



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 Министер-
стве 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 пред-
приятий 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.

4 • 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

4 • 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

CONTENTS

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА МЕДИЦИНЫ

THEORY AND PRACTICE OF MEDICINE

- Заркуа Н.Э., Павлов А.В., Акимов В.П., Мухиддинов Н.Д., Савин А.С., Шпис П.В.*
Лечение осложнений болезни Крона 5
- Имомова Ф.З., Каримов С.М., Ёраков Ф.М.*
Оценка эффективности и удовлетворенности стоматологических пациентов с поражением пульпарно-перодонтального комплекса в зависимости от общего состояния организма 13
- Камолова Дж.К., Джураев М.Н., Тавакалов М.М.*
Структура, клинические формы и особенности течения бронхиальной астмы у детей в Таджикистане 21
- Курбонова Р.К., Ашуров Г.Г.*
Значение гомеостатической активности смешанной слюны в зависимости от интенсивности кариеса зубов 26
- Махмадов Ф.И., Джураев М.Ф., Миров Л., Ашуров А.С., Муродов А.И.*
Послеоперационные внутрибрюшные абсцессы в гепатобилиарной хирургии: вопросы выбора адекватного метода хирургического лечения 30
- Махмудова П.У., Махмудова Р.У., Закирова К.А., Нуров Р.М., Исматова М.А.*
Эпидемиологическая ситуация по множественно лекарственно устойчивым формам туберкулёза на фоне ВИЧ-инфекции 39
- Наимов А.М., Раззоков А.А., Парпиев Ф.М.*
Динамика госпитальной летальности при тяжелой сочетанной травме 44
- Рабиев Х.Х., Сироджов К.Х., Махмадалиев Б.Г., Сироджода М.С., Хукуматов М.И.*
Ближайшие сравнительные результаты артропластики тазобедренного сустава у пациентов при переломах проксимального конца бедра с учетом коморбидности 50
- Рузиев М.М., Вохидов С.Д., Шарипов А.А., Гуломова М.О.*
О деятельности горячей линии по COVID-19 в Республике Таджикистан 60
- Самадзода У.С.*
Иммунологические нарушения у мужчин, больных аногенитальными бородавками 65
- Самадова Г.А., Дадабаева Б.С., Джабаровва К.А., Хусаинова А.О.*
Новая структура амбулаторной службы ПМСП – кабинет доврачебного приема при отделении семейной медицины 70

- Zarqua N.E., Pavlov A.V., Akimov V.P., Mukhiddinov N. D., Savin A.S., Shpis P.V.*
Treatment of complications of Crohn's disease
- Imomova F.Z., Karimov S.M., Yorakov F.M.*
Evaluation of the efficiency and satisfaction of dentistry patient with defeat of pulp-perodontal complex in depending on general condition of the organism
- Kamolova J.K., Juraev M.N., Tavakalov M.M.*
Structure, clinical forms and features of the course of bronchial asthma in children in Tajikistan
- Kurbonova R.K., Ashurov G.G.*
Importance of the homeostatic activity of mixed saliva in depending of caries intensity
- Makhmadov F.I., Juraev M.F., Mirov L., Ashurov A.S., Murodov A.I.*
Postoperative intra-abdominal abscesses in hepatobiliary surgery: questions of choosing the adequate method of surgical treatment
- Makhmudova P.U., Mahmudova R.U., Zakirova K.A., Nurov R.M., Ismatova M.A.*
Epidemiological situation on multidrug-resistant forms of tuberculosis on the background of hiv infection
- Naimov A.M., Razzokov A.A., Parpiev F.M.*
Dynamics of hospital mortality in severe concomitant injury
- Rabiev Kh.Kh., Sirodzhov K.Kh., Makhmadaliev B.G., Sirojzoda M.S., Khukumatov M.I.*
Immediate comparative results of hip joint arthroplasty in patients with fractures of the proximal femoral end with comorbidity included
- Ruziev M.M., Vohidov S.D., Sharipov A.A., Gulomova M.O.*
About activity of the hot line on COVID-19 in the Republic of Tajikistan
- Samadzoda U.S.*
Immunological disorders in men, patients with anogenital warts
- Samadova G.A., Dadabaeva B.S., Dzhabarova K.A., Khusainova A.O.*
New structure of the primary care – pre-medical examination room at the family medicine department

Умарова С.Г., Сангинов Дж.Р.

Местно-распространенные формы рака в структуре заболеваемости раком молочной железы

74

Хайрова Г.Х.

Непосредственные результаты хирургического лечения рецидивного эпителиального копчикового хода

78

Холов С.С., Шукурова С.М.

Клинико-демографическая характеристика больных с болезнью Бехчета

84

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

Обидов Дж.С.

Лечение диффузного рака молочной железы

90

Файзуллоев Х.Т.

Исход родов у беременной с вращением плаценты

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Сангинов Д.Р., Хусейнзода З.Х., Зоиров Р.А., Наибов М.Х.

Колоректальный рак: редкий клинический случай метастазирования в скелетные мышцы

Кобилов С.С., Холматов И.А., Касимова З.Н., Джабборов Ш.У., Таджибаев А.А.

Синдром задней обратимой энцефалопатии у беременной с тяжелой преэклампсией

Umarova S.G., Sanginov J.R.

Local cancer in the structure of breast cancer incidence

Khairova G.Kh.

Immediate results of surgical treatment of recurrent epithelial coddle travel

Kholov S.S., Shukurova S.M.

Clinical and demographic characteristics of patients with behcets disease

REVIEWS

Obidov Dzh.S.

Treatment of diffuse breast cancer

Fayzulloev Kh.T.

Birth outcome in placentaapregnant women with the placentaaccretain

CASE FROM PRACTICE

Sanginov J.R., Huseynzoda Z.Kh., Zoirov R. A., Naibov M.X.

Colorectal cancer: a rare clinical case of metastasis to skeletal muscle

Kobilov S.S., Kholmatorov I.A., Kasymova Z.N., Dzhabborov Sh.U., Tadzhibaev A.A.

Syndrom of posterior reversible encephalopathy in a pregnant woman with severe preeclampsia

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА МЕДИЦИНЫ

© Коллектив авторов, 2022

УДК 616.344-002-031.84

¹Заркуа Н.Э., ¹Павлов А.В., ¹Акимов В.П.,
²Мухиддинов Н.Д., ¹Савин А.С., ¹Шпис П.В.

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ БОЛЕЗНИ КРОНА

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

²Кафедра хирургических болезней и эндовидеохирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

¹Zarqua N.E., ¹Pavlov A.V., ¹Akimov V.P.,
²Mukhiddinov N.D., ¹Savin A.S., ¹Shpis P.V.

TREATMENT OF COMPLICATIONS OF CROHN'S DISEASE

¹Department of Surgery named after N.D. Monastyrsky FGBOU "NWSMU named after I.I. Mechnikov" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Saint-Petersburg

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

Цель исследования. Разработка лечебно-диагностического алгоритма осложнений болезни Крона, основанного на применении инновационных методов диагностики и дифференцированной хирургической тактики.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 132 пациентов с болезнью Крона. У 61 (46,2%) больного диагностированы стриктурирующая и пенетрирующая формы заболевания, потребовавшие хирургического лечения.

Результаты. Резекция различных отделов тонкой и толстой кишки выполнена у 53 пациентов, стриктуропластика – у 4, дилатация стриктуры – у 1 и вскрытие гнойников – у 3 больных. Различные послеоперационные осложнения развились у 17 (27,9%) человек. Летальность составила 6,6%.

Заключение. Осложнения, требующие хирургического лечения, при болезни Крона наблюдаются почти у половины больных. Показанием к хирургическому лечению являются стриктурирующие и пенетрирующие формы заболевания, которые развиваются в 27,8% и 20,4% случаев соответственно.

Ключевые слова: болезнь Крона, хирургические осложнения, стриктурирующая и пенетрирующая формы, диагностика, хирургическое лечение

Aim. Development of a treatment and diagnostic algorithm for complications of Crohn's disease, based on the use of innovative diagnostic methods and differentiated surgical tactics.

Material and methods. The results of treatment of 132 patients with Crohn's disease were analyzed. 61 (46,2%) patients were diagnosed with stricture and penetrating forms of the disease, which required surgical treatment.

Results. Resection of various sections of the small and large intestine was performed in 53 patients, strictureplasty in 4 patients, dilatation of the stricture in 1, and opening of abscesses in 3 patients. Various postoperative complications developed in 17 (27,9%) patients. Mortality was 6,6%.

Conclusion. Complications requiring surgical treatment in Crohn's disease are observed in almost half of patients. Indications for surgical treatment are stricture and penetrating forms of the disease, which develop in 27,8% and 20,4% of cases, respectively.

Key words: Crohn's disease, surgical complications, stricture and penetrating forms, diagnosis, surgical treatment

Актуальность

В последние годы отмечен неуклонный рост количества пациентов с болезнью Крона. Согласно последним данным, в разных странах заболеваемость БК составляет от 0,3 до 20,2 на 100 000 человек, распространенность достигает от 37 до 322 на 100 000 человек [6, 9] (Ryan, J.M. et al., 2019; Caviglia, G.P. et al., 2022). Одним из объяснений роста заболеваемости считают совершенствование методов диагностики ВЗК. Внедрение цифровой и капсульной эндоскопии, новых методов визуализации кишки расширили диагностические возможности, что увеличило выявляемость БК [2-4, 7, 8, 10] (Стяжкина, С.Н. и др., 2018; Увалиева, А.Е. и др., 2018;; Князев, О.В. и др., 2020; (Ponte A. et al., 2018; Maaser C. et al., 2019; Tontini G. et al., 2019).

Прогрессирование трансмурального гранулематозного воспаления различных отделов пищеварительного тракта может приводить к развитию осложнений со стороны кишки (абсцессы, трещины, свищи, стриктуры, стенозы), требующих оперативного лечения. В течение жизни около 80% пациентов с БК требуется хирургическое лечение [7, 12] (Maaser C. et al., 2019, Yamamoto-Furusho, J.K. et al., 2022).

Клиническое внедрение инфликсимаба произвело переворот в лечении БК. Под влиянием терапии удалось добиться обратимости стриктур, закрытия свищей, т.е. в прошлом исключительно хирургических осложнений. Это привело к необходимости пересмотра стратегии отбора пациентов для хирургического лечения с учетом возможностей современной лекарственной терапии, что ставит новые задачи в области диагностики, прогнозирования и лечебных подходов, основанных на принципах междисциплинарного взаимодействия [1, 4, 5] (Халиф, И.Л. и др., 2016; Варданян А.В. и др., 2019; Willem, A.V. et al., 2019).

Цель исследования

Разработка лечебно-диагностического алгоритма осложнений болезни Крона, ос-

нованного на применения инновационных методов диагностики и дифференцированной хирургической тактики.

Материал и методы исследования

В основу настоящего исследования положен анализ результатов лечения 132 больных болезнью Крона, которые проходили лечение в Санкт-Петербургской клинической больнице им. Л.Г. Соколова (ЦМСЧ – 122), СПб ГБУЗ «Александровская больница» и в СПб ГУЗ «Городская больница №9» за 10 лет (2000-2009 гг. включительно). Удельный вес мужчин составил 40,2%, женщин – 59,8%. Возраст 99,2% больных был менее 60 лет, что еще раз подчеркивает особую социальную актуальность этой проблемы. У мужчин и у женщин наибольшая заболеваемость отмечалась в возрасте 18-40 лет (62,2% и 59,5% соответственно).

Результаты и их обсуждение

Для оценки степени активности БК используют индекс активности CDAI (Crohn's Disease Activity Index), или индекс Беста. Для БК, в отличие от НЯК, по этому индексу определяют не только клиническую активность очередного обострения, но и оценивают тяжесть течения заболевания. Это возможно выполнить потому, что в индексе CDAI оцениваются не только частота стула, общее самочувствие и интенсивность болевого синдрома за последнюю неделю, но и наличие внекишечных проявлений и осложнений БК, которые формируются и сохраняются длительное время. Количество баллов в индексе CDAI колеблется от 0 до 700. Если у больного число баллов менее 150, то это свидетельствует, что болезнь Крона находится в стадии ремиссии, 150-300 баллов – о легком течении и минимальной активности заболевания, 301-450 баллов свидетельствуют о средней тяжести БК, а сумма более 450 баллов говорит о тяжелом течении и высокой активности болезни Крона.

Количество баллов на момент последней госпитализации в анализируемой группе представлено в таблице 1.

Таблица 1

Индекс активности Беста болезни Крона (CDAI) (n=132)

Количество баллов	Мужчины	Женщины	Всего
100-300	21 (39,6%)	32 (40,5%)	53 (40,2%)
301-450	13 (24,5%)	22 (27,0%)	35 (26,5%)
451-700	19 (35,9%)	25 (31,7%)	44 (33,3%)
Всего	53	79	132

Как следует из представленных данных, в стадии ремиссии на время последнего обследования заболевание находилось у 40,2% больных,

причем её частота среди мужчин и женщин оказалась сопоставимой. Среднетяжелое клиническое течение выявлено у 26,5% больных,

несколько чаще у женщин. Тяжелое клиническое течение наблюдали у 33,3% больных (чаще у мужчин). Из 79 больных со среднетяжелым и тяжелым клиническим течением было только 18 больных, отнесенных к В1 группе.

Более чем у половины больных заболевание имеет воспалительную форму клинического течения. Показания к хирургическому лечению у этой группы больных возникают крайне редко и в большинстве случаев связаны с кровотечением. Среди наблюдаемых нами пациентов подобное осложнение, потребовавшее хирургического лечения, не возникало. Эти пациенты длительное время лечатся консервативно. Результаты лечения этих больных синтезированными в последние годы генно-инженерными методами, ингибиторами провоспалительных интерлейкинов (ремикеид и др.) вселяют определенный оптимизм в плане их медицинской и социальной реабилитации.

У 61 (46,2%) больного диагностированы стриктурирующая и пенетрирующая формы заболевания, которые требовали хирургического лечения. В группе больных со стриктурирующей формой болезни отмечены нормальные показатели уровней гемоглобина, эритроцитов, тромбоцитов и лейкоцитов. В первой группе биохимические показатели приближались к нормальным параметрам. Во второй группе отмечены сниженные показатели уровня белково-энергетического обмена. Значительное повышение острофазных белков наблюдалось чаще во второй группе. В целом,

наиболее информативным биохимическим показателем оказался С-реактивный белок.

Показаниями к хирургическому лечению пациентов с болезнью Крона, как правило, являются развившиеся различные осложнения заболевания или развитие рака в пораженном участке кишки. Выделение осложнений болезни Крона весьма условно, поскольку в клинической практике достаточно сложно дифференцировать отдельные проявления этого заболевания от осложнений. Тем не менее, к ним относят: стриктуры, наружные и внутренние свищи, интраабдоминальные абсцессы, перфорации, кровотечения.

Приблизительно у 20-60% пациентов с БК обнаруживаются перианальные поражения и зачастую они появляются не только в момент разгара заболевания, но и могут быть первыми клиническими проявлениями БК и даже на несколько лет предшествовать абдоминальным симптомам заболевания. Было выявлено, что анальные трещины чаще встречались при длительном течении воспалительной формы и стриктурирующей форме, по сравнению с воспалительной формой длительностью менее 5 лет и пенетрирующей формой ($p < 0,001$). Кроме того, только для стриктурирующей формы БК было характерно формирование абсцессов перианальной области. Напротив, при пенетрирующей форме анальные трещины не выявлялись, однако было характерным образование перианальных свищей. Осложнения болезни Крона представлены в таблице 2.

Таблица 2

Осложнения БК (n = 61)

Клиническое течение	Всего
Острая кишечная непроходимость	13
Декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка	1
Субкомпенсированное нарушения пассажа химуса по кишечнику	8
Перфорация кишки в свободную брюшную полость	3
Кишечное кровотечение	11
Наружный тонкокишечный свищ	8
Тонко-толстокишечный свищ	3
Кишечно-мочепузырный свищ	2
Кишечно-вагинальный свищ	2
Абсцесс брюшной полости	6
Перианальные поражения	21
Развитие рака в пораженном органе (1 – рак желудка)	3
Анемия	39
Всего	120

Как следует из данных таблицы, у 61 больного были выявлены 120 осложнений болезни Крона.

Вид и объем оперативных вмешательств представлены в таблице 3.

Пункция абсцесса брюшной полости под контролем УЗИ (этап операции) выполнялась у 7, лапароскопия – у 23, в т.ч. вскрытие и дренирование абсцесса – у 1 (этап операции), резекция кишки – у 5 пациентов.

Таблица 3

Оперативные вмешательства при осложненных формах БК (n=61)

<i>Операции</i>	<i>Стриктурирующая (n=34)</i>	<i>Пенетрирующая (n=27)</i>
<i>Лапаротомия резекция подвздошной кишки, правосторонняя гемиколэктомия илеотрансверзоанастомоз</i>	13	1
<i>Лапаротомия резекция тонкой кишки при перфорации в брюшную полость</i>		3
<i>Лапароскопически ассистированная резекция тонкой кишки</i>	2	3
<i>Лапаротомия, стриктуропластика</i>	4	
<i>Лапаротомия, торакотомия, гастрэктомия, резекция нижнегрудного отдела пищевода, эзофагоэностомия</i>	1	
<i>Лапаротомия, резекция подвздошной кишки, илеотрансверзоанастомоз</i>	3	
<i>Лапаротомия, резекция тонкой и петли ободочной кишки со свищом</i>		3
<i>Правосторонняя гемиколэктомия</i>	4	
<i>Левосторонняя гемиколэктомия</i>	5	2
<i>Баллонная дилатация стриктуры прямой кишки</i>	1	
<i>Тотальная колэктомия, илеостомия по Бруку.</i>	1	
<i>Лапаротомия, резекция петли тонкой кишки с иссечением наружного кишечного свища</i>		8
<i>Лапаротомия, резекция сигмовидной кишки, стенки мочевого пузыря со свищом, эпицистостомия.</i>		2
<i>Лапаротомия резекция сигмовидной кишки с разобщением кишечно-вагинального свища</i>		2
<i>Вскрытие параректального гнойника и иссечением свища</i>		3

При определении показаний к хирургическому лечению и выбору вида операции исходили из характера осложнения, пораженного отдела желудочно-кишечного тракта.

Лапароскопическое исследование было выполнено 23 пациентам. В одном случае осуществлено дренирование абсцесса брюшной полости, в 5 случаях выполнена лапароскопически ассистированная резекция петли тонкой кишки и в 17 случаях исследование

использовалось в чисто диагностических целях. Это обусловлено тем, что лабораторными, общеклиническими и другими инструментальными методами чрезвычайно сложно в ряде случаев различить терминальный илеит, поражение правого фланга ободочной кишки от острого аппендицита и единственным методом дифференциальной диагностики является лапароскопическая визуализация аппендикса.

13 больных со стриктурирующей формой болезни Крона были оперированы по срочным показаниям в связи с наличием клиники острой кишечной непроходимости. Из них у 4 пациентов диагноз болезни Крона был установлен в сроки от 1 года до 5 лет назад. Наличие кишечной непроходимости на уровне дистальных отделов подвздошной кишки было установлено посредством проведения бариевой пробы Шварца. Проведение бариевой пробы Шварца при отсутствии запущенной кишечной непроходимости при болезни Крона является уместным, дабы избежать напрасной лапаротомии, поскольку клиническая картина, характерная для кишечной непроходимости, при болезни Крона наблюдается достаточно часто. У всех 13 больных отмечалось поражение дистального отдела подвздошной, иногда и правых отделов ободочной кишки.

У 2 больных была выполнена лапароскопически ассистированная резекция тонкой кишки. Показанием к выполнению этого вмешательства явилось субкомпенсированное нарушение пассажа кишечного содержимого. В обоих случаях имело место поражение ограниченного участка проксимальных отделов подвздошной кишки протяженностью около 25 см. Пациентам была выполнена лапароскопия, в ходе которой выявлена стриктура проксимальных отделов подвздошной кишки, умеренное расширение приводящих отделов тонкой кишки. Посредством применения гармонического скальпеля пораженная петля мобилизована на 7 см выше и 5 см ниже макроскопически пораженного участка кишки. После выполнения минилапаротомии пораженный участок выведен наружу, резецирован. Непрерывность кишечника восстановлена анастомозом типа «конец – в – конец». При гистологическом исследовании в краях резекции изменений, характерных для БК, нет. Однако при контрольном исследовании через год у 1 пациента (несмотря на профилактически проводимое противорецидивное лечение) обнаружен рецидив заболевания (в приводящем отделе кишки). Однако это не должно служить показанием к расширению протяженности резецируемого участка, поскольку не гарантирует снижения риска развития рецидива и способно привести к состоянию мальабсорбции.

Лапаротомия, стриктуропластика выполнены у 4 пациентов. Эти операции производились пациентам, когда они являлись повторными (после предыдущих обширных резекций кишки в различных учреждениях) либо при сегментарных поражениях тонкой кишки, протяженностью каждого сегмента не более 5 см. При коротких стриктурах (до 3 см)

стриктуропластика выполнялась без вскрытия слизистой оболочки кишки. Техника операции заключалась в следующем: после обнаружения стриктуры оценивали ее протяженность и степень проходимости. Затем по противобрыжеечному краю продольно рассекали стенку кишки до слизистой оболочки и ушивали стенку узловатыми швами в поперечном направлении. При протяженности стриктуры от 3 до 5 см рассекали все стенки кишки и также ушивали в поперечном направлении двухрядным швом. У 1 больного выполнена пластика одной стриктуры, у 2 – пластика двух стриктур и у 1 – пластика четырех стриктур. Множественную пластику выполняли при протяженности непораженной петли между участками стриктуры более 10 см.

Лапаротомия, торакотомия, гастрэктомия, резекция нижнегрудного отдела пищевода, эзофагоэнностомия выполнены 1 больному с тотальным поражением органов желудочно-кишечного тракта от пищевода до прямой кишки и развившимся раком желудка.

Резекция различных отделов кишечной трубки в связи с развитием стриктуры осуществлена 14 пациентам. У 3 больных выполнена резекция подвздошной кишки, илеотрансверзоанастомоз, у 4 – правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом. У 5 – левосторонняя гемиколэктомия, у 1 – тотальная колэктомия, илеостомия по Бруку.

Показанием к выполнению резекции подвздошной кишки явились стриктура подвздошной кишки, протяженностью 18 см – у одного, расположенные на близком расстоянии 2 участка стриктуры (протяженностью 11 и 19 см, 9 и 22 см) – у двух больных. У всех трех пациентов имело место субкомпенсированное нарушение кишечной проходимости, при котором наблюдалось чередование поносов с запорами.

Правосторонняя гемиколэктомия выполнена у 4 пациентов. Показанием к выполнению этой операции явились развитие рака в восходящем отделе ободочной кишки в области стриктуры кишки (1), постоянно рецидивирующее кровотечение и стриктура правого фланга (2), стриктура слепой и восходящей ободочной кишок (1). Непрерывность у всех больных восстановлена посредством формирования илеотрансверзоанастомоза.

У 5 больных выполнена левосторонняя гемиколэктомия. Показанием к выполнению этого вмешательства явились стриктура ободочной кишки в области селезеночного изгиба и нисходящей части ободочной кишки, упорные рецидивирующие кровотечения и стриктура нисходящей и сигмовидной кишок. Первичный

анастомоз был наложен только у 1 пациента. У 4 выполнена обструктивная резекция ободочной кишки с формированием плоской колостомы в области левого подреберья.

У 1 больного в связи с наличием рака поперечной ободочной кишки, тотальным поражением ободочной кишки, упорными кровотечениями и тяжелой анемией выполнена субтотальная колэктомия с формированием илеостомы по Бруку.

У 1 пациентки выявлена ограниченная стриктура (на протяжении 5 см) прямой кишки. Стриктура начиналась сразу за анальным каналом. Больная неоднократно госпитализировалась с диагнозом острой кишечной непроходимости. Пациентке с успехом выполнена баллонная дилатация прямой кишки. Через 2 месяца процедура была повторена.

Оперативные вмешательства по поводу пенетрирующей формы заболевания выполнены у 27 пациентов. Резекция тонкой кишки была произведена 3 больным. Показанием к выполнению этого вмешательства явилась перфорация кишки в свободную брюшную полость. Все пациенты до развития перфорации в качестве поддерживающей терапии принимали преднизолон в дозе 25-50 мг в сутки. Типичной клиники перфорации полого органа не было отмечено. Больные жаловались на умеренные нелокализованные ноющие боли по всему животу. На обзорной рентгенограмме у всех трех пациентов в брюшной полости выявлен газ. Перфорации располагались в проксимальных отделах подвздошной кишки, на фоне измененной стенки кишки, протяженностью 15 см, 23 см и 31 см. У всех пациентов была выполнена резекция кишки с восстановлением непрерывности анастомозом «конец – в – конец».

По поводу внутренних свищей оперированы 7 пациентов. У 3 больных был свищ

тощей кишки с сигмовидной кишкой, у 2 кишечечно-мочепузырный и у 2 – кишечечно-вагалишный свищи. Эти операции являются наиболее тяжелыми как для пациента, так и для хирурга. При межкишечных свищах выполнена резекция пораженных кишечных петель с восстановлением непрерывности (у 2 больных) и формированием колостомы (обструктивная резекция – у 1 больного).

Лапаротомия, резекция сигмовидной кишки, стенки мочевого пузыря со свищем, эпицистостомия выполнены у 2, лапаротомия и резекция сигмовидной кишки с разобщением кишечечно-вагалишного свища – у 2 больных. У всех 4 пациентов операция осуществлена в обструктивном варианте из-за выраженного воспалительного процесса в ободочной кишке, невозможности адекватной подготовки кишки. Непрерывность кишечника восстановлена через 2-3 месяца.

Лапаротомия, резекция петли тонкой кишки с иссечением наружного кишечного свища выполнена у 8 больных. Протяженность пораженной части тонкой кишки варьировала от 6 см до 53 см. Непрерывность была восстановлена анастомозом «конец – в – конец».

По поводу абсцессов брюшной полости были оперированы 6 пациентов. Лапаротомия резекция подвздошной кишки, правосторонняя гемиколэктомия илеотрансверзоанастомоз выполнены у 1 больного, лапароскопически ассистированная резекция тонкой кишки - у 3 и левосторонняя гемиколэктомия – у 2 больных. У обоих больных операция выполнена в обструктивном варианте. Вскрытие параректального гнойника и иссечением свища осуществлено у 3 пациентов. Различные послеоперационные осложнения развились у 17 (27,9%) человек (таб. 4).

Таблица 4

Послеоперационные осложнения

Характер осложнения	Количество больных
Абсцессы брюшной полости	4
Ранняя спаечная кишечная непроходимость	2
Рецидив свища тонкой кишки	1
Несостоятельность швов анастомоза	1
Эвентрация	2
Тромбоз легочной артерии	1
Очаговая пневмония	2
Тромбофлебит	4
Всего	17

Чаще всего наблюдались гнойно-септические осложнения в виде абсцессов брюшной полости, пневмонии и тромбоза. Умерло после операции 4 (6,6%) больных, в том числе 1 - после тромбоэмболии легочной артерии, 2 – при прогрессировании перитонита и абдоминального сепсиса.

Заключение

Заключение

Показаниями к хирургическому лечению больных с болезнью Крона являются стриктурирующие и пенетрирующие формы заболевания. Их частота в структуре больных составила 25,8% и 20,4% соответственно.

Эндовидеохирургические вмешательства позволяют дифференцировать терминальный илеит и острый аппендицит у больных без анамнеза. При развитии внутрибрюшных гнойно-септических осложнений, сегментарных стенозах тонкой

кишки эндовидеохирургические вмешательства позволяют выполнить адекватных объем операции, способствуют существенному снижению тяжести хирургической агрессии.

При коротких стриктурах тонкой кишки методом выбора является стриктуропластика. Резекция кишки показана при протяженности стриктуры более 5 см или внутреннем либо наружном кишечном свищах. Показанием к гемиколэктомии является поражение соответствующей половины кишки, осложненной стриктурой, кровотечением и малигнизацией. При стриктуре прямой кишки восстановление функции кишки достигается посредством баллонной дилатацией кишки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 6-12 см. в REFERENCES)

1. Варданян А.В., Тобоева М.Х. и др. Стриктуропластика в качестве органосохраняющей методики у пациентов с болезнью Крона тонкой кишки (клинический случай) // Колопроктология. 2019. Т.18, № 69. С. 77-83.

2. Князев О.В., Шкурко Т.В. и др. Эпидемиология воспалительных заболеваний кишечника. Современное состояние проблемы (обзор литературы) // Доказательная гастроэнтерология. 2020. Т.9, №2. С. 66-73.

3. Стяжкина С.Н., Казакова Т.А., Горбунова Е.А. Неспецифические воспалительные заболевания кишечника как актуальная проблема XXI века // Авиценна. 2018. №17. С. 36-38.

4. Увалиева А.Е., Ошибаева А.Е., Нурбакыт А.Н. Эпидемиология и факторы риска воспалительных заболеваний кишечника (обзор литературы) // Вестник КазНМУ. 2018. №2. С. 417-419.

5. Халиф И.Л., Шапина М.В., Головенко А.О. и др. Течение хронических воспалительных заболеваний кишечника и методы их лечения, применяемые в Российской Федерации (Результаты многоцентрового популяционного одномоментного наблюдательного исследования) // Российский журнал гастроэнтерол., гепатолог., колопроктолог. 2018. Т. 28, №3. С. 54-62

REFERENCES

1. Vardanyan A.V., Toboeva M.Kh. Strikturoplastika v kachestve organosokhranyayushchey metodiki u patsientov s boleznuyu Krona tonkoy kishki (klinicheskiy sluchay) [Strikturoplasty as an organ-preserving technique in patients with Crohn's disease of the small intestine (clinical case)]. *Koloproktologiya – Coloproctology*, 2019, Vol. 18, No. 69, pp. 77-83.

2. Knyazev O.V., Shkurko T.V. Epidemiologiya vospalitelnykh zabolevaniy kishechnika. Sovremennoe sostoyanie problemy (obzor literatury) [Epidemiology of inflammatory bowel diseases. State of the problem (review)]. *Dokazatel'naya gastroenterologiya – Russian Journal of Evidence-Based Gastroenterology*, 2020, Vol. 9, No. 2, pp. 66-73.

3. Styazhkina S.N., Kazakova T.A., Gorbunova E.A. Nespetsificheskie vospalitelnye zabolevaniya kishechnika kak aktual'naya problema XXI veka [Nonspecific inflammatory bowel diseases as an urgent problem of the XXI century]. *Avitsenna – Avicenna*, 2018, No. 17, pp. 36-38.

4. Uvalieva A.E., Oshibaeva A.E., Nurbakyt A.N. Epidemiologiya i faktory riska vospalitelnykh zabolevaniy kishechnika (obzor literatury) [Epidemiology and risk factors of inflammatory bowel diseases (literature review)]. *Vestnik Kazanskogo Natsionalnogo Meditsinskogo Universiteta – Bulletin of Kazan National Medical University*, 2018, No. 2, pp. 417-419.

5. Khalif I.L., Shapina M.V., Golovenko A.O. Tehenie khronicheskikh vospalitelnykh zabolevaniy kishechnika i metody ikh lecheniya, primenyaemye v Rossiyskoy Federatsii (Rezultaty mnogotsentrovogo populyatsionnogo odnomomentnogo nablyudatel'nogo issledovaniya) [The course of chronic inflammatory bowel diseases and methods of their treatment used in the Russian Federation (Results of a multicenter population-based single-stage observational study)]. *Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii – Russian Journal of gastroenterology, hepatology, coloproctology*, 2018, Vol. 28, No. 3, pp. 54-62.

6. Caviglia G.P. Predictive Factors of Surgical Recurrence in Patients with Crohn's Disease on Long-Term Follow-Up: A Focus on Histology. *Journal of Clinical Medicine*, 2022, Vol. 11, No. 17, pp. 5043.

7. Maaser C. ECCO-ESGAR Guideline for Diagnostic Assessment in IBD part 1 and 2. *Journal of Crohn's and Colitis*, 2019, Vol. 13, No. 2, pp. 144-164.

8. Ponte A. Evaluation and comparison of capsule endoscopy scores for assessment of inflammatory activity of small-bowel in Crohn's disease. *Gastroenterology and Hepatology*, 2018, Vol. 41, pp. 245-250.

9. Ryan J.M. Meta-analysis of Histological Margin Positivity in the Prediction of Recurrence After Crohn's Resection. *Diseases of the Colon and Rectum*, 2019, Vol. 62, No. 7, pp. 882-892.

10. Tontini G. Impact of Pillcam Crohn's capsule on diagnostic yield and clinical management: results of the first multi-centre, observational study. *Journal of Crohn's and Colitis*, 2019, Vol. 13, No. 1, pp. 198-198.

11. Willem A.B. ECCO-ESCP Consensus on Surgery for Crohn's Disease. *Journal of Crohn's and Colitis*, 2018, Vol. 12, No. 1, pp. 1-16.

12. Yamamoto-Furusko J.K. Clinical differentiation of inflammatory bowel disease (IBD) in Latin America and the Caribbean. EPILATAM study group. *Medicine (Baltimore)*, 2022, Vol. 101, No. 3, pp. e28624.

Сведения об авторах:

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

Павлов Артем Владимирович – врач-хирург, заместитель главного врача по качеству и клинико-экспертной работе СПб ГБУЗ ГБ №9

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 эндохирургии ГОУ ИПОвСЗРТ, д.м.н.

Савин Александр Сергеевич – врач-хирург, заведующий хирургическим отделением клиники «Скандинавия»

Штис Полина Витальевна – старший лаборант кафедры им. Н.Д. Монастырского ФГБОУ СЗГМУ им. И.И. Мечникова, к.м.н.

Контактная информация:

Заркуа Нонна Энриковна – тел.: +79219515494

¹Имомова Ф.З., ¹Каримов С.М., ²Ёраков Ф.М.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ПОРАЖЕНИЕМ ПУЛЬПАРНО-ПЕРОДОНТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА

¹Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

²Кафедра терапевтической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

¹Imomova F.Z., ¹Karimov S.M., ²Yorakov F.M.

EVALUATION OF THE EFFICIENCY AND SATISFACTION OF DENTISTRY PATIENT WITH DEFEAT OF PULP-PERIODONTAL COMPLEX IN DEPENDING ON GENERAL CONDITION OF THE ORGANISM

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

²Department of Therapeutic Dentistry of State Educational Establishment «Avicenna Tajik State Medical University»

Цель исследования. Оценка эффективности и удовлетворенности соматических больных с пульпарно-периодонтальным поражением с учетом особенностей эмоциональной направленности и комплаенса.

Материал и методы. У 107 пациентов с поражением пульпарно-периодонтального комплекса в возрасте от 20 до 50 лет в зависимости от наличия у них внутрисистемного нарушения оценена эффективность лечения сочетанного поражения пульпы и периодонта. С учетом их темперамента в 1 группу (сангвиники) вошли 34 человека, во 2 (холерики) – 27 человек, в 3 (флегматики) – 24 человека, в 4 (меланхолики) - 22 человека.

