIRCHE-II.

При анализе корреляции в нашем исследовании имелась умеренная прямая корреляция

между оценкой PIRCHE-II и оценкой HLA Matchmaker с коэффициентом ранговой корреляции Спирмена 0,75 ($p < 0,001$).

Шкалы PIRCHE-II и HLA Matchmaker предсказывают выживаемость аллотрансплантата и появление донор-специфических антител dpnDSA. Анализ на выживаемость реципиентов в группе составляла 76,0% (95% доверительный интервал [ДИ]: 75,0-81,0), выживаемость аллотрансплантантов почки 69,8% (95% доверительный интервал [ДИ]: 75,0-81,0), через 10 лет после трансплантации.

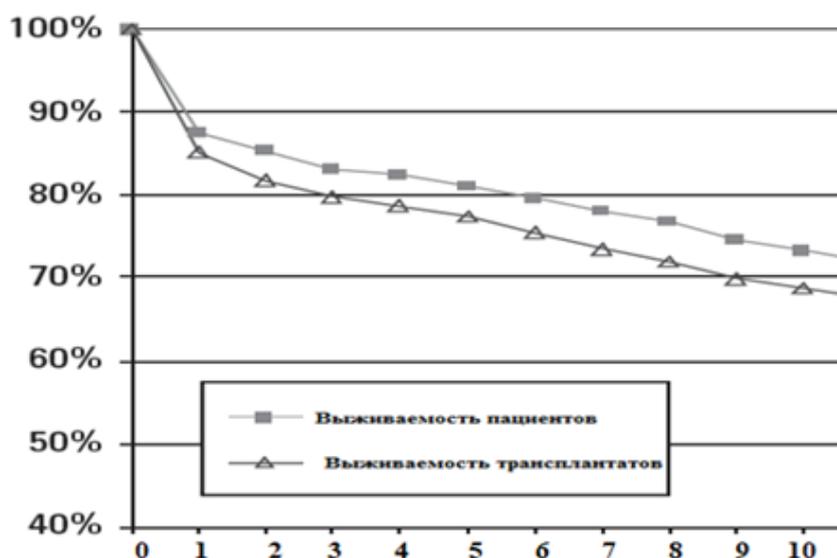


Рис. 2. Кумулятивная выживаемость трансплантатов и реципиентов после родственной трансплантации почек

Потеря трансплантата (т.е. возврат к диализу) зарегистрирована у 18 (24,0%) пациентов. У 24 (32,0%) пациентов появились донор-специфические антитела (dnDSA) в последующих наблюдениях, что определяет общий прогноз по появлению de novo ДСА через 10 лет после трансплантации 28,6% (95% ДИ: 18,6-30,6).

Соответственно, пациенты с оценкой по шкале PIRCHE-II <9 (n = 28), ≥ 9 < 35 (n = 20), ≥ 35 < 90 (n = 21) и ≥ 90 (n = 6) с прогнозируемой частотой появления de novo ДСА составляла 3,6% (1,1-6,1), 13,1% (9,0-17,2), 21,5% (18,4-24,6) и 30,5% (26,0-35,0) соответственно.

Как и ожидалось, также наблюдался классический антиген-совместимый эффект в отношении частоты de novo ДСА выживаемости аллотрансплантата. Соответственно, пациенты с оценкой PIRCHE-II <9 (n = 28), ≥ 9 < 35 (n = 20), ≥ 35 < 90 (n = 21) и ≥ 90 (n = 6) прогнозируемая частота появления de novo ДСА составляла 3,6% (1,1-6,1), 13,1% (9,0-17,2), 21,5% (18,4-24,6) и 30,5% (26,0-35,0) соответ-

ственно. Также наблюдался классический антиген-совместимый эффект в отношении частоты появления de novo ДСА и выживаемости аллотрансплантата после трансплантации.

Заключение

Анализ ретроспективной группы высокосенсibilизированных женщин показал распространенность и особенности факторов сенсibilизации у исследуемых больных, а также роль этих факторов, влияющих на появление донор-специфических антител, которые в последующем влияли на 10-летнюю выживаемость трансплантатов почки. Шкала PIRCHE-II является независимым предиктором появления de novo ДСА. Стратификация по шкале PIRCHE-II позволяет выявить пациентов с низким риском развития de novo ДСА и подборе донора высокосенсibilизированным пациентам.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА – RESERENSES

- Halloran P.F., Reeve J.P., Pereira A.B. Antibody-mediated rejection, T cell-mediated rejection, and the injury-repair response: New insights from the Genome Canada studies of kidney transplant biopsies. *International Journal of Kidney*, 2016, No. 85, pp. 258-264.
- Hickey M.J., Valenzuela N.M., Reed E.F. Alloantibody generation and effector function following sensitization to human leukocyte antigen. *Frontiers in Immunology*, 2016, No. 7, pp. 30.
- Malheiro J., Tafulo S., Dias L. Determining donor-specific antibody C1q-binding ability improves the prediction of antibody-mediated rejection in human leukocyte antigen-incompatible kidney transplantation. *International Journal of Transplantation*, 2017, No. 30, pp. 347-359.
- Mongkolsuk T., Tammakorn C., Kitpoka P. A rare HLA-DRB1*14:22-DQB1*04:01 haplotype in a kidney donor: implication in the interpretation of donor-specific antibody in kidney transplantation—a case report. *Transplantation Proceedings*, 2016, Vol. 48 (3), pp. 943-945.
- Thaunat O., Koenig A., Leibler C. Effect of immunosuppressive drugs on humoral allosensitization after kid-

ney transplant. *Journal of the American Society of Nephrology*, 2016, No. 27, pp. 1890-1900.

Сведения об авторах:

- Усмонов Исфандиёр Мухсинджонович** – соискатель кафедры аллергологии и иммунологии ИПОвСЗ РТ
- Джураев Мухаммед Наврузович** – зав. кафедрой аллергологии и иммунологии ИПОвСЗ РТ, д.м.н.
- Исмоилзода Саидмахмуд Саидахтам** – директор ГУ «Национальный научный центр трансплантации органов и тканей человека», д.м.н.
- Достиев Умед Ашурович** – ассистент кафедры инновационной хирургии и трансплантологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»
- Зокиров Рахматулло Абдухоликович** – ученый секретарь ГУ «Национальный научный центр трансплантации органов и тканей человека», к.м.н.

Контактная информация:

Усмонов Исфандиёр Мухсинджонович – тел.: (+992) 918 22 85 95; e-mail: vorux.92@mail.ru

Хафизов А.А.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭЛЕКТРОМИОГРАФИИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ ПРИ СОЗДАНИИ НЕСЪЕМНЫХ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ НА ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТАХ ПРИ ПОЛНОЙ АДЕНТИИ ЧЕЛЮСТЕЙ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ «ТТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Khafizov A.A.

POSSIBILITIES OF USING ELECTROMYOGRAPHY (EMG) OF MASTICATORY MUSCLES WHEN CREATING FIXED ORTHOPEDIC STRUCTURES ON DENTAL IMPLANTS WITH COMPLETE EDENTULOUS JAWS

Department of Orthopedic Dentistry of the State Educational Establishment «Avicenna Tajik State Medical University»

Цель исследования. Улучшение результатов комплексного лечения пациентов с полной адентией при ортопедическом лечении несъемными конструкциями на денальных имплантатах путем использования электромиографического (ЭМГ) исследования.

Материал и методы. Проанализированы результаты ЭМГ-исследования 45 человек, разделенных на 3 равные подгруппы в соответствии со скелетными и лицевыми типами с использованием электромиографа «Колибри» в течение 90 дней. Оценивали данные, полученные при сжатии зубочелюстной системы в каждой подгруппе в отдельности для сравнения с данными других исследований. Определяли скелетные соотношения для каждой подгруппы и выявляли нормы распределения нагрузки на жевательную мускулатуру.

Результаты. В 1 подгруппе нагрузка на жевательные мышцы была распределена равномерно по 25% на височные (M. temporalis) и собственно-жевательные (M. masseter) мышцы с обеих сторон с допустимой нормой отклонения $\pm 4,0\%$. Во 2 подгруппе доминируют височные мышцы, на которые приходится по 30% жевательной нагрузки, на собственно-жевательные – по 20% с каждой стороны. Это связано с особенностями строения лицевого скелета обследуемых. Допустимая норма отклонения в этой подгруппе составляет $\pm 5,5-6,0\%$. В 3 подгруппе на височные мышцы приходится по 20% нагрузки, в этой группе доминируют собственно-жевательные мышцы, на которые приходится по 30% жевательной нагрузки на каждую сторону. Допустимая норма отклонения в этой подгруппе составляет $\pm 4,0\%$.

Заключение. Целесообразно использование электромиографии для лечения и профилактики возможных дальнейших осложнений при протезировании несъемными ортопедическими конструкциями на денальных имплантатах при полной адентии челюстей.

Ключевые слова: электромиография, полная адентия, протезирование на денальных имплантатах

Aim. Improving the results of complex treatment of patients with complete edentulism in orthopedic treatment with fixed structures on dental implants by using an electromyographic (EMG) study.

Material and methods. The results of an EMG study of 45 people were analyzed, divided into 3 equal subgroups according to skeletal and facial types using the Hummingbird electromyograph for 90 days. The data obtained during the compression of the dentoalveolar system in each subgroup separately were evaluated for comparison with data from other studies. The skeletal ratios were determined for each subgroup and the norms of load distribution on the masticatory muscles were determined.

Results. In subgroup 1, the load on the masticatory muscles was distributed evenly by 25% on the temporal (M. temporalis) and masticatory muscles (M. masseter) on both sides with an allowable deviation rate of $\pm 4,0\%$. In subgroup

2, the temporal muscles dominate, which account for 30% of the masticatory load, and the masticatory muscles - 20% on each side. This is due to the peculiarities of the structure of the facial skeleton of the subjects. The permissible deviation rate in this subgroup is $\pm 5,5-6,0\%$. In subgroup 3, the temporal muscles account for 20% of the load, in this group, the masticatory muscles dominate, which account for 30% of the masticatory load on each side. The allowable deviation rate in this subgroup is $\pm 4,0\%$.

Conclusion. It is advisable to use electromyography for the treatment and prevention of possible further complications in prosthetics with fixed orthopedic structures on dental implants with complete edentulous jaws.

Key words: *electromyography, complete edentulism, prosthetics on dental implants*

Актуальность

Процесс жевания представляет собой тонко настроенную между собой высококоординированную нервно-мышечную деятельность зубочелюстной системы организма, включающую быстрые эффективные движения нижней челюсти и непрерывное моделирование жевательной нагрузки. Тип строения лицевого скелета определяет тип лица и характер жевания. Жевательный процесс характеризуется ритмичными и разнообразными движениями нижней челюсти, языка и лицевых мышц. Команды, лежащие в основе базовых ритмичных жевательных движений, генерируются центральной нервной системой (ЦНС), однако, команды, которые включают адаптивный контроль, регулируются афферентной информацией, связанной с оральными и лицевыми кинестетическими импульсами [1, 6].

Адентия вызывает важные изменения в жевательной системе, которые затрагивают кости, мышцы и слизистую оболочку полости рта. За счет снижения афферентной импульсации происходит уменьшение количества рецепторов и уменьшение кровотока, что приводит к резорбции альвеолярного отростка.

У людей с адентией меняется чувствительная импульсация. Амплитуда жевательного цикла, сила и эффективность сокращения жевательных мышц у таких пациентов снижены в сравнении с людьми с интактным зубным рядом. Наряду с этим снижается скорость открытия и закрытия жевательных циклов и увеличивается окклюзионная пауза [4].

Диагностика и исследование дисфункций жевательной системы должны проводиться до изготовления несъемной ортопедической конструкции на денальных имплантатах, что важно для понимания способов контроля жевательной мускулатуры и может дать полезную информацию для правильного протезирования и профилактики дальнейших осложнений [3, 8].

Для изучения и понимания особенностей и кинетики движения жевательных мышц необходим анализ ЭМГ [6].

Порядка 40% массы тела человека сосредоточено в поперечнополосатых мышцах, являющихся самой распространенной тканью организма. Сокращение и производство работы через это сокращение является основной функцией мышц. Мышечная работа может выражаться в виде углового поворота вокруг сустава, как в случае скелетных мышц; обеспечивать линейные или более сложные движения, как в случае языка; изменять давление и объем с целью перемещения содержимого полого органа, как в случае насосной функции сердечной мышцы [5].

Миофибриллы, элементарные единицы мышечного волокна, состоят из повторяющихся участков – саркомеров, имеющих цилиндрическую форму и длину 1,5-3,5 мкм, которая зависит от состояния волокна (сокращение или расслабление) [5, 7, 9].

Усилие, развиваемое мышцей, пропорционально размерам исходной сокращающейся ткани и зависит от её длины. Чем длиннее волокна, тем больше саркомеров участвует в процессе сокращения и относительное укорочение каждого саркомера в отдельности уменьшается. В процессе движения нижней челюсти наблюдается отличие в движении саркомеров и миофибрилл в различных областях. Исследователи отмечают, что максимальное активное напряжение развивается при оптимальной длине саркомеров, которая описывается кривой функции соотношения напряжения-длины, продуктивность сводится к описанию повышения или понижения активности относительно оптимальных значений длины саркомера [5, 9].

Объем жевательных мышц, согласно закономерности, зависит от выраженности переднего и латерального компонентов жевательных движений.

Электромиография (ЭМГ) является разновидностью диагностики, которая регистрирует колебания биопотенциалов, возникающие в мышце в момент ее возбуждения. Потенциалы колебаний улавливают поверхностные электроды, которые после усиления передают их на устройство, визуализирующее колебания потенциалов

в виде диаграммы. Электроды накожного типа позволяют проводить регистрацию активности нескольких мышц одновременно. ЭМГ-исследование мышц челюстно-лицевой области представляет собой один из современных методов диагностики в стоматологической практике во всем мире. Данные ЭМГ исследований позволяют диагностировать нейромышечный дисбаланс, выявлять смещение центра окклюзии на этапах протезирования.

Цель исследования

Улучшение результатов комплексного лечения пациентов с полной адентией при ортопедическом лечении несъемными конструкциями на дентальных имплантатах путем использования электромиографического (ЭМГ) исследования.

Материал и методы исследования

В рамках клинического исследования группа, состоящая из 45 человек, была разделена на 3 подгруппы по 15 человек, каждая из которых соответствует определенному скелетному и лицевому типу в соответствии с формой их черепа и лица, согласно классификации Л.Л. Колесниковой, С.Д. Арутюновой и И.Ю. Лебеденко [1]. Каждая контрольная подгруппа состояла из 15 человек, соответствующих своему классу формы лица и жевательной мускулатуры.

Исследование проводилось в течение 90 дней. При выборе контрольной группы учитывались следующие параметры: отсутствие структурных и функциональных изменений ВНЧС; наличие всех зубов в зубном ряду без значительных дефектов, влияющих на состояние жевательной системы; отсутствие скелетных и мышечных отклонений от нормы; отсутствие вредных привычек и общих соматических заболеваний; возраст – от 23 лет до 31 года.

Для сравнительного анализа были использованы данные обследований из других научных источников [4, 5, 6].

Обследование проводилось на специальном стоматологическом кресле в позе, удобной для пациента и проведения обследования.

Запись данных электромиограммы осуществлялась с помощью комплекса беспроводного мониторинга электрофизиологических сигналов «Колибри» (РФ).

Комплекс беспроводного мониторинга электрофизиологических сигналов «Колибри» представляет собой компактный аппарат для проведения электромиографических исследований, позволяющим благодаря интерфейсу, правильно оценить состояние жевательных мышц в режиме реального времени [10], что способствует правильному распределению жевательной нагрузки на ортопедическую конструкцию на этапепримерки.

Это весьма важный момент при коррекции окклюзионной поверхности ортопедической конструкции для лечения и профилактики осложнений в виде: скола керамики на ортопедической конструкции; дисфункция ВНЧС; бруксизм, мышечные и др. проблемы, связанные с неравномерным распределением жевательной нагрузки и др.

Преимуществами данной системы являются: скорость обследования; мобильность; доступность применения, многофункциональность; визуализация и высокая точность. В основе работы аппарата лежат беспроводные технологии.

Принцип работы системы изображен ниже. Датчики «Колибри» крепятся к лицу с помощью одноразовых электродов и регистрируют мышечный тонус в привычной окклюзии при необходимых функциональных нагрузках (рис. 1).

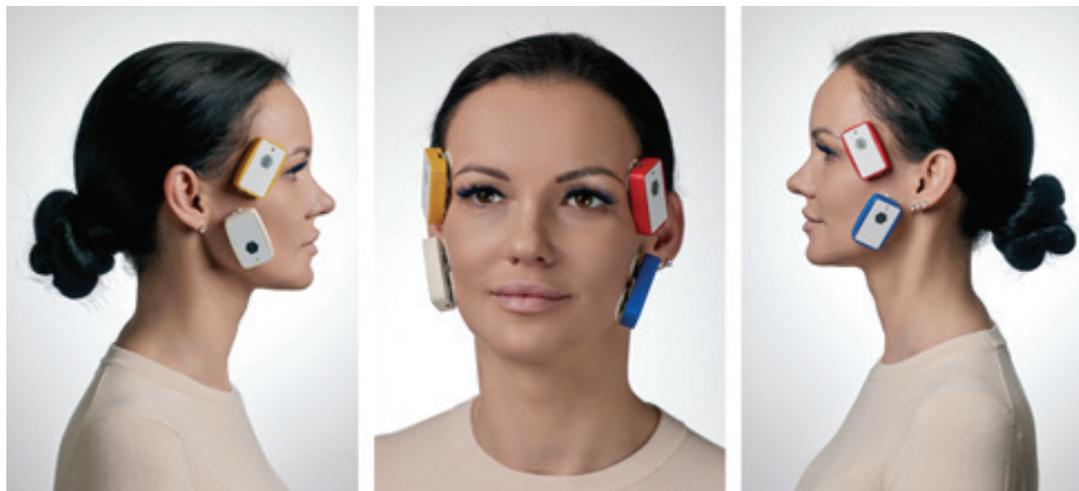


Рис. 1.

Полученный сигнал мгновенно передается в приложение на ноутбуке и отображается на экране в виде понятных чисел и диаграмм.

Работа с обследуемой группой дает автору возможность получить данные о состоянии жевательной системы у людей с разным типом строения черепа и лица.

Электроды ЭМГ накладывались на жевательные и передние височные мышцы с обеих сторон, как было описано выше (рис.1). Пациентов просили плотно и динамично сжимать челюсти для создания максимальной окклюзионной жевательной нагрузки.

В качестве отводящих электродов были использованы поверхностные накожные беспроводные электроды. Регистрация проводилась на четырех каналах одновременно с височной мышцей и с жевательной мышцей с обеих сторон.

Оценивали данные, полученные при сжатии зубочелюстной системы в каждой подгруппе в отдельности для сравнения с данными других исследований. Определяли скелетные соотношения для каждой подгруппы и выявляли нормы распределения нагрузки на жевательную мускулатуру.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использова-

нием данных компьютерной программы «Колибри», в которую вводились все данные о пациентах. При использовании ЭМГ были получены следующие показатели: индекс пропорциональной активности собственно-жевательных мышц (РОС mass, %), индекс пропорциональной активности височных мышц (РОС temp, %), индекс активации (коэффициент активности мышц в сагиттальной плоскости, %). Дальнейшая статистическая обработка полученных результатов проводилась с применением программы статистического анализа Microsoft Excel.

Результаты и их обсуждение

Анализ данных всех трех подгрупп, полученных методом миографии, во время клинических исследований показал следующее.

У первой подгруппы, скелетный и лицевой тип которых соответствует 1 классу, нагрузка на жевательные мышцы распределена равномерно между двумя височными и собственно жевательными мышцами с отклонениями в пределах $\pm 4\%$. Значения отклонений зависят чаще всего от типа жевания той или иной стороной, которым исследуемые привыкли разжевывать пищу и в каждом случае они могут быть индивидуальными.

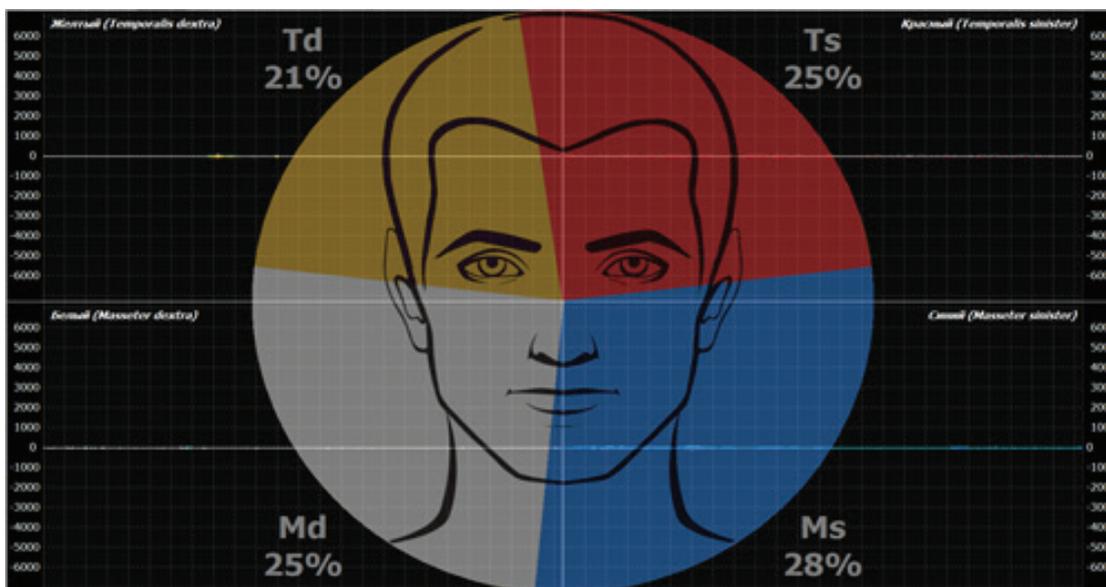


Рис. 2.

На рисунке 3а заметна асимметрия в нижнем отделе лица в области жевательных мышц с левой стороны, что сформировано привычками и особенностями анатомического строения обследуемой.

Во второй подгруппе, скелетный и лицевой тип в которой соответствует 2 классу, нагрузка на жевательные мышцы распределена неравномерно и основная нагрузка в данном случае при-

ходится на височные мышцы (M. temporalis), а собственно жевательные мышцы (M. masseter) вырабатывают меньшую нагрузку. Нагрузка распределена следующим образом: 60% приходится на височные мышцы (30% – правая, 30% – левая), оставшиеся 40% распределены на собственно-жевательные мышцы (20% – правая, 20% – левая). Значение отклонений находилось в пределах $\pm 5,5-6,0\%$ в каждую сторону.



Рис. 3.

В качестве примера распределения нагрузки для данного типа жевания приведем следующий клинический случай. В числе прочего, он демонстрирует возможности применения метода ЭМГ жевательных мышц в ортодонтической стоматологии.

Пациент И., 23 года. На рис. 4 видно неравномерное распределение жевательной нагрузки на височные мышцы, так как у пациента имеются ортодонтические отклонения.

Нижний отдел лица пациента заметно отстает в развитии по отношению к верхней

челюсти, что приводит к отклонению от нормы построения зубов и всей зубочелюстной системы (рис. 4).

Мышечный дисбаланс в данном случае является следствием вышеуказанных причин и данные об этом дисбалансе можно получить методом ЭМГ жевательных мышц.