Результаты. Пациенты 1 и 3 групп были удовлетворены результатами лечения сочетанного пульпарно-периодонтального поражения, что соответствовало данным, полученным при оценке эффективности проведенных лечебно-профилактических мероприятий стоматологического характера (соответственно 40,9% и 64,1%). Стоматологические пациенты 2 и 4 групп с внутрисистемными нарушениями, несмотря на высокую клиническую эффективность лечения пульпарно-периодонтального поражения (соответственно 32,2% и 19,7%), в меньшей степени были удовлетворены результатами лечения сочетанного пульпарно-периодонтального поражения.

Заключение. При Полученные различия у пациентов обусловлены особенностями индивидуально-типологической направленности их высшей нервной деятельности, которые играют не последнюю роль в обеспечении комплаентности этих пациентов.

Ключевые слова: пульпит, периодонтит, пульпарно-периодонтальное поражение, личностное реагирование на болезнь, межсистемное нарушение, соматическая патология, комплаенс при стоматологическом лечении, удовлетворенность стоматологическим лечением, эффективность лечения, темперамент

Aim. Evaluation of the efficiency and satisfaction of somatic patients with pulp-periodontal defeat with provision for particularities of the emotional directivity and compliance.

Material and methods. In 107 patients with lesions of the pulp-periodontal complex aged 20 to 50 years, depending on the presence of an intrasystemic disorder, the effectiveness of treatment of combined pulp and periodontal lesions was evaluated. Considering their temperament, 1 group (sanguine) included 34 people, 2 (choleric) - 27 people, 3 (phlegmatic) - 24 people, 4 (melancholic) - 22 people.

Results. Patients 1 and 3 groups basically were a satisfied result of the treatment of combined pulp-periodontal defeat that corresponded to the data, got at estimation of efficiency called on medical-preventive action dentistry nature (accordingly, 40,9% and 64,1%). Dentistry patients 2 and 4 groups with intersystem disorders, in spite of high clinical

efficiency of the treatment of pulp-periodontal defeat (accordingly 32,2% and 19,7%), to a lesser extent were a satisfied result of the treatment of combined defeat.

Conclusion. Such difference in complacency of patients was conditioned particularity individually-typological directivities their high nervous activity, which play not last role in provision of compliance these patient.

Key words: pulpitis, periodontitis, pulp-periodontal defeat, larval reaction on disease, between system disorder, somatic pathology, compliance at dentistry treatment, satisfaction dentistry treatment, efficiency of the treatment, temperament

Актуальность

К врачам-стоматологам часто обращаются пациенты, предъявляющие ряд жалоб эндодонтического характера, многие из которых связаны с морфологическими и функциональными изменениями в эндодонтическом комплексе [5]. В этиологии и патогенезе заболеваний пульпы и периодонта могут иметь значение патологические процессы кариозного и некариозного происхождения, инфекционные заболевания, а также травмы [3].

В литературе на современном этапе большое внимание уделяется эффективности использования различных лечебно-профилактических методов и средств при терапии пульпарно-периодонтального поражения [4], однако вопросы об удовлетворенности пациента эндодонтическим лечением с учетом его эмоционального состояния и комплаенса практически не рассматривались.

В связи с этим клинические исследования в указанном аспекте представляют практический интерес. Следует также отметить, что если в отечественной медицине на сегодня понятие удовлетворенности стало привычным, однако термин «комплаенс» до сих пор очень редко используется. Под комплаенсом следует понимать приверженность пациента к выполнению врачебных предписаний или добровольное следование предписанному ему режиму стоматологического лечения.

Цель исследования

Оценка эффективности и удовлетворенности соматических больных с пульпарно-периодонтальным поражением с учетом особенностей эмоциональной направленности и комплаенса.

Материал и методы исследования

С использованием методик оценки личностного реагирования на болезнь, получившей название «Синдром психосенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации» (СПСАФД), удовлетворенности и комплаентности пациентов с поражением пульпарно-периодонтального комплекса в зависимости от наличия у них внутрисистемного нарушения оценена эффективность лечения сочетанного поражения пульпы и периодонта у 107 больных в возрасте от 20 до 50 лет.

Для реализации цели исследования нами использована методика определения особенностей типологической направленности высшей эмоциональной деятельности [1], позволившая разделить всех пациентов на 4 группы с учетом их темперамента: 1 – сангвиники; 2 – холерики; 3 – флегматики; 4 – меланхолики. С учетом их темперамента в 1 группу вошли 34 человека (сангвиники), во 2 – 27 человек (холерики), в 3 – 24 человека (флегматики), в 4 – 22 человека (меланхолики) (табл.).

Численность и темперамент соматических пациентов с пульпарно-периодонтальным поражением

Темперамент	Количество пациентов					
	мужчины		женщины		всего	
	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %
Сангвиники	16	14,9	18	16,8	34	31,8
Холерики	11	10,3	16	14,9	27	25,2
Флегматики	10	9,4	14	13,1	24	22,4
Меланхолики	11	10,3	11	10,3	22	20,6
Всего	48	44,9	59	55,1	107	100

Среди обследованных соматических больных с поражением пульпарно-периодонтального комплекса также использована методика оценки личностного реагирования

на болезнь, получившая название «Синдром психосенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации» (СПСАФД) [6]. Учитывая сравнительную простоту использования

оценки личностного реагирования соматических больных с пульпарно-периодонтальным поражением, названная методика нашла применение в стоматологии с научно обоснованной позицией для оценки выраженности физической, эмоциональной и социальной дезадаптации, а также оценки индивидуально-типологического реагирования в процессе лечебно-профилактического эндопериапикального воздействия. Такой подход позволил применить указанный метод для сравнительной оценки эффективности эндопериапикальной терапии у больных с внутрисистемными нарушениями. Для оценки удовлетворенности соматических пациентов лечением эндопериапикального поражения и комплаенса была разработана специальная методика.

Согласно использованной в исследовании методике оценки личностного реагирования соматических больных с пульпарно-периодонтальным поражением, все проявления клинично-рентгенологической картины эндопериапикальных поражений распределялись по 4 кластерам: «П» - психологический; «С» - сенсорный; «А» - анатомический; «Ф» - функциональный. Для оценки выраженности патологического изменения применялась единая аналогово-балльная шкала самооценки пациентами выраженности отдельных проявления пульпарно-периодонтального поражения у больных с межсистемными нарушениями от 1 до 9 баллов: от «не беспокоит» (1 балл), до «слабо» (3 балла); «умеренно» (5 баллов); «сильно» (7 баллов) и «чрезвычайно сильно» (9 баллов) беспокоит.

Распределение клинично-рентгенологических симптомов пульпарно-периодонтального поражения, вызывающих у обследованных пациентов дезадаптацию, осуществлял врач-стоматолог. Результаты самооценки пациентами выраженности проявления пульпарно-периодонтального поражения осуществляли путем учета интегрального показателя выраженности клинично-рентгенологической картины эндопериапикального поражения, а также с учетом структуры интегрального показателя («П», «С», «А», «Ф» в баллах, то есть в условных единицах), согласно кластерам.

Для интегральной оценки выраженности клинично-рентгенологической картины сочетанного пульпарно-периодонтального поражения у больных с разнонаправленными межсистемными нарушениями применяли методику, предложенную А.К. Иорданишвили с соавт. [2], с использованием показателя S. При значении этого показателя от 4 до

9,9 условных единиц считали, что пациент, несмотря на наличие эндопериапикальной патологии, адаптирован к условиям существования. При значениях показателя S, равных 10,0-16,9 условных единиц, считали, что у пациента из-за имеющейся эндопериапикальной патологии нарушена приспособляемость к условиям существования. При значениях показателя S, равных 17,0-36,0 условных единиц, считали, что у пациента из-за имеющейся стоматологической патологии эндопериодонтального характера присутствует состояние дезадаптации.

При этом по аналогии с методикой оценки личностного реагирования пациентов на болезнь оценивались удовлетворенность и комплаенс соматических пациентов с сочетанным поражением пульпарно-периодонтального комплекса. При оценке их удовлетворенности считали, что при значении 1 балл пациенты не удовлетворены эндопериапикальным лечением; 3 балла свидетельствуют о том, что пациенты удовлетворены соответствующим лечением слабо; 5 – они умеренно удовлетворены лечением; 6 – частично удовлетворены лечением эндопериапикального характера; наличие 9 баллов у пациента свидетельствует о чрезвычайной удовлетворенности эндопериапикальным лечением.

При оценке комплаенса названных пациентов использовали нижеследующие критерии: при значении 1 балл пациенты не выполняли рекомендации врача-стоматолога; наличие 3 баллов свидетельствует о том, что пациенты частично выполняли рекомендации стоматолога в объеме до 25% от рекомендованных; 5 баллов – выполняли на 50% рекомендации специалиста; 7 баллов – выполняли рекомендации стоматолога до 75% от рекомендованных; 9 баллов – рекомендации специалиста выполняли регулярно и в полном объеме (до 100%).

Приходится констатировать, что особенностями методики оценки личностного реагирования стоматологических пациентов на эндопериапикальную болезнь, а также методики оценки их удовлетворенности и комплаенса является то, что оценку выраженности эндопериапикальных симптомов, ощущений, вызывающих дезадаптацию, дают сами пациенты.

Были изучены данные 262 прицельных внутриротовых рентгенограмм, результаты ортопантомографического исследования и конусно-лучевой КТ, а также проанализированы приведенные в медицинских картах пациента данные. В ходе анализа результатов

эндодонтической терапии обращали внимание на обнаружение и обработку всех каналов зубных корней, проведение их механической обработки и качество пломбирования, герметичность, результаты постэндодонтической реставрации, а также на состояние близлежащих тканей в отдаленном периоде после лечения.

При стоматологическом осмотре пациентов производились основные общеклинические (изучение жалоб, сбор анамнеза, осмотр, перкуссия, пальпаторное обследование) и дополнительные (ортопантомографическое исследование, конусно-лучевое КТ-исследование) методы обследования. Были изучены данные рентгенологического обследования зубов с поражениями эндопериапикальных структур в окклюзионной зоне у 107 взрослых больных (59 женщин и 49 мужчин). С использованием рентгенологической диагностики установлено наличие хронической периапикальной деструкции гранулирующей и гранулематозной форм соответственно в области 24 и 84 зубов на верхней, 81 и 27 – на нижней челюстях.

Оценку личностного реагирования у больных с внутрисистемным нарушением при наличии у них сочетанного поражения пульпарно-периодонтального комплекса изучали до и спустя 3 месяца от начала эндокриапикального лечения. Удовлетворенность и комплаенс среди обследованного контингента оценивали спустя 3 месяца от начала лечения эндодонтического и перирадикулярного характера.

Диагностику сочетанного поражения пульпарно-периодонтального комплекса у больных с разнонаправленными межсистемными нарушениями осуществляли по ранее разработанному алгоритму с использованием эндодонтических и проекционно-периапикальных методов лечения, позволяющих оценить тяжесть течения эндопериапикальной патологии, а также эффективность ее лечения.

При помощи параметрического критерия Стьюдента подвергали оценке достоверность различий средних величин. Во всех процедурах статистического анализа считали достигнутый уровень значимости (p), критический уровень значимости при этом был равен 0,05.

Результаты и их обсуждение

Изучение особенностей индивидуально-типологической направленности у соматических больных с сочетанным поражением пульпарно-периодонтального комплекса позволило сгруппировать пациентов по типу

их темперамента: 1 группу составили сангвиники (31,8%); во 2 группу вошли холерики (25,2%); количество лиц в 3 (флегматики) и 4 (меланхолики) групп составило соответственно 22,4% и 20,6% от общего количества обследованных (табл). Разделение пациентов на группы по типам темперамента (основным свойствам нервной системы) является условным в связи с тем, что в действительности у каждого индивидуума имеется множество переходных или смешанных форм. Тем не менее, считаем, что ориентировочное, приближенное группирование наших пациентов по вышеупомянутому принципу помогает врачу-стоматологу оценить, предупредить и предугадать нежелательные реакции пациента, а также изучить особенности удовлетворенности и комплаентности при лечении пульпарно-периодонтального поражения у больных с межсистемными нарушениями, сравнить в группах исследования эффективность проводимой терапии эндопериапикального характера.

Изучение клинико-рентгенологической картины сочетанного поражения пульпарно-периодонтального комплекса и особенностей клинического течения эндопериапикальной патологии у пациентов с разнонаправленными межсистемными нарушениями позволило установить тяжесть течения патологии эндопериапикального характера, а также оценить степень дезадаптации обследованных лиц к условиям их существования. Все исследуемые группы были однородны, так как у обследованных лиц в группах пульпарно-периодонтальное поражение протекало в легкой (эндопериапикальная патология с очагами околоверхушечной деструкции диаметром от 1 до 3 мм), средней (пациенты с очагами периапикальной резорбции диаметром от 3 до 5 мм) и тяжелой (пациенты с периапикальным очагом деструкции диаметром более 5 мм) степенях тяжести. Среди обследованных лиц (107 чел.) легкая степень тяжести пульпарно-периодонтальной патологии составила 12,1% (13 чел.), средняя и тяжелая степень тяжести – соответственно 56,1% (60 чел.) и 31,8% (34 чел.) (рис. 1).

Согласно значению интегрального показателя выраженности личностного реагирования на болезнь (показатель S в баллах), из-за имеющегося сочетанного поражения пульпарно-периодонтального комплекса у пациентов 1 (сангвиники) и 3 (флегматики) групп значение исследуемого показателя составило соответственно $13,46 \pm 0,45$ и $9,33 \pm 0,49$ баллов, что свидетельствует о том, что они

имеют нарушенную приспособляемость к условиям существования. Вместе с тем, у пациентов 2 (холерики) и 4 (меланхолики) групп исследования значение интегрального

показателя составляет $21,10 \pm 0,37$ и $16,47 \pm 0,44$ баллов соответственно, что подтверждает факт наличия дезадаптации среди этих лиц (рис. 2).

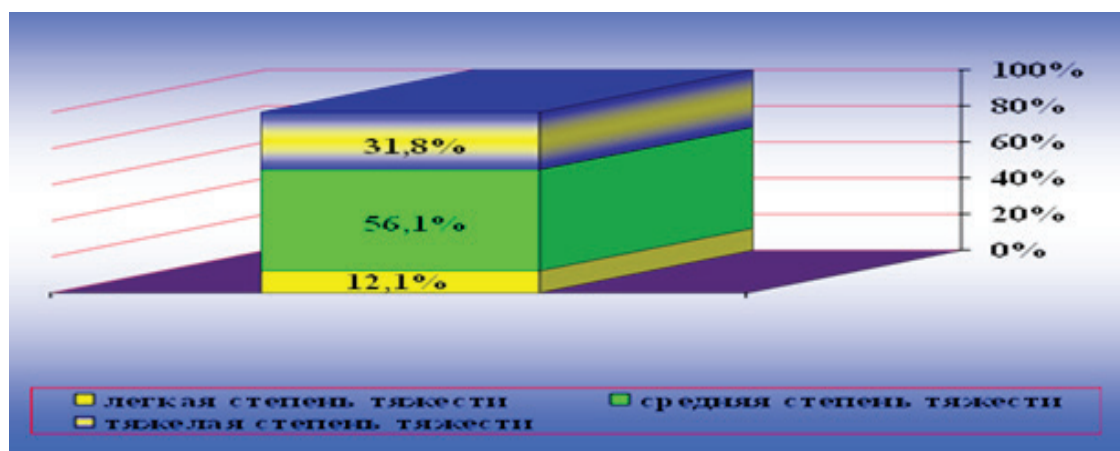


Рис. 1. Особенности течения сочетанного поражения пульпарно-периодонтального комплекса в зависимости от тяжести эндопериапикального поражения в группах исследования



Рис. 2. Динамика интегрального показателя выраженности личностного реагирования на пульпарно-периодонтальное поражение у больных с разнонаправленными межсистемными нарушениями до и после реализации адекватной терапии (баллы)

Как видно из рисунка 2, по данным интегрального показателя выраженности личностного реагирования (S) спустя 3 месяца от начала лечения отмечена положительная динамика в течении сочетанного поражения пульпарно-периодонтального комплекса у больных с разнонаправленными межсистемными нарушениями всех исследуемых групп ($p \leq 0,001$). В этот период значение интегрального показателя S в большей степени снизилось у пациентов 1 (сангвиники), 3 (флегматики) и 4 (меланхолики) групп исследования и соответственно составило $3,79 \pm 0,16$, $3,62 \pm 0,22$ и $4,93 \pm 0,32$ баллов. При этом у пациентов 2 группы (холерики) значение интегрального

показателя снизилось в меньшей степени – до $8,81 \pm 0,37$ баллов.

Структурная оценка анкет, заполненных соматическими пациентами с пульпарно-периодонтальными поражениями, показала, что до начала реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий эндопериапикального характера основные их жалобы относились к кластерам «П» (тревога за результат лечения, переживания в связи с нарушением жевания пищи и возможности разговаривать, волнение за исход заболевания), «С» (болевого синдром в области ранее леченного зуба) и «Ф» (нарушение приема пищи из-за боли при жевании). Среди опро-

шенных лиц к кластеру «А» были отнесены жалобы на наличие утраты естественных функций зуба, которые пациентов беспокоят незначительно.

Оценка эффективности эндопериапикального лечения у больных с внутрисистем-

ными нарушениями показала, что оно было высокоэффективным в 1, 2 и 3 группах при соответствующем значении 38,7%, 30,2% и 62,8%. Среди обследованных 4 группы эффективность проводимой терапии составила 17,5% (рис. 3).

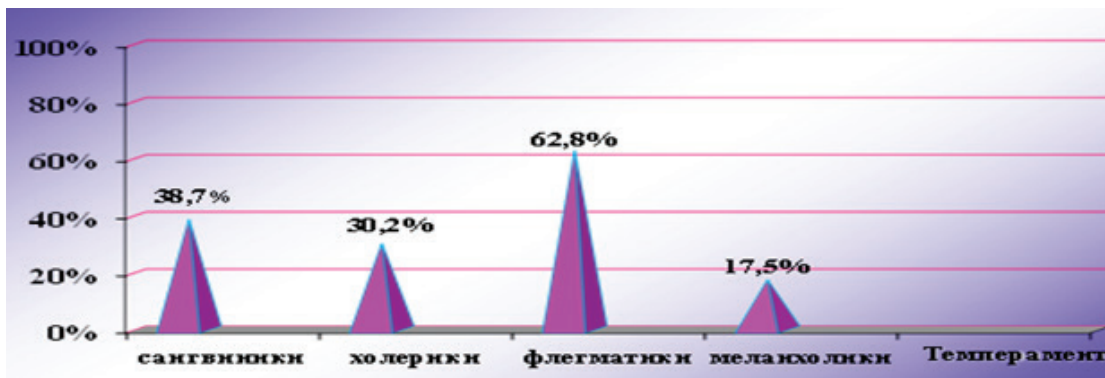


Рис. 3. Эффективность эндопериапикального лечения пульпарно-периодонтального поражения в зависимости от темперамента обследованных лиц

Полученные результаты позволяют констатировать, что индивидуально-типологическая направленность высшей нервной деятельности играет определенную роль в эффективности эндопериапикального лечения сочетанного поражения пульпарно-периодонтального комплекса у больных с соматической патологией, так как известна роль психоэмоциональных расстройств в возникновении и прогрессировании стоматологической патологии.

При анализе взаимозависимости стало очевидным, что показатели эффективности эндопериапикального лечения сочетанного поражения пульпарно-периодонтального комплекса у пациентов с межсистемными нарушениями достоверно коррелировали с показателями удовлетворенности проведенными лечебно-профилактическими мероприятиями эндопериодонтального характера во всех исследуемых группах (рис. 4).



Рис. 4. Показатели удовлетворенности эндопериапикальным лечением и комплаентностью у соматических больных с поражением пульпарно-периодонтального комплекса

Как следует из рисунка, пациенты 1 группы полностью удовлетворены проведенным

эндопериапикальным лечением (9,23±0,28 баллов), удовлетворенность пациентов 3

группы также была высокой ($9,14 \pm 0,31$ баллов). Значение исследуемого показателя у пациентов 2 и 4 групп оказалось в меньшей степени (соответственно $5,19 \pm 0,34$ и $4,60 \pm 0,37$ баллов).

При изучении комплаентности среди обследованных групп выяснилось, что наиболее привержены к выполнению врачебных назначений и рекомендаций пациенты 3 группы исследования, показатель их комплаентности составил $8,63 \pm 0,36$ балла, что свидетельствовало о выполнении ими назначений стоматолога более чем на 75% от рекомендованных. Выполняли назначения стоматолога в пределах от 25% до 50% от рекомендованных пациенты 1, 2 и 4 групп. При этом, несмотря на назначение стоматологом рекомендаций, возможность отрицательных последствий при их невыполнении, пациенты 1, 2 и 4 групп исследования не имели должной приверженности к их выполнению, добровольно в полном объеме не следовали предписанному их режиму лечения и поведения.

В целом, оценка особенностей индивидуально-типологического реагирования у больных с разнонаправленными межсистемными нарушениями, страдающих поражением пульпарно-периодонтального комплекса, показала, что до активной реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий эндопериапикального характера у них имело место состояние дезадаптации. После проведения пациентам специальных лечебно-профилактических мероприятий эндопериапикального характера во всех группах исследования отмечена положительная динамика в личностном реагировании на болезнь и к окончанию динамического наблюдения пациенты были адаптированы к условиям адаптированного существования.

На протяжении клинического исследования пульпарно-периодонтального поражения у больных с разнонаправленными межсистемными нарушениями положительные изменения внутренней картины болезни повлияли на показатели удовлетворенности

пациентов эндопериапикальным лечением. Однако пациенты 1 и 3 групп исследования в основном были удовлетворены результатами эндопериапикального лечения, что соответствовало данным, полученным при оценке эффективности проведенных лечебно-профилактических мероприятий (соответственно 38,7% и 62,8%).

Пациенты 2 и 4 групп исследования, несмотря на высокую клиническую эффективность эндопериапикального лечения сочетанного пульпарно-периодонтального поражения (соответственно 30,2% и 17,5%), в меньшей степени были удовлетворены результатами соответствующего лечения, что, очевидно, объясняется особенностями индивидуально-типологической направленности обследованных лиц. Последние, по-видимому, играют немаловажную роль в обеспечении комплаентности обследованных пациентов при эндопериапикальном лечении, так как наиболее приверженными к выполнению рекомендаций врача-стоматолога были пациенты 3 группы, которые выполняли их регулярно и в полном объеме. Вместе с тем, рекомендации врача-стоматолога частично выполняли пациенты 1, 2 и 4 групп (от 25% до 50%). Следовательно, несмотря на рекомендации врача-стоматолога, возможность отрицательных последствий при их невыполнении, они не имели должной комплаентности к выполнению предписаний специалиста, не следовали добровольно и в полном объеме предписанному им режиму эндопериапикального лечения и поведения.

Заключение

Таким образом, на сегодня необходимо большее внимание уделять стоматоэмоциональному подходу при диагностике и лечении сочетанных эндопериапикальных поражений именно с учетом индивидуально-типологических особенностей личностного реагирования на имеющуюся болезнь.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Березин Ф.Б. Тревога и адаптационные механизмы. Санкт-Петербург, 2011. 134с.
2. Иорданишвили А.К., Сериков А.А., Музыкин М.И. Характеристика отношения к болезни взрослых пациентов при патологии жевательноречевого аппарата // Российский стоматологический журнал. 2016. Т. 20, № 6. С. 309-314.

3. Короленкова М.В., Рахманова М.С. Регенерация пульпоподобной ткани при лечении пациентов с периодонтитом вследствие вывиха резцов с несформированными корнями // Стоматология. 2018. Т. 97, № 4. С. 49-54.

4. Мухиддинов Ш.Д., Султанов М.Ш. Аналитическая оценка этиопатогенетических механизмов развития эндопериапикальных поражений // Вестник

последипломного образования в сфере здравоохранения. 2019. № 1. С. 92-95.

5. Рахманова М.С., Короленкова М.В. Современный подход к лечению постоянных зубов с несформированными корнями при некрозе пульпы // Стоматология детского возраста и профилактика. 2018. № 3(66). С. 39-44.

6. Соловьев М.М., Яременко М.М., Исаева Е.Р. Использование «Синдрома психо-сенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации» в лечебно-диагностическом, учебно-образовательном и воспитательном процессах. СПб.: СПбГМУ, 2015. 36 с.

REFERENCES

1. Berezin F.B. *Trevoga i adaptatsionnye mekhanizmy* [Alert and adaptation mechanisms]. Saint-Peterburg, 2011. 134 p.

2. Iordanishvili A.K., Serikov A.A., Muzykin M.I. Kharakteristika otnosheniya k bolezni vzroslykh patsientov pri patologii zhevatelnorechevogo apparata [Feature relations to disease of adult patient with pathology of chewing-speech device]. *Rossiyskiy stomatologicheskiy zhurnal – Russian Journal of Dentistry*, 2016, Vol. 20, No. 6, pp. 309-314.

3. Korolenkova M.V., Rakhmanova M.S. Regeneratsiya pulpopodobnoy tkani pri lechenii patsientov s periodontitom vsledstvie vyvikha reztsov s nesformirovannymi korniyami [Pulp revascularization for the management of avulsed incisors with immature roots]. *Stomatologiya – Dentistry*, 2018, Vol. 97, No. 4, pp. 49-54.

4. Mukhiddinov Sh.D., Sultanov M.Sh. Analiticheskaya otsenka etiopatogeneticheskikh mekhanizmov razvitiya endoperiapikalnykh porazheniy [Analytical estimation of ethiopathogenetic mechanism development of endoperi-

apical disorders]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya – Herald of the institute of postgraduate education in health sphere*, 2019, No. 1, pp. 92-95.

5. Rakhmanova M.S., Korolenkova M.V. Sovremennuyu podkhod k lecheniyu postoyannykh zubov s nesformirovannymi korniyami pri nekroze pulpy [Modern approach to the treatment of immature permanent teeth with pulp necrosis]. *Stomatologiya detskogo vozrasta i profilaktika – Pediatric dentistry and dental profilaxis*, 2018, No. 3 (66), pp. 39-44.

6. Solovev M.M., Yaremenko M.M., Isaeva E.R. *Ispolzovanie «Sindroma psikho-sensorno-anatomo-funktsionalnoy dezadaptatsii» v lechebno-diagnosticheskom, uchebno-obrazovatelnom i vospitatelnom protsessakh* [The use of the "Syndrome of psycho-sensory-anatomical-functional maladaptation" in therapeutic and diagnostic, educational and educational processes]. Saint-Peterburg, SPbGMU Publ., 2015. 36 p.

Сведения об авторах:

Имомова Фархунда Зафаровна – соискатель кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

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

Ёраков Фарух Махмадович – зав. кафедрой терапевтической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н.

Контактная информация:

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

© Коллектив авторов, 2022

УДК 611.233-002;616.248;612.394.2

Камолова Дж.К., Джураев М.Н., Тавакалов М.М.

СТРУКТУРА, КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ В ТАДЖИКИСТАНЕ

Кафедра аллергологии и иммунологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Kamolova J.K., Juraev M.N., Tavakalov M.M.

STRUCTURE, CLINICAL FORMS AND FEATURES OF THE COURSE OF BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN IN TAJIKISTAN

Department of Allergology and Immunology of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»

Цель исследования. Изучить структуру, клинические формы и особенности течения бронхиальной астмы у детей в Таджикистане.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ историй болезни с описанием клинической картины бронхиальной астмы у 123 детей в возрасте от 6 мес. до 14 лет.

Результаты. У большинства детей заболевание развивалось до 3-х лет. В структуре бронхиальной астмы преобладает неинфекционно-аллергическая (атопическая) форма заболевания. В этиологической структуре определена гиперчувствительность к пищевым аллергенам, домашней пыли и пыльце чинары. При инфекционно-аллергической форме развитие болезни обусловлено формированием гиперчувствительности к грибковой и комбинации бактериальной флоры.

Заключение. Поливалентная сенсibilизация является ведущей в развитии тяжелых форм неинфекционно-аллергической (атопической), инфекционно-аллергической и смешанной форм.

Ключевые слова: бронхиальная астма, структура, особенности течения у детей

Aim. To study the structure, clinical forms and features of the course of bronchial asthma in children in Tajikistan.

Material and methods. A retrospective analysis of case histories describing the clinical picture of bronchial asthma in 123 children aged 6 months and older. up to 14 years old.

Results. In most children, the disease developed before the age of 3 years. The non-infectious-allergic (atopic) form of the disease predominates in the structure of bronchial asthma. In the etiological structure, hypersensitivity to food allergens, house dust and plane tree pollen was determined. In the infectious-allergic form, the development of the disease is due to the formation of hypersensitivity to the fungal and combination of bacterial flora.

Conclusion. Polyvalent sensitization leads in the development of severe forms of non-infectious-allergic (atopic), infectious-allergic and mixed forms.

Key words: bronchial asthma, structure, course features in children

Актуальность

Бронхиальная астма (БА) – мультифакторное заболевание, характеризующееся хроническим воспалением дыхательных путей в сочетании с их обратимой обструкцией, различающейся по частоте, длительности и интенсивности [1, 2, 4, 5].

Эпидемиологические данные свидетельствуют о росте заболеваемости бронхиальной астмой (БА) по всему миру. Распространенность этой патологии в разных странах колеблется в пределах 1-18% населения [3, 4, 5]. Согласно отчету Глобальной сети, в настоящее время около 334 млн. человек страдают

данным заболеванием, 14% из них – дети [7]. В странах Западной Европы отмечено двукратное увеличение заболеваемости бронхиальной астмой как у взрослых, так и у детей. В Российской Федерации распространенность болезни составляет 3-10%, в Казахстане в последние годы заболеваемость БА составила 105,65 на 1000 детей [4, 5].

Причиной роста распространенности заболеваемости БА за последние двадцать лет являются загрязнение окружающей среды промышленными выбросами, неблагоприятная социальная среда, увеличение бесконтрольного потребления различных лекарственных средств, особенно антибиотиков, широкое использование различных дезинфектантов в быту и на производстве, применение гербицидов и пестицидов в сельском хозяйстве, изменение качества и состава питания, массовая иммунизация детей без учета индивидуальных особенностей их иммунопатологической реактивности, частые ОРВИ – все эти факторы при воздействии на организм ребенка создают условия для высоких аллергенных нагрузок [1, 2, 4, 6].

Экономический ущерб от аллергических заболеваний достаточно высок и определяется не только затратами на лечение больных, но и теми расходами, которые необходимы для лечения вирусных и других инфекций, осложненных аллергией. В связи с этим организация высококвалифицированной помощи больным с аллергическими заболеваниями, в том числе и БА, проведение профилактических мероприятий невозможны без знания истинной их распространенности [1, 3, 4].

Цель исследования

Изучить структуру, клинические формы и особенности течения бронхиальной астмы у детей от 6 месяцев до 14 лет.

Материал и методы исследования

Нами проведен выборочный ретроспективный анализ 123 историй болезни детей в возрасте от 6 мес. до 14 лет, лечившихся в отделении аллергологии при Национальном диагностическом центре г. Душанбе с января по июнь 2022 г. Критериями выборки служили истории болезни, содержащие полное клинико-лабораторное и аллергологическое обследование. Все дети были городскими и сельскими. Среди них были 81 мальчик (65,8%) и 42 девочки (34,2%). Диагноз бронхиальной астмы у всех больных подтверждался детальным анамнезом заболевания, а также проведением клинического и аллергологического обследований. Клиническое обследование включало общие анализы крови, мочи, биохимию крови, ЭКГ, ФВД, рентгенограмму грудной клетки. Аллергологическое обследование заключалось в определении уровня общего IgE в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа и тест-лизиса лейкоцитов. Уровень IgE определялся для установки формы БА, тест-лизис лейкоцитов проводился для определения этиологии и сенсibilизации к различным неинфекционным аллегенам. Определение сенсibilизации к инфекционным аллегенам проводилось путем иммуно-ферментного анализа.

При анализе данной проблемы были использованы описательные методы статистического анализа.

Результаты и их обсуждение

Факторы риска возникновения БА у детей делятся на внутренние и внешние, которые также могут быть факторами, вызывающими обострение и/или способствующими сохранению симптомов.

В таблице 1 представлено распределение наблюдавшихся детей по возрасту и полу.

Таблица 1

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

Возраст	Число больных	%	Из них			
			мальчики		девочки	
			всего	%	всего	%
6 мес. - 1 год	7	5,7	4	4,9	3	7,1
1-3 года	10	8,1	9	11,2	1	2,4
3-7 лет	8	6,5	4	4,9	4	9,6
7-11 лет	58	47,2	39	48,2	19	45,2
11-14 лет	40	32,5	25	30,8	15	35,7
Всего	123	100,0	81	100,0	42	100,0

Из представленной таблицы видно, что среди находившихся под наблюдением детей с бронхиальной астмой наибольшее количество заболеваний приходится на возраст 7-11 лет - 47,2% от общего числа наблюдений, что подтверждается данными литературы [1, 4].

По данным анамнеза, начало заболевания на первом году жизни имело место у 9 (7,4%) из 123 больных, до 3 лет – у 18 (14,6%), с 3 лет до 7 лет начало заболевания отмечалось у 32 (26,0%) детей, с 7 до 11 лет – у 26 (21,2%) пациентов, с 11 до 14 лет – у 38 (30,8%). Таким образом, у большинства детей бронхиальная астма развивалась в возрасте от 3 лет и старше.

Длительность заболевания к моменту наблюдения составляла: до 1 года у 6,8% детей, от 1 до 2 лет – у 11,9%, от 2 до 3 лет – у 11,9%, от 4 до 5 лет - у 45,7% и более 5 лет - у 23,7% детей с бронхиальной астмой.

Анализ клинической картины патологии у детей в Таджикистане свидетельствует о том, что в структуре бронхиальной астмы преобладает неинфекционно-аллергическая (атопическая) форма заболевания. Среди наблюдавшихся детей с бронхиальной астмой неинфекционно-аллергическая (атопическая) форма болезни имела место у 92 (74,8%) человек, инфекционно-аллергическая форма - у 24 (19,5%), у 7 детей (5,7%) диагностирована смешанная форма бронхиальной астмы. В этиологической структуре неинфекционно-аллергической (атопической) бронхиальной астмы ведущими причинными факторами были пищевые аллергены, домашняя пыль и пыльца чинары, гиперчувствительность к которым была выявлена в совокупности у 49 больных (таблица 2), также присутствовала чувствительность одновременно к нескольким аллергенам.

Таблица 2

Частота выявления сенсибилизации к неинфекционным аллергенам у детей с атопической бронхиальной астмой

Аллергены	Количество детей	в %
Домашняя пыль и шерсть домашних животных	12	13
Лекарственные и пищевые	12	13
Библиотечная пыль и домашняя пыль	5	5,4
Эпидермальные клещи	2	2,2
Перьевые	10	10,9
Пищевые	24	26,1
Лекарственные	6	6,5
Пыльца чинары	13	14,2
Пыльца растений	8	8,7
Всего	92	100

Сравнительно реже причиной обострения атопической формы бронхиальной астмы служила сенсибилизация к аллергенам пера, пыльцы растений и лекарственным аллергенам. Выявление сенсибилизации к аллергенам домашней пыли, как причины заболевания в условиях Республики Таджикистан, в значительной мере может быть связано с национальной традицией иметь в жилых помещениях большое количество ковров, являющихся коллекторами разнообразной пыли.