Это отражает важность использования миографии в планировании и дальнейшем проведении лечения не только терапевтических и ортопедических, но и ортодонтических пациентов.

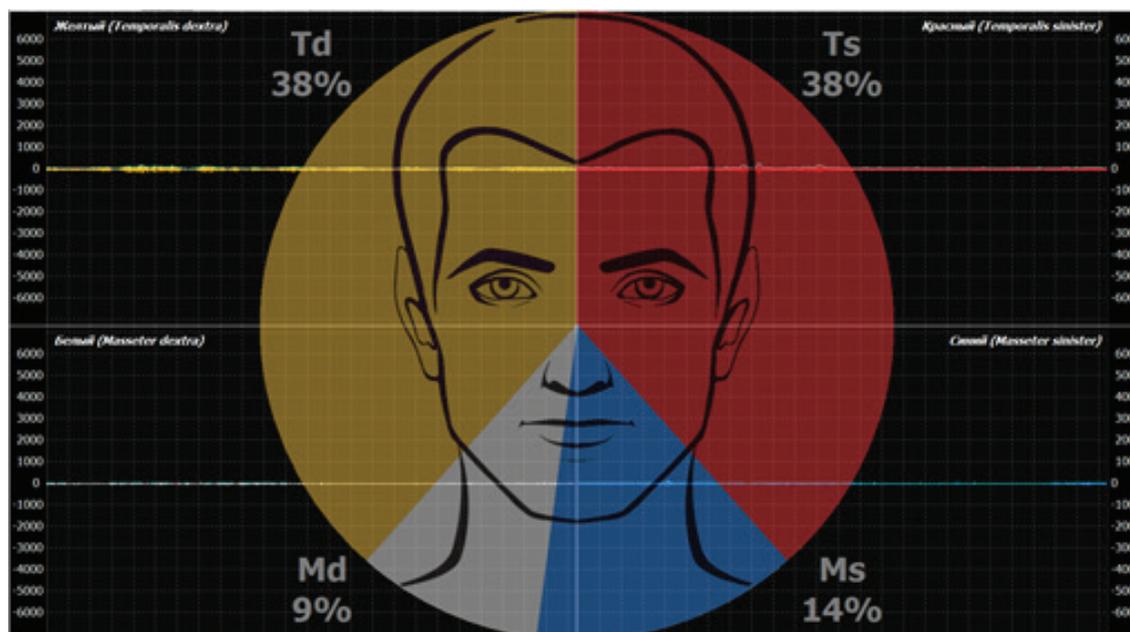


Рис. 4

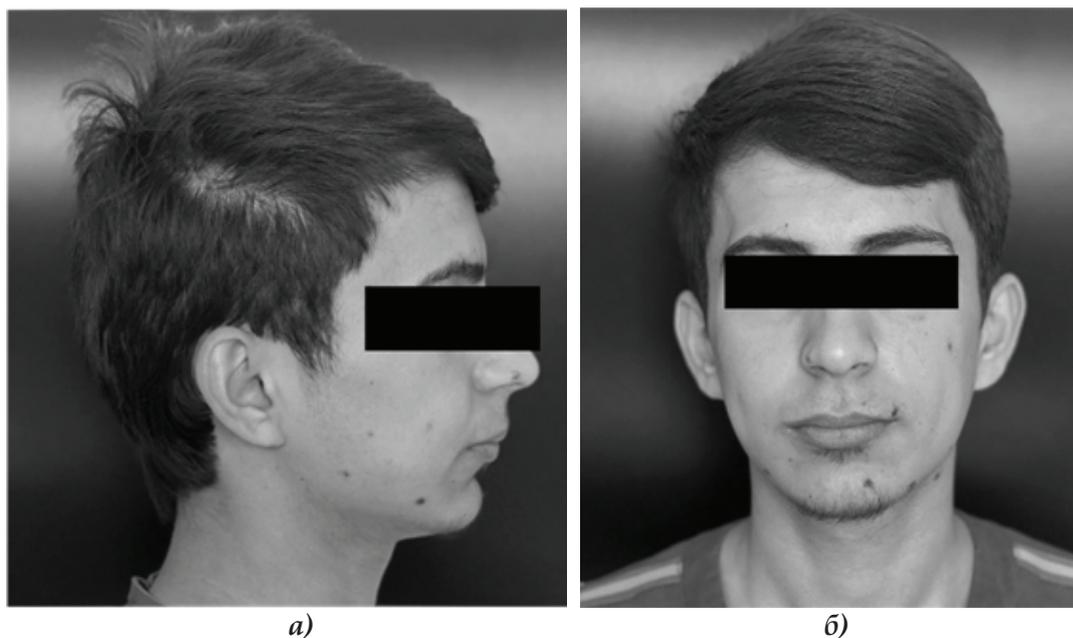


Рис. 5.

У третьей подгруппы, скелетный и лицевой тип в которой соответствует 3 классу, нагрузка на жевательные мышцы распределена неравномерно между двумя височными (M. temporalis) и собственно жевательными мышцами (M. masseter). Основная нагрузка в данном случае приходится на собственно-жевательные мышцы, а височные мышцы

вырабатывают меньшую нагрузку. Нагрузка распределена следующим образом: 40% приходится на височные мышцы (20% – правая, 20% – левая), оставшиеся 60% распределены на собственно-жевательные мышцы (30% – правая, 30% – левая). Значение отклонений находилось в пределах $\pm 4,0\%$ в каждую сторону (рис. 6).

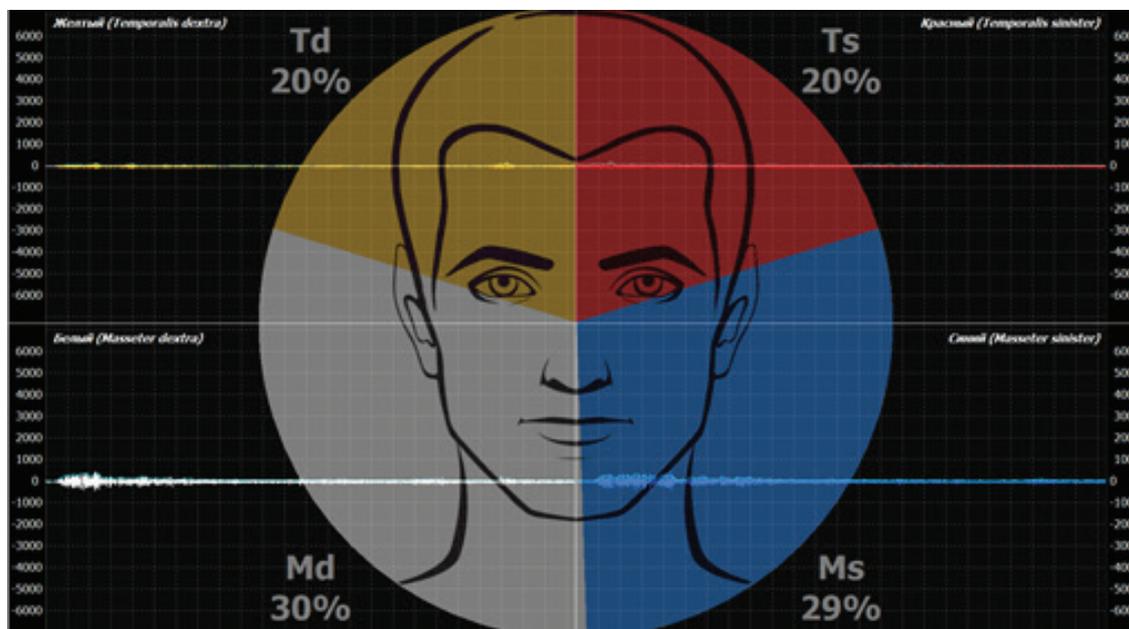


Рис. 6.

Значения отклонений в данной подгруппе в большинстве случаев зависят от типа жевания той или иной стороной, которым исследуемые привыкли разжевывать пищу.

В качестве примера распределения нагрузки для данного типа жевания приведем следующий клинический случай (рис. 7).

Пациент Ч., 48 лет. Обратился с жалобами на несостоятельность зубного ряда. В

процессе диагностики пациента была выявлена частичная адентия и генерализованный пародонтоз со 2-й и 3-й степенями подвижности зубов.

После рентгенологического обследования и получения данных методом КЛКТ было принято решение о полном удалении зубов и установке имплантатов на верхнюю и нижнюю челюсти.



Рис. 7

Протезирование было произведено с соблюдением отсроченного протокола. Процесс протезирования начинался с первичной диагностики, которая включает в себя

цефалометрический анализ и анализ КЛКТ для первичной оценки состояния ВНЧС. Был снят первичный оттиск с использованием альгинатной массы.

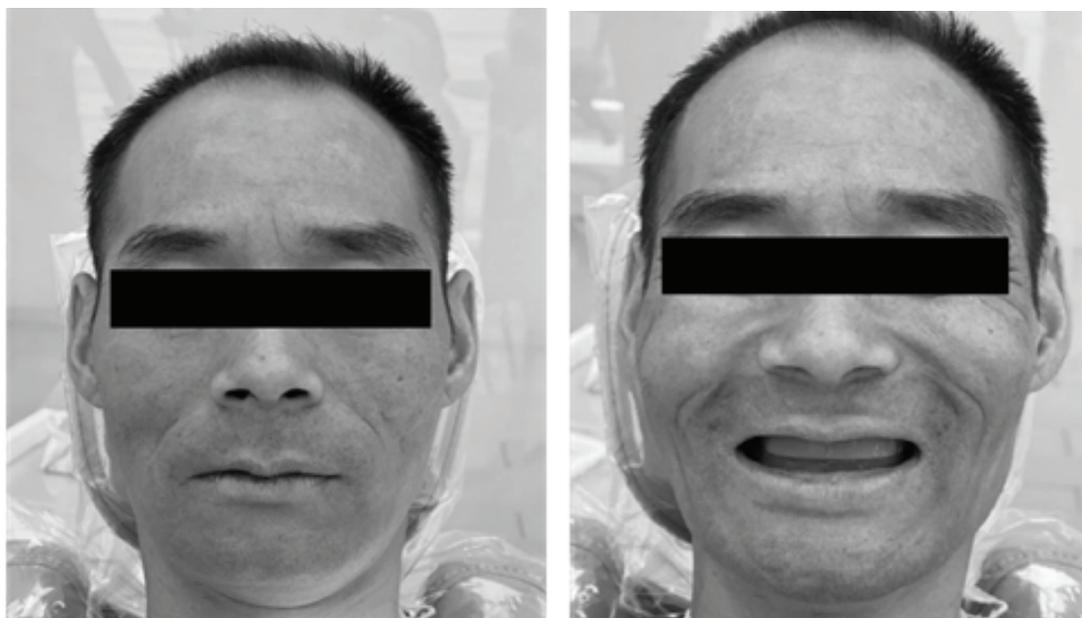


Рис. 8.

Первичный оттиск, снятый с челюстей, должен хорошо отображать все нужные грани для дальнейшего качественного изготовления закусных восковых шаблонов (рис. 8), что значительно влияет на качество конечной работы (рис. 9-12).

Шаблоны, выставленные по пробе Гербер-Гербста [2], служат хорошим ориентиром для соблюдения эстетических и функциональных качеств при создании несъемных ортопедических конструкций на дентальных имплантатах при полной ортопедии.

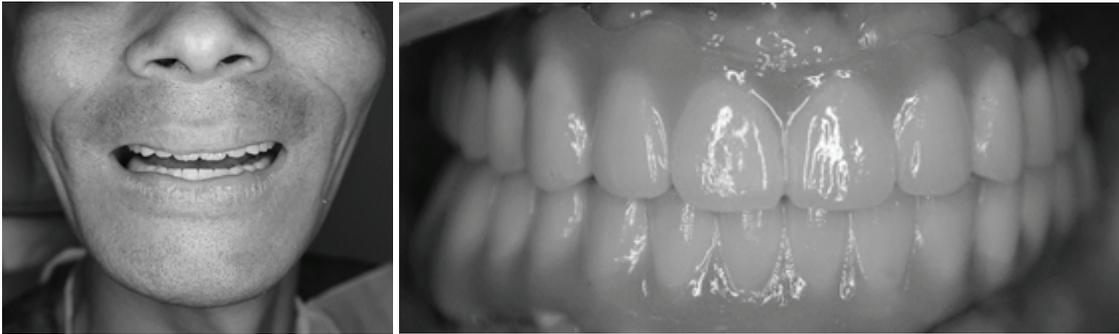


Рис. 9.