Следует отметить, что у большинства больных детей (68,6%) с атопической бронхиальной астмой имела место моновалентная сенсибилизация, а в 31,4% случаев при этой

форме патологии выявляется поливалентная сенсибилизация к 2 и более аллергенам.

Чаще всего обнаруживалась сочетанная сенсибилизация бытовыми и пыльцевыми, бытовыми и пищевыми аллергенами.

При инфекционно-аллергической форме бронхиальной астмы развитие болезни было обусловлено формированием гиперчувствительности замедленного типа к бактериальным и грибковым аллергенам (таблица 3).

Наиболее частой причиной возникновения бронхиальной астмы у наблюдавшихся детей была грибковая флора: в 13 из 24 (54,2%) случаев. Участие стрептококка и синегнойной палочки в развитии заболевания было

отмечено у 6 детей (25%). Гемолитический стафилококк и кишечная палочка были причиной развития заболевания в 20,8% случаев. Такая форма БА чаще встречается у детей с

5 лет и старше. Намного реже встречается у детей младше пятилетнего возраста, по сравнению с неинфекционно-аллергической формой БА.

Таблица 3

Частота выявления сенсibilизации к инфекционным аллергенам у детей с инфекционно-аллергической бронхиальной астмой

Аллерген	Количество детей	%
Гемолитический стафилококк	3	12,5
Стрептококк и синегнойная палочка	6	25
Кишечная палочка	2	8,3
Грибы рода <i>Candida</i> и плесневые грибы	13	54,2
Всего	24	100

Развитие смешанной формы бронхиальной астмы было обусловлено формированием гиперчувствительности к неинфекционным и бактериально-грибковым аллергенам. У всех семи наблюдавшихся нами детей со смешанной формой бронхиальной астмы была обнаружена сочетанная сенсibilизация к бактериальным (стафилококку и стрептококку) и неинфекционным факторам (домашний пыли и лекарственным аллергенам).

Среди 123 детей с бронхиальной астмой у 36 (29,3%) имело место легкое течение, у 75 (61%) детей – среднетяжелое течение и у 12 (9,7%) отмечалось тяжёлое течение заболевания. Следовательно, более чем в половине случаев имело место среднетяжелое течение заболевания. Тяжелое течение заболевания наблюдалось у детей с инфекционно-аллергической формой бронхиальной астмы, такие дети проходили лечение в палате интенсивной терапии. У больных с атопической формой бронхиальной астмы чаще наблюдалось легкое и среднетяжё-

лое течение. Тяжелое течение заболевания отмечалось также при наличии сопутствующих заболеваний, а также при смешанной форме заболевания (у 5 из 7 пациентов).

У больных с инфекционно-аллергической формой бронхиальной астмы обострение болезни обычно развивалось в осеннее-зимний период. У детей с атопической формой возникновение приступов бронхиальной астмы чаще отмечалось в весенний и начало осеннего периода (конец августа-сентябрь), что было обусловлено пыльцевой сенсibilизацией. У детей со смешанной формой бронхиальной астмы обострение болезни наблюдалось круглогодично.

У значительной части наблюдавшихся нами детей бронхиальной астме сопутствовала патология со стороны других органов и систем.

В таблице 4 приведена чистота сопутствующих заболеваний у детей с неинфекционно-аллергической (атопической) бронхиальной астмой.

Таблица 4

Сопутствующие заболевания при атопической форме бронхиальной астмы у детей

Сопутствующее заболевание	Число больных	%
Хронический тонзиллит	12	9,8
Риносинусит	4	3,3
Аденит	3	2,4
Кариес зубов	47	38,2
Гастрит, спастический колит	7	5,7
Пиелонефрит	15	12,2
Тимомегалия	10	8,1

Нелеченный кариес зубов встречался у детей в возрасте от 2 до 14 лет. Адентит и тимомегалия наблюдались у пациентов с года и старше. Заболевания ЖКТ и почек чаще встречались у детей старшего возраста.

Как следует из таблицы, наиболее часто атопической форме бронхиальной астмы сопутствует патология со стороны желудочно-кишечного тракта и ЛОР-органов.

У больных с инфекционно-аллергической и смешанной формами бронхиальной астмы среди сопутствующих заболеваний на первом месте стоит патология ЛОР-органов, которая выявлена у 47,6% детей.

Следует отметить, что у ряда больных имелось сочетание нескольких сопутствующих заболеваний.

Присоединение патологического процесса со стороны полостных органов может привести к повреждению их барьерной функции, что, в свою очередь, способствует усилению

потока экзогенных аллергенов во внутренние среды организма, с формированием в последующем сенсibilизации [1, 4].

Заключение

Результаты проведенных исследований показали, что атопическая форма бронхиальной астмы у детей раннего возраста встречается чаще, чем инфекционно-аллергическая и смешанная формы, имеет моновалентную сенсibilизацию и, в основном, протекает в легкой форме. С увеличением возраста тяжесть болезни прогрессирует и возможна сенсibilизация к нескольким неинфекционным аллергенам. Поливалентная сенсibilизация является ведущей в развитии инфекционно-аллергической и смешанной форм бронхиальной астмы у детей, что отягощает течение заболевания.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

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

1. Ахметова Л.М. Особенности течения бронхиальной астмы у детей // Вестник АГИУВ. 2016. №1. С. 17-23.
2. Балаболкин И.И. Бронхиальная астма у детей. М.:МИА, 2018. 144 с.
3. Баранаева Е.А. Бронхиальная астма у детей. Учебно-методическое пособие. Минск: БГМУ, 2017. 34 с.
4. Бронхиальная астма у детей. Клинические рекомендации. М.: Союз педиатров России, 2017. 72 с.
5. Плахотина О.В., Оразбаева Ж.А., Колдасбеккызы М. Возрастно-половой аспект заболеваемости бронхиальной астмой у детей // Вестник KazNMU. 2018. №3. С. 498-500

REFERENCES

1. Akhmetova L.M. Osobennosti techeniya bronkhialnoy astmy u detey [Features of the course of bronchial asthma in children]. *Vestnik Almatinskiy gosudarstvennyy institut usovershenstvovaniya vrachey – Bulletin of the Almaty State Institute of Advanced Medical Training*, 2016, No. 1, pp. 17-23.
2. Balabolkin I.I. *Bronkhialnaya astma u detey* [Bronchial asthma in children]. Moscow, MIA Publ., 2018. 144 p.
3. Baranaeva E.A. *Bronkhialnaya astma u detey. Uchebno-metodicheskoe posobie* [Bronchial asthma in children. Educational and methodical manual]. Minsk: BGMU Publ., 2017. 34 p.

4. *Bronkhialnaya astma u detey. Klinicheskie rekomendatsii* [Bronchial asthma in children. Clinical recommendations]. Moscow, Soyuz pediatrov Rossii Publ., 2017. 72 p.

5. Plakhotina O.V., Orazbaeva Zh.A., Koldasbekkyzy M. *Vozrastno-polovoy aspekt zabolevaemosti bronkhialnoy astmoy u detey* [Age-sex aspect of the incidence of bronchial asthma in children]. *Vestnik Kazanskogo Natsionalnogo Meditsinskogo Universiteta – Bulletin of Kazan National Medical University*, 2018, No. 3, pp. 498-500

6. *Global strategy for asthma management and prevention*. London, 2017. 14 p.

7. *Global Initiative for asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention*. 2017. Available from: www.ginasthma.org.

Сведения об авторах:

Камолова Джамиля Каримкуловна – аспирант кафедры аллергологии и иммунологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
Джураев Мухаммад Наврузович – зав. кафедрой аллергологии и иммунологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н.
Тавакалов Махфуз Мансурович – ассистент кафедры аллергологии и иммунологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Контактная информация:

Камолова Джамиля Каримкуловна – тел.: (+992) 907 72 59 33; e-mail: Jameela_76@mail.ru

¹Курбонова Р.К., ²Ашуров Г.Г.

ЗНАЧЕНИЕ ГОМЕОСТАТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СМЕШАННОЙ СЛЮНЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ

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

²Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

¹Kurbonova R.K., ²Ashurov G.G.

IMPORTANCE OF THE HOMEOSTATIC ACTIVITY OF MIXED SALIVA IN DEPENDING OF CARIES INTENSITY

¹Department of Therapeutic Dentistry of the State Educational Establishment «Avicenna Tajik State Medical University»

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

Цель исследования. Оценить значение минерального гомеостаза смешанной слюны в зависимости от интенсивности кариозного поражения зубов.

Материал и методы. Значение гомеостатической активности слюны оценивали с использованием методики клинической оценки скорости реминерализации эмали у 138 пациентов с интактными зубами, а также с компенсированным, суб- и декомпенсированным уровнями интенсивности кариеса зубов. С целью изучения гомеостатической способности смешанной слюны среди стоматологических пациентов был использован тест восстановления поврежденной поверхности эмали, предложенный академиком В.К. Леонтьевым.

Результаты. При окраске участка поврежденной эмали интенсивностью 1-3 балла обследованных следует отнести к группе с высокой гомеостатической активностью смешанной слюны, 4-5 – к группе умеренной гомеостатической активности, 6-7 – пониженной минерализирующей активности ротовой жидкости и интенсивность окраски эмали выше 8 баллов позволяет говорить об очень низком уровне гомеостатической активности смешанной слюны.

Заключение. Полученные материалы свидетельствуют о самой низкой гомеостатической активности смешанной слюны у пациентов с декомпенсированной интенсивностью кариеса зубов.

Ключевые слова: кариес, интенсивность, слюна, гомеостаз, эмаль, минерализация, микроповреждения

Aim. Estimation importance of the mineral homeostasis of mixed saliva in depending of intensity of the carious defeat.

Material and methods. Importance of homeostatic activities of the saliva valued with using the methods of the clinical estimation of velocities enamel remineralization beside 138 patients with sound teeth, as well as with compensate, sub- and decompensate level of caries intensity. For the reason studies of homeostatic abilities of the mixed saliva amongst dentistry patients used test reconstruction of damaged surfaces of enamel, offered by academician V.K. Leontiev.

Results. At coloration of the area damaged enamel by intensity of 1-3 ballets examined follows to refer to group with high homeostatic activity of the mixed saliva, 4-5 - to group of moderate homeostatic activity, 6-7 - lowered mineralization activities of oral liquid and intensity of the coloration of enamel above 8 ballets allows to speak of very low level homeostatic activity of the mixed saliva.

Conclusion. Got material are indicative of the most low homeostatic activity of the mixed saliva beside patient with decompensate of caries intensity.

Key words: caries, intensity, saliva, homeostasis, enamel, mineralization, microdamages

Актуальность

В ротовой полости при наличии оптимальных условиях полное восстановление участков химического микроповреждения эмалевой поверхности происходит быстрее из-за функционирования существующего кальциевого гомеостаза за счет перенасыщенности смешанной слюны минеральными компонентами. В последнее время при изучении патогенеза кариеса зубов уделяется большое внимание процессам взаимодействия слюны и эмали. Слюна - это биологическая жидкость, способствующая поддержанию гомеостаза минеральных компонентов в полости рта и постоянства состава твердых тканей зуба. Противокариозное действие слюны обусловлено ее минерализующей способностью, физико-химическое постоянство эмали полностью зависит от состава и химического состояния смешанной слюны [1]. К аналогичному выводу пришли авторы дальнего зарубежья [2, 3, 4].

С учетом изложенного выше, стоматологические наблюдения, организованные среди стоматологических пациентов с разным уровнем кариесологического статуса, позволяют с достаточной степенью достоверности определить характер влияния гомеостатических параметров смешанной слюны на заболеваемость твердых тканей зубов. Указанные аспекты и определяют актуальность настоящего исследования.

Цель исследования

Оценить значение минерального гомеостаза ротовой жидкости в зависимости от интенсивности кариозного поражения.

Материал и методы исследования

Для решения вышеупомянутой цели и выполнения задач были отобраны объекты изучения, сформулирована единица наблюдения, в строгом соответствии с которой формировалась совокупность, подлежащая исследованию по специально разработанной программе. Значение гомеостатической активности слюны оценивали с использованием методики клинической оценки скорости реминерализации эмали (КОСРЭ-теста) у лиц без кариозного поражения (35 чел.), а также с компенсированным (34 чел.), суб- (35 чел.) и декомпенсированным (34 чел.) значениями кариесологического поражения.

Для изучения гомеостатического потенциала ротовой жидкости стоматологических пациентов использовали способ восстановления кислотного повреждения эмалевой поверхности, предложенный Ле-

онтьевым В.К. Названный способ отражает кариесчувствительность обследуемого на основании регистрируемой скорости восстановления рельефа микроповрежденной участки эмалевой поверхности. При этом мы исходили из того, что измеряемая скорость и отражаемая ею резистентность к кариесу определяются исключительно гомеостатической активности смешанной слюны. Следовательно, путем выявления восстановительной реакции микроповрежденных зон эмалевой поверхности можно говорить о минерализующем потенциале смешанной слюны.

Скорость исчезновения микроповрежденного участка эмалевой поверхности химической природы, определяемая уменьшением интенсивности индикационного окрашивания, определялась спустя 1, 2, 3, 5 и 7 суток. Оценку индикационного окрашивания протравленной зоны эмалевого участка у стоматологических пациентов с применением 10-польной типографской оттеночной шкалы синего цвета проводили в условиях естественного освещения.

С целью определения интенсивности кариесологического поражения было осуществлено медико-статистическое исследование выборочной совокупности, репрезентативной по отношению к обследованному взрослому населению Таджикистана в целом. По общеизвестной в клинической стоматологии схеме обследовались все пациенты. Данная схема включает в себя клинические и параклинические способы изучения органов и тканей полости рта. На каждого пациента заполняли клиническую карту с приложением, включающую их анамнез (анамнез стоматологического заболевания и жизни пациента, паспортные данные, основные и дополнительные жалобы стоматогенного характера), результаты объективного обследования (визуализация органов и тканей полости рта), установления предварительного и окончательного диагнозов, дополнительные методы исследования.

Для определения интенсивности кариесологического поражения применялся индекс кариозного поражения зубов и средняя величина названного индекса. Результаты клинических исследований анализировались как в целом и по возрастным группам, так и в соответствии с уровнем гомеостатического потенциала ротовой жидкости.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью стан-

дартного набора инструментов офисного приложения Microsoft Office Excel. Вычислялись среднее арифметическое значение (M), стандартная ошибка (m). Статистическая значимость полученных результатов (p) вычислялась с использованием критерия Стьюдента и его интерпретации на основании стандартной таблицы критических значений коэффициента Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

Фактически полученные материалы позволяют констатировать, что полное исчезновение микроповрежденного участка эмалевой поверхности абсолютно здоровых зубов без каких-либо искусственных воздействий в кариесустойчивых группах (КПУЗ=0) зарегистрировано в относительно короткие промежуточные сроки. Как видно из представленной характеристики скорости исчезновения микроповрежденного участка эмалевой поверхности, определяемой уменьшением интенсивности окрашивания, уже на второй день наблюдения значение индикационного окрашивания эмалевой поверхности составляло 10%, что говорит о повышенной гомеостатической активности среды полости рта.

При протравлении эмалевого участка у пациентов с низким значением кариесологического поражения (КПУЗ=1-3), проводимом тотчас после кислотного воздействия, установлено, что исходно микроповрежденные участки эмалевой поверхности по оттеночной типографской шкале синего цвета, выражаемые интенсивностью индикационного окрашивания, составили 50%. Величина индикационного окрашивания эмалевой поверхности на следующие сутки составила 35%, 15% – на 2-й день, 10% – на 3-й день. Значение названного индекса доходило до минимального значения (<10%) лишь на 5-й день наблюдения. Таким образом, для обследованных лиц с низким значением кариесологического поражения характерна завышенная гомеостатическая активность ротовой жидкости.

Как следует из полученного материала, у стоматологических пациентов со средним уровнем кариесологического поражения (КПУЗ=4-7) после кислотного воздействия степень искусственно поврежденной поверхности эмали оказалась значительной. Вместе с тем, реакция исчезновения шероховатой поверхности эмалевого органа значительно уменьшается. Так, в течение первых суток после кислотного воздействия у пациентов со средним уровнем кариесологического поражения интенсивность ин-

дикационного окрашивания искусственно поврежденного участка эмалевого органа снизилась соответственно до 50%, до 30% и 20% на 2-й и 3-й дни наблюдения, до 10% – на 5-й, ниже 10% – на 7-й день наблюдения. Полученные данные позволяют отметить, что за наблюдаемый срок не зарегистрировано визуализированных признаков полного исчезновения микроповрежденного эмалевого участка, свидетельствующих о низком гомеостатическом потенциале ротовой жидкости.

У лиц с максимальным значением кариесологического поражения (КПУЗ=8 и >) визуализированные признаки интенсивного окрашивания поврежденных участков эмалевой поверхности уменьшаются с исходной позиции (90%) до 60% и 40% соответственно на 2-й и 5-й дни наблюдения. В целом, у пациентов с высоким значением кариесологического поражения исчезновение искусственно поврежденного участка эмали шло медленно, и лишь у 12% из них минимальное окрашивание исследуемого участка (10%) было зарегистрировано только спустя 20 дней. Полученные материалы в указанном аспекте свидетельствуют о самой низкой гомеостатической активности ротовой жидкости среди пациентов с кариесологическими поражениями.

Заключение

При индикационном окрашивании искусственно поврежденного участка эмалевой поверхности с интенсивностью 1-3 балла стоматологического пациента следует отнести к группе с максимальным значением гомеостатического потенциала ротовой жидкости, 4-5 баллов – к группе с умеренной гомеостатической активностью, 6-7 баллов – пониженной минерализующей активности смешанной слюны и интенсивность индикационного окрашивания эмалевой поверхности выше 8 баллов свидетельствует об очень низком уровне гомеостатической активности ротовой жидкости.

Снижение значения индикационного окрашивания поверхности микроповрежденного участка эмали с течением времени у пациентов следует воспринимать как показатель естественного гомеостатического потенциала ротовой жидкости благодаря наличию гомеостаза из-за перенасыщенности смешанной слюны минеральными компонентами.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 2-4 см. в REFERENCES)

1. Леонтьев В.К., Питаева А.Н., Скрипкина Г.И. Энергетическое взаимодействие в системе «эмаль-слюна» и его связь с составом и свойствами ротовой жидкости // Институт стоматологии. 2014. № 1. С. 110-111.

REFERENCES

1. Leontev V.K., Pitaeva A.N., Skripkina G.I. Energeticheskoe vzaimodeystvie v sisteme «emal-slyuna» i ego svyaz s sostavom i svoystvami rotovoy zhidkosti [Energy interaction in system «enamel-saliva» and its relationship with composition and characteristic to oral liquid]. *Institut stomatologii – Institute of Dentistry*, 2014, No. 1, pp. 110-111.

2. Ferrazzano G.F., Amato I., Cantile T. In vivo remineralising effect of Gc tooth mousse on early dental enamel lesions. *International Dentistry Journal*, 2015, Vol. 61, pp. 210-216.

3. Gurunathan D., Somasundaram S., Kumar S.A. Casein phosphopeptide-amorphous calcium phosphate: a remineralizing agent of enamel. *Australian Dental Association*, 2012, Vol. 57, pp. 404-408.

4. Larsen M.J., Jensen S.J., Madsen D.M. Individual variations of pH, buffer capacity and concentrations of calcium and phosphate in unstimulated whole saliva. *Archives of Oral Biology*, 2017, Vol. 44, pp. 111-117.

Сведения об авторе:

Курбонова Рухиона Каримхоновна – аспирант кафедры терапевтической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

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

Контактная информация:

Ашуров Гаюр Гафурович – тел.: (+992) 988 71 09 92

¹Махмадов Ф.И., ¹Джураев М.Ф., ¹Миров Л.,
²Ашуров А.С., ³Муродов А.И.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ВНУТРИБРЮШНЫЕ АБСЦЕССЫ В ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ: ВОПРОСЫ ВЫБОРА АДЕКВАТНОГО МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

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

²Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

³ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН РТ

¹Makhmadov F.I., ¹Juraev M.F., ¹Mirov L.,
²Ashurov A.S., ³Murodov A.I.

POSTOPERATIVE INTRA-ABDOMINAL ABSCESSSES IN HEPATOBILIARY SURGERY: QUESTIONS OF CHOOSING THE ADEQUATE METHOD OF SURGICAL TREATMENT

¹Department of Surgical Diseases No.1 of the State Educational Establishment "Avicenna Tajik State Medical University"

²Department of Topographic Anatomy and Operative Surgery of the State Educational Establishment "Avicenna Tajik State Medical University"

³State Institution "Republican Cancer Research Center" of the Ministry of Health and Social Protection of Population of the Republic of Tajikistan

Цель исследования. Улучшение непосредственных результатов хирургического лечения послеоперационных внутрибрюшных абсцессов применением миниинвазивной технологии.

Материал и методы. Проведен сравнительный анализ 104 больных с послеоперационными внутрибрюшными абсцессами, оперированными по поводу патологии гепатобилиарной зоны. С применением миниинвазивной технологии (видеолапароскопия, вмешательства под УЗ-контролем и минилапаротомия) оперированы 60 больных (основная группа), традиционной релапаротомией и внебрюшинным вскрытием абсцесса – 44. Внутрибрюшные абсцессы в 41 (39,4%) наблюдении отмечены после операций на печени, в 63 (60,6%) – на желчевыводящих путях.

Результаты. Пациентам основной группы в 44 (73,3%) наблюдениях проведены вмешательства под УЗ-контролем, в 4 (6,7%) – релапароскопия, в 5 (8,3%) – релапароскопия в сочетании с минилапаротомией и в 7 (11,6%) наблюдениях – минилапаротомия. В контрольной группе в 41 (93,2%) случае применена релапаротомия, в 3 (6,8%) – традиционное внебрюшинное вскрытие абсцесса. В основной группе, послеоперационные осложнения отмечены в 6 (10,0%) случаях, с 2 (3,3%) летальными исходами (причина – инфаркт миокарда). В контрольной группе осложнения возникли у 14 (31,8%) пациентов с 10 (22,7%) летальными исходами.

Заключение. Обоснованный выбор миниинвазивного метода лечения послеоперационных внутрибрюшных абсцессов в гепатобилиарной хирургии в значительной степени улучшает непосредственные результаты хирургического лечения.

Ключевые слова: послеоперационные внутрибрюшные абсцессы, релапароскопия, вмешательства под УЗ-контролем, минилапаротомия, релапаротомия

Aim. Improving the immediate results of surgical treatment of postoperative intra-abdominal abscesses using minimally invasive technology.

Material and methods. A comparative analysis of 104 patients with postoperative intra-abdominal abscesses, operated on for the pathology of the hepatobiliary zone, was carried out. 60 patients (main group) were operated on using minimally invasive technology (video laparoscopy, interventions under ultrasound guidance and Mini laparotomy), 44 patients were operated on using traditional relaparotomy and extraperitoneal opening of abscess. Intra-abdominal abscesses in 41 (39,4%) cases were noted after liver operations in 63(60,6%) - on the biliary tract.

Results. Patients of the main group in 44 (73,3%) cases underwent ultrasound-guided interventions, in 4 (6,7%) - relaparoscopy, in 5 (8,3%) - relaparoscopy in combination with mini laparotomy and in 7 (11,6%) observations – mini laparotomy. In the control group, relaparotomy was used in 41 (93,2%) cases, and traditional extraperitoneal opening of the abscess was used in 3 (6,8%) cases. A comparative analysis of the immediate results showed that in the main group, postoperative complications were noted in 6 (10,0%) cases, with 2 (3,3%) deaths. The cause of death was acute myocardial infarction (n=2). In the control group, after performing traditional repetitions, complications occurred in 14 (31,8%) with 10 (22,7%) deaths.

Conclusion. The justified choice of a minimally invasive method for the treatment of postoperative intra-abdominal abscesses in hepatobiliary surgery significantly improves the immediate results of surgical treatment of this severe group of patients.

Key words: *postoperative intra-abdominal abscesses, relaparoscopy, ultrasound-guided interventions, mini laparotomy, relaparotomy*

Актуальность

Абдоминальные инфекции, как правило, полимикробные и приводят либо к внутрибрюшному абсцессу и флегмоне в более локализованных случаях, либо к вторичному перитониту при более диффузных состояниях [1-3]. Внутрибрюшной абсцесс вне зависимости от его локализации обычно сигнализирует о серьезном патологическом процессе, что в 12,6-39,7% случаев сопряжено с риском неблагоприятного исхода [4, 5]. В связи с изложенным, своевременная топическая диагностика является залогом предотвращения глубоких морфологических процессов как в брюшной полости, так и генерализованных расстройств функций жизненно-важных органов на фоне септического состояния пациента [4-6].

В последние десятилетия особое место в лечении послеоперационных внутрибрюшных абсцессов отводится миниинвазивной технологии [7], в частности, применению лапароскопии и различных вмешательств под УЗ-контролем, которые, по мнению отечественных и зарубежных исследователей, повышают эффективность лечения этого тяжелого контингента в несколько раз [4, 6-10]. Однако применение миниинвазивной технологии при послеоперационных внутрибрюшных абсцессах не всегда оправдано, т.к. оно требует индивидуального подхода, в зависимости от определенных критериев.

Отмеченные обстоятельства определяют необходимость своевременной диагностики и выбора адекватного метода хирургического лечения послеоперационных внутрибрюшных абсцессов, в частности

определения показаний к миниинвазивным вмешательствам.

Цель исследования

Улучшение непосредственных результатов хирургического лечения послеоперационных внутрибрюшных абсцессов применением миниинвазивной технологии.

Материал и методы исследований

Исследование основано на анализе 104 пациентов с послеоперационными внутрибрюшными абсцессами, оперированными по поводу патологии гепатобилиарной зоны на базе клиники хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино» за период 2008 – 2022 годы. В сравниваемых группах 60 (57,7%) пациентов (основная) были оперированы применением миниинвазивной технологии, 44 (42,3%) (ретроспективная) – традиционной релапаротомией. Большинство пациентов (60,6%) составили лица женского пола (n=63). При этом лица трудоспособного возраста (до 55 лет) составляли больше половины, т.е. 62,5% больных. Первично на органах гепатобилиарной зоны в плановом порядке оперированы 15 (14,4%), в экстренном – 89 (85,6%) больных. Из них операции на печени выполнены в 41 (39,4%), на желчевыводящих путях – 63 (60,6%) наблюдениях.

Как показал анализ первично выполненных операций на органах гепатобилиарной зоны, внутрибрюшные абсцессы часто (24,0%) возникли после открытых эхинококкэктомий из печени (23,3% и 25,0% случаев соответственно) и традиционной холецистэктомии с дренированием холедоха, что было отмечено в 36 (34,6%) случаях (в 33,3% и 36,4% случаев основной и контрольной групп).

Характер первично выполненных операций в сравниваемых группах

Вид хирургического вмешательства	Основная (n=60)	Контрольная (n=44)
Операции на печени (n=41)		
Открытая эхинококкэктомия	14 (23,3%)	11 (25,0%)
Закрытая эхинококкэктомия	3 (5,0%)	1 (2,3%)
Атипичная резекция печени	2 (3,3%)	3 (6,8%)
Вскрытие и дренирование абсцесса печени	3 (5,0%)	2 (4,5%)
Ушивание раны печени	1 (1,7%)	1 (2,3%)
Хирургические вмешательства на желчевыводящих путях (n=63)		
Лапароскопическая холецистэктомия	7 (11,7%)	5 (11,4%)
Холецистэктомия. Гепатикоюностомия по Ру	4 (6,7%)	1 (2,3%)
Холецистэктомия (ХЭ). ХДА по Флеркену	2 (3,3%)	1 (2,3%)
ХЭ. Дренирование холедоха по Холстеду	4 (6,7%)	3 (6,8%)
ХЭ. Дренирование брюшной полости	9 (15,0%)	7 (15,9%)
ХЭ. Санация и дренирование холедоха и брюшной полости	11 (18,3%)	9 (20,5%)
Всего	60	44

При диагностике пациентов с послеоперационными внутрибрюшными абсцессами ориентировались на общепринятые методы исследования и данных объективного осмотра. Согласно принятым протоколам, проведены клиничко-лабораторные и инструментальные методы исследования, включая КТ, МРТ и видеолапароскопия.

Статистическая обработка результатов выполнялась с использованием программы Statistica 10,0 (StatSoft, USA). Количественные величины представлены в виде среднего значения и стандартной ошибки. Качественные величины представлены в виде их абсолютных значений и долей (%). Парные сравнения между зависимыми группами по количественным показателям проводились по Т-критерию Вилкоксона. При парных сравнениях между независимыми группами по качественным показателям использовался критерий χ^2 , в том числе с поправкой Йетса и точный критерий Фишера. Различия считались статистически значимыми при уровне p менее 0,05.

Результаты и их обсуждение

Лечение пациентов с послеоперационными внутрибрюшными абсцессами, по сути, вызывает значительные трудности. До сих пор коррекция послеоперационных внутрибрюшных абсцессов проводится как традиционной релапаротомией, так и повторными малоинвазивными вмешательствами [8, 9]. А исходы повторных вмешательств при послеоперационных внутрибрюшных абсцессах, как правило, зависят от своевременной ранней

диагностики их развития и адекватности патогенетически обоснованной предоперационной подготовки [10].

На основании проведенных комплексных клиничко-лабораторно-инструментальных исследований нами разработаны объективные критерии выбора способа и объёма вмешательств при послеоперационных внутрибрюшных абсцессах. При этом повторные миниинвазивные вмешательства были показаны: при отсутствии клинических и лабораторных признаков абдоминального сепсиса; тяжести общего состояния по АРАСНЕ II не более 9 баллов; показателе индекса брюшной полости не более 13 баллов; уровне СРБ не более 180 мг/л, ВБД не выше 12 мм рт. ст. и IL-6 не выше 70 пг/мл.

При этом противопоказаниями к выполнению повторных миниинвазивных вмешательств являлись 2 группы причин: общие - крайне тяжелое состояние больных; тяжелая патология сердечно-сосудистой системы и нарушение свёртываемости крови; местные - при выполнении релапароскопии невозможно ликвидировать источник перитонита (зона повреждения желчного протока, остаточная полость в паренхиме печени, несостоятельность БДА), необходимость в проведении интубации тонкой кишки, достоверная невозможность адекватной санации труднодоступных участков, множественные ранее перенесенные операции с выраженным спаечным процессом, множественными межкишечными абсцессами.

Характер выполненных оперативных вмешательств по поводу послеоперационных внутрибрюшных абсцессов в сравниваемых группах приведен в таблице 2.

Таблица 2

Сравнительный характер оперативных вмешательств при послеоперационных внутрибрюшных абсцессах (n=104)

<i>Характер операции</i>	<i>Основная (n=60)</i>	<i>Контрольная (n=44)</i>
<i>Миниинвазивные вмешательства:</i>	60	
- Релапароскопия	4 (6,7%)	
- Релапароскопия в сочетании с минилапаротомией	5 (8,3%)	
- Вмешательства под УЗ-контролем	44 (73,3%)	
- Минилапаротомия	7 (11,7%)	
- Релапаротомия	-	41 (93,2)
- Традиционные внебрюшинные методы вскрытия абсцессов	-	3 (6,8)
Всего	60 (57,7)	44 (42,3)

Из 60 (57,7%) пациентов основной группы в 4 (6,7%) случаях выполняли релапароскопию, в

49 (81,7%) – вмешательства под УЗ-контролем и в 7 (11,7%) случаях производили вскрытие и дренирование внутрибрюшных абсцессов минилапаротомными методами. Особую группу составили 5 (8,3%) пациентов, которым ликвидация внутрибрюшных абсцессов проведена по разработанной нами методике сочетанного применения релапароскопии с минилапаротомией.

Поставленная задача достигалась проведением видеолaparоскопии, подробной визуализации, оценки состояния висцеральной и париетальной брюшины, состояния остаточных полостей в печени, сформировавших билиодигестивных анастомозов и подозрительных зон образования абсцесса. При видеолaparоскопической оценке, когда вскрытие и дренирование внутрибрюшного абсцесса технически не представляются возможными лапароскопически, определяется точная топическая область выполнения минилапаротомии, посредством чего последовательно производится вскрытие и дренирование абсцесса миниинвазивно.

Следует отметить, что повторные вмешательства, выполненные с помощью релапароскопии, у пациентов, перенесших первичные оперативные вмешательства на печени и желчевыводящих путях традиционным или лапароскопическим способами, технически и методически представляют значительные трудности. В связи с изложенным, при применении релапароскопии ориентировались на следующие правила: пункция иглой Вереща вне зоны послеоперационных ран, чаще всего в левой подвздошной области, выполнение контроль-

ных тестов иглой Вереща, использование троакара с «защитной» стенкой стилетом, введение по показаниям троакара в атипичном месте, вне зоны послеоперационных ран с последующим введением рабочих троакаров под визуальным контролем, использование «открытой» лапароскопии по Хасену, установка троакара через лапаротомный разрез после снятия швов с лапаротомной раны, проведение пневмоперитонеума через установленные дренажи, которые являлись ключевыми факторами профилактики интра- и послеоперационных осложнений.

Техника выполнения релапароскопии, вскрытия и дренирования абсцесса заключалась в ряде последовательных манипуляций. Место и способ установка первого троакара завесели от реканилизации внутрибрюшного абсцесса, послеоперационного рубца, а также характера предшествующего оперативного вмешательства на печени и желчевыводящих путях. При этом применяли следующие варианты установки первого троакара при выполнении релапароскопии у 11 пациентов с внутрибрюшными абсцессами: закрытое вхождение в брюшную полость с учетом расположения послеоперационного рубца (n=6), открытая лапароскопия по Хассену (n=3) и установка троакара через лапаротомный разрез (n=2).

Эти процедуру, как правило, проводили диссектором и вакуум-аспиратором одновременно. При этом исключалось возможность распространения гнойного содержимого брюшной полости во время вскрытия абсцесса (рис. 1).

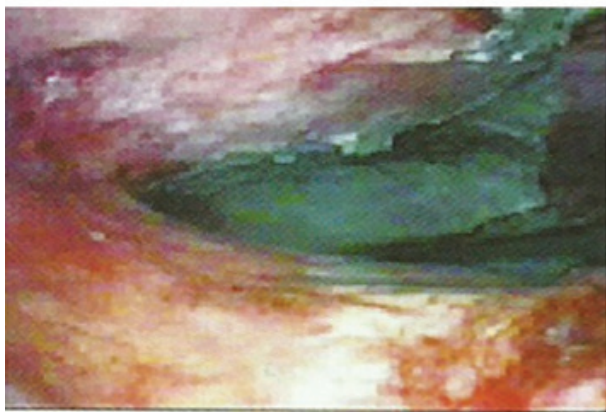


Рис. 1. Эндифото. Реллапароскопия. Аспирация и дренирование подпеченочного абсцесса

Далее осматривали его полость, зачастую обнаруживали дополнительные затеки, а при ревизии остаточных полостей после эхинококкэктомии - эхинококковых элементов, которые вскрывали, удаляли и дренировали. Некротизированные ткани иссекали, после чего осуществляли гемостаз и повторную санацию полости абсцесса. После реллапароскопического вскрытия абсцесса производили дренирование через отдельную контрапертуру.