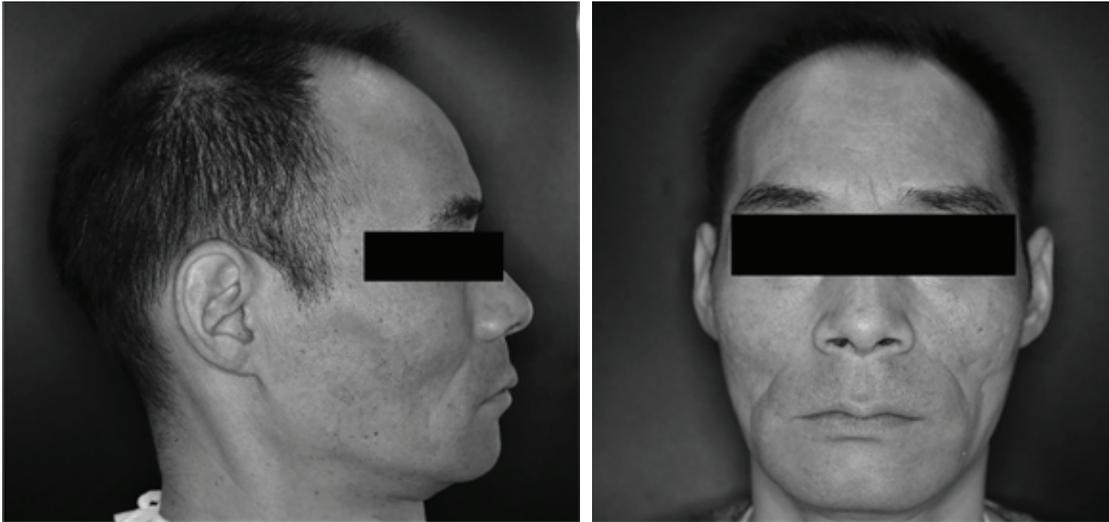


Рис. 10

Шаблоны, выставленные по пробе Гербера-Гербста [2], служат хорошим ориентиром для соблюдения эстетических и функциональных качеств при создании несъемных ортопедических конструкций на дентальных имплантатах при полной ортопедии.

На рис. 11 видно, что положение суставов после проведенного протезирования соответствует нормам.

Данные, полученные при цефалометрическом и рентгенологическом анализе положения ВНЧС на конечном этапе протезирования после электромиографии жевательных мышц, показали соответствие всех норм, рассчитанных и выставленных автором настоящей работы с учетом не только мышечного, но и скелетного баланса.



а) правая ВНЧС б) левая ВНЧС

Рис. 11

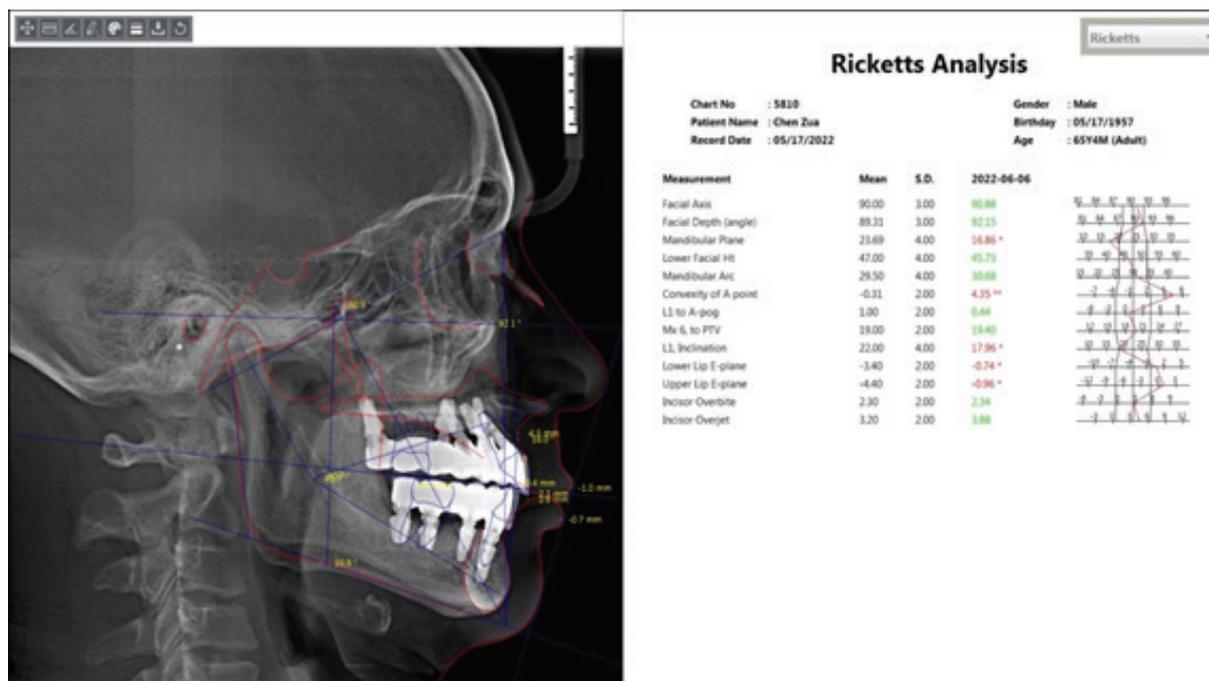


Рис. 12

Распределение нагрузки на жевательные мышцы в исследуемых подгруппах, в %

Индекс активности мышц	Подгруппы					
	I		II		III	
	правая	левая	правая	левая	правая	левая
Височная (РОС temp), %	25	25	30	30	20	20
Собственно-жевательная (РОС mass), %	25	25	20	20	30	30
Результаты допустимых отклонений (индекс активации), %	±4,0		±5,5-6,0		±4,0	

Заключение

В процессе проведения исследования были получены следующие основные результаты.

Согласно нашим исследованиям, в 1-ой подгруппе распределение жевательной нагрузки является равномерным (50% – на височные мышцы, 50% – на собственно-жевательные) с небольшим отклонением в пределах ±4,0%. Во 2-ой подгруппе распределение жевательной нагрузки составило: 60% – на височные мышцы, 40% – на собственно-жевательные (с отклонением в пределах ±5,5-6,0%). В 3-й подгруппе распределение жевательной нагрузки составило: 40% – на височные мышцы, 60% – на собственно-жевательные (с отклонением в пределах ±4,0%). Исходя из этого, пациенты, относящиеся ко 2-ой и 3-й группам, требуют тщательного исследования и сбора диагностических данных при ортодонтическом и ортопедическом лечении, особенно при полной адентии.

В результате проведенных исследований методом ЭМГ во всех трех подгруппах выявлено соответствие данных, полученных автором при проведении настоящего клинического исследования, и значений, приведенных другими специалистами.

Установлено, что протезирование несъемными ортопедическими конструкциями на дентальных имплантатах у пациентов всех 3-х групп при полной адентии приводит к перенастройке периферической информации, требующей адаптации двигательного контроля. Особенность данного метода протезирования заключается в том, что адаптация жевательных мышц происходит в течение довольно короткого времени, измеряемого несколькими часами.

Для понимания системы двигательной активности и кинетики жевательных мышц

и изготовления соответствующих ортопедических конструкций необходим ЭМГ-анализ, который обеспечивает правильный научный подход к планированию лечения.

Таким образом, считаем целесообразным использование возможностей

электромиографии для лечения и профилактики возможных дальнейших осложнений при протезировании несъемными ортопедическими конструкциями на ден- тальных имплантатах при полной адентии челюстей.

ЛИТЕРАТУРА (пп. 8, 9 см. в REFERENCES)

1. Анатомия, физиология и биомеханика зубочелюстной системы / под ред. Л.Л. Колесникова, С.Д. Арутюнова, В.П. Дегтярева, И.Ю. Лебеденко. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. 338 с.

2. Ортопедическая стоматология / под ред. Э.С. Каливрадзьяна, И.Ю. Лебеденко, Е.А. Брагина, И.П. Рыжовой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 322 с.

3. Пискур В.В. Повторное протезирование при полной потере зубов // Современная стоматология. 2015. №1. С.37-39.

4. Саакян М.Ю., Ершов П.Э., Ершова О.А., Жулев Е.Н. Изучение биоэлектрической активности височных и жевательных мышц у лиц с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, осложнённым зубочелюстными аномалиями // Институт Стоматологии. 2021. №1(90). - С. 72-75.

5. Самуйлов И.В., Давыдов М.В., Рубникович С.П., Барадина И.Н. Алгоритм оценки изменений функционального состояния мышц челюстно-лицевой области у атлетов с индивидуальными окклюзионными релаксирующими шинами или каппами // Российский журнал биомеханики. 2021. Т. 25, №3. С. 255–272.

6. Шатров И.М., Желудева С.Е. Электромиографическая оценка жевательных и височных мышц на нагрузку как показатель функциональной адаптации зубочелюстной системы // Проблемы стоматологии. 2016. Т.12, №1. С.103-109.

7. Шахметова О.А., Синицина Т.М. Междисциплинарный подход к лечению мышечно-суставной дисфункции височно-нижнечелюстного сустава с выраженным болевым синдромом // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2017. №9(2). С. 46-49.

RESERENSES

1. Kolesnikova L.L. *Anatomiya, fiziologiya i biomekhanika zubochelyustnoy sistemy* [Anatomy, physiology and biomechanics of the maxillary system]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2021. 338 p.

2. Kalivradzhiyana E.S. *Ortopedicheskaya stomatologiya* [Orthopedic dentistry]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2018. 322 p.

3. Piskur V.V. *Povtornoe protezirovaniye pri polnoy potere zubov* [Repeated prosthetics with complete loss of teeth]. *Sovremennaya stomatologiya – Modern Dentistry*, 2015, No. 1, pp. 37-39.

4. Saakyan M.Yu., Ershov P.E., Ershova O.A. *Izuchenie bioelektricheskoy aktivnosti visochnykh i zhevatelykh*

myshts u lits s sindromom bolevoy disfunktsii visochno-nizhnechelyustnogo sustava, oslozhnyonnym zubochelyustnymi anomaliyami [Study of bioelectric activity of temporal and masticatory muscles in individuals with temporomandibular joint pain dysfunction syndrome complicated by dentomandibular anomalies]. *Institut Stomatologii – Journal of Dentistry Institute*, 2021, No. 1 (90), pp. 72-75.

5. Samuylov I.V., Davydov M.V., Rubnikovich S.P. *Algoritm otsenki izmeneniy funktsionalnogo sostoyaniya myshts chelyustno-litsevoy oblasti u atletov s individualnymi okklyuzionnymi relaksiruyushchimi shinami ili kappami* [Algorithm for assessing changes in the functional state of the muscles of the maxillofacial region in athletes with individual occlusal relaxing splints or mouthguards]. *Rossiyskiy zhurnal biomekhaniki – Russian Journal of Biomechanic*, 2021, Vol. 25, No. 3, pp. 255–272.

6. Shatrov I.M., Zheludeva S.E. *Elektromiograficheskaya otsenka zhevatelykh i visochnykh myshts na nagruzku kak pokazatel funktsionalnoy adaptatsii zubochelyustnoy sistemy* [Electromyographic assessment of masticatory and temporal muscles on load as an indicator of functional adaptation of the dental system]. *Problemy stomatologii – Problems of Dentistry*, 2016, Vol. 12, No. 1, pp. 103-109.

7. Shakhmetova O.A., Sinitsina T.M. *Mezhdistsiplinarnyy podkhod k lecheniyu myshechno-sustavnoy disfunktsii visochno-nizhnechelyustnogo sustava s vyrazhennym bolevym sindromom* [Interdisciplinary approach to the treatment of musculoskeletal dysfunction of the temporomandibular joint with severe pain syndrome]. *Nevrologiya, neyropsikhiatriya, psichosomatika – Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics*, 2017, No. 9 (2), pp. 46-49.

8. Racich M.J. Occlusion, temporomandibular disorders and orofacial pain: An evidence-based overview and update with recommendations. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 2018, No. 120 (5), pp. 678-685.

9. Sforza C. *Fotique in the Masseter and Temporalis Muscles in Patients with Temporomandibular Dysfunction*. *Biomed Research International*, 2015, No. 22, pp. 1-6.

Сведения об авторе:

Хафизов Азиз Абдураидович – соискатель кафедры ортопедической стоматологии ТТГМУ им. Абуали ибн Сино

Контактная информация:

Хафизов Азиз Абдураидович – тел.: +(992) 93 790 00 33

© Коллектив авторов, 2022

УДК 578.611.311: 616.002.3.159: 616.002.4 (575.3)

*Хушвахтов Д.И., Мирзоев М.Ш., Гафаров Х.О.,
Хушвахтов Д.Д., Ходжаев М.У.*

СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОвСЗ РТ

*Khushvakhtov D.I., Mirzoev M.Sh., Gafarov Kh.O.,
Khushvakhtov D.D., Khodzhaev M.U.*

STATE OF THE MUCOSA OF THE MOUTH IN PATIENTS WHO HAD COVID-19

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

Цель исследования. Изучение состояния слизистой оболочки полости рта у пациентов, перенесших COVID-19, имеющих сопутствующие и хронические стоматологические заболевания.

Материал и методы. Работа основана на результатах обследования 36 пациентов (22 женщины и 14 мужчин), перенесших COVID-19, в возрасте от 30 до 65 лет, с патологией слизистой полости рта.

Стоматологическое обследование больных проводилось по общепринятой схеме, по результатам обследования, больным назначалось комплексное патогенетическое и этиотропное лечение с учетом принципов индивидуального подхода. Пациентам рекомендована санация полости рта с проведением профессиональной гигиены.

Результаты. Большинство пациентов (95%) в первую очередь отмечали неприятный запах изо рта, вероятно, обусловленный нарушениями вкусовой и обонятельной чувствительности. Все пациенты отметили восстановление вкуса в различные сроки после выздоровления, в то время как 20% пациентов заявили о снижении обоняния после выздоровления; 12% заявили о сухой атрофичной слизистой оболочке языка наличие белого вязкого налета. Мужчины при этом реже отмечали галитоз относительно лиц женского пола. Практически каждый второй пациент (50%) отмечал появление гнилостно-некротических язв на щеках и твердого нёба.

Заключение. Полученные результаты обосновывают необходимость и целесообразность включения стоматологического осмотра данной категории больных после их клинического выздоровления. Задача врача стоматолога вовремя диагностировать стоматологические проявления у пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию, и подобрать наиболее адаптированный алгоритм их лечения, в зависимости от клинических проявлений в полости рта.

Ключевые слова: Covid-19, коронавирус, слизистая оболочка, полости рта, гнилостно-некротическая язва, налет

Aim. The study of the state of the oral mucosa in patients who have undergone COVID-19 with concomitant and chronic dental diseases.

Material and methods. The work is based on the results of a survey of 36 patients (22 women and 14 men) who underwent COVID-19, aged 30 to 65 years, with pathology of the oral mucosa.

Dental examination of patients was carried out according to the generally accepted scheme, according to the results of the examination, patients were prescribed complex pathogenetic and etiotropic treatment, considering the principles of an individual approach. Patients are recommended sanitation of the oral cavity with professional hygiene.

Results. Most patients (95%) first of all noted bad breath, probably due to impaired taste and smell sensitivity. All patients noted the restoration of taste at various times after recovery, while 20% of patients reported a decrease in smell after recovery; 12% reported dry atrophic mucous membrane of the tongue, the presence of a white viscous coating. Men at the same time less often noted halitosis relative to females. Almost every second patient (50%) noted the appearance of putrefactive-necrotic ulcers on the cheeks and hard palate.

Conclusion. The results obtained substantiate the necessity and expediency of including a dental examination of this category of patients after their clinical recovery. The task of a dentist is to timely diagnose dental manifestations in patients who have had a coronavirus infection and to select the most adapted algorithm for their treatment, depending on the clinical manifestations in the oral cavity.

Key words: Covid-19, coronavirus, mucous membrane, oral cavity, putrefactive necrotic ulcer, plaque

Актуальность

В условиях пандемии Covid-19 меняется мир и профессиональная медицинская деятельность. Вопрос предотвращения передачи вируса и защиты медицинского персонала встал очень остро во всем мире. COVID-19 – это вирусное заболевание, которое может протекать в 2 формах – тяжелой и легкой. Частым осложнением считается пневмония, при которой необходима кислородная терапия [4, 6, 7, 8, 9, 12]. Распространенность заболеваний слизистой оболочки полости рта, связанная с COVID-19, в период коронавирусной инфекции неуклонно растет, у заболевших и выздоравливающих пациентов появляются воспаления, болезненная сыпь, язвы, бляшки, трещины и кандидоз полости рта. Эти симптомы наблюдаются у пациентов, имеющих сопутствующие заболевания, и у пациентов, имеющих стоматологические заболевания, лечение которых затянулось на долгий срок, например, кариес [3, 5, 10, 11].

Кроме этих симптомов, у данной категории пациентов наблюдается и расстройство вкуса, сухость во рту, воспаление десен, повышение чувствительности в полости рта. При этом, если пациент страдает стоматологическими заболеваниями на ранней стадии, то эти заболевания могут обостриться, но не являться симптомом Covid-19. Из организма зараженного человека Covid-19 выходит несколькими путями: дыхание, чиханье, разговор, кашель, пение. Во всех путях задействована ротовая полость. Поэтому при сдаче теста на коронавирус берут мазок изо рта и дыхательных путей [3, 4, 7, 10, 11]. Слюна является одним из главных источников передачи новой коронавирусной инфекции [1, 2]. Актуальной задачей в период коронавирусной инфекции для врача-стоматолога является своевременное проведение диагностических мероприятий, выявление патологии и ранняя целенаправленная фармакологическая терапия с целью предотвращения различной патологии и предупреждения развития тяжелых форм стоматологических заболеваний.

Цель исследования

Изучение состояния слизистой оболочки полости рта у больных, перенесших

COVID-19, имеющих сопутствующие и хронические стоматологические заболевания.

Материал и методы исследования

В условиях Городской стоматологической поликлиники г. Душанбе в 2021г. проведен прием 36 пациентов (22 женщины и 14 мужчин), перенесших COVID-19, в возрасте от 30 до 65 лет, с патологическим процессом слизистой оболочки полости рта. Обследование больных носило традиционный характер: произведен осмотр слизистой оболочки полости рта (локализация элементов поражения и их наличие, степень влажности и цвет), а также оценено состояния зубочелюстной системы (отсутствие санации полости рта, наличие зубных отложений, наличие и качество ортопедических конструкций); лабораторные методы исследования: изучение бактериальной обсеменённости слизистой оболочки полости рта и цитологическое исследования дна эрозий. С целью выявления сопутствующей патологии данной категории больных были рекомендованы консультации смежных специалистов (терапевта, эндокринолога, гастроэнтеролога). С учётом результатов исследования больным целенаправленно было назначено комплексное патогенетическое и этиотропное лечение с учетом принципов индивидуального подхода. Рекомендовано проведение профессиональной гигиены и санация полости рта.

Статистический анализ проведён методом вариационной статистики на ПК с использованием прикладного пакета "Statistica 6.0" (USA). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Результаты обследования больных, перенесших коронавирусную инфекцию, показали, что основными жалобами пациентов при поступлении были наличие различных высыпаний, трещин, появление бляшек и дефектов слизистой оболочки полости рта. В связи с тем, что вирус передается воздушно-капельным путем, четкая граница между временем возникновения патологических процессов полости рта в период разгара болезни COVID-19 или появления их после медикаментозного лечения не представлялась возможной к определению из-за высокой опасности заражения в период разгара

заболевания. Также недостаточная информация о поражении слизистой оболочки полости рта – являются ли эти элементы первичным симптомом коронавирусной инфекции или расцениваются как вторичное проявление, возникновение которого необходимо рассматривать на фоне медикаментозного лечения либо инфицирования полости рта. В связи с нарушениями обонятельной и вкусовой чувствительности большинство пациентов (95%) ощущали в первую очередь неприятный запах изо рта. Больные по-разному отмечали восстановление вкуса после выздоровления, в то же время 20% заявили о снижении обоняния после выздоровления; 12% – заявили об атрофии и сухости слизистой оболочки языка, наличии белого вязкого налета. У некоторых сохранялись белый налет на спинке языка и гиперемия слизистой оболочки задней стенки глотки. У мужчин, по сравнению с женщинами, реже отмечалось галитоз. Среди больных, обратившихся за помощью, практически у каждого второго (50%), имелись гнилостнонекротические язвы на щеках и твердом нёбе (рис. 1).



Рис. 1. Язвенно-некротический процесс слизистой оболочки твёрдого нёба

У данной категории больных жалобы были, в основном, на наличие боли во время приема пищи, при акте жевания, глотания и во время разговора. Больные отказались от приема пищи в связи с отсутствием ощущения вкуса еды и сильной боли, как следствие, у них отмечалась потеря массы тела и снижение аппетита. У 61% больных выявлен кандидоз по результатам микробиологического исследования, назначена противогрибковая терапия, после чего жалобы прекратились.

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) у больных с коронавирусной инфекцией является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний слизистой полости рта (рис. 2).



Рис. 2. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС)

Больные с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом, в основном, предъявляли жалобы на резкие боли в области дефекта. Со слов больных, за определенное время появляется пятно небольшого размера (Ø до 1 см), резко ограниченной круглой или овальной формы, анемичного или гиперемированного характера, которое приподнимается над слизистой оболочкой полости рта, эрозируется и превращается в афту. Отмечаются множественные мелкие высыпания, афты распространяются по переходной складке, боковых поверхностях языка, слизистой оболочке губ и щек. С учётом тяжести и длительности заболевания количество афт становится больше, период их заживления удлиняется, начиная с 7-10 дней до 2-4 недель.

У больных, перенесших коронавирусной инфекции, явления гингивита и пародонтита зависят от возраста и степени тяжести заболевания. В связи с этим у больных отмечалась неудовлетворительная гигиена полости рта, наличие обильного мягкого зубного налета, над- и поддесневой зубной камень. Сухость в полости рта у данных больных вызывала развитие заболеваний, обусловленных пародонтопатогенными факторами, инфекционные поражения органов полости рта по типу кандидоза (рис. 3). У больных отмечается трещины и шелушение слизистой верхней и нижней губ, их атрофия. В связи с пересыханием слизистой

губ и вязкостью слюны у некоторых больных имеются частицы эпителия, прилипшего к передней поверхности фронтальных зубов, за-

трудняются приём пищи и глотания. Поэтому больные постоянно вынуждены пить воду во время приема пищи.