Следует отметить, что в настоящее время конкурируют несколько способов миниинвазивных вмешательств при лечении после-

операционных внутрибрюшных абсцессов [3, 5, 10]. В 44 (73,3%) случаях у пациентов основной группы проведены миниинвазивное вскрытие и дренирование абсцесса. Показаниями к пункции и вскрытию внутрибрюшных абсцессов под УЗ-контролем являлись: небольшие (до 3 см) размеры абсцесса, малая глубина локализации от передней брюшной стенки и отсутствие затеков.

Применяли двухэтапный и одноэтапный способы чрескожной пункции внутрибрюшных абсцессов. Оба метода начинали либо тонкоигольной пункцией, иглой Chiba калибра 20-22 Sr, либо сразу в кисту пункционно устанавливали катетер «Argyle» калибра от 6 до 9 Fr, в зависимости от размеров абсцессов и безопасности выбранной трассы.

В дальнейшем содержимое абсцесса эвакуировали вакуум-отсосом, что позволяло сразу же добиться спадания полости. Полученный гной направлялся на бактериологическое и цитологическое исследования. После фиксации к коже лигатурами установленного катетера обеспечивали пассивный отток содержимого абсцесса в герметичный пластиковый контейнер. Далее осуществляли обработку антисептиками полость абсцесса 0,1% антисептическим раствором фурагина. В последующем проводили динамический УЗ-мониторинг полости абсцесса и процессов её редукции (рис. 2).

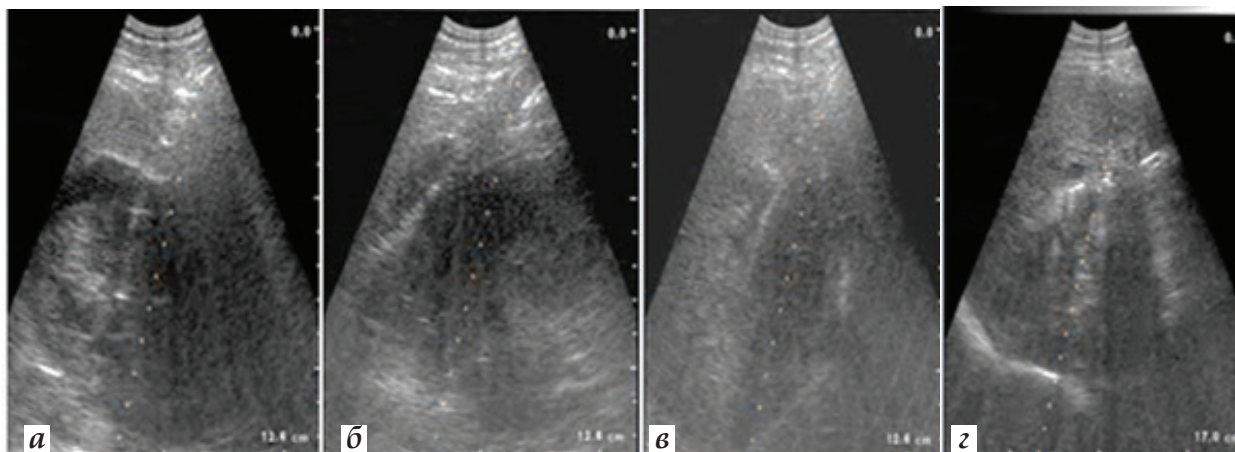


Рис. 2. Этапы дренирования послеоперационного внутрпеченочного абсцесса (остаточной полости) под УЗ-контролем: а - проведение дренажной трубки; б - дренажная трубка в полости абсцесса; в - уменьшение размеров абсцесса в процессе аспирации; г- щелевидная полость абсцесса после аспирации

Закономерно промывание полости абсцесса и адекватное её дренирование также является немаловажным этапом самого вмешательства. У пациентов основной группы санацию полости, в частности при послеоперационных одиночных абсцессах (n=4), провели 0,1% антисептическим рас-

твором фурагина, с последующим облучением остаточной полости гелий-неоновым лазером (удост. на рацпред. №3405/R395 от 28.12.2020 г.).

У 6 больных с послеоперационными большими внутрибрюшными абсцессами (размером от 10 см и более) была применена разра-

ботанная нами методика миниинвазивного вскрытия и дренирования, с последующей санацией 0,1% антисептическим раствором фурагина и мониторингом за состоянием остаточной полости и положением дренажных труб с помощью видеоэндоскопа (удост. на рацпред. №3404/R394 от 28.12.2020 г.). Оценку эффективности указанного метода осуществляли по изменению показателей эндогенной интоксикации, индекса лейкоцитарной интоксикации, гемограммы, коагулограммы, показателям функции

печени, а также по клиническому течению заболевания в сравнении с использованием стандартной методики промывания полости послеоперационных одиночных и однокammerных внутрибрюшных абсцессов.

Одним из основных и принципиальных моментов как миниинвазивной, так и лапаротомной ликвидации внутрибрюшных абсцессов считали взятие посев содержимого гноя для идентификации и определения чувствительности к антибиотикам (табл. 3).

Таблица 3

Характеристика микрофлоры полости внутрибрюшного абсцесса у пациентов основной группы (n=34)

Вид микроорганизмов	Абс.	%
Грамотрицательные палочки, в том числе:	22	64,7
<i>Escherichia coli</i>	14	41,2
<i>Klebsiella SPP</i>	5	14,7
<i>Enterobacter SPP</i>	3	8,8
Грамположительные палочки, в том числе:	8	23,5
<i>Enterococcus SPP</i>	4	11,8
<i>Streptococcus B hemolitis</i>	2	5,9
<i>Staphylococcus tridermoidis</i>	2	5,9

При анализе высеваемости содержимого абсцесса рост микрофлоры отмечали у 30 (88,2%) пациентов из 34, у 4 (11,8%) больных роста бактериальной флоры не было. При бактериальных посевах в большинстве (n=22) случаев был отмечен рост грамотрицательной микрофлоры. *Escherichia coli* высеивались у 14 (41,2%) больных, *Klebsiella SPP* – у 5 (14,7%) и *Enterobacter SPP* – у 3

(8,8%) пациентов. Значительно реже наблюдался рост грамположительной флоры (n=8). Из грамположительной флоры у 4 (11,8%) больных отмечался рост *Enterococcus SPP*, *Streptococcus Bhemolitis* – у 2 (5,9%) пациента и у 2 (5,9%) – *Staphylococcus tridermoidis*.

После получения бактериограмма определяли чувствительность микрофлоры к антибиотикам (табл. 4).

Таблица 4

Чувствительность к антибиотикам микрофлоры внутрибрюшных абсцессов (%)

Антибиотики	Грамотрицательная флора		Грамположительная флора	
	число проб	чувствительность	число проб	чувствительность
Гентамицин	9	4 (44,4)	4	1 (25,0)
Канамицин	10	4 (40,0)	3	1 (33,3)
Карбанициллин	12	4 (33,3)	3	1 (33,3)
Левомецетин	12	5 (41,7)	3	1 (33,3)
Мероленем	12	5 (41,7)	3	1 (33,3)
Оксациллин	12	4 (33,3)	3	1 (33,3)
Цефтриаксон	13	11 (84,6)	3	2 (66,7)
Цитрофлоксацин	13	11 (84,6)	4	3 (75,0)
Цефтрибиол	14	12 (85,7)	4	4 (100,0)
Цефалотин	13	6 (46,1)	4	2 (50,0)

При определении чувствительности к антибиотикам микрофлоры гноя полости абсцессов получены следующие данные: грамотрицательная флора в 11 (84,6%) случаях

была чувствительна цефтриаксону и ципрофлоксацину, грамположительная флора во всех 4 (100%) случаях – к цефтрибиолу, в 3 (75,0%) – к ципрофлоксацину.

Таблица 5

Показатели эндотоксемии до и после чрескожных пункций внутрибрюшных абсцессов под УЗ-контролем (M±m)

Показатель	До чрескожной пункции	После чрескожной пункции	P
Пульс, уд. мин	96,4±6,2	73,5±4,2	<0,001
А/Д, систолическое, мм рт. ст.	128,4±9,1	122,0±9,2	>0,05
Креатинин, мкмоль/л	116,7±8,7	85,2±6,4	<0,001
Лейкоциты, 10 ⁹ /л	12,6±0,2	8,2±0,1	<0,001
Мочевина, ммоль/л	12,8±0,2	5,7±0,4	<0,001
ЛИИ, ед.	5,1±0,07	2,30±0,10	<0,001
СРБ, мг/л	178,3±12,0	100,0±8,6	<0,001
IL-6, пг/мл	161,1±11,2	35,0±2,2	<0,001

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей до и после чрескожной пункции (по T-критерию Вилкоксона)

Как отмечали выше, после выполнения чрескожной пункции внутрибрюшных абсцессов под УЗ-контролем в значительной степени улучшилось общее состояние больных, выражающееся в снижении показателей эндотоксемии (табл. 5).

Минилапаротомные доступы в хирургии внутрибрюшных абсцессов посчитали целесообразными в 7 (11,7%) наблюдениях у основной группы больных, когда релапароскопические вскрытые и дренирование невозможны, а глубокое расположение гнойников от передней брюшной стенке с наличием жидкостного образования не позволяют выполнить УЗ-контролируемые вмешательства, проведение релапаротомии сопряжено с повышенным риском развития

летальных исходов. При этом вскрытые и дренирование труднодоступных гнойников из минилапаротомного доступа позволили рассматривать его, как метод, позволяющий осуществить одноэтапные радикальные хирургические вмешательства с минимальной операционной травмой.

В послеоперационном периоде осложнения разного характера развились у 6 (10,0%) пациентов основной группы с 2 (3,3%) летальными исходами (табл. 6).

Причиной летальных исходов являлся острый инфаркт миокарда (n=2). В контрольной группе после выполнения традиционных повторных вмешательств осложнения возникли у 14 (31,8%) человек с 10 (22,7%) летальными исходами.

Таблица 6

Частота осложнений и летальных исходов в основной и контрольной группах больных

Параметр	Основная группа (n=60)		Контрольная группа (n=44)		p
	абс	%	абс	%	
Количество осложнений	6	10,0	14	31,8	<0,01
Количество летальных исходов	2	3,3	10	22,7	<0,01*

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

Заключение

Внутрибрюшные абсцессы наиболее часто являются следствием экстренных оперативных вмешательств на печени и желчевыводящих путях.

Обоснованный выбор тактики хирургического лечения послеоперационных внутрибрюшных абсцессов в пользу лапароскопии и вмешательств под УЗ-контролем может способствовать значительному снижению по-

казателей послеоперационных осложнений и летальности.

Немаловажное значение в исходе лечения послеоперационных внутрибрюшных абсцессов играет определение микрофлоры полости абсцесса и определение её чувствительности к антибиотикам.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 6-10 см. в REFERENCES)

1. Абдиев А.А. Причины и диагностика осложнений, требующих релапаротомии в абдоминальной хирургии // Наука, новые технологии и инновации. 2017. №1. С. 49-52.

2. Жаворонкова О.И., Мелёхина О.В., Степанова Ю.А., Ветшева Н.Н. и др. Ультразвуковая диагностика ранних послеоперационных осложнений в хирургии органов гепатобилиарной зоны и методы их минимально инвазивной коррекции // Медицинская визуализация. 2013. №6. С.133-136.

3. Зубрицкий В.Ф., Айрапетян А.Т., Голубев И.В., Розберг Е.П. и др. Миниинвазивные вмешательства под контролем ультразвукового исследования у послеоперационных больных // Колопроктология. 2014. №1. С. 42-47.

4. Маскин С.С., Дербенцева Т.В., Карсанов А.М., Иголкина Л.А. и др. Плановые и срочные релапаротомии при послеоперационных внутрибрюшных осложнениях // Кубанский научный медицинский вестник. 2013. №7. С.101-106.

5. Чернов В.Н., Белик Б.М., Алибеков А.З. Лечение инфицированных форм острого деструктивного панкреатита с использованием малоинвазивных технологий // Новости хирургии. 2014. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/lechenie-infitsirovannyh-form-ostrogo-destruktivnogopankreatita-s-ispolzovaniem-maloinvazivnyh-tehnologiy>.

REFERENCES

1. Abdiev A.A. Prichiny i diagnostika oslozhneniy, trebuyushchikh relaparotomii v abdominalnoy khirurgii [Causes and diagnosis of complications requiring relaparotomy in abdominal surgery]. *Nauka, novye tekhnologii i innovatsii – Science, new technologies and innovations*, 2017, No. 1, pp. 49-52.

2. Zhavoronkova O.I., Melyokhina O.V., Stepanova Yu.A. Ultrazvukovaya diagnostika rannikh posleoperatsionnykh oslozhneniy v khirurgii organov gepatobiliarnoy zony i metody ikh minimalno invazivnoy korrektsii [Ultrasound diagnostics of early postoperative complications in surgery of hepatobiliary organs and methods of their minimally invasive correction]. *Medsinskaya vizualizatsiya – Medical Imaging*, 2013, No. 6, pp. 133-136.

3. Zubritskiy V.F., Ayrapetyan A.T., Golubev I.V. Miniinvazivnye vmeshatelstva pod kontrolem ultrazvukovogo

issledovaniya u posleoperatsionnykh bolnykh [Minimally invasive interventions under ultrasound control in postoperative patients]. *Koloproktologiya – Coloproctology*, 2014, No. 1, pp. 42-47.

4. Maskin S.S., Derbentseva T.V., Karsanov A.M. Planovye i srochnye relaparotomii pri posleoperatsionnykh vnutribryushnykh oslozhneniyakh [Planned and urgent relaparotomy for postoperative intra-abdominal complications]. *Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik – Cuban Scientific Medical Journal*, 2013, No. 7, pp. 101-106.

5. Chernov V.N., Belik B.M., Alibekov A.Z. Lechenie infitsirovannykh form ostrogo destruktivnogo pankreatita s ispolzovaniem maloinvazivnykh tekhnologiy [Treatment of infected forms of acute destructive pancreatitis using minimally invasive technologies]. *Novosti khirurgii – News of Surgery*, 2014, No. 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/lechenie-infitsirovannyh-form-ostrogo-destruktivnogopankreatita-s-ispolzovaniem-maloinvazivnyh-tehnologiy>.

6. Allaway M.R., Clement K., Eslick G.D. Early Laparoscopic Washout May Resolve Persistent Intra-Abdominal Infection Post-appendectomy. *World Journal of Surgery*, 2019, No. 43 (4), pp. 998-1006.

7. Elkbuli A., Ehrhardt J.D.Jr., McKenney M. Successful utilization of angioembolization and delayed laparoscopy in the management of grade 5 hepatic laceration: Case report and literature review. *International Journal of Surgical Case Reports*, 2019, Vol. 59, pp. 19-22.

8. Eubanks R.D., Hassler K.R., Huish G. Review of Operative Treatment of Delayed Presentation of Acute Cholecystitis. *American Journal of Surgery*, 2019, Vol. 1, No. 85 (1), pp. 98-102.

9. Gupta A., Shah M.M., Kalaskar S.N. Late postoperative bleeding after Roux-en-Y gastric bypass: management and review of literature. *British Medical Journal Case Reports*, 2018, Vol. 11 (1), pp. e226271.

10. Palermo M., Davrieux C.F., Acquafresca P.A. Percutaneous Image-Guided Abdominal Interventions for Leaks and Fistulas Following Sleeve Gastrectomy and Roux-en-Y Gastric Bypass. *Obesity Surgery*, 2019, Vol. 30.

Сведения об авторах:

Махмадов Фарух Исроилович – профессор кафедры хирургических болезней №1 ТГМУ, д.м.н.

Джураев Муродали Файзалиевич – профессор кафедры хирургических болезней №1 ТГМУ, д.м.н., профессор

Милов Лоик – соискатель кафедры хирургических болезней №1 ТГМУ

Ашуров Абдурахмон Сатович – доцент кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии ТГМУ, к.м.н.

Муродов Акбар Исматуллоевич – зам. директора ГУ РОНЦ МЗиСЗН РТ, к.м.н.

Контактная информация:

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

© Коллектив авторов, 2022

УДК 616-002.5-07-036-08 (575.3)

*Махмудова П.У., Махмудова Р. У., Закирова К. А.,
Нуров Р. М., Исмадова М. А.*

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО МНОЖЕСТВЕННО ЛЕКАРСТВЕННО УСТОЙЧИВЫМ ФОРМАМ ТУБЕРКУЛЁЗА НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Кафедра физиопульмонологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
ГУ «Республиканский центр защиты населения от туберкулёза»

*Makhmudova P.U., Mahmudova R.U., Zakirova K.A.,
Nurov R.M., Ismatova M. A.*

EPIDEMIOLOGICAL SITUATION ON MULTIDRUG-RESISTANT FORMS OF TUBERCULOSIS ON THE BACKGROUND OF HIV INFECTION

Department of Phthisiopulmonology of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»
State Institution "Republican Center for the Protection of the Population from Tuberculosis"

Цель исследования. Изучить эпидемиологическую ситуацию по распространенности множественно лекарственно устойчивых форм туберкулеза (МЛУ-ТБ) на фоне роста ВИЧ-инфекции по Республике Таджикистан.

Материал и методы. Визучены показатели распространения МЛУ-ТБ проведено по данным официальной годовой отчетной статистики форм №30; №33 «Сведения о больных туберкулёзом», а также данных по лекарственно устойчивым формам туберкулеза ТБ-07А/у; 08А/у, за период 2019-2021 годы Республиканского Центра защиты населения от туберкулёза в рамках реализации «Национальной программы защиты населения от туберкулеза в Республике Таджикистан на 2021-2025 годы»

Результаты. В 2019 г. общая заболеваемость туберкулёзом по республике составляла 56,0 случаев на 100 тыс. населения, в 2020 году - 40,5-40,2 случаев на 100 тыс. населения. В 2019 году из общего числа зарегистрированных больных (5976) выявлено 713 больных с МЛУ, из них 467 (65,4%) новых случаев, 246 (34,6%) – повторные, а широкая лекарственная устойчивость составляла 71 (9,95%); в 2020 году – 4316, 545, 372 (68,2%) и 173 (31,8%), 52 (9,5%) – соответственно. По сравнению с 2019 г., показатель снизился на 0,45%. В 2021 году зарегистрировано 4299 больных, общая заболеваемость имеет тенденцию к снижению на 0,4%, по сравнению с 2020 годом. В целом, число случаев с МЛУ снизилось на 25,4%. За период 2019-2021 гг. проведённый анализ эпидемиологической ситуации по показателям выявляемости ВИЧ инфекции среди туберкулёзных больных остаётся стабильно на одном уровне - в пределах 2,9%, хотя имеет тенденцию к снижению в абсолютных числах в 2019 г. - 175 (2,9%) больных с ко-инфекцией ТБ/ВИЧ, в 2021г. - 125 (2,9%).

Заключение. Анализ эпидемиологической ситуации указывает на необходимость улучшения интеграции противотуберкулезной службы с Центром по профилактике ВИЧ-инфекции для предоставления помощи пациентам в одном и том же медицинском учреждении, что позволит осуществлять своевременную диагностику ТБ и МЛУ-ТБ у людей, живущих с ВИЧ/СПИД, что будет способствовать снижению заболеваемости туберкулёзом и улучшению эпидемиологической ситуации по ТБ в республике.

Ключевые слова: туберкулёз, ВИЧ, множественная и широкая лекарственная устойчивость микобактерии

Aim. To study the epidemiological situation in terms of the prevalence of multidrug-resistant forms of tuberculosis (MDR-TB) against the background of an increase in HIV infection in the Republic of Tajikistan.

Material and methods. The spread of MDR-TB was studied; it was carried out according to the official annual reporting statistics of forms No. 30; No. 33 "Information on patients with tuberculosis", as well as data on drug-resistant forms of tuberculosis TB-07A / y; 08A / y, for the period 2019-2021 of the Republican Center for the Protection

of the Population from Tuberculosis as part of the implementation of the "National Program for the Protection of the Population from Tuberculosis in the Republic of Tajikistan for 2021-2025"

Results. In 2019, the overall incidence of tuberculosis in the republic was 56,0 cases per 100 thousand population, in 2020 – 40,5-40,2 cases per 100 thousand population. In 2019, out of the total number of registered patients (5976), 713 patients with MDR were identified, of which 467 (65,4%) were new cases, 246 (34,6%) were repeated cases, and extensive drug resistance was 71 (9,95%); in 2020 - 4316, 545, 372 (68,2%) and 173 (31,8%), 52 (9,5%) - respectively. Compared to 2019, the indicator decreased by 0,45%. In 2021, 4299 patients were registered, the overall incidence tends to decrease by 0,4% compared to 2020. Overall, the number of cases with MDR decreased by 25,4%. For the period 2019-2021 the analysis of the epidemiological situation in terms of the detection rate of HIV infection among TB patients remains stable at the same level - within 2,9%, although it tends to decrease in absolute numbers in 2019 - 175 (2,9%) patients with co-infection TB/HIV in 2021 - 125 (2,9%).

Conclusion. An analysis of the epidemiological situation indicates the need to improve the integration of the TB service with the HIV Prevention Center to provide care to patients in the same medical facility, which will allow timely diagnosis of TB and MDR-TB in people living with HIV/AIDS, which will help reduce the incidence of tuberculosis and improve the epidemiological situation of TB in the country.

Key words: tuberculosis, HIV, multidrug and extensive drug resistance of mycobacteria

Актуальность

В XXI веке в Таджикистане удалось не только остановить рост распространения туберкулёза (ТБ), но и добиться устойчивого снижения показателей общей заболеваемости и смертности от него. Однако в структуре туберкулёза в мире произошли серьёзные негативные изменения: отмечается ежегодный рост показателя распространённости ВИЧ-инфекции среди больных туберкулёзом, рост множественно лекарственно устойчивых форм туберкулеза (МЛУ ТБ), последние определяются, как устойчивость к двум наиболее сильнодействующим основным противотуберкулезным препаратам - изониазиду и рифампицину, а также к резервным противотуберкулезным препаратам (ППП), что является показателем неэффективности лечения туберкулеза и основной причиной смерти в ряде стран [1, 3, 8].

Основными факторами роста множественной лекарственной устойчивости туберкулеза в республике являются в первую очередь отсутствие контролируемого лечения, несвоевременное обследование контактных лиц, появление побочных действий противотуберкулезных препаратов, возникновение аллергических реакций, прерывание приема противотуберкулезных лекарственных препаратов, использование недостаточной дозы противотуберкулезных лекарств, включая плохую биологическую усвояемость лекарств, а также результаты других нескольких взаимодействующих факторов, таких как прием не всех назначенных противотуберкулезных препаратов из-за побочного эффекта или аллергической реакции, несоблюдение полной схемы лечения, периодический перерыв в приеме препаратов и, как следствие, - неудачное лечение

ТБ и/или переход в широкую лекарственно устойчивую форму (ШЛУ) туберкулёза с неблагоприятным (летальным) исходом [2, 4, 5, 9].

По данным ВОЗ, туберкулёз является ведущей инфекцией и развивается примерно у половины ВИЧ-инфицированных лиц. ВИЧ способствует активации латентного туберкулезного процесса, повышению годового риска развития ТБ более чем в 20 раз, развитию активного ТБ [6, 7, 9]. Принимая во внимание высокую распространённость обеих инфекций, как ТБ так и ВИЧ, особенно среди групп риска (трудовые мигранты, заключенные, потребители инъекционных наркотиков, работники коммерческого секса), данный контингент показывает слабую приверженность к лечению. Как было определено, данная группа лиц часто отказывается от АРВТ и своевременно не проходит профилактические обследования на ТБ, а при появлении признаков заболевания своевременно не обращаются в медицинские учреждения [7, 9, 10]. Даже при взятии на учет и назначении терапии такие пациенты не принимают противотуберкулезные препараты систематически, увеличивая вероятность появления резистентных форм туберкулеза, что имеет немаловажное значение не только в эпидемиологическом, но и в экономическом аспекте [9].

В Республике Таджикистан показатель распространённости множественно лекарственно устойчивых форм ТБ, по данным Н.Г. Егорова, Джалиловой Ф.Р., в период с 1980 по 1990 гг. составлял 9,6 - 24,2%. Данный показатель увеличился в 2000 году до 47,3%, что можно объяснить ухудшением эпидемиологической обстановки и распространением лекарственной устойчи-

вых штаммов микобактерий туберкулеза (МБТ). Исследование на множественную лекарственную устойчивость, проведенное в 2008-2009 годы, показало, что МЛУ ТБ среди новых случаев составлял 16,8%, а среди ранее лечившихся - 61%. Повторное исследование на множественную лекарственную устойчивость, проведенное в 2010-2011 годы, среди новых случаев показало снижение до 13%, а среди ранее лечившихся больных - 53,6%. Устойчивость к противотуберкулезным препаратам, в частности распространение множественно лекарственно устойчивых форм туберкулеза (МЛУ-ТБ), на фоне ежегодного роста случаев ВИЧ-инфекции значительно влияет на эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу и остаётся одной из основных проблем противотуберкулезной службы в республике.

Цель исследования

Изучить эпидемиологическую ситуацию по распространенности множественно лекарственно устойчивых форм туберкулеза (МЛУ-ТБ) на фоне роста ВИЧ-инфекции по Республике Таджикистан.

Материал и методы исследований

Изучение показателей распространения МЛУ-ТБ проведено на основании сравнительного анализа данных официальной годовой отчетной статистики формы №30; №33 «Сведения о больных туберкулезом», а также данных по лекарственно устойчивым формам туберкулеза ТБ-07А/у; 08А/у, за период 2019-2021 годы Республиканского Центра защиты населения от туберкулеза в рамках реализации «Национальной программы защиты населения от туберкулеза в Республике Таджикистан на 2021-2025 годы»

Результаты и их обсуждение

Общая заболеваемость по туберкулезу в Республике Таджикистан в 2007 году составляла 85,7 на 100 тыс. населения, с 2008 г. данный показатель имел тенденцию к незначительному снижению и составлял 83,8 случаев на 100 тыс. населения в 2016-2018 гг., определяя 60,6-56,6 случаев на 100 тыс. населения соответственно (или 70,3%), включая случаи туберкулеза органов дыхания с бактериовыделением. В 2019 г. показатель заболеваемости туберкулезом по республике составлял 56,0 случаев на 100 тыс. населения. В 2020 году, в период пандемии COVID, заболеваемость туберкулезом резко снизилась во всем мире, в том числе и в Республике Таджикистане, составляя 40,5-40,2 случаев на 100 тыс. населения в 2020-2021 гг.

В 2019 году из общего числа зарегистрированных больных (5976) выявлено 713 пациентов с лекарственно устойчивой формой (ЛУ), из них 467 (65,4%) - новые случаи, 246 (34,6%) - повторные. Из общего числа лекарственно устойчивых форм широкая лекарственная устойчивость составляла 71 (9,95%) случай.

В 2020 году всего количество зарегистрированных ТБ больных составляло 4316 и при сравнительном анализе с общим количеством зарегистрированных ТБ больных в 2019 году снизилась на 27,8%. Из 4316 больных с множественно лекарственно устойчивыми формами выявлено 545, включая 372 (68,2%) впервые выявленных больных с ЛУ ТБ и 173 (31,8%) - повторных случаев. При сравнительном анализе с 2019 годом лекарственная устойчивость МБТ среди повторных случаев ТБ снизилась на 2,8%. Из общего числа множественно лекарственно устойчивых форм широкая лекарственная устойчивость составляла 52 (9,5%) больных, по сравнению с 2019 г. показатель снизился на 0,45%.

В 2021 году всего зарегистрировано 4299 больных с активным ТБ, что показывает тенденцию к снижению на 0,4%, по сравнению с 2020 годом. Из представленного числа выявлено всего 532 ТБ случая с множественно лекарственно устойчивой формой и при сравнении с 2019 годом количество снизилось на 25,4%, из которых среди впервые выявленных пациентов множественно лекарственно устойчивый ТБ составлял 398 (74,8%). При сравнении с 2020 г. данный показатель увеличился на 6,6%. Среди повторных случаев ТБ больных МЛУ ТБ выявлен у 134 (25,2%) при сравнении с 2019 годом, что показывает снижение на 9,4%. Из общего числа лекарственно устойчивых форм широкая лекарственная устойчивость составляла 15 (2,8%) случаев, при сравнении с 2019 годом показывает снижение на 7,2%. В целом, число случаев с множественной лекарственной устойчивостью снизилось на 25,4%.

За период 2019-2021 гг. проведенный анализ эпидемиологической ситуации по показателям выявляемости ВИЧ-инфекции среди туберкулезных больных остаётся на стабильном уровне - в пределах 2,9%, хотя имеется тенденция к снижению в абсолютных числах: в 2019 г. 175 (2,9%) больных с ко-инфекцией ТБ/ВИЧ, в 2021 г. - 125 (2,9%), что указывает на необходимость своевременного обследования и улучшения выявляемости ТБ среди ВИЧ-инфицированных лиц, проведение химиопрофилактического лечения изониазидом и назначение АРВТ.

Заключение

Анализ эпидемиологической ситуации за период 2019-2021 годы по множественно лекарственно устойчивым формам туберкулёза на фоне ВИЧ-инфекции указывает на ежегодное снижение общего количества больных ТБ на 0,4%. Также наблюдается снижение случаев с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя туберкулёза на 25,4%, а широко лекарственно устойчивой формы - на 7,2%. Показатель выявляемости ВИЧ-инфекции среди туберкулёзных больных за анализируемый период остается на уровне в пределах 2,9%, что указывает на необходимость улучшения интеграции противотуберкулезной службы с Центром по профилактике ВИЧ-инфекции для предоставления помощи

пациентам в одном и том же медицинском учреждении, что позволит осуществлять своевременную диагностику ТБ и МЛУ-ТБ у людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, особенно при использовании диагностического оборудования экспресс-тестов (Xpert ULTRA MTB/RIF), которые способствуют своевременному обследованию и улучшению выявляемости ТБ среди ВИЧ-инфицированных лиц, проведение химиопрофилактики изониазидом и назначение АРВТ, которые способствуют снижению заболеваемости туберкулёзом и улучшению эпидемиологической ситуации по ТБ в республике.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 9, 10 см. в REFERENCES)

1. Абдуллаев Р.Ю., Комиссарова О.Г., Герасимов Л.И. Выраженность системного воспалительного ответа у больных туберкулеза, ассоциированным с ВИЧ-инфекцией. // Туберкулез и болезни легких. 2017. № 6. С. 36-40.
2. Аликеева Э.А., Исмаилов ЖК., Берикова Э.А. и др. Резистентные формы туберкулёза у ВИЧ-инфицированных в Казахстане // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. 2017. №8. С. 10-21.
3. Астровко А.П., Скрягина Е.М., Гуревич Г.Л., Богомазова А.В. и др. Результаты эпиднадзора ВИЧ-ассоциированного туберкулеза в Республике Беларусь // Туберкулез и болезни легких. 2014. № 6. С. 17-20.
4. Берикова Э.А., Токсанбаева Б.Т. Проблема туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью в Казахстане // Фтизиопульмонология. 2017. №2 (30). С. 8-14.
5. Васильева И.А., Белиловский Е.М., Борисов С.Е., Стерликов С.А. Туберкулёз с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя в странах мира и в Российской Федерации // Туб. и болезни лёгких. 2017. Т.95, №11. С.5-17.
6. Краснов М. А., Белиловский Е.М., Борисов С.Е. и др. Мутации генов и лекарственная устойчивость микобактерии туберкулёза у пациентов, находящихся под наблюдением в городе Москве // Туберкулез и болезни лёгких. 2019. Т.97, №12. С. 34-42.
7. Скрягина Е.М., Гуревич Г.Л., Солодовникова В.В., Дюсьмикеева М.И., Сеткина С.Б., Журкин Д.М. Опыт применения новых режимов лечения туберкулёза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя в Республике Беларусь // Туберкулез и болезни лёгких. 2018. Т. 96, № 8. С. 5-14.
8. Стерликов С.А., Тестов В.В., Васильева И.А. Результаты лечения пациентов с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя, зарегистрированных в 2012 г. в Российской Федерации

и в мире // Туберкулез и болезни лёгких. 2016. № 1. С. 22-27.

REFERENCES

1. Abdullaev R.Yu., Komissarova O.G., Gerasimov L.I. Vyrzhennost sistemnogo vospalitel'nogo otveta u bolnykh tuberkuleza, assotsiirovannym s VICH-infektsiey [Severity of systemic inflammatory response in patients with tuberculosis associated with HIV infection]. *Tuberkulez i bolezni legkikh - Tuberculosis and lung diseases*, 2017, No. 6, pp. 36-40.
2. Alikeeva E.A., Ismailov Zh. K., Berikova E.A. Rezistentnye formy tuberkulyoza u VICH-infitsirovannykh v Kazakhstane [Resistant forms of tuberculosis in HIV-infected people in Kazakhstan]. *Nauka, novye tekhnologii i innovatsii Kyrgyzstana – Science, new technologies and innovations of Kyrgyzstan*, 2017, No. 8, pp. 10-21.
3. Astrovko A.P., Skryagina E.M., Gurevich G.L., Bogomazova A.V. Rezultaty epidnadzora VICH-assotsiirovannogo tuberkuleza v Respublike Belarus [Results of HIV-associated tuberculosis surveillance in the Republic of Belarus]. *Tuberkulez i bolezni legkikh - Tuberculosis and lung diseases*, 2014, No. 6, pp. 17-20.
4. Berikova E.A., Toksanbaeva B.T. Problema tuberkulyoza s mnozhestvennoy lekarstvennoy ustoychivostyu v Kazakhstane [The problem of multidrug-resistant tuberculosis in Kazakhstan]. *Ftiziopulmonologiya - Phthisiopulmonology*, 2017, No. 2 (30), pp. 8-14.
5. Vasileva I.A., Belilovskiy E.M., Borisov S.E. Tuberkulyoz s mnozhestvennoy lekarstvennoy ustoychivostyu vobuditelya v stranakh mira i v Rossiyskoy Federatsii [Tuberculosis with multidrug-resistant pathogen in the countries of the world and in the Russian Federation]. *Tuberkulez i bolezni legkikh - Tuberculosis and lung diseases*, 2017, Vol. 95, No. 11, pp. 5-17.
6. Krasnov M. A., Belilovskiy E.M., Borisov S.E. Mutatsii genov i lekarstvennaya ustoychivost mikobakterii tuberkulyoza u patsientov, nakhodyashchikhsya pod nablyudeniem v gorode Moskve [Gene mutations and

drug resistance of Mycobacterium tuberculosis in patients under observation in Moscow]. *Tuberkulez i bolezni legkikh – Tuberculosis and lung diseases*, 2019, Vol. 97, No. 12, pp. 34-42.