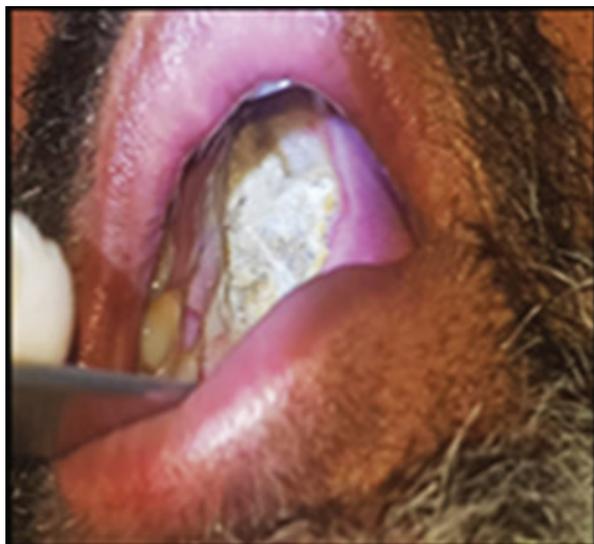


Рис. 3. Инфекционные поражения слизистой полости рта по типу кандидоза

Заключение

Полученные результаты свидетельствуют о разнообразии патологических стоматологических проявлений на слизистой оболочке полости рта у больных, перенесших коронавирусную инфекцию (COVID-19). Вопрос о первопричинном факторе развития осложнений в полости рта – коронавирусная инфекция или фармакологические препараты, которые больные получали во время лечения

– до настоящего времени требует изучения. Ослабление иммунитета или склонность к аутоиммунным процессам являются последствиями бессимптомно протекающего COVID-19, которые приводят к неблагоприятным последствиям как в целом организме, так и для органов полости рта.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 4-12 см. в REFERENCES)

1. Белоцерковская Ю.Г., Романовских А.Г., Смирнов И.П. COVID-19: Респираторная инфекция, вызванная новым коронавирусом: новые данные об эпидемиологии, клиническом течении, ведении пациентов // *Consilium Medicum*. 2020. № 3. С. 12-20.
2. Никифоров В.В., Суранова Т.Г., Миронов А.Ю., Забозлаев Ф.Г. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19): этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика. М., 2020. 48 с.
3. Разумова С.Н., Браго А.С., Козлова Ю.С., Манвелян А.С., Разумов М.Н. Пандемия Covid-19 и стоматологическая практика (обзор публикаций) // *Медицинский алфавит*. 2020. № 12. С. 72-78.

RESERENSES

1. Belotserkovskaya Yu.G., Romanovskikh A.G., Smirnov I.P. COVID-19: Respiratornaya infektsiya, vyzvannaya novym koronavirusom: novye dannye ob epidemiologii, klinicheskom techenii, vedenii patsientov [COVID-19: Respiratory infection caused by a new corona-

virus: new data on epidemiology, clinical course, patient management]. *Consilium Medicum*, 2020, No. 3, pp. 12-20.

2. Nikiforov V.V., Suranova T.G., Mironov A.Yu., Zabozlaev F.G. *Novaya koronavirusnaya infektsiya (COVID-19): etiologiya, epidemiologiya, klinika, diagnostika, lechenie i profilaktika* [New coronavirus infection (COVID-19): etiology, epidemiology, clinic, diagnosis, treatment and prevention]. Moscow, 2020. 48 p.

3. Razumova S.N., Brago A.S., Kozlova Yu.S. *Pandemiya Covid-19 I stomatologicheskaya praktika (obzor publikatsiy)* [Covid-19 pandemic and Dental practice (review of publications)]. *Meditinskiy alfavit – Medical Alphabet*, 2020, No. 12, pp. 72-78.

4. Baig A.M. Evidence of the COVID-19 virus targeting the CNS: tissue distribution, host-virus interaction, and proposed neurotropic mechanisms. *ACS Chemical Neuroscience*, 2020, No. 11, pp. 995–998.

5. Harrel S.K. Aerosols and splatter in dentistry: a brief review of the literature and infection control implications. *Journal of American Dentistry Association*, 2004, No. 135, pp. 429-437.

6. Klok F.A. Incidence of thrombotic complications in critically ill ICU patients with COVID-19. *Thrombosis Research*, 2020, No. 191, pp. 145-147.
 7. Li Y.C. The neuroinvasive potential of SARS-CoV2 may play a role in the respiratory failure of COVID-19 patients. *Journal of Medical Virology*, 2020, Vol. 92, No. 6, pp. 552-555.
 8. Mao L. Neurologic manifestations of hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA Neurology*, 2020, Vol. 77, No. 6, pp. 683.
 9. Mehta P. HLH Across Speciality Collaboration, UK. COVID-19: consider cytokine storm syndromes and immunosuppression. *Lancet*, 2020, Vol. 395, pp. 1030-1034.
 10. Meng L. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Emerging and Future Challenges for Dental and Oral Medicine. *Journal of Dentistry Research*, 2020, Vol. 99, No. 5, pp. 481-487.
 11. Peng X. Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. *International Journal of Oral Science*, 2020, Vol. 12, No. 9, pp. 1030-1038.
 12. Wang W., He J., Lie P. The definition and risks of cytokine release syndrome-like in 11 COVID-19-infected pneumonia critically ill patients: disease characteristics and retrospective analysis. *MedRxiv*, 2020. URL: <https://doi.org/10.1101/2020.02.26.20026989> (accessed April 30, 2020).
- Сведения об авторах:**
Хушвахтов Додарджон Иззатович – ассистент кафедры челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.
Мирзоев Мансурджон Шомилевич – зав. кафедрой челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н., доцент
Гафаров Хуриед Олимджанович – ассистент кафедры челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.
Хушвахтов Дилиод Додарджонович – соискатель кафедры челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОвСЗ РТ
Ходжаев Махмадёр Умарович – ассистент кафедры челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОвСЗ РТ
- Контактная информация:**
Хушвахтов Додарджон Иззатович – тел.: (+992) 888 88 00 07; (+992) 987 56 44 44; e-mail:doctor62.62@mail.ru

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

© Коллектив авторов, 2022

УДК 616.517.8-002.1

Абдиева Д.Х., Дырда Н.И., Валиева М.С.

ОСТРЫЙ ОСПЕННОВИДНЫЙ ЛИХЕНОИДНЫЙ ПАРАПСОРИАЗ (БОЛЕЗНЬ МУХА-ГАБЕРМАНА)

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

Abdieva D.H., Dyrda N.I., Valieva M.S.

ACUTE SMALLPOINT LICHENOID PARAPSORIASIS (MUCHA -HABERMANN DISEASE)

Department of Dermatology and Venereology of the State Educational Establishment of the Avicenna Tajik State Medical University

Парапсориаз представляет собой гетерогенную группу хронических воспалительных дерматозов, характеризующихся наличием пятен и/или папул и бляшек, покрытых геморрагическими корками. Интерес к этой патологии отчасти обусловлен до конца невыясненными этиопатогенетическими механизмами развития заболевания, отсутствием общепринятой классификации, возможностью трансформации парапсориаза в Т-клеточную лимфому.

В статье описан случай вариолиформного (оспенновидного) парапсориаза Муха-Габермана у новорожденного. В связи с редкостью данного заболевания приводим собственное наблюдение.

Ключевые слова: острый оспенновидный лихеноидный парапсориаз, болезнь Муха-Габермана, папуло-везикулы с центральным некрозом, атрофические рубцы

Parapsoriasis is a heterogeneous group of chronic inflammatory dermatoses e characterized by the presence of spots and/or papules and plaques covered with hemorrhagic crusts. Interest in this pathology is partly due to the unclear etiopathogenetic mechanisms of the development of the disease, the lack of a generally accepted classification, and the possibility of transforming parapsoriasis into T-cell lymphoma.

The article describes a case of varioliform (smallpox-like) Mucha-Gaberman's parapsoriasis in a newborn. Due to the rarity of this disease, we present our own observation.

Key words: acute smallpox-like lichenoidparapsoriasis, Mucha-Habermann disease, papulovesicular with central necrosis, atrophic scars

Актуальность

Парапсориазы представляет собой группу заболеваний, гетерогенных по морфологическим признакам, патоморфологии и клиническому течению. Данная группа дерматозов возникает вследствие нарушения деятельности клональных Т-лимфоцитов. Различают крупнобляшечный парапсориаз, или КБПП (LPP – largeplaque parapsoriasis), мелкобляшечный парапсориаз, или МБПП (SPP – smallplaque parapsoriasis), лихеноидный

острый и лихеноидный хронический парапсориаз. Лихеноидный парапсориаз относится к группе воспалительных дерматозов, включающих острую PLEVA (pityriasis lichenoides et varioliformis acuta) болезнь Муха – Габермана (Mucha-Habermann) и хроническую PLC (pityriasis lichenoides chronica) формы, которые могут встречаться в любом возрасте и в любом географическом регионе [1, 5].

Первые описания pityriasis lichenoides были сделаны в 1894 г. А. Neisser и J. Jadassohn.

В 1899 г. F. Juliusberg, описав хроническую форму, ввел термин *pityriasis lichenoides chronica* (PLC). В 1902 г. L. Brocq определил *pityriasis lichenoides chronica* как каплевидную форму парапсориаза в связи со сходством с каплевидным псориазом. В 1916 г. V. Mucha отделил острую форму от хронической, а в 1925 г. R. Habermann ввел термин «*pityriasis lichenoides et varioliformis acuta*». В 1966 г. R. Degos и соавт. сообщили о язвенно-некротическом субтипе *pityriasis lichenoides et varioliformis acuta*, протекающем с высокой температурой. Отмечено преобладание данного вида парапсориаза среди больных лиц мужского пола в (соотношение от 1,5:1 до 3:1) [2, 3].

Острая оспенновидная лихеноидная форма парапсориаза встречается крайне редко – 1:6000-12000, хроническая лихеноидная форма – примерно 1:2000. По данным англоязычной литературы, имеются сообщения о 40 случаях данного дерматоза. Средний возраст пациентов в зарегистрированных случаях составил 27,4 года. Язвенно-некротический вариант с лихорадкой часто наблюдался у детей грудного и младшего детского возраста, причём у мальчиков этот вариант заболевания встречался в 3-6 раз чаще, чем у девочек. Хроническая форма чаще поражает подростков и взрослых во 2-й и 3-ей декаде жизни. Зарегистрированная смертность от фебрильной язвенно-некротической болезни Муха-Габермана составляет примерно 20%.

Описаны случаи возникновения острого парапсориаза в любом возрасте и у лиц обоих полов, чаще у юношей после перенесения различных инфекций (ОРВИ, тонзиллит и др.). У одного пациента могут отмечаться клинические проявления острого и хронического лихеноидного парапсориаза.

В настоящее время существуют три основные этиопатогенетические теории *pityriasis lichenoides*:

1) воспалительные реакции запускаются различными инфекционными агентами. Ряд исследователей выделяют, как этиологический фактор, следующие микроорганизмы: *Toxoplasma gondii*, вирус Эпштейна-Барра, вирус простого герпеса и цитомегаловирус. В педиатрической практике есть сообщения о развитии лихорадочного язвенно-некротического подтипа PLEVA у пациентов после вакцинации лиофилизированной живой ослабленной культурой кори; у 40% пациентов с данным диагнозом в мазках из зева были обнаружены стафилококки. Однако некоторые авторы опровергают наличие инфекции и подкрепляют свое мнение отсутствием

эффекта в ответ на противовирусную и антибактериальную терапию.

Значительную роль в патогенезе заболевания играет формирование реакции гиперчувствительности на различные инфекционные агенты.

Остается неясным, являются ли микроорганизмы причиной язвенно-некротического подтипа PLEVA или течение самого заболевания приводит к иммунной дисрегуляции и активирует уже существующие патогены.

2) Воспаление возникает вследствие Т-клеточной дискразии. При остром лихеноидном вариолиформном пситириазе в коже на лимфоцитах в области высыпаний обнаружена экспрессия маркера CD30+, тогда как при хроническом течении наблюдается частичная потеря маркера CD7, что характерно для лимфом кожи [4].

3) Аллергический васкулит, обусловлен отложением иммунных комплексов. Т-клеточное опосредованное иммунное воспаление, развивающееся в коже при остром течении, проявляется симптомами васкулита (в стенках сосудов обнаруживаются фрагменты IgM, фиксированные циркулирующие иммунные комплексы, С3-фракция комплемента, фибрин) [3].

Описаны также наблюдения, когда у пациентов с лихеноидным парапсориазом имелись различные дисфункции эндокринной системы и интеркуррентные заболевания, в частности, аутоиммунный гепатит, холецистопатии, хронический тонзиллит, тромбоцитопеническая пурпура [5].

В связи с редкостью данного заболевания и недостаточным количеством в отечественной литературе работ, описывающих язвенно-некротический подтип PLEVA, приводим собственное наблюдение.

Клиническое наблюдение. В детское отделение ГУ «Городская клиническая больница кожных болезней» г. Душанбе из г. Нурека 4 мая 2022 года поступил ребенок Р.А., рост 60 см, масса тела 3800 г, спустя 50 дней от момента рождения (дата рождения 15.03.2022 г.) с целью уточнения диагноза и проведения специфической терапии. Со слов матери: мальчик от третьей беременности, двое старших детей здоровы, сама дважды переболела ОРВИ в первую и вторую половины беременности. Младенец болен с рождения, когда при первичном осмотре сразу после родов были обнаружены высыпания на коже туловища. Находился в родильном отделении в течение 5 дней, за это время у ребенка дважды поднималась температура до 38,4° С, после чего отмечалось появление новых

высыпаний на коже лица, волосистой части головы, верхних и нижних конечностях. С учетом указанных симптомов ребенку был проведен курс антибактериальной терапии (суспензия азитромицина) и антигистаминными препаратами (фенистил Нью) в течение 5 дней. Ребенок выписан под наблюдение семейного врача по месту жительства. В течение всего времени, до поступления в кожное отделение, отмечался неоднократный подъем температуры с последующим высыпанием элементов. Со слов мамы: появлялись красные отечные пятна крупных размеров, которые через некоторое время проходили, а полостные элементы с прозрачным и гнойным содержимым вскрывались с образованием эрозий и язв. Мама самостоятельно обрабатывала элементы анилиновыми красителями и антибактериальными мазями. По рекомендации участкового педиатра давала короткими курсами антибиотики и жаропонижающие средства, после чего отмечала незначительное улучшение. В последних числах апреля на фоне подъема температуры тела до $39,0^{\circ}\text{C}$ и появления судорожного статуса отмечалось ухудшение общего состояния и генерализация кожного процесса, в связи с чем был направлен на госпитализацию в г. Душанбе для уточнения диагноза и лечения.

Объективно: патологический кожный процесс носит генерализованный характер. Высыпания локализуются на коже лица, волосистой части головы, груди, спины, живота, верхних и нижних конечностей и представлены полиморфными элементами в разных эволюционных стадиях. На волосистой части головы с переходом на кожу лба, щек, ушных раковин, носогубного треугольника визуализируются буро-красные папулы и папуловезикулы с центральным

некрозом, местами покрытые геморрагическими корками, единичные эрозии. В складках шеи, подмышечных впадин, а также локтевых, паховых и пупочной областях наблюдаются мелкие папуловезикулы и эрозии с некротическим центром. На коже туловища отмечаются множественные милиарные и лентикулярные серопапулы, единичные пустулы, множественные мелкие эрозии и язвы размером от 0,1 до 0,5 см в диаметре, атрофические рубцы. На ладонях и подошвах имеется небольшое количество пустул, напряженных пузырей и корок разного цвета. На коже тыльной поверхности кистей, предплечий и плеч определяются вторичные пятна с цианотичным компонентом. Единичные мелкоточечные эрозии и язвы отмечаются на слизистой полости рта и дорзальной поверхности языка.

Результаты лабораторных исследований: в общем анализе крови: Эр – $3,3 \times 10^{12}$ г/л, Нб – 97,8 г/л, Л – $20,0 \times 10^9$ г/л, лимфоциты 86%, СОЭ – 16 мм/ч. В общем анализе мочи – показатели в норме; ИФА на ЦМВ, вирус Эпштейна-Барра (ВЭБ), вирус ветряной оспы, вирус гепатита В, вирус гепатита С – отр. ИФА на герпес с IgM – отр, с IgG – положит. титр 1/1600. Кровь на ВИЧ – отр., реакция гемогглютинации с *Treponema pallidum* – отр., кровь на малярию – отр.

На основании клинико-анамнестических данных, результатов дополнительных методов исследования был поставлен диагноз: острый оспенновидный лихеноидный параспориаз (болезнь Муха-Габермана). У ребенка на следующий день после поступления появился кашель, затрудненное дыхание, гипертермия до 39°C . После консультации неонатолога он был переведен в детское реанимационное отделение НМЦ «Шифобахш».



Пациент Р.А. Диагноз: острый оспенновидный лихеноидный параспориаз (болезнь Муха-Габермана)

Таким образом, ввиду редкой встречаемости острого лихеноидного парапсориаза, особенностей клинической картины и поздней обращаемости пациентов к специалистам врачи могут испытывать сложности при постановке диагноза. Приведенный клинический пример представляет инте-

рес для дерматовенерологов и педиатров и представлен с целью привлечения внимания медицинского сообщества к проблеме редко встречающихся дерматозов.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 3-5 см. в REFERENCES)

1. Белоусова Т.А., Каиль-Горячкина М.В., Тавитова А.Р. Крупнобляшечный парапсориаз: клинико-диагностические критерии и современные возможности терапии. // Consilium Medicum. Дерматология. 2018. № 2. С.11–14.

2. Яковлев А.Б., Шатохина Е.А. Каплевидный парапсориаз Брока и острый вариолиформный парапсориаз Муха-Габерманна: вопросы терминологии и терапии. // Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2018. №1. С.128–134.

RESERENSES

1. Belousova T.A., Kail-Goryachkina M.V., Tavitova A.R. Krupnoblyashechnyy parapsoriasis: kliniko-diagnosticheskie kriterii i sovremennyye vozmozhnosti terapii [Large-plaque parapsoriasis: clinical diagnostic criteria and modern possibilities of therapy]. *Consilium Medicum. Dermatologiya – Consilium Medicum. Dermatology*, 2018, No. 2, pp. 11-14.

2. Yakovlev A.B., Shatokhina E.A. Kaplevidnyy parapsoriasis Broka i ostryy varioliformnyy parapsoriasis Mukha-Gabermanna: voprosy terminologii i terapii [Broca's guttate parapsoriasis and acute varioliform Fly-Habermann's parapsoriasis: issues of terminology and therapy]. *Kremlevskaya meditsina. Klinicheskiy vestnik – Kremlin Medicine Journal*, 2018, No. 1, pp. 128-134.

3. Efanova E.N. Mucha - Habermann acute varioliformparapsoriasis with the formation of hypertrophic scars in a teenager. *Lechaschiy Vrach – Physician*, 2022, No. 2 (25), pp. 36-39.

4. Cozzio A., Hafner J., Kempf W. Febrile ulceronecrotic Mucha-Habermann disease with clonality: a cutaneous T-cell lymphoma entity? *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2014, No. 51, pp. 1014-1017.

5. Ogrum A., Takci Z., Seckin H.Y. A case of pityriasislichenoides: rapid resolution with azithromycin monotherapy in 3 weeks. *Dermatologic Therapy*, 2018, No. 31 (5), pp. 12681.

Сведения об авторах:

Абдиева Дильбар Ходжиевна – доцент кафедры дерматовенерологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино», к.м.н.

Дырда Нина Ивановна – доцент кафедры дерматовенерологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино», к.м.н.

Валиева Мухаббат Сайдалиевна – ассистент кафедры дерматовенерологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино», к.м.н.

Контактная информация:

Абдиева Дильбар Ходжиевна – тел.: (+992) 907 90 55 30; e-mail: 2242651@ mail.ru

¹Касымова З.Н., ²Пулотов О.Н., ²Дадабаева Д.Р.,
²Рахимбоева Н.У., ²Рустамова Р.И.

ИСХОД РОДОВ У БЕРЕМЕННОЙ С ВРАСТАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ

¹Курс акушерства и гинекологии Худжандского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ
²Согдийский областной родильный дом

¹Kosimova Z.N., ²Pulotov O.N., ²Dadabaeva D.R.,
²Rakhimboeva N.U., ²Rustamova R.I.

BIRTH OUTCOME IN PLACENTA PREGNANT WOMEN WITH THE PLACENTA ACCRETAIN

¹The course of obstetrics and gynecology of Khujand department of State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan"
²Sugd regional maternity hospital

Описывается исход родов у беременной с рубцом на матке и вращением плаценты по Согдийскому областному родильному дому. Плановая подготовка беременной, междисциплинарное участие врачей в операционной и современная инфузионно-трансфузионная помощь явились залогом успешного исхода родов.

Ключевые слова: вращение плаценты, акушерское кровотечение, инфузионно-трансфузионная терапия, перевязка внутренней подвздошной артерии

Describes the outcomes of child birth in pregnant women with a scar on the uterus and with placenta accrete by Maternal hospital of Sugd region. Planned preparation of a pregnant women, interdisciplinary involvement of doctors in the operating room and modern infusion and transfusion care were key to a successful outcome of childbirth.

Key words: ingrowth of the placenta, obstetric bleeding, infusion-transfusion therapy, obligation of the iliac artery

В современном акушерстве наблюдается повышенная частота патологических состояний, объединяемых общим признаком аномалии инвазии плаценты. Спектр этих состояний включает плотное прикрепление, приращение, вращение, прорастание ворсин хориона в миометрий. Для их определения широко используют обобщенный термин «вращение плаценты», в международных источниках – placenta accreta spectrum. Эта патология является главной причиной акушерских кровотечений, гистерэктомии во всем мире, а вопросы диагностики и прогнозирования остаются актуальными [1]. За последнее десятилетие отмечается рост частоты случаев вращающейся плаценты (ВП). Зачастую это связано с увеличением частоты родов пу-

тем операции кесарева сечения. Отмечается прогрессивное увеличение частоты данного заболевания с 1960 года по настоящее время: с 1 случая на 93000 родов до 1 случая на 322 родоразрешений [4]. Определяется прямая зависимость: в странах с высоким уровнем оперативного абдоминального родоразрешения распространенность вращающейся плаценты имеет наиболее высокие значения [2]. Риск смертности от ВП является значительным и может достигать 1%. Факторы риска ВП включают возраст матери, предлежание плаценты и повторные операции кесарева сечения (КС).

Несмотря на заблаговременное планирование родоразрешения, хорошо оснащенные операционные и наличие опытной хирургии-

ческой бригады, уровень послеоперационных осложнений у пациенток с вращением плаценты выше ожидаемого, сохраняется высокий риск ранения мочевого пузыря и массивного кровотечения [2].

В нашей стране нет полного адаптированного протокола тактики ведения женщин с патологией прикрепления плаценты. Существующий национальный стандарт «Кровотечение во время беременности, в родах и послеродовом периоде: профилактика, диагностика, акушерская тактика» не охватывает в полном объеме принципы диагностики и акушерской тактики при ВП.

В Согдийском областном родильном доме на основании международных рекомендаций был создан внутренний протокол ведения беременных с вращением плаценты, где указаны основные направления в плане обследования, сроков родоразрешения и плана производства самой операции кесарево сечения. Данная тактика производства операции при вращении плаценты привела к минимизации кровопотери во время операции, тем самым снижая риск послеоперационных осложнений. Так как в нашей области нет условий для производства эндоваскулярных операций в родильных домах с целью снижения риска акушерских кровотечений и органосохраняющих операций, данная

методика является наиболее оптимальной.

В настоящем исследовании приведен случай ведения беременной с вращением плаценты, описан принцип оказания оперативной и инфузионно-трансфузионной помощи.