7. Skryagina E.M., Gurevich G.L., Solodovnikova V.V. Opyt primeneniya novykh rezhimov lecheniya tuberkulyoza s mnozhestvennoy i shirokoy lekarstvennoy ustoychivostyu vzbuditelya v Respublike Belarus [Experience in the application of new treatment regimens for tuberculosis with multiple and broad drug resistance of the pathogen in the Republic of Belarus]. *Tuberkulez i bolezni legkikh - Tuberculosis and lung diseases*, 2018, Vol. 96, No. 8, pp. 5-14.

8. Sterlikov S.A., Testov V.V., Vasileva I.A. Rezultaty lecheniya patsientov s mnozhestvennoy i shirokoy lekarstvennoy ustoychivostyu vzbuditelya, zaregistrirovannykh v 2012 g. v Rossiyskoy Federatsii i v mire [Results of treatment of patients with multiple and broad drug resistance of the pathogen registered in 2012 in the Russian Federation and in the world]. *Tuberkulez i bolezni legkikh - Tuberculosis and lung diseases*, 2016, No. 1, pp. 22-27.

9. WHO Global Tuberculosis Report. WHO Publ., 2015; 2016; 2017; 2018.

10. *Compendium of WHO guidelines and associated standards: ensuring optimum delivery of the cascade of care for patients with tuberculosis (WHO/HTM/TB/2017.13)*. Geneva, World Health Organization Publ., 2017. URL: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259180/1/9789241512572-eng.pdf>

Сведения об авторе:

Махмудова Парвина Ульмасовна – врач фтизиопульмонолог РЦЗНТ

Махмудова Рухсора Ульмасовна – ассистент кафедры фтизиопульмонологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Закирова Курбонхон Акрамовна – зав. кафедрой фтизиопульмонологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н.

Нуров Рустам Маджидович – директор РЦЗНТ, д.м.н.

Исмадова Мутриба Аминовна – соискатель кафедры фтизиопульмонологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Контактная информация:

Закирова Курбонхон Акрамовна – тел.: (+992) 93 598 59 17; e-mail: dr.zakirova@qmail.com

Наимов А.М., Раззоков А.А., Парпиев Ф.М.

ДИНАМИКА ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Наимов А.М., Razzokov A.A., Parpiev F.M.

DYNAMICS OF HOSPITAL MORTALITY IN SEVERE CONCOMITANT INJURY

Department of Traumatology, Orthopedics and Military Field Surgery of State Educational Establishment «Avicenna Tajik State Medical University»

Цель исследования. Снижение летальности при тяжелой сочетанной травме.

Материал и методы. Проанализированы данные 3186 больных с тяжелой сочетанной травмой (тяжесть повреждений более 13 баллов по шкале Назаренко) в возрасте от 18 до 74, среди которых 2432 (76,3%) мужчины и 757 (23,7%) - женщины. В основной группе (n = 1517) проведена оптимизированная тактика лечения, в контрольной (n = 1669) - общепринятая тактика.

Результаты. Ключевыми звеньями реализованной комплексной тактики диагностики и лечения сочетанной травмы являлись их построение на данных объективных методов оценки тяжести повреждений и состояния больных с акцентом на применении современных технологий. Реализация такого подхода позволяла снизить последствия синдрома «взаимного отягощения» и создать благоприятные условия в плане профилактики осложнений и ранней активизации больных. В итоге летальные исходы отмечены у 514 (16,1%) больных: в основной группе - у 205 (13,5%), в контрольной - у 309 (18,5%) (p<0,05).

Заключение. Реализация предложенных комплексных мер позволила снизить удельный вес летальных исходов за счет увеличения доли предотвратимых смертельных случаев путем оптимизации тактики диагностики лечения острого периода сочетанной травмы.

Ключевые слова: *эхинококкозсочетанная травма, госпитальная летальность, шкала для оценки тяжести состояния больных и повреждений, оптимизированная тактика диагностики и лечения сочетанной травмы*

Aim. Decreased mortality in severe concomitant trauma.

Material and methods. The data of 3186 patients with severe concomitant injury (injury severity over 13 points on the Nazarenko scale) aged 18 to 74 were analyzed, including 2432 (76,3%) men and 757 (23,7%) women. In the main group (n = 1517) an optimized treatment tactic was carried out, in the control group (n = 1669) a generally accepted tactic.

Results. The key links of the realized complex tactics of diagnostics and treatment of concomitant injury were their construction on the data of objective methods for assessing the severity of injuries and the condition of patients with an emphasis on the use of modern technologies. The implementation of this approach made it possible to reduce the consequences of the "mutual burden" syndrome and create favorable conditions in terms of preventing complications and early activation of patients. As a result, lethal outcomes were noted in 514 (16,1%) patients, in the main group (n= 1517) in 205 (13,5%), in the control group (n= 1669) - 309(18,5%), P< 0.05.

Conclusions. The implementation of the proposed comprehensive measures in the main group allowed decreasing the proportion of deaths due to an increase in the portion of preventable deaths by optimizing the tactics of diagnosing the treatment of the acute period of concomitant injury.

Key words: *Concomitant injury, hospital mortality, the scale for assessing the severity of the condition of patients and injuries, the optimized tactics for the diagnosis and treatment of concomitant injury*

Актуальность

В последнее время травматизм во всем мире отнесен к числу актуальных медико-социальных проблем [1, 2]. Среди комплекса проблем в рамках этого вызова глобализации обществу наиболее значимы сочетанные повреждения. Это связано с неуклонным возрастанием их удельного веса в структуре заболеваемости, а также с высоким удельным весом инвалидности и летальных исходов [3, 4, 5]. По данным литературы, частота летальности при обсуждаемых повреждениях колеблется в широком диапазоне, что, по мнению исследователей, связано с включением в анализируемые выборки различных по тяжести повреждений [4, 5]. В литературе при выборе тактики диагностики и лечения сочетанной травмы также среди исследователей нет консенсуса, что в первую очередь связано с присутствием субъективного фактора при построении лечебно-диагностической тактики, а также учёте огромного количества факторов [5, 6, 7]. С целью преодоления этих противоречий в литературе предложен целый ряд прогностических шкал. Однако, несмотря на пристальное внимание исследователей к этой проблеме, в литературе обобщающие исследования, основанные на анализе достаточного клинического материала с применением этих шкал, единичны или порой отсутствуют. В Таджикистане также, несмотря на чрезвычайную актуальность проблем, связанных с летальностью при сочетанной травме, подобные исследования не проводились. Все вышесказанное свидетельствует об актуальности настоящего исследования.

Цель исследования

Снижение госпитальной летальности при сочетанной травме путем реализации комплексной оптимизированной системы диагностики и лечения острого периода обсуждаемых повреждений.

Материал и методы исследований

Работа выполнена на основе анализа данных 3186 больных с сочетанной травмой, находившихся на лечении в отделениях сочетанной травмы и экстренной хирургии Национального медицинского центра Республики Таджикистан за 2013-2022 годы. Возраст больных колебался от 18 до 74 лет. В структуре материала преобладали мужчины – 2432 (76,3%), женщин было 752 (23,7%).

Критериями включения больных в настоящую работу являлись:

- наличие повреждений в двух и более общепринятых локализациях;
- возраст больных от 18 и более лет;
- тяжесть состояния больных по шкале Гуманенко более 20 баллов;
- тяжесть повреждений по шкале Назаренко более 13 баллов.

В зависимости от предпринятой лечебной тактики лечения и профилактики летальности больные распределялись на две группы:

- контрольная группа - 1669 (52,4%) больных, пролеченных общеизвестными подходами;
- основная группа – 1517 (47,8%) пациентов, пролеченных с применением разработанных и реализованных комплекса организационных и лечебно-профилактических мер.

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту в группах

Возраст, лет	Контрольная		Основная		Итого:		Всего	
	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	абс.	%
18-44	915	284	830	261	1745	545	2290	71,9
45-59	255	80	234	69	489	149	638	20,0
60-74	103	32	95	28	198	60	258	8,1
Всего	1273	396	1159	358	2432	754	3186	100,0

Как видно из таблицы 1, в структуре анализируемого материала преобладают лица мужского пола (76,3%) и трудоспособного возраста (91,9%).

В зависимости от локализации доминирующей травмы в структуре анализируемого материала доминировали взаимоисключающие повреждения (47,3%). При сравнительном анализе рассматриваемые группы по частоте

доминирующей травмы в целом относились к сопоставимым выборкам (табл. 2).

Помимо комплексного клинико-рентгенологического исследования всем больным проводились КТ, МРТ, ультразвуковое исследование, лабораторные и другие необходимые исследования.

Статистическая обработка клинического материала проводилась с помощью базы данных

с применением пакета прикладных программ «Statistica 10.0» (StatSoftinc, США). Определяли абсолютные, относительные, средние величины, а также сравнивали парные величины. Парные

абсолютные величины сравнивали по U-критерию Манна-Уитни, относительные величины – по критерию χ^2 Пирсона. Различия считались достоверными, если $p < 0,05$.

Таблица 2

Локализация повреждений	Частота доминирующей травмы					
	Контрольная доминирующая травма		Основная доминирующая травма		Всего доминирующая травма	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Череп	436	26,1	352	23,2	788	24,7
Живот	116	7,0	99	6,5	215	6,8
Позвоночник	42	2,5	76	5,0	118	3,7
Грудь	71	4,3	68	4,5	139	4,4
Таз	76	4,5	104	6,9	180	5,6
Конечности	127	7,6	112	7,4	239	7,5
Взаимоконкурирующие	801	48,0	706	46,5	1507	47,3
Всего	1669	100,0	1517	100,0	3186	100,0

При сравнительном анализе рассматриваемые клинические группы по ключевым параметрам были почти идентичными, что свидетельствует об их сопоставимости.

Результаты исследования

В ходе выполнения работы была реализована концепция, согласно которой летальные исходы делятся на непредотвратимые и предотвратимые [1]. Первые связаны с тяжестью самих повреждений и состоянием больных, которые некоторые авторы рассматривают как «несовместимые с жизнью». Причинами предотвратимых летальных исходов являются различные осложнения острого периода травматической болезни, особенности тактики лечения, различные диагностические и лечебные ошибки, а также другие факторы. Другими словами, эти летальные исходы, при применении различных превентивных мер можно предотвратить. Исходя из этой концепции, нами клинический материал был рассмотрен в два периода. На первом этапе (2013-2017 годы) в комплексном лечении больных с сочетанной травмой предпринимались традиционные подходы (контрольная группа). На втором этапе (2018-2022 годы), с целью реализации вышеупомянутой концепции предотвратимых летальных исходов предложена и реализована комплексная оптимизированная лечебно-диагностическая система, ключевыми звеньями которой являлись:

– объективная оценка тяжести состояния больных по шкале Гуманенко и тяжести по-

вреждений по шкале Назаренко и построение лечебно-диагностической тактики по их результатам;

– целенаправленное прогнозирование, диагностика и профилактика синдрома жировой эмболии и построение тактики лечения сочетанной травмы с учетом профилактики и лечения данного осложнения;

– дифференцированное применение современных методов стабильно-функционального и малоинвазивного остеосинтеза в комплексном лечении нестабильных переломов по результатам вышеназванных объективных шкал;

– акцент на применение тактики «damage control surgery»;

– комплексный клиничко-инструментальный и лабораторный круглосуточный мониторинг за интегральными показателями, которые применяются в остром периоде сочетанной травмы;

– дифференцированная профилактика и лечение шока, тромбоэмболических и других осложнений острого периода травматической болезни;

– дифференцированное применение ранних реабилитационных мероприятий, синхронизированных с тактикой ранней стабилизации нестабильных переломов.

В организационном плане созданы профильные отделения для больных с сочетанной травмой, реанимационное отделение оснащено современной аппаратурой, организовано

круглосуточное функционирование вспомогательных кабинетов и лабораторного сектора, проводится круглосуточное дежурство всех специалистов хирургического профиля. Важное значение придается обучению персонала навыкам оказания специализированной помощи больным с сочетанной травмой, а также рациональному использованию лечебно-диагностического оборудования. С целью максимального преодоления субъективного фактора, о чем сообщалось ранее в литературе, при принятии решений используются количественные параметры (различные шкалы).

При сравнительном анализе динамики абсолютных величин количества больных с сочетанной травмой и госпитальной летальности отмечено незначительное уменьшение абсолютной величины больных и летальных исходов в основной группе, что связано с улучшением инфраструктуры травматолого-ортопедической службы в городе Душанбе (рис. 1). Более заметное уменьшение абсолютного количества больных при увеличении количества летальных исходов в основной группе имеет место в 2020 году, т.е. в период пандемии.

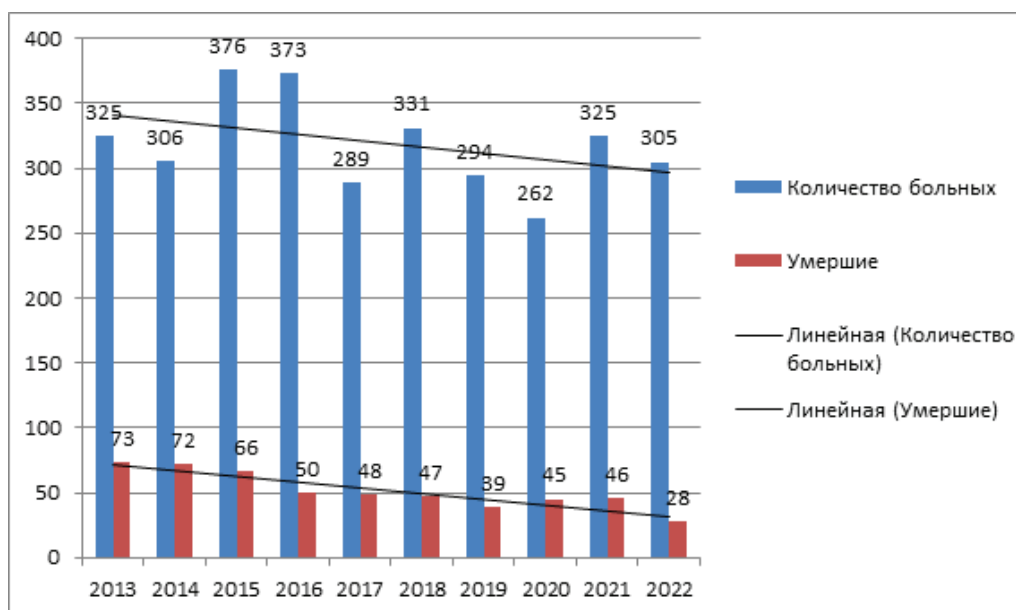


Рис. 1. Количество больных и умерших в динамике (абс.)

В то же время при сравнительном анализе относительных величин госпитальной летальности наблюдается достоверное сни-

жение этого показателя в основной группе (13,5%), по сравнению с контрольной группой (18,5%), $p < 0,05$ (рис. 2).

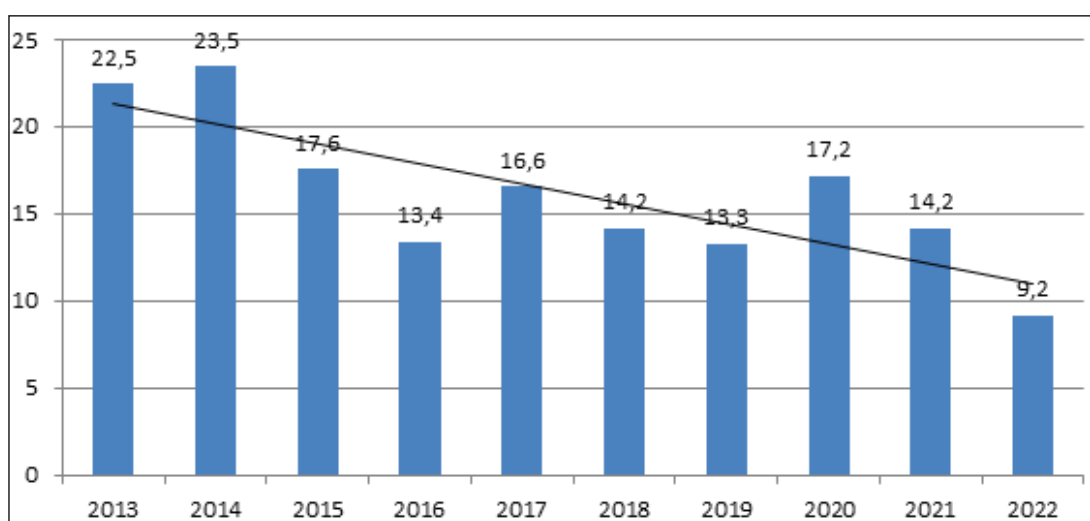


Рис. 2. Частота госпитальной летальности в динамике (%)

Как видно из рисунка 2, в контрольной группе величина этого показателя варьировала в пределах 13,4-23,5%. Напротив, в основной группе под влиянием реализованных комплексных лечебно-диагностических и организационных мер этот показатель в динамике колебался в пределах 9,2-14,2%.

Исключением из этого правила явился 2020 год (17,2%), что, с нашей точки зрения, связано с отрицательными последствиями пандемии.

Частота летальности зависела от локализации доминирующей травмы и избранной лечебно-диагностической тактики (табл. 3).

Таблица 3

Летальность при различных доминирующих травмах

Виды доминирующей травмы	Контрольная			Основная			p
	число больных	летальность		число больных	летальность		
		абс.	%		абс.	%	
Череп	436	63	14,4	352	46	13,1	>0,05
Живот	116	17	14,7	99	12	12,1	>0,05
Позвоночник	42	2	4,8	76	3	3,9	>0,05
Грудь	71	5	7,0	68	3	4,4	>0,05
Таз	76	14	18,4	104	11	10,6	>0,05
Конечности	127	15	11,8	112	7	6,3	>0,05
Взаимоконкурирующие	801	193	24,1	706	123	17,4	<0,01
Всего	1669	309	18,5	1517	205	13,5	<0,001

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию X²)

Заключение

Реализация предложенных комплексных мер в основной группе позволила снизить удельный вес летальных исходов за счет увеличения доли предотвратимых смертельных слу-

чаев путем оптимизации тактики диагностики и лечения острого периода сочетанной травмы.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

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

1. Егиязарян К.А., Гордиенко Д.И., Старчик Д.А., Лыско А.М. Новый способ тампонады таза при продолжающемся внутритазовом кровотечении // Вестник Российского государственного медицинского университета. 2019. № 2. С. 83-88.

2. Назарова Е.О., Карпов С.М., Апагуни А.Э., Вышлова И.А. Современный взгляд на патогенетические механизмы травматической болезни при политравме // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2018. № 1. С. 126-130.

3. Порханов В.А., Барышев А.Г., Блаженко А.Н., Шевченко А.В., Муханов М.Л., Шхалахов А.К., Полюшкин К.С. Результаты лечения больных с политравмой в многопрофильной клинике // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2018. № 12. С. 82-85.

4. Рылов И.В., Сорокин Э.П., Шиляева Е.В. Анализ факторов риска летального исхода у пострадавших с сочетанными травмами в отделении реанимации // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. 2018. № 2. С. 25-27.

5. Шапкин Ю.Г., Селиверстов П.А., Скрипаль Е.А., Кочетов Ю.В., Гаврилов А.В. Факторы риска летального исхода тяжелой сочетанной травмы со скелетными повреждениями // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. 2017. № 2 (42). С. 94-104.

REFERENCES

1. Egiazaryan K.A., Gordienko D.I., Starchik D.A. Novyy sposob tamponady taza pri prodolzhayushchemsya vnutritazovom krvotochenii [A new method of pelvic tamponade with ongoing intra-pelvic bleeding]. *Vestnik Rossiyskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta – Bulletin of RSMU*, 2019, No. 2, pp. 83-88.

2. Nazarova E.O., Karpov S.M., Apaguni A.E., Vyshlova I.A. Sovremennyy vzglyad na patogeneticheskie mekhanizmy travmaticheskoy bolezni pri politravme [Modern view on pathogenetic mechanisms of traumatic disease in polytrauma]. *Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy. Elektronnoe izdanie - Bulletin of New Medical Technologies. Electronic edition*, 2018, No. 1, pp. 126-130.

3. Porkhanov V.A., Baryshev A.G., Blazhenko A.N. Rezultaty lecheniya bolnykh s politravmoy v mnogoprofilnoy klinike [Results of treatment of patients with polytrauma in a multidisciplinary clinic]. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova – Surgery. Journal named after N.I. Pirogov*, 2018, No. 12, pp. 82-85.

4. Rylov I.V., Sorokin E.P., Shilyaeva E.V. Aanaliz faktorov riska letalnogo iskhoda u postradavshikh s sochetannymi travmami v otdelenii reanimatsii [Analysis of risk factors for death in victims with combined injuries in the intensive care unit]. *Zdorove, demografiya, ekologiya finno-ugorskikh narodov – Health, Demography, Ecology of Finno-Ugric People*, 2018, No. 2, pp. 25-27.

5. Shapkin Yu.G., Seliverstov P.A., Skripal E.A. Faktory riska letalnogo iskhoda tyazheloy sochetannoy travmy so skeletnymi povrezhdeniyami [Risk factors for the fatal outcome of severe combined injury with skeletal injuries]. *Izvestiya vysshikh uchebnykh zavedeniy. Povolzhskiy region. Meditsinskie nauki – University proceeding. Volga region. Medical sciences*, 2017, No. 2 (42), pp. 94-104.

6. Wang M., Wu D., Qiu W. An injury mortality

prediction based on the anatomic injury scale. *Medicine (Baltimore)*, 2017, No. 96 (35), pp. e7945.

7. Kunitake R.C., Kornblith L.Z., Cohen M.J. Trauma early mortality prediction tool (TEMPT) for assessing 28-day mortality. *Trauma Surgery and Acute Care Open*, 2018, No. 3 (1), pp. 1-6.

Сведения об авторах:

Наимов Абдукарим Мамадрахимович – ассистент кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Раззоков Абдували Абдухамитович – профессор кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино», д.м.н.

Партиев Фархад Мерганбоевич – ассистент кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Контактная информация:

Наимов Абдукарим Мамадрахимович – тел.: (+992) 918 88 88 22

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

БЛИЖАЙШИЕ СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АРТРОПЛАСТИКИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА БЕДРА С УЧЕТОМ КОМОРБИДНОСТИ

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

¹Rabiev Kh.Kh., ¹Sirodzhov K.Kh., ¹Makhmadaliev B.G.,
²Sirojzoda M.S., ¹Khukumatov M.I.

IMMEDIATE COMPARATIVE RESULTS OF HIP JOINT ARTHROPLASTY IN PATIENTS WITH FRACTURES OF THE PROXIMAL FEMORAL END WITH COMORBIDITY INCLUDED

¹Department of Traumatology and Orthopedics, State Educational Establishment "Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan"
²State institute "Health Complex Istiqlol"

Цель исследования. Улучшение ближайших результатов хирургического лечения перелома проксимального конца бедренной кости у пациентов с учетом коморбидности.

Материал и методы. Работа основана на результатах артропластики тазобедренного сустава у 80 пациентов с переломами проксимального конца бедра на фоне коморбидности, мужчин - 46 (57,5%), женщин – 34 (42,5%). Больных разделили на 2 группы: основная группа - 49 наблюдений и контрольная – 31. Артропластика сустава у больных основной группы выполнена после коррекции нарушений системы гомеостаза, в частности, при сахарном диабете допустимой градацией уровня гликированного гемоглобина HbA1c 8–9% (68–75 ммоль/моль), сердечно-сосудистой патологии, патологии почек и периферических нервов, а также показателей кортикального индекса, который необходим для выбора вида эндопротеза и способа фиксации компонентов эндопротеза.

Результаты. Оценка по показателям и итоговому результату по модифицированной шкале Харриса показала, что у пациентов основной группы по отношению к контрольной наблюдались наиболее лучшие результаты - выявлены статистически значимые отличия по итоговым суммарным баллам в пользу основной группы, а также по показателю «Функциональные возможности». Согласно полученным данным, результат лечения по модифицированной шкале Харриса был достоверно лучше в основной группе.

Заключение. Оптимизированный подход к оценке коморбидности состояния пострадавшего, своевременная коррекция нарушений системы гомеостаза, лечение имеющихся осложнений на фоне основной болезни способствовали минимизации осложнений в ближайшем послеоперационном периоде и улучшение функциональных результатов в отдаленном периоде.

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

Aim. Improving the immediate results of surgical treatment of a fracture of the proximal end of the femur in patients, considering comorbidity.

Material and methods. The work is based on the results of hip arthroplasty in 80 patients with fractures of the proximal femur against the background of comorbidity, 46 (57,5%) men and 34 (42,5%) women. The patients were divided into 2 groups: the main group - 49 observations and the control group - 31. Joint arthroplasty in patients of the

main group was performed after correction of homeostasis system disorders, in particular, in diabetes mellitus with an acceptable gradation of the level of glycated hemoglobin HbA1c 8–9% (68–75 mmol /mol), cardiovascular pathology, pathology of the kidneys and peripheral nerves, as well as indicators of the cortical index, which is necessary to select the type of endoprosthesis and the method of fixing the components of the endoprosthesis.

Results. Evaluation by indicators and the final result according to the modified Harris scale showed that the patients of the main group in relation to the control group had the best results - statistically significant differences were revealed in the final total scores in favor of the main group, as well as in the "Functional capabilities" indicator. According to the obtained data, the result of treatment according to the modified Harris scale was significantly better in the main group.

Conclusion. An optimized approach to assessing the comorbidity of the patient's condition, timely correction of homeostasis system disorders, treatment of existing complications against the background of the underlying disease contributed to minimizing complications in the immediate postoperative period and improving functional results in the long-term period.

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

Актуальность

Наиболее распространёнными и успешными операциями при лечении различных патологических состояний в ортопедических клиниках мира в последние годы стали операции по эндопротезированию крупных суставов. По данным национальных регистров, в мире выполняется более 1,5 млн. таких операций ежегодно, около половины из которых составляет эндопротезирование тазобедренных суставов (ЭТС) [1-4].

Эндопротезирование тазобедренного сустава на сегодня является одним из наиболее эффективных методов лечения больных с переломами проксимального конца бедренной кости и дегенеративно-дистрофической патологией тазобедренного сустава. Во многих лечебных учреждениях мира артропластика тазобедренного сустава при переломах шейки и проксимального конца бедренной кости бедра выполняется ежедневно [5, 9, 11].

ЭТС остаётся единственным способом хирургического лечения, который позволяет эффективно избавить пациента от болевого синдрома и функциональных нарушений, вызываемых заболеваниями и последствиями травм этого сустава [1-4, 10]. Логично, что с увеличением числа таких операций следует предполагать и увеличение количества осложнений и неудовлетворительных функциональных результатов в отдаленном периоде. Общеизвестно, что тяжёлые системные заболевания и сахарный диабет являются важнейшими факторами риска неблагоприятных исходов и осложнений хирургических вмешательств. Сахарный диабет выступает также в качестве фактора риска развития ряда заболеваний, в том числе сердечно-сосудистых заболеваний, значительно отягощая их течение [5, 7, 9, 10]. В связи с наличием существенных нарушений функций иммунной системы у значительной

части больных эндопротезирование сопровождается развитием тяжёлых инфекционных осложнений в послеоперационном периоде. Несмотря на высокую эффективность тотальной артропластики тазобедренного и коленного суставов, примерно в течение 5 лет выполнение повторных вмешательств требуется около 6% пациентов [6, 11]. В связи с этим в последние годы многие специалисты все больше внимания уделяют изучению коморбидности у больных, подвергающихся эндопротезированию суставов [5, 6].

Поэтому, как правило, усовершенствование методов диагностики, оценка состояния коморбидности, коррекция сопутствующей патологии, профилактика ранних осложнений и ведение больных в послеоперационном периоде при переломах проксимального конца бедренной кости на фоне сахарного диабета представляют собой актуальную задачу для современной ортопедии, что и обуславливает выбор темы исследования.

Цель исследования

Улучшение ближайших результатов хирургического лечения больных с переломами проксимального конца бедренной кости с учетом коморбидности.

Материал и методы исследования

Работа основана на результатах комплексной диагностики и хирургического лечения 80 больных с переломами проксимального конца бедренной кости на фоне сахарного диабета, которые находились на стационарном лечении в ГУ ГКЦ №3 г. Душанбе и ГУ «Комплекс здоровья "Истиклол"» за период с 2015 по 2018 гг. Из них мужчины составили 57,5%, женщины – 42,5%.

Из общего количество пострадавших, которые поступили на оперативное лечение, переломы шейки бедренной кости имели место у 62 (77,5%), переломы вертельной области – у 18 (22,5%) пациентов. Механиз-

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

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

Для сравнительной оценки эффективности ранней диагностики сопутствующей соматической патологии и эффективности артропластики тазобедренного сустава в отдаленном периоде исследуемых больных разделили на 2 группы. В основную группу вошли 49 пациентов, в контрольную группу - 31 пострадавший.

Артропластика сустава у больных основной группы выполнена в разные сроки посттравматического периода, что связано с коррекцией углеводного обмена и допустимой градацией уровня гликированного гемоглобина HbA1c 8–9% (68–75 ммоль/моль), а также показателей кортикального индекса, показатели которых влияют на выбор вида эндопротеза и способа фиксации его компонентов. Мониторинг уровня глюкозы проводили во время оперативного вмешательства, в случае продолжительности операции более 1,5 часов исследовали глюкозу крови повторно для коррекции углеводного обмена. Кроме того, всем больным в предоперационном периоде проводилась коррекция имеющейся сопутствующей патологии, которая связана с основной болезнью, таких как сердечно-сосудистые заболевания, болезни почек и нервной системы.

С целью антиоксидантной защиты, кислородотранспортной функции крови и улучшения периферического кровообращения в пред- и послеоперационном периодах больным назначена инфузионная терапия, в состав которой входили следующие препараты: раствор тивортина 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 0,03% по 400 мл внутривенно.

Также 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 течение 10 дней, начиная с 10-го дня, по одной таблетке в день в течение месяца.

Наряду с общепринятыми лабораторными исследованиями для определения компенсации углеводного обмена всем больным исследовали уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) в крови, который с научной точкой зрения является единственным маркером степени компенсации углеводного обмена, следовательно, качества лечения и риска развития отдаленных осложнений сахарного диабета [7].

Для определения косвенных признаков остеопороза, которые имеют, большое значение при выборе способов фиксации компонентов эндопротеза, мы определяли величину кортикального индекса по Barnett-Nordin [4, 10].

Функциональные результаты тазобедренного сустава до- и в послеоперационном периоде оценены по системе оценки модифицированной шкалы Harris Hip Score (1969), соответствующей следующей градации: отлично – 90-100 баллов, хорошо – 80-89 баллов, удовлетворительно – 70-79 баллов, неудовлетворительно – менее 70 баллов.

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. Значимость различий результатов исследования количественных данных при ненормальном распределении определили непараметрическим U-критерием Манна-Уитни. Номинальные данные двух категорий у сопоставимых показателей, в случае минимального предполагаемого числа более 10, анализировали критерием хи-квадрат Пирсона, далее оценивали связи по V Крамера, в случае, если частота явления в каждой из групп не равнялась 0 или 100%, оценивали отношение шансов (95% доверительный интервал). Точный критерий Фишера был использован в случае минимального предполагаемого числа менее 10. Если количество категорий у одного из сопоставимых показателей было более 2, анализировали точным критерием Фишера, если предполагаемое число наблюдений было менее 5 в более чем 20% ячейках, в противном случае анализировали критерием хи-квадрат Пирсона, далее проводили post-hoc анализ с помощью хи-квадрата Пирсона.

Результаты и их обсуждение

При переломах шейки бедра у больных основной группы с явлением остеопороза тотальное цементное эндопротезирование выполнено в 9 (18,4%), гибридное эндопротезирование - в 5 (10,2%) случаях. При

межвертельных переломах биполярное эндопротезирование произведено в 7 (14,3%), тотальное гибридное эндопротезирование – в 6 (12,2%) случаях. В 22 (44,9%) случаях выполнена тотальная бесцементная артропластика сустава.

В сравнительной группе биполярное эндопротезирование выполнено в 12 (38,7%) случаях, тотальное бесцементное эндопротезирование – в 19 (61,3%). Необходимо отметить, что в 2 (9,1%) случаях у больных контрольной группы во время артропластики при фиксации бедренного компонента произошёл перелом проксимального отдела бедра, в связи с чем для дополнительной фиксации была использована танталовая проволока. Указанное осложнение повлияло, во-первых, на продолжительность операции, качество заживления раны, способствовало увеличению объема кровопотери; во-вторых, удлиняло сроки реабилитации больных и стационарного режима в послеоперационном периоде.

В соответствии с задачами исследования, был проведен анализ результатов анкетирования среди основной (n=49) и контрольной

групп (n=31) по модифицированной шкале Харриса. Были изучены боль, функциональные возможности, деформация и объем движения эндопротезированного тазобедренного сустава, а также итоговый суммарный результат.

Выявлены достоверные значимые различия по итоговому результату анкетирования при сравнении основной и контрольной групп. Медиана основной группы составила 89, контрольной группы - 80, что на 10,1% меньше ($p < 0,001$). При сравнении показателей «Боль», «Деформация» и «Объем движения» достоверно значимых различий не было выявлено. Так, медиана в основной группе составила 40 по показателю «Боль», также и в контрольной группе. По показателю «Деформация» в сравниваемых группах медиана составила 4:3 соответственно в группах. По показателю «Объем движения» медиана составила 5:5 соответственно в группах. Достоверно значимый результат получен при сравнении по показателю «Функциональные возможности». Так, медиана в основной группе составила 42, в контрольной - 34, т.е. на 19,0% меньше ($p < 0,001$) (табл. 1).

Таблица 1

Результаты шкалы Харриса в сравниваемых группах после артропластики

Показатель	Основная группа n=49		Контрольная группа n=31		P
	Me	Q ₁ -Q ₃	Me	Q ₁ -Q ₃	
Боль	40	40-40	40	30-40	=0,087
Функциональные возможности	42	40-47	34	32-36,5	<0,001*
Деформация	4	3-4	3	3-4	=0,202
Объем движения	5	4-5	5	3-5	=0,296
Всего	89	88-96	80	71-86	<0,001*

Примечание: * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$); значимость различий количественных данных при ненормальном распределении определены непараметрическим U-критерием Манна-Уитни

Боль оценивали по нескольким категориям (табл. 2). Пациенты совместно с лечащими врачами заполняли анкету, в параметре «Боль» выбирали одну из указанных категорий. Результаты исследования показали, что чаще всего в основной и контрольной группах пациенты указывают «Слабая, случайная, не снижающая активности». В основной группе указанный показатель составляет 51,0% случаев, в контрольной – 48,4% (табл. 2). По остальным категориям имеются отличия. В контрольной группе в 29,0% слу-

чаев выявлена «Слабая, не проявляется при средней активности, редко может появиться умеренная боль при повышенной нагрузке, прием аспирина». В основной группе указанный параметр составляет 22,5%. «Нет или можно ее проигнорировать» чаще указывали пациенты основной группы – в 24,5% случаев, в контрольной группе – в 12,9%. Умеренную боль чаще отмечали в контрольной группе – 9,7%, в основной группе – в 2,0% случаев. Выраженную и сильную боль в обеих группах пациенты не отмечали.