Клинический случай. Беременная Х.С. 31 г., поступила в Согдийский областной родильный дом по направлению районного центра с диагнозом: Беременность 35 недель. Предлежание плаценты. ОАА (2К/С). Масса тела 54 кг, рост 144 см. Из анамнеза: беременность – 3, роды – 3. Две предыдущие беременности закончились операцией кесарево сечения по поводу узкого таза и крупного плода в 2013 и 2017 годах. После госпитализации и проведения обследования выставлен диагноз: Беременность 35 недель. Полное предлежание плаценты. ОАА (2 рубца на матке). Вращение плаценты в области рубца. Анемия легкой степени.

Со стороны лабораторных данных: Hb – 90 г/л, биохимический и общий анализы крови в пределах нормы.

Заключение УЗИ: Беременность 34-35 недель. Полное предлежание плаценты. Вращение плаценты с вероятностью перехода в стенку мочевого пузыря. Отмечается расширение сосудов нижнего сегмента матки и мочевого пузыря (рис. 1).

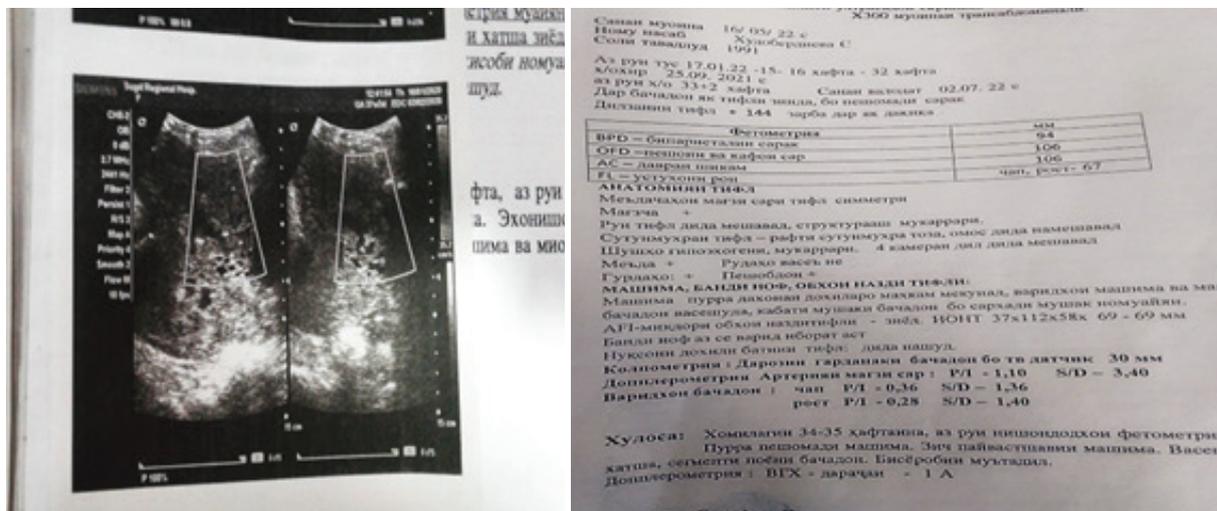


Рис.1, 2. Данные ультразвукового исследования

Консилиумом врачей при участии акушеров-гинекологов, сосудистого хирурга, уролога и анестезиолога разработан план обследования и подготовки к плановой операции. С учетом имеющегося риска массивного кровотечения выбран метод общей анестезии с ИВЛ, заготовлены компоненты крови.

Произведена МРТ малого таза, при которой обнаружено полное предлежание пла-

центы с полным перекрытием передней стенки мочевого пузыря. При цистоскопии обнаружено расширение сосудистого рисунка стенки мочевого пузыря, произведена катетеризация мочеточников во избежание осложнений в ходе производства операции экстирпации матки. 19.05.22 г. при участии врачей акушеров-гинекологов, сосудистого хирурга и уролога произведено кесарево

сечение. Объем операции определен: корпоральное кесарево сечение с последующей экстирпацией матки без придатков. Произведен продольный нижнесрединный разрез кожи. При вскрытии брюшной полости в области нижнего сегмента отмечалась выраженная сосудистая сеть: сосуды плаценты расширены с переходом на стенку мочевого пузыря, стенка нижнего сегмента матки истончена. Разрез произведен на дне матки, плод извлечен за ножку. Извлечена живая недоношенная девочка массой 2500,0 г, рост 45 см с наркотической депрессией. Пуповина иссечена, плацента оставлена в матке, разрез на матке ушит двурядным викриловым швом. Во избежание риска массивных кровотечений произведена перевязка внутренней подвздошной артерии с 2-х сторон, после чего объем операции расширен до экстирпации матки без придатков. Тупым путем мочевого пузырь отсепарован от истонченных стенок нижнего сегмента матки, повреждения мочевого пузыря не наблюдалось. Выполнен гемостаз. Произведено дренирование брюшной полости. Общая кровопотеря составила 1500 мл. Моча выделилась в объеме 300 мл. В ходе операции гемодинамические показатели роженицы были стабильными. Параметры свертывающей системы находились в пределах нормы.



Рис. 3. Макропрепарат: Матка с участками вросшей плаценты

Со стороны бригады анестезиологов проводилась инфузионно-корректирующая терапия.

Врачом-трансфузиологом перелито 2 дозы одноклеточной эритроцитарной массы. Длительность операции составила 2 часа. Макропрепарат отправлен в патогистологическую лабораторию, где подтверждена гистологическая картина вставания плаценты.

По окончании операции родильница переведена в реанимационное отделение для проведения дальнейшей интенсивной терапии и наблюдения.

Со стороны лабораторных анализов: уровень гемоглобина 74 г/л, Ht – 22% во время операции, после гемотрансфузии гемоглобин повышен до 94 г/л. Со стороны биохимических анализов крови явных изменений не наблюдалось. Объем кровопотери своевременно был восполнен. В послеоперационном периоде получала антибактериальную терапию (цефтриаксон 1,0 × 2 раза в/в в течение 5 дней), профилактику тромбоэмболических осложнений (клексан 4 мг в/в) и проводилась лечебная аналгезия.

Послеоперационный период протекал гладко. 31.05.2022 г. в удовлетворительном состоянии родильница выписана домой со своим ребенком.

В ходе родоразрешения данной категории беременных получен определённый опыт, при котором отмечается благоприятный исход для матери и ребенка с наименьшим риском кровотечения и отдаленных осложнений.

Таким образом, ранняя дородовая госпитализация пациентки с вставанием плаценты, плановое кесарево сечение донным разрезом на матке, командный подход врачей в составе: акушера-гинеколога, сосудистого хирурга, уролога, анестезиолога-реаниматолога, перевязка внутренней подвздошной артерии и современная инфузионно-трансфузионная помощь явились залогом успешного исхода родов.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (п. 4 см. в REFERENCES)

1. Назаренко Л.Г., Дёмина О.В. Вставание плаценты: Вопросы этиологии, патофизиологии, диагностика. // Health of woman. 2019. Т.8, №144. С. 7-11.
2. Зайнулина М.С., Корнюшина Е.А., Кривонос М.И. Стратегия преодоления материнской смертности,

обусловленной кровотечением. // Журнал акушерство и женских болезней. 2015. № 2. С.33-41.

3. Кровотечение во время беременности, в родах и послеродовом периоде: профилактика, диагностика, акушерская тактика. Национальный стандарт. Душанбе, 2018. 104 с.

RESERENSES

1. Nazarenko L.G., Dyomina O.V. Vrastanie platsenty: Voprosy etiologii, patofiziologii, diagnostika [Placenta accretion: Questions of etiology, pathophysiology, diagnostics]. *Health of woman*, 2019, Vol. 8, No. 144, pp. 7-11.

2. Zaynulina M.S., Korniyushina E.A., Krivonos M.I. Strategiya preodoleniya materinskoy smertnosti, obuslovennoy krvotekheniem [Strategy for overcoming maternal mortality caused by bleeding]. *Zhurnal akusherstvo i zhenskikh bolezney – Journal of Obstetrics and Women’s Diseases*, 2015, No. 2, pp. 33-41.

3. *Krovotekhenie vo vremya beremennosti, v rodakh i poslerodovom periode: profilaktika, diagnostika, akusherskaya taktika. Natsionalnyy standart* [Bleeding during pregnancy, childbirth and the postpartum period: prevention, diagnosis, obstetric tactics. National standart]. Dushanbe, 2018. 104 p.

4. Sayetal L. Global causes of maternal deat: AWHO systematic analyses. *Lanset*, 2014, Vol. 2, No. 6, pp. 323-333.

Сведения об авторах:

Касымова Замира Назаровна – зав. курсом акушерства и гинекологии Худжандского отделения ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Пулотов Олим Негматович – сосудистый хирург. Областной центр кардиологии и сосудистой хирургии г. Худжанда, к.м.н.

Дадабаева Дилором Рустамовна – зам. гл. врача Согдийского областного родильного дома

Рахимбоева Наима Усмановна – зав. отделением патологии беременных

Рустамова Рано Икрамовна – главный специалист УЗО Согдийской области

Контактная информация:

Касымова Замира Назаровна – тел.:(+992)92 770 07 03; e-mail: Kasimova-z2015@mail.ru

ВНИМАНИЮ АВТОРОВ!

При оформлении статей для печати, редакция журнала «Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения» просит придерживаться следующих правил:

1. Направляемый для публикации материал должен быть напечатан стандартным шрифтом 14 через интервал 1,5 на одной стороне стандартного листа формата А4 (210x297) с полями 3 см слева, 1,5 справа. На машинописной странице должно быть 29-30 строк (1800 знаков, включая пробелы). Статьи принимаются в двух экземплярах, обязательно наличие материала в электронной версии.

2. В начале первой страницы указываются УДК, фамилия и инициалы автора и соавторов; название статьи полностью заглавными буквами; данные об учреждении, в том числе кафедра, отдел или лаборатория, город.

Статья должна быть собственноручно подписана автором и соавторами с указанием полностью фамилии, имени, отчества, места работы, должности, ученой степени и звания. Контактная информация указывается на одного из авторов – полностью фамилия, имя, отчество, телефон, эл.адрес. Дается ссылка на отсутствие конфликта интересов авторов.

Рекомендуемый объём статей – 8-10 страниц, описания отдельных наблюдений – 5 страниц, обзор литературы – 15 страниц (перед текстом должно быть резюме с переводом его на английский язык), информации, письма в редакцию и другие материалы – 3 страницы.

3. Оригинальные исследования должны иметь следующую структуру. Резюме, в котором в краткой форме (100-250 слов) указываются: цель исследования, материалы и методы, результаты и их обсуждение, заключение или выводы, ключевые слова (3-10 слов) для индексирования статьи в информационно-поисковых системах. Для обзорных статей в резюме указывается актуальность, краткое содержание статьи и ключевые слова (100-250 слов). Резюме должно иметь перевод на английский язык. После чего следует: введение (оно должно быть кратким и ориентировать читателя в отношении цели исследования проблемы, её актуальности и задач исследования); материал и методы исследования (приводятся количественные и качественные характеристики обследованных, методы исследований и способы обработки статистических данных); результаты исследования (представляются в логической последовательности в тексте, таблицах, рисунках); обсуждение и заключение (включает

новые и важные аспекты исследования, сопоставление с данными других источников, обоснованные рекомендации и краткое заключение).

2. При наличии соавторов указывается отсутствие конфликта интересов.

3. При обработке материала используется система единиц СИ. Статья должна быть тщательно выверена автором: цитаты, формулы, таблицы, дозы визируются авторами на полях. В сноске к цитатам указывается источник (автор, название, издание, год, том, номер, страница).

4. К статье следует прилагать только необходимые для пояснения текста рисунки, которые не должны повторять материал таблиц. Подписи к рисункам даются внизу рисунка, рядом с порядковым номером.

Фотографии (черно-белые или цветные), представляемые на глянцевой бумаге, должны быть контрастными, размером 9x12 см, рисунки – чёткими. Фотокопии с рентгенограмм дают в позитивном изображении.

Таблицы должны содержать сжатые, необходимые данные. Все цифры, итоги и проценты должны соответствовать приводимым в тексте. Фото 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.