Таблица 2

Сравнительная оценка категории «Боль» по шкале Харриса

Боль	Основная группа		Контрольная группа	
	n=49	%	n=31	%
Нет или можно ее проигнорировать (44 балла)	12	24,5	4	12,9
Слабая, случайная, не снижающая активности (40 баллов)	25	51,0	15	48,4
Слабая, не проявляется при средней активности, редко может появиться умеренная боль при повышенной нагрузке, прием аспирина	11	22,5	9	29,0
Умеренная. Боль терпимая, но пациент уступает боли, ограничивая в некоторой степени обычную нагрузку, может постоянно работать. Иногда могут потребоваться противовоспалительные препараты, сильнее, чем аспирин, аспирин постоянно (30 баллов)	1	2,0	3	9,7
Выраженная боль. Все время. Способен передвигаться. Выраженное ограничение активности. Прием более сильных, чем аспирин препаратов, обычно и многократно (20 баллов)	0	0	0	0
Сильные боли в кровати, прикован к постели (0 баллов)	0	0	0	0

Подраздел «Функциональные возможности» по шкале Харриса сравнивался по двум критериям - «Особенность походки» и «Активность». В свою очередь, показатель «Особенность походки» разделялся на наличие хромоты, необходимость пользоваться дополнительными средствами опоры и преодолеваемое расстояние. А параметр «Активность» разделялся на возможность пользоваться лестницей, способностью надевать носки и обувь, длительно находиться в сидячем положении и возможность пользования городским транспортом.

Максимальный балл данного показателя 47 баллов: из них максимальный балл в показателе «Особенности походки» 33 балла, а 14 баллов – максимальный в критерии «Активность». Пациенты в показателе «Наличие хромоты» выбирали один из четырех

вариантов: нет, легкая хромота, умеренная и сильная. Где нет хромоты, оценка составляла в 11 баллов, легкая хромота - 8 баллов, умеренная - 5 баллов и сильная – 0 баллов. Результаты исследования показали, что среди обеих групп преобладала легкая хромота. В сравниваемых группах она составила 65,3% и 71,0% соответственно. В основной группе преобладало отсутствие хромоты в отличие от контрольной. В основной отсутствие хромоты отмечено в 32,7% случаев, а в контрольной – в 19,4%. Умеренная хромота преобладала в контрольной группе и составляла 9,7% и 2,0% соответственно. Сильная хромота в группах не зафиксирована. Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что в основной группе, в отличие от контрольной, чаще наблюдается отсутствие хромоты и легкая степень хромоты (табл. 3).

Таблица 3

Сравнительный анализ категории «Наличие хромоты» по шкале Харриса

Наличие хромоты	Основная группа		Контрольная группа	
	n=49	%	n=31	%
Отсутствует	16	32,7	6	19,4
Легкая	32	65,3	22	71,0
Умеренная	1	2,0	3	9,7
Сильная	0	0	0	0

Необходимость пользоваться дополнительными средствами опоры оценивалась по следующим категориям: «Нет необходимости» – 0 баллов, «Пользуется тростью для длительных прогулок» – 7 баллов, «Пользуется тростью большую часть времени» – 5 баллов, «Один костыль» – 3 балла, «Две трости» – 2 балла, «Два костыля» – 0 баллов. В результате исследования выявлена тенденция в обеих группах по категории «Пользуется тростью для длительных прогулок», в сравниваемых группах она составила 46,9%

и 45,2% соответственно. Категория «Нет необходимости» в группах составляет 36,7% и 29,0%. «Пользуется тростью большую часть времени» преобладала в контрольной группе – 25,8%, против 16,3% в основной. Необходимость пользоваться одним костылем, двумя тростями или двумя костылями в группах не зафиксирована (табл. 4). Таким образом, в основной группе наблюдается тенденция в категориях «Нет необходимости» и «Пользуется тростью для длительных прогулок».

Таблица 4

Сравнительный анализ категории «Необходимость пользоваться дополнительными средствами опоры» по шкале Харриса

Необходимость пользоваться дополнительными средствами опоры	Основная группа		Контрольная группа	
	n=49	%	n=31	%
Нет необходимости	18	36,7	9	29,0
Трость для длительных прогулок	23	46,9	14	45,2
Трость большую часть времени	8	16,3	8	25,8
Один костыль	0	0	0	0
Две трости	0	0	0	0
Два костыля	0	0	0	0

Функциональные возможности по шкале Харриса оценивали также по преодолеваемому расстоянию. Пациент, совместно с врачом заполняя анкету, выбирали одну из категорий, далее категории оценивались по следующим баллам: «Ходит на неограниченные расстояния» – 11 баллов, «Проходит 6 кварталов» – 8 баллов, «Проходит 2-3 квартала» – 5 баллов, «Передвигается только по квартире» – 2 балла, «Прикован к кровати или инвалидной коляске» и «Не может ходить пешком» – по 0 баллов.

Результаты исследования выявили тенденцию в обеих группах по 0 баллов категории

«Ходит на неограниченные расстояния», составившую 81,6% и 74,2% соответственно. Показатели категории «Проходит 6 кварталов» в группах составляют 22,6% и 16,3% соответственно. Категория «Проходит 2-3 квартала» отмечена в 2,0% и 2,3% соответственно, Категория «Передвигается только по квартире», «Прикован к кровати или инвалидной коляске», «Не может ходить пешком» пациентами в группах не отмечено (табл. 5). Таким образом, по показателю «Функция» имеется явная тенденция в сторону улучшения у пациентов основной группы по категории «Ходит на неограниченные расстояния».

Таблица 5

Сравнительный анализ категории «Преодолеваемое расстояние» по шкале Харриса

Преодолеваемое расстояние	Основная группа		Контрольная группа	
	n=49	%	n=31	%
Ходит на неограниченные расстояния	40	81,6	23	74,2
Проходит 6 кварталов	8	16,3	7	22,6
Проходит 2-3 квартала	1	2,0	1	3,2
Передвигается только по квартире	0	0	0	0
Прикован к кровати или инвалидной коляске	0	0	0	0
Не может ходить пешком	0	0	0	0

Показатель «Активность» оценивался по нескольким критериям, в том числе «Возможность пользоваться лестницей». Пациенты самостоятельно выбирали один из вариантов: «Нормально, без использования перил» – 4 – максимальный балл; «Используя перила» – 2 балла, «Используя переносные дополнительные средства опоры» – 1 балл, «Невозможно ходить по ступенькам» – 0 баллов. Анализ результатов показал, что в

категориях «Нормально, без использования перил» и «Используя перила» наибольшее количество баллов в обеих группах составляет 49,0% и 45,2% случаев соответственно. Разница почти в 3 раза имелась в категории «Использование переносных дополнительных средств опоры», которая в баллах составляет 2,0% и 9,7% случаев соответственно. Категория «Невозможно ходить по ступенькам» в группах не зафиксирована (табл. 6).

Таблица 6

Сравнительный анализ категории
«Возможность пользоваться лестницей» по шкале Харриса

Возможность пользоваться лестницей	Основная группа		Контрольная группа	
	n=49	%	n=31	%
Нормально без использования перил	24	49,0	14	45,2
Используя перила	24	49,0	14	45,2
При помощи переносных дополнительных средств опоры	1	2,0	3	9,7
Невозможно ходить по ступенькам	0	0	0	0

Активность также оценивали по показателю «Возможность самостоятельно надевать носки и обувь». Пациент выбирал один из следующих вариантов: «Надевать носки и обувь самостоятельно легко», «Надевать носки и обувь самостоятельно с трудом», «Невозможно самостоятельно надевать носки и обувь» (табл. 7). Максимальный

балл 4, далее 2 балла и 0 баллов. Результаты исследования показали, что в сравниваемых группах критерий «Легко надевает носки и обувь» составил 67,3% и 54,8%, «Надевает с трудом» – 41,9% и 32,7% соответственно, «Невозможность самостоятельно надевать» была отмечена только у 1 пациента контрольной группы.

Таблица 7

Сравнительный анализ категории
«Возможность самостоятельно надевать носки и обувь» по шкале Харриса

Возможность самостоятельно надевать носки и обувь	Основная группа		Контрольная группа	
	n=49	%	n=31	%
Надевать носки и обувь самостоятельно легко	33	67,3	17	54,8
Надевать носки и обувь самостоятельно с трудом	15	32,7	13	41,9
Самостоятельно невозможно	0	0,0	1	3,2

В показатель «Активность» входит оценка возможности сидеть на стуле. Пациенты также выбирали один из вариантов: «Комфортно на обычном стуле один час» – 5 баллов, «Комфортно полчаса на высоком стуле» – 3 балла и «Невозможно сидеть на стуле любого типа» – 0 баллов (табл. 8). Выявлено, что в обеих группах пациентам комфортно сидеть на обычном стуле один час – 98,0% и 93,5% соответственно. Комфортно сидеть на высоком стуле в течение полчаса – 6,5% и

2,0% соответственно. «Невозможно сидеть на стуле» любого типа не отметили ни в одной из групп.

Пациенты, отметившие в анкете, что могут пользоваться городским транспортом, получали 1 балл; если не могли – 0 баллов. В основной группе критерий «использование транспорта» составил 75,5%, «не могли пользоваться» – 13,5%; в контрольной группе указанный параметр составляет 67,7% и 32,3% (табл. 9).

Таблица 8

**Сравнительный анализ категории
«Возможность сидеть на стуле» по шкале Харриса**

Возможность сидеть на стуле	Основная группа		Контрольная группа	
	n=49	%	n=31	%
Комфортно на обычном стуле один час	48	98,0	29	93,5
Комфортно полчаса на высоком стуле	1	2,0	2	6,5
Невозможно сидеть на стуле любого типа	0	0	0	0

Таблица 9

**Сравнительный анализ категории
«Возможность пользоваться городским транспортом» по шкале Харриса**

Возможность пользоваться городским транспортом	Основная группа		Контрольная группа	
	n=49	%	n=31	%
Пользуется	37	75,5	21	67,7
Не может пользоваться	12	13,5	10	32,3

Показатель «Деформация» оценивали по 4 категориям. Можно указывать несколько категорий одновременно, за каждую категорию начислялся 1 балл, максимальный балл - 4. Пациенты совместно с врачом отмечали следующие категории: «Фиксированная сгибательная контрактура менее 30°», «Менее 10° в положение фиксированного приведения», «Менее 10° в положении фиксированной внутренней ротации при разгибании», «Разница в длине конечностей меньше, чем на 3 см». У пациентов основной группы в 57,1% случаев зафиксировано 4 из 4 положительных категорий, в контрольной группе указанный параметр составляет 45,2%.

У пациентов контрольной группы в 45,2% случаев была отмечена фиксированная сгибательная контрактура менее 30° (1 балл) и ме-

нее 10° фиксированного приведения (1 балл) и разница в длине конечностей меньше, чем 3 см (1 балл) - в половине случаев, во второй половине случаев - менее 10° фиксированной внутренней ротации при разгибании (1 балл). В основной группе похожая ситуация наблюдалась в 20,8% случаев (табл. 10). Фиксированная сгибательная контрактура, превышающая 30° (1 балл) и фиксированной внутренней ротации, превышающей 10° (1 балл), при разгибании у пациентов основной группы не было отмечено. В одном случае в контрольной группе наблюдалось фиксированное приведение, превышающее 10° (0 баллов), разница в длине конечностей превышала 3 см (0 баллов), а фиксированной внутренней ротации, превышающей 10°, не отмечено (1 балл).

Таблица 10

**Сравнительный анализ категории
«Деформация» по шкале Харриса**

Деформация	Основная группа		Контрольная группа	
	n=49	%	n=31	%
4 из 4 параметров положительные	28	57,1	14	45,2
3 из 4 параметров положительные	20	20,8	14	45,2
2 из 4 параметров положительные	1	2,0	3	1,6
1 из 4 параметров положительные	0	0	0	0

Анализ показателя «Объем движений» проводился по 5 категориям, за каждую отмеченную категорию 1 балл: «Сгибание > 90°», «Отведение > 15°», «Наружная ротация > 30° - 1 балл, < 90° - 0 баллов, < 15° - 0 бал-

лов, < 30° - 0 баллов», «Внутренняя ротация > 15°», «Приведение > 15° - 1 балл, < 15° - 0 баллов». В исследуемых группах пациентов в 59,2% и 51,6% соответственно случаев зафиксировано 5 баллов по вышеназванному

показателю (табл. 11). Показатель в 4 балла составляет 24,5% и 19,4% соответственно в группах. В 19,4% и 14,3% случаев соответственно зафиксировано по 3 балла по

данному параметру. Показатель в 2 балла составил 2,0% и 9,7% случаев соответственно. Показатели в 0 баллов и 1 балл в группах не зафиксирован.

Таблица 11

Сравнительный анализ категории «Объем движения» по шкале Харриса

Объем движения	Основная группа		Контрольная группа	
	n=49	%	n=31	%
5 из 5	29	59,2	16	51,6
4 из 5	12	24,5	6	19,4
3 из 5	7	14,3	6	19,4
2 из 5	1	2,0	3	9,7
1 из 5	0	0	0	0
0 из 5	0	0	0	0

Суммарное количество баллов интерпретировалось следующим образом: отличный результат – 90-100 баллов, хороший – 70-90 баллов, удовлетворительный – 60-70 баллов, неудовлетворительный – менее 60 баллов. Результаты исследования показали, что отличные результаты

составляют 36,7% и 25,8% случаев соответственно. Хороший результат был в 38,8% и 11% случаев соответственно, удовлетворительные результаты отмечены в 22,4% и 29,0%, неудовлетворительные результаты составляют 2,0% и 9,7% случаев соответственно (табл. 12).

Таблица 12

Сравнительная оценка результатов артропластики сустава по шкале Харриса

Показатель	Основная группа		Контрольная группа	
	n=49	%	n=31	%
Отличные	18	36,7	8	25,8
Хорошие	19	38,8	11	35,5
Удовлетворительные	11	22,4	9	29,0
Неудовлетворительные	1	2,0	3	9,7

Оценка по показателям и итоговому результату по модифицированной шкале Харриса показала, что у пациентов основной группы по отношению к контрольной наблюдались лучшие результаты, выявлены статистически значимые отличия по итоговым суммарным баллам в пользу основной группы, а также по показателю «Функциональные возможности». По показателю «Боль» отмечены положительные результаты в пользу основной группы, суммарно в контрольной группе чаще выбирались негативные категории по данному показателю. Показатель «Деформация» и «Объем движения» чаще отмечали все категории пациентов основной группы. Согласно полученным данным, результат лечения по модифицированной

шкале Харриса был достоверно лучше в основной группе.

Заключение

Оптимизированный подход к оценке коморбидности состояния пострадавшего, своевременная коррекция нарушений системы гомеостаза, соматической патологий и осложнений, которые связаны с основной болезнью, а также индивидуальный подход при артропластике сустава с учетом кортикального индекса способствовал минимизации осложнений в ближайшем послеоперационном и улучшению функциональных результатов в отдаленном периодах.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 6-11 см. в REFERENCES)

1. Ефимов Н.Н., Стафеев Д.В., Ласунский С.А., Машков В.М., Парфеев Д.Г., Шубняков И.И. и др. Использование связанных вкладышей и систем двойной мобильности для профилактики вывихов при ревизионном эндопротезировании тазобедренного сустава // Травматология и ортопедия России. 2018. № 3. С. 22-33.

2. 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.

3. Прохоренко В.М., Азизов М.Ж., Шакиров Х.Х. Сопутствующие заболевания у пациентов с ревизионным эндопротезированием тазобедренного сустава. // Acta Biomedica Scientifica. 2017. № 2 (5). С. 136-140.

4. Терновой К.С., Бобров Д.С., Черепанов В. Г., Белякова А. М. Диагностика и ортопедическая коррекция структурно-функциональных нарушений пояснично-тазовой области перед эндопротезированием тазобедренного сустава // Кафедра травматологии и ортопедии. 2017. № 2 (22). С.5-9

5. Юсеф А.И., Ахтямов И.Ф. Особенности артропластики у пациентов с избыточной массой тела (обзор литературы). // Травматология и ортопедия России. 2017. Т. 23, № 2. С. 115-23.

REFERENCES

1. Efimov N.N., Stafeyev D.V., Lasunskiy S.A. Ispolzovanie svyazannykh vkladyshey i sistem dvoynoy mobilnosti dlya profilaktiki vyvikhov pri revizionnom endoprotezirovanii tazobedrennogo sustava [The use of linked inserts and double mobility systems for the prevention of dislocations during revision hip replacement]. *Traumatologiya i ortopediya Rossii - Traumatology and Orthopedics of Russia*, 2018, No. 3, pp. 22-33.

2. Kurbanov S.Kh., Mirzabekov K.S., Abdulloev M.S. Kostnoplachesticheskoe modelirovanie vertluzhnoy vpadiny pri endoprotezirovanii patsientov s tyazhelyoy displaziey [osteoplastic modeling of acetabulum during 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.

3. Prokhorenko V.M., Azizov M.Zh., Shakirov Kh.Kh. Sopotstvuyushchie zabolevaniya u patsientov s revizionnym endoprotezirovaniem tazobedrennogo sustava [Concomitant diseases in patients with revision hip replacement]. *Acta Biomedica Scientifica*, 2017, No. 2 (5), pp. 136-140.

4. Ternovoy K.S., Bobrov D.S., Cherepanov V.G. Diagnostika i ortopedicheskaya korrektsiya strukturalno-funktsionalnykh narusheniy poynasnichno-tazovoy oblasti pered endoprotezirovaniem tazobedrennogo sustava [Diagnostics and orthopedic correction of struc-

tural and functional disorders of the lumbar-pelvic region before hip replacement]. *Kafedra traumatologii i ortopedii – Department of Traumatology and Orthopedics*, 2017, No. 2 (22), pp. 5-9.

6. Yuosef A.I., Akhtyamov I.F. Osobennosti artroplastiki u patsientov s izbytochnoy massoy tela (obzor literatury) [Features of arthroplasty in overweight patients (literature review)]. *Traumatologiya i ortopediya Rossii – Traumatology and Orthopedics of Russia*, 2017, Vol. 23, No. 2, pp. 115-23.

7. Boddapati V., Fu M.C., Schairer W.W. Revision Total Shoulder Arthroplasty is Associated with Increased Thirty-Day Postoperative Complications and Wound Infections Relative to Primary Total Shoulder Arthroplasty. *HSS Journal*, 2018, No. 14 (1), pp. 23-28.

8. Cancienne J.M., Brockmeier S.F., Werner B.C. Association of Perioperative Glycemic Control with Deep Postoperative Infection After Shoulder Arthroplasty in Patients with Diabetes. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 2018, Vol. 23.

9. Jahng K.H., Bas M.A., Rodriguez J.A. Risk Factors for Wound Complications After Direct Anterior Approach Hip Arthroplasty. *Journal of Arthroplasty*, 2016, Vol. 31 (11), pp. 2583-2587.

10. Papadopoulos D.V., Kostas-Agnantis I., Gkias I. The role of new oral anticoagulants in orthopaedics: an update of recent evidence. *European Journal of Orthopaedic Surgery and Traumatology*, 2017, Vol. 27, No. 5, pp. 573-582.

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.

12. Suarez J.C., McNamara C.A., Barksdale L.C. Closed Suction Drainage Has No Benefits in Anterior Hip Arthroplasty: A Prospective, Randomized Trial. *Journal of Arthroplasty*, 2016, Vol. 31 (9), pp. 1954-1958.

Сведения об авторах:

Рабиев Хусрав Худойкулович – соискатель кафедры травматологии и ортопедии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», тел. (+992 918)-59-58-50

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

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

Рузиев М.М., Вохидов С.Д., Шарипов А.А., Гуломова М.О.

О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОРЯЧЕЙ ЛИНИИ ПО COVID-19 В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины»
МЗиСЗН РТ
ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Ruziev M.M., Vohidov S.D., Sharipov A.A., Gulomova M.O.

ABOUT ACTIVITY OF THE HOT LINE ON COVID-19 IN REPUBLIC TADZHIKISTAN

State Institution "Tajik Research Institute of Preventive Medicine" of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan
State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»

Цель исследования. Изучить деятельность антикризисного информационного центра по вопросам профилактики и борьбы с инфекцией COVID-19 (горячая линия - 511).

Материал и методы. Проведен анализ отчетно-учётной документации, журналы регистрации звонков в Антикризисный информационный центр по вопросам профилактики и борьбы с инфекцией COVID-19. Проведен сбор данных при помощи анализа звонков в целях оптимизации мер реагирования в сфере общественного здравоохранения с вопросами профилактики и контроля инфекции COVID-19.

Результаты. Телефонные звонки поступали со всей страны. За период деятельности центра обратились 6203 клиентов, в том числе 3104 (50,0%) - из Душанбе, 1026 (16,5%) - из районов республиканского подчинения, 787 (12,7%) - из городов и районов Согдийской области, 1140 (18,4%) - из городов и районов Хатлонской области, 146 (2,4%) - из городов и районов ГБАО, т.е. наибольшее количество звонков поступило от жителей города Душанбе.

Всего на горячую линию 511 поступило 6203 обращения, большая часть из которых - 2367 (38,2%) - были связаны с вакцинацией, в том числе о симптомах, противопоказаниях, видах вакцин и о третьем этапе вакцинации». 1170 (18,9%) - «О профилактике коронавирусной инфекции COVID-19», 520 (8,4%) - «О лечении COVID-19», 429 (6,9%) - «О сдаче анализов крови на антитела к COVID-19», 70 (1,1%) - «О питании во время COVID-19», 534 (8,6%) - «О лабораториях и исследованиях на COVID-19». При этом 232 (3,7%) от общего числа входящих звонков никак не были связаны с инфекцией COVID-19, из них 71 (1,1%) - «О симптомах, диагностике и лечению других заболеваний», 143 (2,3%) - «Об организационных вопросах» и 18 (0,3%) - «Вопросы, не связанные с сектором здравоохранения».

Заключение. Работа «Антикризисного информационного центра по профилактике и борьбе с COVID-19» с горячей линии 511 показала, что эта инициатива нужна не только в период пандемий, но и по другим вопросам, связанным с чрезвычайными ситуациями и нестандартными ситуациями, которые требуют срочного вмешательства.

Ключевые слова: *коронавирусная инфекция COVID-19, горячая линия, вакцина, население*

Aim. To study the activities of the anti-crisis information center for the prevention and control of COVID-19 infection (hot line - 511).

Material and methods. An analysis was made of reporting and accounting documentation, call logs to the Anti-Crisis Information Center on the prevention and control of COVID-19 infection. Collected data through call analysis to optimize the public health response to COVID-19 infection prevention and control.

Results. Phone calls came from all over the country. During the period of the center's activity, 6203 clients applied, including 3104 (50,0%) - from Dushanbe, 1026 (16,5%) - from districts of republican subordination, 787 (12,7%) - from

cities and districts of the Sughd region, 1140 (18,4%) - from cities and districts of Khatlon region, 146 (2,4%) - from cities and districts of GBAO, i.e. The largest number of calls came from residents of the city of Dushanbe.

In total, 6203 calls were received by hotline 511, most of which - 2367 (38,2%) - were related to vaccination, including about symptoms, contraindications, types of vaccines and the third stage of vaccination. 1170 (18,9%) - "On the prevention of coronavirus infection COVID-19", 520 (8,4%) - "On the treatment of COVID-19", 429 (6,9%) - "On taking blood tests for antibodies to COVID-19", 70 (1,1%) - "On nutrition during COVID-19", 534 (8,6%) - "On laboratories and research on COVID-19". At the same time, 232 (3,7%) of the total number of incoming calls were in no way related to COVID-19 infection, of which 71 (1,1%) - "On the symptoms, diagnosis and treatment of other diseases", 143 (2,3%) - "On organizational issues" and 18 (0,3%) - "Issues not related to the health sector".

Conclusion. The work of the "Anti-Crisis Information Center for the Prevention and Control of COVID-19" from the 511 hotline showed that this initiative is needed not only during pandemics, but also on other issues related to emergencies and non-standard situations that require urgent intervention.

Key words: COVID-19 coronavirus infection, vaccine, vaccination, hotline, population

Актуальность

Одним из наиболее распространенных инструментов, используемых органами здравоохранения Европейского региона ВОЗ для реагирования на пандемию COVID-19, является использование горячих линий [4-6]. Горячие линии формируют прямую связь между группами риска и службами экстренного реагирования; расширяют знания служб экстренного реагирования о представлениях, взглядах и тревогах населения; предоставляют рекомендации в сфере охраны общественного здоровья, консультируют людей и/или направляют их в другие службы. Горячие линии по COVID-19 также позволяют расширить устоявшуюся практику использования телефонных служб, поскольку чаще других используются не только для информирования населения, но и для сбора данных при помощи анализа звонков в целях оптимизации мер реагирования в сфере общественного здравоохранения [1-6].

Как известно, 31 декабря 2019 года Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) была уведомлена о кластере из 27 случаев пневмонии неизвестной этиологии в городе Ухань, Китай. 7 января 2020 года китайские власти сообщили, что возбудителем является новый тип коронавируса. 30 января ВОЗ объявила новую вспышку коронавируса чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение в соответствии с Международными медико-санитарными правилами (2005 г.), и новая коронавирусная инфекция COVID-19 охватила весь мир и в том числе, Республику Таджикистан.

Правительством Республики Таджикистан и Министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан своевременно были приняты необходимые меры, по итогам которых разработан и утвержден «План мероприятий в

целях недопущения внесения и распространения новой коронавирусной инфекции».

Необходимо отметить, что одной из рекомендаций Всемирной Организации Здравоохранения во время вспышки новой коронавирусной инфекции COVID-19 во всем мире, а также в Таджикистане, для профилактики, надзора, контроля, владения информацией в целом было создание горячих линий.

Исходя из этого, Министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан был издан приказ «О создании Антикризисного информационного центра по вопросам профилактики и борьбы с инфекцией COVID-19» от 25 марта 2020 года, №199, в котором был утвержден список и график дежурств, а в качестве специалистов данного центра были привлечены руководители, заместители руководителей медицинских и лечебно-профилактических учреждений системы здравоохранения и социальной защиты населения.

По результатам оценки горячих линий по COVID-19 в Таджикистане, проведенной со стороны НПО «Якду» при поддержке Представительства Всемирного банка в Республике Таджикистан было принято решение о возобновлении и усовершенствовании деятельности «Горячей линии 511 по COVID-19» на базе Государственного учреждения «Научно-исследовательский института профилактической медицины» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Цель исследования

Анализ деятельности Антикризисного информационного центра по вопросам профилактики и борьбы с инфекцией COVID-19 (горячая линия - 511).

Материал и методы исследования

В ходе выполнения работы был проведен анализ отчетно-учетной документации, журналы регистрации звонков, адресуемых

в Антикризисный информационный центр по вопросам профилактики и борьбы с инфекцией COVID-19. Был проведен сбор данных при помощи анализа звонков в целях оптимизации мер реагирования в сфере общественного здравоохранения по вопросам профилактики и контроля инфекции COVID-19.

Результаты и их обсуждение

Руководством Государственного учреждения «Научно-исследовательский институт профилактической медицины Таджикистана» МЗиСЗН РТ было выделено для «Горячей линии - 511 по COVID-19» 2 рабочих кабинета, и при поддержке Представительства Всемирного банка в Республике Таджикистан деятельность центра была обеспечена необходимым техническим оборудованием и высококвалифицированными специалистами.

«Антикризисный информационный центр по вопросам профилактики и борьбы с инфекцией COVID-19» был разработан и утвержден приказом МЗиСЗН РТ от 14 сентября 2021 года, №817, также данным приказом был утвержден состав сотрудников данного Центра, вовлечены, в основном, специалисты из числа преподавательского состава профильных кафедр ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан».

Приказом Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан от 13 октября 2021 года, №909 было утверждено Положение «Антикризисного информационного центра по вопросам профилактики и борьбы с инфекцией COVID-19».

При участии МЗиСЗН РТ, заместителя министра, курирующего данную область, руководителя проекта ТЭС-19 и других официальных лиц Центр был официально открыт и запущен в полную эксплуатацию и в надлежащих условиях.

Также со стороны группы реализации проекта с привлечением консультантов разработано «Руководство по созданию и управлению горячими линиями по COVID-19» для сотрудников-операторов «Антикризисного информационного центра по профилактике и борьбе с COVID-19».

На основании данного Руководства приказом директора ГУ «Научно-исследовательский институт профилактической медицины Таджикистана» от 12 февраля 2022 года №4-6 с 28 февраля по 2 марта этого года проведено обучение операторов центра. Целью и задачами данного обучения было ознакомление

операторов горячей линии 511 с основами профилактики, контроля, своевременного консультирования и др.

Следует отметить, что при реализации проекта перед подготовкой и оснащением центра специалистами-операторами центра проанализирована работа предыдущих горячих линий 511 и 311, инструкции, приказы Министерства здравоохранения и социальной защиты населения, в т.ч. 5-е издание Протокола «Временные рекомендации, профилактика, диагностика, лечение и реабилитация больных новой инфекцией COVID-19 на разных стадиях заболевания на амбулаторном и стационарном уровнях», которые утверждены приказом МЗиСЗН РТ от 15 июля 2021 года, №624.

В отчетный период проекта в связи с тем, что деятельность центра совпала с активной фазой иммунизации населения против COVID-19, клиентами были, в основном, заданы вопросы, связанные с вакцинацией, показаниями, а также поствакцинальными симптомами, о целевых группах, подозрения, необоснованной информации в социальных сетях, боязнь, недоверие к системе здравоохранения и качеству услуг и др.

За время реализации проекта в «Антикризисный информационный центр по профилактике и борьбе с COVID-19» на «Горячую линию 511» поступило 6203 обращения из городов и районов страны, в том числе 3104 (50,0%) - из г. Душанбе, 1026 (16,5%) - из районов республиканского подчинения, 1140 (18,4%) - из городов и районов Хатлонской области, 787 (12,7%) - из городов и районов Согдийской области и 146 (2,4%) - из городов и районов ГБАО. Анализ сделанных звонков показал, что большинство звонков поступило от жителей Душанбе.

Из 6203 обращений большая часть – 2367 (38,2%) была связана с вакцинацией, в том числе симптомами, противопоказаниями к вакцинации, видами вакцин в Республике Таджикистан и о третьем этапе вакцинации. 1170 (18,9%) – о профилактике коронавирусной инфекции COVID-19, 520 (8,4%) – о лечении COVID-19, 429 (6,9%) – о сдаче анализов крови на антитела к COVID-19, 70 (1,1%) – о питании во время болезни COVID-19, 534 (8,6%) – о лабораториях и исследовании на COVID-19».

При этом 232 (3,7%) от общего числа входящих звонков не были связаны с инфекцией COVID-19, в том числе 71 (1,1%) - о симптомах, диагностике и лечению других заболеваний», 143 (2,3%) были по организационным вопросам, и 18 (0,3%) не были связаны с вопросами по сектору здравоохранения.

127 (1,3%) от общего числа клиентов, обратившихся в центр, были в возрасте 0-14 лет, 608 (4,7%) - в возрасте 14-20 лет, 2989 (44,1%) - в возрасте 20-50 лет, 1981 (46,5%) - в возрасте 50-70 лет и 498 (3,3%) - в возрасте 70 лет и старше.

Заключение

Работа «Антикризисного информационного центра по профилактике и борьбе с COVID-19» с Горячей линии 511 показала, что эта инициатива необходима во всех странах мира не только в период пандемий, но и по другим вопросам, связанным с чрезвычайными ситуациями и нестандартными ситуациями, которые требуют срочного вмешательства. Важно отметить, что именно в этот очень важный период его эффективность была наглядно продемонстрирована. Этот метод в частности служил для поднятия морального духа населения, снижения негативного воздействия на психическое здоровье и страха, использование достоверных источников информации, а также правильной

ориентации населения на доступность медицинской помощи.

Недостатком в деятельности таких центров в структуре государственных органов является то, что, к сожалению, направление их финансирования из государственного бюджета не определено.

Для расширения деятельности «Антикризисного информационного центра по профилактике и борьбе с инфекцией COVID-19» в целях привлечения внимания и популяризации «Горячей линии 511» его работу необходимо включить к существующим вопросам здоровья и социальной защиты населения, в том числе профилактики неинфекционных заболеваний, искоренения вредных привычек, влияющих на здоровье и репродуктивное здоровье. Исходя из этого, необходимо постоянно повышать уровень знаний и навыков операторов центра.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 4-6 см. в REFERENCES)

1. Инструмент ВОЗ для анализа поведенческих факторов, связанных с COVID-19. Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2020 (режим доступа: <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/healthemergencies/coronavirus-covid-19/publications-and-technical-guidance/riskcommunication-and-community-engagement/who-tool-for-behavioural-insights-on-covid19>).

2. Пятиэтапный комплекс мер по укреплению потенциала в области информирования о рисках при чрезвычайных ситуациях (ИРЧС). Всемирная организация здравоохранения, 2017 (режим доступа: <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/healthemergencies/pages/whos-work-in-emergencies/risk-communication-in-emergencies/emergency-risk-communications/emergency-risk-communicationstools/national-health-emergency-risk-communication-training-package>).

3. Технические руководящие указания. Коронавирус COVID-19. Всемирная организация здравоохранения [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2020 (режим доступа: <https://www.who.int/ru/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019/technical-guidance>).

REFERENCES

1. *Instrument VOZ dlya analiza povedencheskikh faktorov, svyazannykh s COVID-19. Evropeyskoe regionalnoe byuro VOZ* [WHO tool for analyzing behavioral factors related to COVID-19]. Copenhagen, Evropeyskoe regionalnoe byuro VOZ Publ., 2020. URL: <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/healthemergencies/coronavirus-covid-19/publications-and-technical-guidance/riskcommunication-and-community-engagement/who-tool-for-behavioural-insights-on-covid19>.

2. *Pyatietapnyy kompleks mer po ukrepleniyu potentsiala v oblasti informirovaniya o riskakh pri chrezvychaynykh situatsiyakh (IRCHS)* [A five-stage set of measures to strengthen the capacity in the field of risk awareness in emergency situations (HDI)]. Copenhagen, Vsemirnaya organizatsiya zdavookhraneniya Publ., 2017. URL: <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/healthemergencies/pages/whos-work-in-emergencies/risk-communication-in-emergencies/emergency-risk-communications/emergency-risk-communicationstools/national-health-emergency-risk-communication-training-package>.

3. *Tekhnicheskie rukovodyashchie ukazaniya. Koronavirus COVID-19. Vsemirnaya organizatsiya zdavookhraneniya* [Technical guidelines. Coronavirus COVID-19. World Health Organization]. Geneva, Vsemirnaya organizatsiya zdavookhraneniya Publ., 2020. URL: <https://www.who.int/ru/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019/technical-guidance>.

4. *Addressing violence against children, women and older people during the COVID-19 pandemic: key actions*. Geneva, World Health Organization Publ., 2020. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332458>.

5. Preventing suicide – A resource for establishing a crisis line. World Health Organization Publ., 2018. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311295/WHO-MSD-MER-18.4-eng.pdf?ua=1>

6. What data can we process and under which conditions? In: European Commission. Brussels, Euro.who.int/ru/health-topics/healthemergencies/coronavirus-covid-19/publications-and-technical-guidance/riskcommunication-and-community-engagement/who-tool-for-behavioural-insights-on-covid19.

ropean Commission Publ. URL: <https://ec.europa.eu/info/law/law-topic/dataprotection/reform/rules-business-and-organisations/principles-gdpr/what-data-can-we-process-and-under>

Сведения об авторах:

Рузиев Муродали Мехмондустович – директор ГУ «Таджикского научно-исследовательского институту профилактической медицины» МЗиСЗН РТ, д.м.н.

Вохидов Сухроб Давлатович – начальник отдела эпидемиологического анализа и профилактики инфекционных болезней ГУ ТНИИПМ МЗиСЗН РТ

Шарипов Азалио Абдурахмонович – зав. кафедрой инфекционных болезней ГОУ ИПОвСЗ РТ

Гуломова Манзура Одинаевна – зав. кафедрой семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Контактная информация:

Рузиев Муродали Мехмондустович – тел.: (+992) 918 71 32 66; e-mail: m.ruziev@mail.ru

Самадзода У.С.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У МУЖЧИН, БОЛЬНЫХ АНОГЕНИТАЛЬНЫМИ БОРОДАВКАМИ

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Samadzoda U.S.

IMMUNOLOGICAL DISORDERS IN MEN, PATIENTS WITH ANOGENITAL WARTS

Department of Dermatovenereology with a course of cosmetology of State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»

Цель исследования. Изучение иммунологических изменений у мужчин, больных папилломавирусной инфекцией (остроконечными кондиломами).

Материал и методы. Под наблюдением находились 47 мужчин, больных остроконечными кондиломами (ОК), возраст которых колебался от 18 до 42 лет.

Результаты. Исследования показали, что среди мужчин РТ манифестные формы самых частых инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) вирусного происхождения (аногенитальные бородавки (АБ) - ОК) имеют определенное распространение, встречаются в большинстве случаев в виде микст-инфекции с другими, чаще бактериальными, ИППП.

Заключение. В патогенезе АБ важное значение имеют нарушения иммунитета, что необходимо учитывать при лечении больных.

Ключевые слова: аногенитальные бородавки, остроконечные кондиломы, иммунитет

Aim. The aim of the study was to study immunological changes in men with papillomavirus infection (genital warts).

Material and methods. Under observation were 47 men with OK, whose age ranged from 18 to 42 years.

Results. Thus, studies have shown that among men in the Republic of Tajikistan, the most common STIs of viral origin (AB - OK) have a certain distribution, they occur, in most cases, in the form of mixed infection with other, more often bacterial STIs.

Conclusion. In the pathogenesis of AD, immunity disorders are important, which must be taken into account in the treatment of patients.

Key words: anogenital warts, genital warts, immunity

Актуальность

Аногенитальные бородавки (АБ), или папилломавирусная инфекция (ПВИ), наряду с генитальным герпесом, ВИЧ-инфекцией, контагиозным моллюском, гепатитом В и цитомегаловирусной инфекцией относятся к распространенным вирусным инфекциям, передающимся половым путем (ИППП) [2, 5]. Этиологией АБ является вирус папилломы человека (ВПЧ), который считается самой частой вирусной инфекцией половых органов в России, США и многих других странах, регистрируясь соответственно в 3-4 и 6-8 раз

чаще, чем гонорея и сифилис. ВПЧ относится к семейству папилломавирусов, состоящих из 5 родов, включающих 27 видов, в которых выделено более 170 штаммов (типов) вируса. АБ, которых чаще называют остроконечными кондиломами (ОК), наиболее часто вызываются 6, 11, 16, 18, 31, 33 типами ВПЧ [1, 6]. ПВИ имеет важное медико-социальное значение, так как у 10% мужчин и 20% женщин является этиологией рака мочеполовых органов. Каждый год в мире АБ болеют более 32 млн человек, ежегодно около 750 тысяч случаев рака связаны с ВПЧ.

Инкубационный период инфекции зависит от состояния иммунитета и может составлять от 2-3 недель до нескольких лет. В большинстве случаев ПВИ имеет хронически рецидивирующий характер, и это, по данным многих исследований, связано с тем, что АБ часто у одного и того же больного сочетаются с другими вирусными или бактериальными ИППП (микстинфекция), а также с наличием у многих больных нарушений со стороны иммунологической реактивности организма. При ПВИ помимо клинически выраженного течения заболевания встречается большое количество маловыраженных (субклинических) и латентных форм инфекции [1, 2].

В патогенезе ПВИ ведущее значение отводится нарушениям со стороны иммунной системы, в первую очередь клеточного её отдела, но единого мнения у исследователей нет [3, 4].

Цель исследования

Изучение иммунологических изменений у мужчин, больных папилломавирусной инфекцией (остроконечными кондиломами).

Материал и методы исследования

Под наблюдением находились 47 мужчин, больных ОК, возраст которых колебался от 18 до 42 лет. В возрасте от 18 до 25 лет был 21 (44,7%) больной, от 26 до 35 лет – 20 (42,5%), старше 35 лет – 6 (12,8%). Средний возраст больных составил $26,8 \pm 0,8$ лет.

Продолжительность болезни колебалась от нескольких недель до 2 и более лет. От 6 – 8 недель до полугода болели 16 (34%) пациентов, от 6 месяцев до 1 года – 15 (31,9%), от 1 до 2 лет – 11 (23,4%), более 2 лет – 5 (10,6%).

У больных наблюдались разные клинические формы ОК с расположением элементов сыпи на коже как в области половых органов, так и на других близкорасположенных к ним участках. Локализация ОК на коже гениталий обнаружена у 31 (66%) пациента, экстрагенитальная – у 16 (34%). В области половых органов у 13 (27,7%) больных папилломы ОК располагались на коже тела полового члена (corpus penis), у 5 (10,6%) – на коже венечной борозды (sulcus coronarium penis), у 3 (6,4%) – на головке полового члена (glans penis), у 7 (14,9%) – в области корня полового члена (radix penis) и лобковой области (region pubis), у 3 (6,4%) – у наружного отверстия мочеиспускательного канала (ostium urethrae externum). У 11 (23,4%) пациентов с экстрагенитальной локализацией высыпания ОК определялись в анально-периаанальной области (region perianalis), у 6 (12,8%) – в промежности (perineum).

У больных выявлены разные клинические формы ОК (типичная, папулезная, плоская, гиперкератотическая).

Типичная форма ОК выявлена у 29 (61,7%) больных. Она проявилась папулами от розового до серовато-красного цвета у больных с недлительным течением заболевания (до полугода), относительно старые элементы имели цвет от белесовато-телесного до красновато-коричневого. Папулы были величиной от булавочной головки до чечевицы, неправильной формы, возвышались над поверхностью кожи. Высыпания у большинства больных располагались изолированно, местами группировались в количестве от 5 до 15 узелков, местами сливались в бляшки величиной в диаметре от 6-8 мм до 2 см. У некоторых больных узелки на коже корня полового члена, преимущественно на вентральной поверхности в области складки с мошонкой или в периаанальной области, были вытянутой формы в виде сосочков, сливались, образуя опухолевидные разрастания, напоминающие цветную капусту или петушиный гребень.

Элементы сыпи у большинства больных не имели субъективных ощущений. У некоторых больных с локализацией высыпаний в периаанальной области или корня полового члена наблюдалась мацерация кожи, которая сопровождалась чувством жжения или зуда, дискомфорта.

У 7 (14,9%) пациентов наблюдалась папулезная клиническая форма ОК, которая характеризовалась узелками величиной с просяное зерно, имевших гладкую поверхность без чешуек. 6 (12,8%) больных имели гиперкератотическую форму инфекции, которая представлена папулами, на поверхности которых наблюдался выраженный гиперкератоз с роговыми наслоениями. Плоская форма заболевания определена у 5 (10,6%) больных, которая проявилась пятнами розово-коричневого цвета, почти не возвышавшимися над поверхностью кожи.

Для диагностики АБ и других ИППП у больных использовались микроскопический и ПЦР (полимеразная цепная реакция) методы исследования.

Иммунологическими исследованиями определяли абсолютное и относительное содержание лимфоцитов в периферической крови, CD3 (Т-лимфоциты), CD19 (В-лимфоциты), субпопуляций Т-лимфоцитов (CD4 – Т-хелперов), (CD8 – Т-супрессоров), сывороточных иммуноглобулинов А, М, G, циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), фагоцитарную активность

нейтрофильных лейкоцитов периферической крови и фагоцитарное число. Количественное содержание CD3, CD4, CD8 и CD19-лимфоцитов определялось методом иммунофлуоресценции «Статус» с использованием набора моноклональных и поликлональных антител, количественное содержание общих иммуноглобулинов А, М и G в сыворотке крови - иммуноферментным методом, циркулирующие иммунные комплексы – методом преципитации полиэтиленгликоля по Ю.А. Гриневичу и А.И. Алферову (1981), фагоцитарное число (ФЧ) и фагоцитарная активность нейтрофильных лейкоцитов (ФГА) – по Н.А. Park, 1972. Содержание в сыворотке крови про-

воспалительных цитокинов (интерлейкин ФНО- α , ИЛ - 6) и противовоспалительных (ИЛ - 10) определялось иммуноферментным способом с помощью коммерческих наборов «Вектор - Бест, Россия». Для сравнения полученных иммунологических результатов обследовано 20 здоровых людей в возрасте от 20 до 35 лет.

Средний возраст лиц группы контроля составил $28,4 \pm 0,9$ лет.

Группы больных и здоровых лиц по параметрам возраста и пола достоверных различий не составили ($p > 0,5$).

Результаты и их обсуждение

Проведенные ПЦР-исследования выявили у больных следующие ИППП (табл. 1).

Таблица 1

Частота инфекций, передающихся половым путем, у больных

Вид инфекции	Больные (n = 47)	
	абс.	%
ВПЧ 6,11	44	93,6
ВПЧ 31,33,35	7	12,8
ВПЧ 16,18	3	6,4
Уреаплазмоз	11	23,4
Микоплазмоз	6	12,8
Хламидиоз	11	23,4
ВПГ 1,2	5	10,6
Гарднереллез	4	8,5

Из данных таблицы 1 видно, что этиологической причиной ОК у больных явились различные типы ВПЧ. Вирус папилломы человека низкого онкогенного риска (6 и 11 типы) определен как наиболее частая причина ОК – он был обнаружен у 93,6% больных. В 12,8% случаев этиологией заболевания явился ВПЧ средней степени онкогенного риска (31, 33, 35 типы), однако у 3 (6,4%) больных ОК были вызваны ВПЧ высокой степени риска (16 и 18 типы). ВПЧ как моноинфекция протекал только у 16 (34%) пациентов, у 31 (66%) - наблюдалась микстинфекция ОК с другими ИППП. В 15 (31,9%) случаях ПВИ сочеталась с урогенитальным уреаплазмозом (УГУ) и микоплазмозом (УГМ), в 11 (23,4%) – с урогенитальным хламидиозом (УГХ), в 5 (10,6%) – с вирусом простого герпеса (ВПГ) 1 и 2 типа, в 4 (8,5%) – с гарднереллезом. Смешанная инфекция ВПЧ с одной ИППП выявлена у 8 (17%) пациентов, с двумя гени-

тальными инфекциями – у 13 (27,7%), с тремя – у 10 (21,3%).

Иммунологические нарушения, выявленные при обследовании больных, представлены в таблице 2.

Данные таблицы 2 свидетельствуют, что у больных ОК, по сравнению со здоровыми донорами, имеются значительные иммунологические нарушения, проявляющиеся изменением 9 из 13 исследованных показателей иммунитета. Подавление клеточного иммунитета выразилось в достоверном уменьшении в периферической крови больных количества Т-общих (CD3-, $p < 0,05$) и Т-хелперных лимфоцитов (CD4-, $p < 0,01$), неспецифических факторов защиты, что проявляется снижением фагоцитарной активности нейтрофильных лейкоцитов (ФАЛ, $p < 0,01$), наблюдалась также тенденция к снижению содержания CD8-лимфоцитов (на 12%), абсолютной (на 9%) и относительной лимфопенией.

Состояние иммунологических показателей у больных ОК

Показатели	Контрольная группа (n = 20)	Больные (n = 47)	p
Лимфоциты, 10 ⁹ /л	2,22±0,14	2,02±0,13	>0,1
Лимфоциты, %	32,6±1,9	31,8±1,7	>0,1
CD3 (Т-лимфоциты), %	70,8±3,1	62,4±2,6	<0,05
CD4 (Т-хелперы), %	43,9±2,0	33,8±1,7	<0,01
CD8 (Т-цитотокс.), %	25,3±1,6	22,5±1,3	>0,1
CD4 / CD8	1,74±0,12	1,50±0,10	>0,1
CD19 (В-лимф.), %	14,3±1,1	17,2±1,5	> 0,1
IgA, г/л	2,21±0,14	2,55±0,13	> 0,1
IgM, г/л	1,98±0,14	2,46±0,13	<0,02
IgG, г/л	14,5±1,1	19,6±1,3	<0,01
ЦИК, г/л	2,49±0,18	3,22±0,19	<0,02
ФАЛ, %	72,7±5,2	55,7±4,3	<0,02
ФЧ	6,6±0,5	5,6±0,4	> 0,1
ФНО-α, пг/мл	7,36±0,59	10,64±0,65	<0,001
ИЛ-6, пг/мл	2,58±0,19	3,23±0,22	<0,01
ИЛ-10, пг/мл	7,68±0,48	5,74±0,39	<0,01

Примечание: p – статистическая значимость различия к данным контрольной группы

О повышении активности гуморального отдела иммунитета свидетельствовало увеличение содержания сывороточных IgM на 24% (p < 0,02), IgG на 35% (p < 0,01) и ЦИК на 29% (p < 0,02).

Результаты таблицы 2 свидетельствуют, что воспалительный процесс у больных ОК сопровождается высокой, по сравнению с нормативными данными, активностью провоспалительных ФНО-α (p < 0,001) и ИЛ-6 (p < 0,01) цитокинов и выражено низкой – противовоспалительного ИЛ-10 (p < 0,01).

Следует отметить, что иммунологические нарушения у больных с продолжительностью заболевания более полугода, атипич-

ными (папулезная, плоская, гиперкератотическая) формами ОК, при микстинфекции с 1 и, особенно, с 2-3 ИППП были выражены больше.

Заключение

Таким образом, исследования показали, что среди мужчин РТ манифестные формы самых частых ИППП вирусного происхождения (АБ - ОК) имеют определенное распространение, встречаются в большинстве случаев в виде микстинфекции с другими, чаще бактериальными ИППП. В патогенезе АБ важное значение имеют нарушения иммунитета, что необходимо учитывать при лечении больных.

ЛИТЕРАТУРА (пп. 5-7 см. в REFERENCES)

1. Андропи Э.Д., Лови Д.Л. Дерматология Фипатрика в клинической практике. М., 2013. Т. 3. С. 2085-2096.
2. Белоусова Т.А., Горячкина М.В. ВПЧ-ассоциированные заболевания аногенитальной локализации // РМЖ. 2014. №24. С. 1800.

3. Борисов А.Г., Савченко А.А., Соколовская В.К. Заболеваемость, связанная с нарушениями функции иммунной системы (на примере Красноярского края). // Здравоохранение РФ. 2014. Т. 58, № 6. С. 38-41.
4. Борисов А.Г., Савченко А.А., Кудрявцев И.В. Особенности иммунного реагирования при вирусных инфекциях. // Инфекция и иммунитет. 2015. Т. 5, № 2. С. 148-156.

5. Серов В.Н., Твердикова М.А., Тютюнник В.Л. Папилломавирусная инфекция гениталий: основные принципы лечения // РМЖ. 2010. №19. С. 1170.

6. Скрипкин Ю.К., Бутов Ю.С. Клиническая дерматовенерология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. Т. 1. 720 с.

REFERENCES

1. Androfi E.D., Lovi D.L. *Dermatologiya Fitzpatricka v klinicheskoy praktike* [Fitzpatrick's Dermatology in Clinical Practice]. Moscow, 2013. pp. 2085-2096.

2. Belousova T.A., Goryachkina M.V. VПCH-assotsiirovannye zabolevaniya anogenitalnoy lokalizatsii [HPV-associated diseases of anogenital localization]. *RMZh – Russian Medical Journal*, 2014, No. 24, pp. 1800.

3. Borisov A.G., Savchenko A.A., Sokolovskaya V.K. Zabolevaemost, svyazannaya s narusheniyami funktsii immunnoy sistemy (na primere Krasnoyarskogo kraya) [The morbidity related to disorders of immune system function as exemplified by the Krasnoyarsk region]. *Zdravookhranenie RF – Healthcare of the Russian Federation*, 2014, Vol. 58, No. 6, pp. 38-41.

4. Borisov A.G., Savchenko A.A., Kudryavtsev I.V. Osobennosti immunnogo reagirovaniya pri virusnykh infektsiyakh [Features of the immune response during viral infection. *Infektsiya i immunitet*] – *Infektsiya i immunitet*, 2015, Vol. 5, No. 2, pp. 148-156.

5. Serov V.N., Tverdikova M.A., Tyutyunnik V.L. Papillomavirusnaya infektsiya genitaliy: osnovnye printsipy lecheniya [Papillomavirus infection of the genitals: basic principles of treatment]. *RMZh – Russian Medical Journal*, 2010, No. 19, pp. 1170.

6. Skripkin Yu.K., Butov Yu.S. Klinicheskaya dermatovenerologiya [Clinical dermatovenerology]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2009. Vol. 1, 720 p.

Сведения об авторе:

Самадзода Урун Сафарбой – соискатель кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ ИПО-вСЗ РТ

Контактная информация:

Самадзода Урун Сафарбой – тел.: (+992)

© Коллектив авторов, 2022

УДК 614.2:339+616-053.31/32(575.3)

¹Самадова Г.А., ¹Дадабаева Б.С.,
²Джабарова К.А., ³Хусаинова А.О.

НОВАЯ СТРУКТУРА АМБУЛАТОРНОЙ СЛУЖБЫ ПМСП-КАБИНЕТ ДОВРАЧЕБНОГО ПРИЕМА ПРИ ОТДЕЛЕНИИ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

¹Кафедра сестринского дела в семейной медицине ГОУ ИПОвСЗ РТ

²ГЦЗ № 1, УКЦСМ г. Душанбе

³Кафедра общественного здоровья, экономики, управления здравоохранением с курсом медицинской статистики ГОУ ИПОвСЗ РТ

¹Samadova G.A., ¹Dadabaeva B.S.,
²Dzhabarova K.A., ³Khusainova A.O.

NEW STRUCTURE OF THE PRIMARY CARE – PRE-MEDICAL EXAMINATION ROOM AT THE FAMILY MEDICINE DEPARTMENT

¹Department of Nursing in Family Medicine of the State Educational Establishment “Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan”.

²City Health Centre #1. Educational clinical center of family medical in Dushanbe.

³Department of Public Health, Economics, Health Management with a course of medical statistics of the State Educational Establishment “Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan”

Цель исследования. Изучить и провести анализ работы кабинета доврачебного приема.

Материал и методы. Отчеты Городского центра здоровья №1 (ГЦЗ № 1), 8 отделений семейной медицины, трех кабинетов доврачебного приема (КДП) за 2021 год. Изучены показатели: фактическая годовая нагрузка семейной медицинской сестры (СМС) в КДП, нагрузка на обслуживание пациента - среднечасовая нагрузка на прием, дневная нагрузка. Посещаемость КДП пациентами из групп риска – беременные женщины (БЖ), дети в возрасте от 0 до 1 года, инвалиды.

Результаты. Показатели работы СМС в КДП разные из-за того, что пациент выбирает, в какой из трех кабинетов ему пройти, а ряд пациентов прямо обращаются к врачу. Фактическая годовая нагрузка трёх медсестёр отличается друг от друга, один кабинет перезагружен (128,2), другие недозагружены (91,2% и 48,4%). Подобная картина наблюдается и при сравнении среднечасовой, дневной нагрузки медсестёр (3,6; 5,2; 1,9 пациента в час и 21,6; 31,2; 11,4 пациентов за день).

Антропометрическое исследование в кабинетах прошли всего 6058 беременных женщин, из них 1805 (72,4%) посещали кабинеты 4-5 раза. По отчетам трёх кабинетов зафиксировано 5651 посещение родителей с детьми от 0 до года, 1207 инвалидов, что составило 78,6% от общего числа инвалидов, взятых на диспансерный учет центром.

Заключение. Несмотря на то, что показатели работы семейных медсестёр в кабинетах доврачебного приема удовлетворительные, многие обратившиеся пациенты минуют его вследствие отсутствия контроля работников регистратуры за передвижением пациента в центре, с другой стороны, ряд пациентов предпочитают обследоваться только у врача.

Ключевые слова: кабинет доврачебного приема, нагрузка, семейная медсестра

Aim. To study and analyze the results of the work of the pre-medical examination room.

Material and methods. Reports of the City Health Center No. 1 (ГЦЗ №1), 8 departments of family medicine, three pre-medical examination rooms for year 2021. Studied indicators - the actual annual load of family nurses in the pre-med-

ical examination room, the load on patient care - the average hourly load at the reception, the daily load. Attendance of rooms by patients from risk groups - pregnant women (PW), children aged 0 to 1 year, disabled people.

Results. The indicators of the work of family nurses in the pre-medical examination room are different because the patient chooses which of the three rooms to go to and number of patients go directly to the doctor. The actual annual workload of three nurses differs from each other, one office is overloaded (128,2), others are not (91,2% and 48,4%). A similar picture is observed when comparing the average hourly, daily workload of nurses (3,6; 5,2; 1,9 patients per hour and 21,6; 31,2; 11,4 patients per day). Only 6058 pregnant women underwent an anthropometric study in the offices, of which 1805 (72,4%) visited the offices 4-5 times. According to the reports of three offices, 5651 visits were recorded to parents with children from 0 to 1 years old, and 1207 patients with disabilities, this amounted to 78,6% of the total number of disabled people taken for dispensary registration by the center.

Conclusion. Despite the fact that the performance of family nurses in the pre-medical examination room is satisfactory, many patients who apply bypass it due to the lack of control of the registry staff over the movement of the patient in the center, on the other hand, a number of patients want to be examined only by a doctor.

Key words: pre-medical examination room , workload, family nurse

Актуальность

С 1997 года началась реформа системы здравоохранения Республики Таджикистан. Амбулаторная служба получила название «первичная медико-санитарная помощь» (ПМСП), основной задачей которой стала охрана и сохранение здоровья населения [3, 5]. Возникла потребность в новой ресурсосберегающей системе предоставления медицинских услуг. Используя международный опыт работы ПМСП, в основном Англии, национальная система внедрила принципы семейной медицины в первичное звено здравоохранения и предложила включить в структуру отделений семейной медицины кабинеты доврачебного приема (КДП). Задачей данного кабинета становится проведение антропометрических измерений у обратившегося пациента, сортировка больных по очередности к приему семейного врача (СВ), при необходимости оказание первой помощи [5, 6]. Ответственным лицом кабинета становится подготовленная медсестра общей практики (семейная) (СМС). С внедрением нового специалиста в первичное звено разработаны нормативные показатели. Так например, на одного СВ и двух СМС полагается 1300-1500 населения [4]. Согласно литературным данным, норма нагрузки (обслуживания) одного специалиста амбулаторной службы на прием одного пациента равняется 15 минут, из чего число посещений в течение часа составляет 3-4 человека. Что же касается нормативных показателей работы КДП, то они не были определены.

Цель исследования

Изучить и провести анализ результатов работы кабинета доврачебного приема.

Материал и методы исследования

Отчеты Городского центра здоровья № 1 (ГЦЗ № 1), 8 отделений семейной медицины,

трех КДП за 2021 год. Изучены показатели: фактическая годовая нагрузка СМС в КДП, нагрузка на обслуживание пациента - средне-часовая нагрузка на прием, дневная нагрузка. Посещаемость КДП пациентами из групп риска – беременные женщины (БЖ), дети в возрасте 0 до 1 года, инвалиды.

Результаты и их обсуждение

ГЦЗ № 1 с прикрепленным населением 174 335 человек, организовано 8 отделений семейной медицины, к которым прикреплены три КДП. В каждом кабинете работает одна медсестра на одну ставку. В 2021 году был 301 рабочий день. Соответственно нормативным документам, норма обслуживания одного специалиста амбулаторной службы с 6-часовым рабочим днем составляет 21-24 пациента, тогда за 2021 год годовая нагрузка должна соответствовать 6321- 7224. Эти же показатели стали основными показателями работы КДП. Согласно руководству по управлению ПМСП, каждый обратившийся пациент в центр здоровья должен пройти кабинет доврачебного приёма [3], но данные отчетов указывают на то, что 100% обследования обратившихся в центр пациентов в КДП нет.

Полученные данные отчетов (табл.1) показали, что прием пациентов в кабинетах происходит неравномерно. Установлено, что в основном в кабинеты попадают здоровые лица, другие обратившиеся в центр, самостоятельно выбирают, в какой из трех КДП им зайти либо отправиться прямо к врачу. Возможно, причиной тому является отсутствие контроля со стороны работников регистрации за передвижением пациента в центре. Показатель фактической нагрузки КДП № 3 - 48,4% - очень низкий, так как СМС данного кабинета снимает электрокардиограммы у больных. За год СМС сняла ЭКГ у 1894 направленных больных. То есть, через данный кабинет про-

шло 5394 (74,6% от должного) пациентов. Что касается числа годового обслуживания в КДП № 1, который прикреплен к клинической базе института, то анализ показал большую занятость СМС дополнительной работой, например, оформлением документов и работой на участке. По данным некоторых документов прошлого столетия, врачу разрешается при-

нимать в течение рабочего дня 21 пациента, тогда годовая нагрузка будет составлять 6321 пациента, следовательно, можно считать, что фактическая нагрузки СМС КДП № 1 составляет 104,2%. Отсутствие положения, перечня исследований/обследований доврачебного кабинета не дают возможность оценить работу СМС.

Таблица 1

Фактическая годовая нагрузка медсестёр КДП (24 пациента в день)

Должная годовая нагрузка на должность СМС одного КДП		КДП № 1		КДП № 2		КДП № 3	
Норма	%	Кол-во пациентов	%	Кол-во пациентов	%	Кол-во пациентов	%
7224	100	6588	91,2	9264	128,2	3500	48,4

Вопросы нормативного труда в нашем здравоохранении регламентированы в нормативных актах, однако большинство приказов из прошлого столетия подверглись лишь незначительной коррекции. В стране очень часто предлагаемые акты опираются на нормативные документы, разработанные в России. Так, большинство врачей общей практики России не успевают осматривать больного за 15 минут, в связи чем, время приема продлили до 18 минут [2]. Фактическая

среднечасовая нагрузка СМС в двух кабинетах соответствует требованиям амбулаторной службы страны (табл. 2), исключение составляет работа СМС в третьем кабинете. Взяв за основу нормативные показатели России, то есть с учетом категории пациентов/больных, обратившихся в центр, отпускаемое время на прием одного пациента составляет 15-18 минут, то работу кабинетов можно считать удовлетворительной, исключение составляет работа СМС в третьем КДП.

Таблица 2

Объем выполненной нагрузки СМС в КДП

Показатель	Положенное рабочее время в год	Число пациентов в год	Среднечасовая нагрузка на прием	Дневная нагрузка на прием
	час			
Стандарт	1806	7224	4	24
КДП № 1	1806	6588	3,6	21,6
КДП № 2	1806	9264	5,2	31,2
КДП № 3	1806	3500	1,9	11,4
В среднем		6450	3,5	21,4

Большое внимание во время приема уделяется пациентам из групп риска. Одна из этих групп – беременные женщины (БЖ). В течение года в ГЦЗ № 1 встало на учет 2493 БЖ. СМС трех КДП произвели антропометрическое исследование у 6058 (в КДП № 1- 3468, КДП № 2 - 748, КДП № 3 - 1842) БЖ. Согласно национальным стандартам антенатального ухода физиологической беременности [1], контакт с БЖ в центре должен быть

5 раз. При изучении отчетов КДП, кабинета подготовки БЖ к родам проведен анализ частоты посещений БЖ центра в зависимости от срока беременности. В течение 2021 года 1805 (72,4%) БЖ родили детей в срок; эти женщины прошли обследование в КДП 4-5 раз, визиты других БЖ колебались от 1 до 3 раз.

Другая исследуемая группа риска состояла из детей в возрасте от 0 до одного года. Согласно Национальной программе

и календарному плану прививок страны, дети этого возраста в обязательном порядке получают прививки в определенные возрастные сроки. В объединении зарегистрировано детей до 1 года 3953 ребенка. По отчетам трёх кабинетов зафиксировано 5651 посещение родителей с детьми до года (КДП № 1 - 2586, КДП № 2 - 2542, КДП № 3 - 523). Представленные данные указывают на то, что ряд родителей детей до 1 года обращались в центр несколько раз. С учетом того, что возраст детей до года разный, установить частоту посещений кабинета каждого ребенка не удалось. Но по отчету врача иммунолога ГЦЗ № 1, все 100% детей, зарегистрированных в центре, получили плановую вакцинацию. Например, коревую вакцину получили 3596 детей из зарегистрированных, 357 детей еще не достигли годового возраста. Однако, грубый подсчет показал, что не

все дети проходят антропометрическое исследование в кабинетах.

Интересные данные получены при анализе работы СМС кабинетов с инвалидами. Число однократно обследованных инвалидов в КДП составило КДП № 1 - 345, КДП № 2 - 770, КДП № 3 - 92 (всего 1207) больных, это составило 78,6% от общего числа инвалидов, взятых центром на диспансерный учет.

Заключение

Несмотря на то, что показатели работы семейных медсестёр в кабинетах доврачебного приема удовлетворительные, многие обратившиеся пациенты минуют его вследствие отсутствия контроля работников регистратуры за передвижением пациента в центре, с другой стороны, ряд пациентов настаивают на обследовании только у врача.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Дородовая помощь при физиологической беременности (национальные стандарты). Душанбе, 2018. С.98

2. Об утверждении нормативов нагрузки врачей амбулаторно-поликлинических отделений государственных учреждений здравоохранения России. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. n 543н. <https://docs.cntd.ru/document>.

3. Руководство по управлению учреждениями ПМСП. Душанбе, 2003. 239 с.

4. Сборник нормативно-правовых и отчетно-учетных документов по семейной медицине. Душанбе, 2006. 240 с.

5. Стратегия охраны здоровья населения Республики Таджикистан на период до 2030 года. Душанбе, 2021. 143 с.

6. Стратегический план рационализации медицинских учреждений Республики Таджикистан на период 2011-2020 годы. Душанбе, 2011. 250 с.

REFERENCES

1. *Dorodovaya pomoshch pri fiziologicheskoy beremennosti (natsionalnye standarty)* [Prenatal care for physiological pregnancy (national standards)]. Dushanbe, 2018. 98 p.

2. *Ob utverzhdenii normativov nagruzki vrachev ambulatorno-poliklinicheskikh otdeleniy gosudarstvennykh uchrezhdeniy zdavookhraneniya Rossii. Prikaz Ministerstva zdavookhraneniya i sotsialnogo razvitiya Rossiyskoy Federatsii ot 15 maya 2012 g. n 543n.* [On the approval of the load standards of doctors of outpatient departments of state healthcare institutions of Russia. Order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation No. 543n dated May 15, 2012]. Dushanbe, 2012.

3. *Rukovodstvo po upravleniyu uchrezhdeniyami PMSP [Guidelines for the management of PHC institutions]*. Dushanbe, 2003. 239 p.

4. *Sbornik normativno-pravovykh i otchetno-uchetnykh dokumentov po semeynoy meditsine* [Collection of regulatory and accounting documents on family medicine]. Dushanbe, 2006. 240 p.

5. *Strategiya okhrany zdorovya naseleniya Respubliki Tadjikistan na period do 2030 goda* [Strategy of public health protection of the Republic of Tajikistan for the period up to 2030]. Dushanbe, 2021. 143 p.

6. *Strategicheskii plan ratsionalizatsii meditsinskikh uchrezhdeniy Respubliki Tadjikistan na period 2011-2020 gody* [Strategic plan of rationalization of medical institutions of the Republic of Tajikistan for the period 2011-2020]. Dushanbe, 2011. 250 p.

Сведения об авторах:

Самадова Гульсара Ахадовна – зав. кафедрой сестринского дела в семейной медицине ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Дадабаева Барно Сайдалиевна – ассистент кафедры сестринского дела в семейной медицине ГОУ ИПОвСЗ РТ

Джабаров Каромат Акрамовна – директор учебно-клинического центра семейной медицины при кафедре сестринского дела в семейной медицине ГОУ ИПОвСЗ РТ

Хусаинова Анора Очиловна – зав. курсом мед. статистики кафедры общественного здоровья, экономики и менеджмента с курсом медицинской статистики ГОУ ИПОвСЗ РТ

Контактная информация:

Самадова Гульсара Ахадовна – тел.: (+992) 939 33 23 21

Умарова С.Г., Сангинов Дж.Р.

МЕСТНО-РАПРОСТРАНЕННЫЕ ФОРМЫ РАКА В СТРУКТУРЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Umarova S.G., Sanginov J.R.

LOCAL CANCER IN THE STRUCTURE OF BREAST CANCER INCIDENCE

Department of Oncology, Radiation Diagnostics and Radiation Therapy of State Educational Establishment «Avicenna Tajik State Medical University»

Цель исследования. Изучить удельный вес местно-распространенного рака в структуре заболеваемости раком молочной железы в Республике Таджикистан.

Материал и методы. Изучены клинические данные 213 больных раком молочной железы, получивших лечение в условиях ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН РТ в период с 2019 по 2021 гг. Определен удельный вес больных местно-распространенных форм в структуре заболеваемости раком молочной железы.

Результаты. Первично операбельные формы РМЖ (TisN0M0-T3N1M0 стадии) составляют 37,1%. Местно-распространенный (первично неоперабельный/нерезектабельный) РМЖ (T3N2M0-T4N3M0) составляет 54,4%. Больные с метастатической формой РМЖ составили 8,5%.

Заключение. В структуре заболеваемости раком молочной железы в Республике Таджикистан удельный вес больных с местно-распространенной формой составляет 54,4%.

Ключевые слова: злокачественные опухоли, рак молочной железы, местно-распространенная форма

Aim. To study the proportion of locally advanced cancer in the structure of breast cancer incidence in the Republic of Tajikistan.

Material and methods. The clinical data of 213 patients with breast cancer who received treatment in the conditions of the State Institution "Republican Cancer Research Center" of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan in the period from 2019 to 2021 were studied. The proportion of patients with locally advanced forms in the structure of breast cancer incidence was determined.

Results and conclusion. Primarily operable forms of breast cancer (TisN0M0-T3N1M0 stages) account for 37,1%. Locally advanced (primarily inoperable/unresectable) breast cancer (T3N2M0-T4N3M0) is 54,4%. Patients with metastatic form of breast cancer accounted for 8,5%.

Conclusion. In the structure of breast cancer incidence in the Republic of Tajikistan, the share of patients with locally advanced form is 54.4%.

Key words: malignant tumors, breast cancer, locally advanced form

Актуальность

Рак молочной железы (РМЖ) в структуре онкологической заболеваемости всего населения Республики Таджикистан составляет 13,7%, занимая первое место. Удельный вес больных с I-II стадиями составляет 71,9%, больные с III стадии процесса составляют

14,5%, доля больных с IV стадией составляет 13,4% [1]. 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]. Несмотря на тенденции увеличения удельного веса больных с первично операбельными (резектабельными)

формами РМЖ (TisN0M0-T3N1M0 стадии), частота больных с местно-распространенной формой (первично неоперабельным/нерезектабельным) РМЖ (T3N2M0-T4N3M0) остаётся на ощутимом уровне.

Представление о местно-распространённом раке молочной железы (МР РМЖ) в литературе достаточно неопределенно. Большинство авторов в это понятие включают опухоли III (T3N1M0, T03N23M0 и T4N03M0) и IV стадии в тех случаях, когда единственным отдалённым метастазом является поражение ипсилатеральных надключичных лимфатических узлов [3, 4].

В последнем пересмотре системы стадирования Американского общества клинической онкологии (ASCO) все III стадии заболевания считаются местно-распространенными, включая случаи с клинической стадией IIB, например, с первичной опухолью размером 5 см и без поражения лимфатических узлов (T3N0) [5].

Больные МР РМЖ практически все исходно неоперабельны и подлежат неоадьювантной системной лекарственной терапии, целью которой является перевод опухоли в операбельное состояние [3, 4].

Цель исследования

Изучить удельный вес местно-распространенного рака в структуре заболеваемости рака молочной железы в Республике Таджикистан.

Материал и методы исследования

Изучены клинические данные 213 больных раком молочной железы, получивших лечение в условиях ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН РТ за период с 2019 по 2021 гг. Определено количественное соотношение случаев по клинической классификации TNM-стадий, произведена группировка по стадиям, определены принадлежности больных по клиническим группам и установлен удельный вес местно-распространенных форм в структуре заболеваемости раком молочной железы.

Классифицировали РМЖ по восьмому изданию «TNM: Классификация злокачественных опухолей» - современные международные стандарты описания и определения стадий злокачественных опухолей, 2018 года.

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

Результаты и их обсуждение

Проведенный статистический анализ показал, что из 213 случаев РМЖ больные с TisN0M0 – T1,2N0,1M0 и T3N0,1M0, которые относятся к первично операбельным формам РМЖ, составляют 79 (37,1%). Развернутая картина стадий болезни у пациентов первично операбельной клинической группы РМЖ представлена на диаграмме 1.

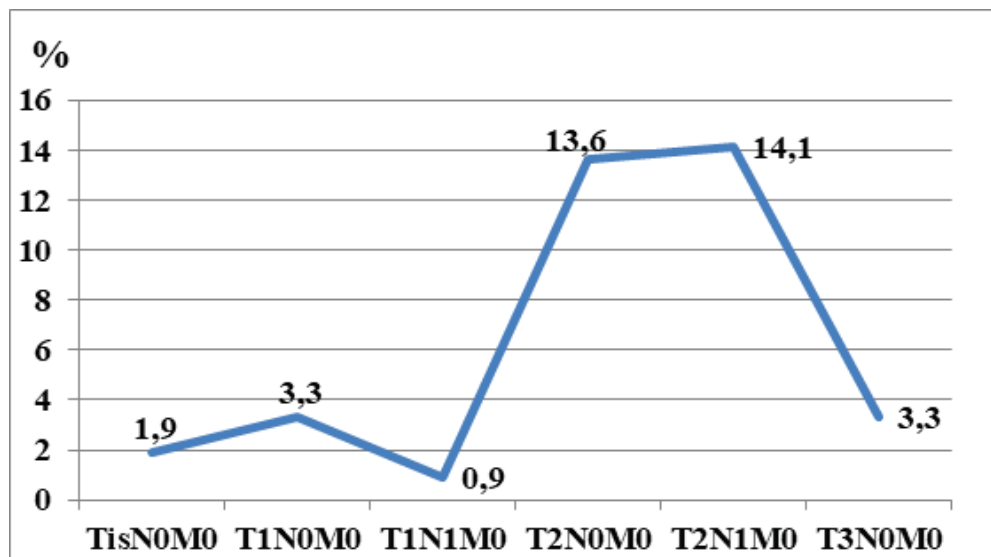


Рис. 1. Развернутая картина стадий болезни у пациентов первично операбельной клинической группы РМЖ

Среди больных первично операбельной клинической группы РМЖ чаще всего встречаются больные с T2N0M0 и T2N1M0, что составляет 27,7%.

Больные с T1-3N2M0 и T4N0-3M0, относящиеся к местно-распространенным

формам (первично неоперабельные/нерезектабельные) РМЖ, составляют 116 (54,4%). Данные о структуре больных местно-распространенными формами РМЖ отражены в ниже представленной диаграмме (рис. 2).

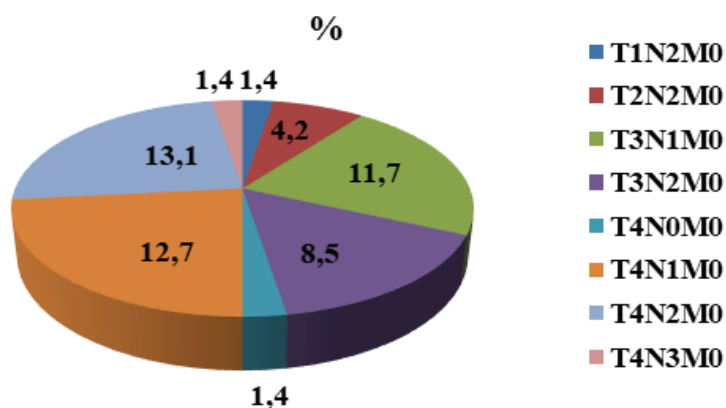


Рис. 2. Удельный вес больных местно-распространенными формами РМЖ

Как показывают данные рисунка 2, среди больных местно-распространенными формами РМЖ чаще встречаются больные с T3N1M0 – 25 (11,7%), с T4N1M0 – 27 (12,7%), с T4N2M0 – 28 (13,1%) человек. Установлено, что из 116 больных с местно-распространенными формами РМЖ наибольшую часть составляют пациенты с T3N1M0, T4N1M0 и T4N2M0 стадиями – 80 (69%).

Больные с T1N2M0, T2N2M0, T3N2M0 и T4N3M0 составляют всего 54 (31%). Больные с метастатической формой РМЖ среди 213 клинических случаев составили 18 (8,5%) случаев.

Международная система TNM используется для описания анатомической распространенности опухолевого процесса, дает представление о местно-регионарном распространении опухоли и наличии отдаленных метастазов.

Для учета и анализа данных о больных принято объединять категории системы TNM в группы.

Нами произведена перегруппировка полученных результатов по системы TNM в стадиях, после чего определены клинические группы больных (таблица).

Группировка больных по стадиям

Стадии	TNM стадии			абс. n=213	%
	T	N	M		
Стадия 0	Tis	N0	M0	4	1,9
Стадия I	T1	N0	M0	7	3,3
Стадия IIА	T1	N1	M0	2	0,9
	T2	N0	M0	29	13,6
Стадия IIБ	T2	N1	M0	30	4,1
	T3	N0	M0	7	3,3
Стадия IIIА	T1	N2	M0	3	1,4
	T2	N2	M0	9	4,2
	T3	N1	M0	25	11,7
	T3	N2	M0	18	8,5
Стадия IIIБ	T4	N0	M0	3	1,4
	T4	N1	M0	27	12,7
Стадия IIIВ	T4	N2	M0	28	13,1
	T4	N3	M0	3	1,4
Стадия IV	T3	N1	M1	3	1,4
	T4	N1	M1	2	0,9
	T4	N2	M1	9	4,2
	T4	N3	M1	4	1,9
Всего	213	100			

Как показывают данные таблицы, в Республике Таджикистан больные с 0 стадией составили 4 (1,9%), с I-II стадиями – 75 (35,2%), с III стадией 116 (54,4%) и с IV стадией – 18 (8,5%).

По данным онкологической службы Российской Федерации, в 2020 году удельный вес больных с I-II стадиями составил 71,6%, III стадией – 19,6% и IV стадией – 8,1% [5].

Сравнительный анализ показал, что в Республике Таджикистан преобладает доля больных с III стадией заболевания, а в Российской Федерации – доля больных с I-II стадиями. Частота больных с метастатической формой РМЖ (IV стадия) сравнительно одинакова.

Таким образом, проведенный анализ показал, что первично операбельные формы

РМЖ (TisN0M0-T3N1M0 стадии) составляют 37,1%. Местно-распространенный (первично операбельный/неоперабельный) РМЖ (T3N2M0-T4N3M0) составляет 54,4%. Больные с метастатической формой РМЖ составили 8,5%.

Заключение

В структуре заболеваемости раком молочной железы в Республике Таджикистан больные с местно-распространенными формами составляют 54,4%. Среди больных местно-распространенных форм РМЖ чаще всего встречаются больные с T3N1M0 – 25 больных (11,7%), с T4N1M0 – 27 (12,7%) и больные с T4N2M0 – 28 (13,1%).

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 4, 5 см. в REFERENCES)

1. Расулов С.Р., Ганиев Д.Ф. Динамика заболеваемости и смертности от рака молочной железы в Республике Таджикистан за 2016-2020 гг. // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения, 2022. № 1. С. 52-56.

2. Состояние онкологической помощи населению России в 2020 году / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2021. 239 с.

3. Фоменко Ю.М. Нурсейтова Р.А. Неoadъювантная химиотерапия местнораспространенного рака молочной железы // Медицина и экология, 2016. № 4. С. 29-37.

of Russia in 2020]. Moscow, MNIIOI im. P.A. Gertsena Publ., 2021. 239 p.

3. Fomenko Yu.M. Nurseitova R.A. Neoadjuvantnaya khimioterapiya mestnorasprostrannogo raka molochnoy zhelezy [Neoadjuvant chemotherapy for locally advanced breast cancer]. *Meditsina i ekologiya – Medicine and ecology*, 2016, No. 4, pp. 29-37.

4. Alejandro M.S. New challenges in multimodal workout of locally advanced breast cancer. *The Surgeon*, 2017, Vol. 15, No. 6, pp. 372-378.

5. Jana Hornova. Locally advanced breast cancer in elderly patients. *Biomedical papers of the Medical Faculty of the University Palacky*, 2017, Vol. 161 (2), pp. 217-222.

REFERENCES

1. Rasulov S.R., Ganiev D.F. Dinamika zaboлеваemosti i smertnosti ot raka molochnoy zhelezy v Respublike Tadjhikistan za 2016-2020 gg. [Dynamics of morbidity and mortality from breast cancer in the Republic of Tajikistan for 2016-2020.]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya – Herald of institute of postgraduate education in health sphere*, 2022, No. 1, pp. 52-56.

2. *Sostoyanie onkologicheskoy pomoshchi naseleniyu Rossii v 2020 godu* [The state of oncological care to the population

Сведения об авторах:

Умарова Саида Гайратовна – доцент кафедры онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии ТГМУ им. Абуали ибн Сино, д.м.н.

Сангинов Джумабой Рахматович – профессор кафедры онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии ТГМУ им. Абуали ибн Сино, д.м.н.

Контактная информация:

Умарова Саида Гайратовна – тел.: (+992) 918 69 80 47; e-mail: saida.umarova@bk.ru

Хайрова Г.Х.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНОГО ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

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

Khairova G.Kh.

IMMEDIATE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF RECURRENT EPITHELIAL CODDLE TRAVEL

Department of General Surgery No. 1 State Education Establishment "Avicenna Tajik State Medical University"

Цель исследования. Изучить характер и частоту послеоперационных осложнений у больных с рецидивным эпителиальным копчиковым ходом (РЭКХ).

Материал и методы. Представлен анализ лечения 80 больных с РЭКХ, мужчин - 56 (70%), женщин 24 (30%) в возрасте от 16 до 34 лет, распределенных на основную - 38 (47,5%) и контрольную - 42 (52,5%) группы.

Проведены лабораторные и инструментальные методы исследования, морфологическое изучение иссечённых копчиковых ходов и кожно-подкожного лоскута, рубцовых тканей. Выбор оперативного вмешательства зависел от степени сложности ЭКХ.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде среди больных контрольной группы осложнения наблюдались у 14 (17,5%) человек. Наиболее тяжелым осложнением у пациентов с рецидивными ЭКХ являлось нагноение на 3-5 сутки после оперативного пособия. При диагностике нагноения раны крестцово-копчиковой области пациентам снимались швы, выполнялась ревизия раны с последующей санацией растворами антисептиков и дальнейшим ведением вторичным натяжением. Также частым (n=5) осложнением у пациентов контрольной группы явилось несостоятельность наложенных на рану швов, где послеоперационный период протекал без видимых осложнений.

Заключение. Частота развития ранних послеоперационных осложнений при хирургическом лечении ЭКХ и её рецидивов зависит от недостаточности по длине и размерам лоскута, который не может обеспечить предотвращение натяжения тканей; недостаточной васкуляризации кожно-подкожных лоскутов, создающей ишемию и благоприятные условия для развития инфекции, образование остаточных полостей при ушивании ран крестцово-копчиковой области после иссечения ЭКХ.

Ключевые слова: эпителиальный копчиковый ход, послеоперационные осложнения, рецидивный эпителиальный копчиковый ход

Aim. To study the character and frequency of postoperative complications in patients with recurrent epithelial coccygeal passage (RECP).

Material and methods. An analysis of the treatment of 80 patients with RECH, 56 (70%) men, 24 (30%) women aged 16 to 34 years, divided into the main - 38 (47,5%) and control - 42 (52,5%) groups.

Conducted laboratory and instrumental research methods, morphological study of excised coccygeal passages and skin-subcutaneous flap, scar tissue. The choice of surgical intervention depended on the degree of ECX complexity.

Results. In the early postoperative period among patients in the control group, complications were observed in 14 (17,5%) people. The most severe complication in patients with recurrent ECC was suppuration on days 3-5 after surgery. When diagnosing suppuration of a wound in the sacrococcygeal region, sutures were removed, the wound was revised, followed by debridement with antiseptic solutions and further management by secondary intention. Also, a frequent (n=5) complication in patients of the control group was the failure of the sutures applied to the wound, where the postoperative period proceeded without visible complications.

Conclusion. The study showed that the incidence of early postoperative complications during surgical treatment of ECP and its recurrence depended on: insufficient length and size of the flap, which cannot prevent tissue tension; insufficient vascularization of cutaneous-dermal flaps creating ischemia and favorable conditions for infection development, formation of residual cavities when suturing the sacrococcygeal region wounds after ECP excision.

Key words: epithelial coccygeal passage, postoperative complications, recurrent epithelial coccygeal passage

Актуальность

В колопроктологии на протяжении многих лет в центре внимания отечественных и зарубежных специалистов остается проблема лечения эпителиального копчикового хода (ЭКХ), который представляет собой узкий подкожный канал длиной 2-5 см, выстланный изнутри кожным эпителием и слепо заканчивающийся в мышечных тканях над верхушкой копчика. Наружу ход открывается одним или несколькими точечными воронкообразными отверстиями, расположенными в межъягодичной складке.

ЭКХ выявляют у молодых и активных людей, чаще у мужчин [1, 2, 3, 8], соотношение мужчин и женщин при этом составляет 4:1 [2, 4, 6]. Среди колопроктологической патологии ЭКХ по частоте встречаемости занимает четвертое место, уступая при этом геморрою, парапроктиту и анальной трещине [1, 2, 3, 7]. Эта патология является серьёзной причиной ограничения повседневной активности, потери трудоспособности и снижения качества жизни [3, 5, 8].

Единственным методом радикального лечения ЭКХ является хирургическое удаление всех элементов патологического процесса в пределах здоровых тканей [2, 3]. Несмотря на большое количество различных вариантов оперативных пособий в арсенале хирургов, частота неудовлетворительных результатов лечения независимо от его способов остается достаточно высокой. Так, по данным отечественных и зарубежных специалистов, частота гнойно-воспалительных осложнений достигает 13-24%, а частота рецидивов заболевания колеблется от 3% до 30% [3, 4, 6]. Причиной столь высокой частоты послеоперационных осложнений и рецидивов, по данным литературы, являются нагноение послеоперационной раны, несостоятельность кожных швов, неадекватное удаление всех элементов ЭКХ и возникновение некрозов кожно-жировых лоскутов. Несомненно, что послеоперационные гнойно-воспалительные осложнения удлиняют период выздоровления, а рецидивы заболевания требуют повторного, нередко сложного, оперативного вмешательства.

Цель исследования

Изучить характер и частоту послеоперационных осложнений у больных с рецидивным эпителиальным копчиковым ходом.

Материал и методы исследования

Располагаем анализом и опытом лечения 80 больных с рецидивным эпителиальным копчиковым ходом (РЭКХ). Подавляющее большинство пациентов составили лица мужского пола - 56 (70%), женского - 24 (30%), соотношение 3:1, в возрасте от 16 до 34 лет. Больные были госпитализированы в плановом порядке.

В ходе исследования пациенты были распределены на основную - 38 (47,5%) (применялись дифференцированная хирургическая тактика с применением разработанных и усовершенствованных методов хирургического и медикаментозного лечения, включая коррекцию эндотоксемии, гипоксии, оксидантного стресса и дисфункции эндотелия) и контрольную - 42 (52,5%) человека (оперативное пособие выполнялось с учётом клинических показателей).

Проведены следующие методы исследования: показатели общего и биохимического анализов крови (включая определение С-реактивного белка, малонового диальдегида, молочной и пировиноградной кислот), манжеточная проба, УЗИ и фистулография свищевого хода, ректороманоскопия, морфологическое изучение иссечённых копчиковых ходов и кожно-подкожного лоскута, рубцовых тканей.

Выбор оперативного вмешательства зависел от степени сложности ЭКХ, стадии и распространённости воспалительного процесса в окружающих тканях и наличия вторичных свищей.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием программы Statistica 10.0 (StatSoft, США). Соответствие выборки нормальному закону распределения определяли по критериям Колмогорова-Смирнова и Шапиро-Уилка. Количественные величины представлены в виде среднего значения и стандартной ошибки, для качественных показателей вычислялись проценты. Парные сравнения между независимыми группами по количественным показателям проводились по U-критерию

Манна-Уитни, по качественным показателям – по точному критерию Фишера. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Ближайшие результаты хирургического лечения больных основной и контрольной группы с рецидивными формами ЭКХ были изучены у всех 80 пациентов. В раннем послеоперационном периоде среди больных контрольной группы, где оперативное пособие выполнялось традиционно, с учётом только клинических данных, осложнения наблюдались у 14 (14/42, 33,3%) человек. Из 38 пациентов основной группы, где

придерживались дифференцированной хирургической тактики с применением разработанных и усовершенствованных методов хирургического и медикаментозного лечения, направленных на коррекцию эндотоксемии, гипоксии, оксидантного стресса и дисфункции эндотелия (рац. предложение № 3456/844 от 28.02.2022 г., выдано ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»), ранние послеоперационные осложнения отмечены у 5% больных.

Характер и частота ранних послеоперационных осложнений в раннем послеоперационном периоде у больных с рецидивными формами ЭКХ приведены на таблице 1.

Таблица 1

Частота и характер ранних послеоперационных осложнений в основной и контрольной группах у больных с рецидивными формами ЭКХ, абс (%)

Послеоперационные осложнения	Основная группа (n=38)	Контрольная группа (n=42)	p
Нагноение раны	2 (5,3%)	6 (14,3%)	>0,05
Инфильтрат	2 (5,3%)	2 (4,8%)	>0,05
Гематома	1 (2,6%)	0 (0,0%)	>0,05
Краевой абсцесс	0 (0,0%)	1 (2,4%)	>0,05
Несостоятельность раны	0 (0,0%)	5 (11,9%)	<0,05
Всего	5 (13,2%)	14 (33,3%)	<0,05

Для выявления характера ранних послеоперационных осложнений, наряду с объективными методами оценки состоя-

ния послеоперационной раны, проводили динамическое УЗИ- исследование (рис. 1, 2, 3).



Рис. 1. Нагноение послеоперационной раны



Рис. 2. Вид послеоперационной раны до (а) и после (б) удаления кожных швов



Комплексное УЗИ мягких тканей послеоперационной области (рац. предложение

№ 3455/R843 от 27.02.2022 г., выдано ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино» проводили

на 3-5 дни, при этом оценивали размеры их инфильтрации. На 3-и сутки после выполнения операционных вмешательств в период разгара местной воспалительной реакции у больных основной группы ширина зоны инфильтрации в среднем составляла $6,5 \pm 0,9$ мм, контрольной – $9,8 \pm 0,9$ мм ($p < 0,05$), что зависело от характера и методов выполнения оперативного пособия. Объём инфильтрата в основной группе составлял $10,3 \pm 1,03$ мм³, в контрольной группе – $16,7 \pm 0,9$ мм³ ($p < 0,05$).

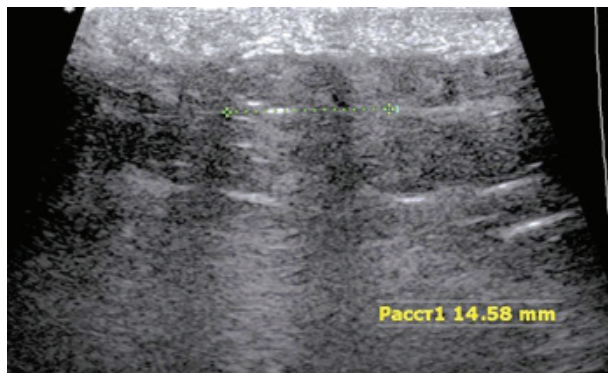


Рис. 3. Эхограмма. Послеоперационный период. Наличие инфильтрата в зоне операции

На 5-е сутки в период стихания воспалительного инфильтрата у пациентов основной группы ширина зоны инфильтрации мышечных тканей, уменьшалась и составляла – $5,5 \pm 0,9$ мм, в контрольной группе оставалась прежней – $10,3 \pm 1,15$ мм ($p < 0,05$). Объём инфильтрата у больных основной группы составил $9,9 \pm 1,1$ мм³, у пациентов контрольной группы – $17,5 \pm 0,9$ мм³ ($p < 0,05$).

Среди послеоперационных осложнений наиболее грозным у пациентов с рецидивными ЭКХ являлось нагноение, которое наблюдалось у 6 (75%) пациентов основной ($n=8$) группы. Оно встречалось после операции иссечения ЭКХ с прошиванием краёв ко дну и после операции по поводу нагноений ЭКХ. О развитии в ране нагноения можно было судить на 3-5 сутки после оперативного пособия: у больных отмечалось повышение температуры тела до фебрильных цифр, слабость, недомогание, усиление боли в ране, принимающей пульсирующий характер. Визуально можно было выявить гиперемию краёв раны, локальную гиперемию, гнойное отделяемое при ревизии зондом. Вышеуказанные признаки констатируют факт уже имеющегося нагноения послеоперационной раны крестцово-копчиковой области.

При комплексной диагностике нагноения раны крестцово-копчиковой области

всем пациентам снимались швы, выполнялась ревизия раны с последующей санацией растворами антисептиков и дальнейшим ведением вторичным натяжением. Нагноение инфильтратов отмечали в 4 случаях, что чаще отмечалось у пациентов с высокой конфигурацией ягодично-крестцово-копчиковой области. Послеоперационные гематомы, имеющие место в 2 наблюдениях, были связаны с техническими особенностями операции и характера гемостаза.

Наиболее частым ($n=5$) осложнением у пациентов контрольной группы являлась несостоятельность наложенных на рану швов с расхождением краев, до дна (рис. 4).



Рис. 4. Несостоятельность кожных швов вследствие натяжения (а), вследствие нагноения (б)

Несостоятельность швов вследствие натяжения характеризовалась тем, что послеоперационный период протекал без видимых осложнений вплоть до момента снятия швов: рана при перевязках вне воспаления, без выраженной экссудации или инфильтрации. Каких либо объективных причин, способных вызвать несостоятельность раны, установить не удалось. Чаще расхождение и некроз краев раны развиваются за счёт чрезмерного натяжения тканей при ушивании хирургического дефекта и, как следствие, нарушения кровообращения и репаративных процессов в них.

Наряду с вышеуказанными причинами расхождения швов вследствие нагноения раны является близкое расположение анального отверстия, а также попадание микроорганизмов на рану [1, 7, 4]. Необходимо отметить, что нагноение раны, расхождение краёв чаще всего развивались у пациентов с неблагоприятными особенностями течения – наличием гематом в

мышечных тканях, резистентными к терапии инфильтратами в послеоперационном периоде, а также при несоблюдении двигательного и охранительного режима, преждевременном сидении.

Заключение

В результате исследования выявлен ряд технических особенностей выполнения отдельных видов операции, влияющих на частоту развития ранних послеоперационных осложнений при хирургическом лечении

ЭЖХ и её рецидивов: недостаточность по длине и размерам лоскута, которые не могут обеспечить предотвращение натяжения тканей; недостаточная васкуляризация кожно-подкожных лоскутов создающая ишемию и благоприятные условия для развития инфекции; недостаточно качественный гемостаз и иссечение инфильтративных и воспалительных тканей; образование остаточных полостей при ушивании ран крестцово-копчиковой области после иссечения ЭЖХ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брежнев С.Г., Жданов А.И., Коротких Н.Н., Попов Р.В. Оптимизированная хирургическая тактика в лечении эпителиального копчикового хода // Колопроктология. - 2017. - № S3 (61). - С. 18.

2. Гулов М.К., Зубайдов Т.Н., Иброхимов Ю.Х. Совершенствование методов диагностики и хирургического лечения сложных форм эпителиального копчикового хода // Вестник Авиценны. - 2016. - № 4 (69). - С. 5-16.

3. Каторкин О.Е., Личман Л.А., Андреев П.С., Давыдова О.Е. Сравнительный анализ эффективности способов оперативного вмешательства у пациентов с эпителиальной копчиковой кистой // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. - 2017. - Т. 25, № 3. - С. 453-459.

4. Кахарова Р.А., Иброхимов Ю.Х., Бахриева З.С. Выбор тактики хирургического лечения пациентов с острым нагноением эпителиально-копчикового хода // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2020. - № 1. - С. 50-53

5. Киценко Ю.Е., Шлык Д.Д. Оценка эффективности применения мобилизованных фасциальных лоскутов больших ягодичных мышц для коррекции дефекта мягких тканей при хирургическом лечении эпителиального копчикового хода. // Российский медицинский журнал. - 2018. - Т. 24, № 5. - С. 233-236

6. Можанов Е.В., Карпучин О.Ю., Шакуров А.Ф., Зарипов Р.Р. Новый способ пластики межъягодичной складки в радикальном лечении эпителиального копчикового хода // Практическая медицина. - 2017. - № 6 (107). - С. 69-71.

7. Татьянченко В.К., Богданов В.Л., Красенков Ю.В. и др. Радикальное хирургическое лечение нагноившегося эпителиального копчикового хода // Колопроктология. - 2018. - № S2 (64). - С. 31.

8. Ходаков В.В., Забродин В.В., Забродин Е.В., Черников Л.Г. Новый кожно-пластический способ хирургического лечения эпителиального копчикового хода // Медицинский вестник МВД. - 2017. - Т.

tactics in the treatment of epithelial cody trucks]. *Koloproktologiya – Coloproctology*, 2017, No. S3 (61), pp. 18.

2. Gulov M.K., Zubaydov T.N., Ibrokhimov Yu.Kh. Sovershenstvovanie metodov diagnostiki i khirurgicheskogo lecheniya slozhnykh form epiteliynogo kopchikovogo khoda [Improving the methods of diagnosis and surgical treatment of complex forms of the epithelial coccygeal tract]. *Vestnik Avitsenny – Avicenna Bulletin*, 2016, No. 4 (69), pp. 5-16.

3. Katorkin O.E., Lichman L.A., Andreev P.S. Sravnitelnyy analiz effektivnosti sposobov operativnogo vmeshatelstva u patsientov s epiteliynoy kopchikovoy kistoy [Comparative analysis of the effectiveness of methods of surgical intervention in patients with epithelial pilonidal cyst]. *Rossiyskiy mediko-biologicheskiy vestnik im. akademika I.P. Pavlova – Russian Medical and Biological Bulletin of academician I.P. Pavlov*, 2017, Vol. 25, No. 3, pp. 453-459.

4. Kakharova R.A., Ibrokhimov Yu.Kh., Bakhrieva Z.S. Vybortaktiki khirurgicheskogo lecheniya patsientov s ostrym nagnoeniem epiteliyno-kopchikovogo khoda [Choice of surgical treatment tactics for patients with acute epithelial coccygeal passage]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdavoookhraniya – Herald of institute of postgraduate education in health sphere*, 2020, No. 1, pp. 50-53.

5. Kitsenko Yu.E., Shlyk D.D. Otsenka effektivnosti primeneniya mobilizovannykh fastsiyalnykh loskutov bolshikh yagodichnykh myshts dlya korrektsii defekta myagkikh tkaney pri khirurgicheskom lechenii epiteliynogo kopchikovogo khoda [Evaluation of the effectiveness of the use of mobilized fascial flaps of the gluteus maximus muscles for the correction of soft tissue defects in the surgical treatment of the epithelial coccygeal tract]. *Rossiyskiy meditsinskiy zhurnal – Russian Medical Journal*, 2018, Vol. 24, No. 5, pp. 233-236.

6. Mozhanov E.V., Karpukhin O.Yu., SHakurov A.F. Novyy sposob plastiki mezhyagodichnoy skladki v radikalnom lechenii epiteliynogo kopchikovogo khoda [A new method of plasty of the intergluteal fold in the radical treatment of epithelial coccygeal tract]. *Prakticheskaya meditsina – Practical Medicine*, 2017, No. 6 (107), pp. 69-71.

7. Tatyanchenko V.K., Bogdanov V.L., Krasenkov Yu.V. Radikalnoe khirurgicheskoe lechenie nagnoiivshegosya epiteliynogo kopchikovogo khoda [Radical surgical treatment

RESERENSES

1. 1. Brezhnev S.G., Zhdanov A.I., Korotkikh N.N. Optimizirovannaya khirurgicheskaya taktika v lechenii epiteliynogo kopchikovogo khoda [Optimized surgical

of festering epithelial coccygeal passage]. *Koloproktologiya – Coloproctology*, 2018, No. S2 (64), pp. 31.

8. Khodakov V.V., Zabrodin V.V., Zabrodin E.V. Novyy kozhno-plasticheskiy sposob khirurgicheskogo lecheniya epitelialnogo kopchikovogo khoda [New skin-plastic method of surgical treatment of epithelial coccygeal passage]. *Meditinskiy vestnik MVD - Medical bulletin of the MIA*, 2017.

Сведения об авторе:

Хайрова Гулнора Хотамбеговна – соискатель кафедры общей хирургии №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Контактная информация:

Хайрова Гулнора Хотамбеговна – тел.: (+992) 987 11 10 33; e-mail: gulkhayrova@gmail.com

¹Холов С.С., ²Шукурова С. М.

КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ БЕХЧЕТА

¹ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины»
МЗиСЗН РТ

²Кафедра терапии и кардиоревматологии ГОУ «Институт последипломного образования в
сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

¹Kholov S.S., ²Shukurova S.M,

CLINICAL AND DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH BEHCETS DISEASE

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

²Department of therapy and cardio-rheumatology of State Educational Establishment «Institute
of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»

Цель исследования. Представить демографическую, этническую характеристику и клинические фенотипы в дебюте болезни Бехчета (ББ).

Материал и методы. Проанализирована медицинская документация 62 стационарных пациентов с ББ (38 мужчин и 24 женщины), средний возраст – 35,2±10,2 года, медиана длительности ББ – 134,3 [60,0; 192,0] мес. (около 11 лет). Все пациенты соответствовали классификационным критериям Международной группы по изучению ББ (ISGBD) (1990) и Международным критериям ББ (ICBD) (2014). Критерии исключены - случаи простого афтозного стоматита; вирусные гепатиты В, С и ВИЧ-инфекция; туберкулез легких в анамнезе; беременность; вирусная или бактериальная инфекция.

Результаты. Среди пациентов с ББ преобладали мужчины 38 (61,3%), средний возраст 35,2±10,2 лет. Наиболее распространенными при этой патологии по этнической принадлежности были смешанные браки (между узбеками и таджиками) – 24 (38,7%). В целом, у 24% пациентов с ББ имела место отягощенность семейного анамнеза по аутоиммунным заболеваниям. Наиболее частыми клиническими проявлениями ББ в дебюте был рецидивирующий афтозный стоматит – 87,1%, поражение кожи – 51,6%, язвы гениталий – 14,5%, поражение глаз - 16,1%. Анализ информации о предшествующих болезни факторов выявил их наличие у 18 (29%) больных.

Заключение. Наиболее распространенной этнической принадлежностью ББ являются смешанные браки (между таджиками и узбеками). Хотя этиология болезни остается неясной, но у пациентов с ББ имела отягощенность семейного анамнеза по аутоиммунным заболеваниям. В среднем, ББ дебютировала в 22 года. Клинические проявления в дебюте болезни разнообразные, их фенотип и частота находятся в прямой зависимости от региона, возраста и пола.

Ключевые слова: болезнь Бехчета (ББ), фенотипы, афтозный стоматит, увеит

Aim. To present demographic, ethnic characteristics and clinical phenotypes in the onset of BD

Materials and research methods. The medical records of 62 inpatients with BD (38 men and 24 women) were analyzed, the mean age was 35,2±10,2 years, the median duration of BD was 134,3 [60,0; 192,0] months (about 11 years). All patients met the classification criteria of the International Group for the Study of BD (ISGBD) (1990) and the International Criteria for BD (ICBD) (2014). Exclusion criteria - cases of simple aphthous stomatitis; viral hepatitis B, C and HIV infection; history of pulmonary tuberculosis; pregnancy; viral or bacterial infection.

Results. Among patients with BD, 38 (61,3%) men predominated, mean age 35,2±10,2. The most common ethnicity among patients was mixed marriages (Uzbeks + Tajiks) - 24 (38,7%). Overall, 24% of patients with BD had a family history of autoimmune diseases. The most frequent clinical manifestations of BD in the debut were recurrent aphthous

stomatitis – 87,1%; skin lesions – 51,6%; genital ulcers – 14,5%; eye damage 16,1%. Analysis of information about the factors preceding the disease revealed in 18 (29%) patients.

Conclusion. Thus, the most common ethnicity is mixed marriages (Tajiks + Uzbeks). Although the etiology of the disease remains unclear, patients with BD have a high family history of autoimmune disease. Clinical manifestations in the debut of the disease are diverse and their phenotype, frequency is directly dependent on the region, age and gender.

Key words: Behçet's disease (BD), phenotypes, aphthous stomatitis, uveitis

Актуальность

Болезнь Бехчета (ББ) – мультисистемное васкулитное заболевание неизвестной этиологии, которое поражает мелкие и крупные сосуды, поражает как вены, так и артерии и характеризуется неспецифическим воспалительным процессом кровеносных сосудов [1, 2]. Hulusi Behçet впервые описал рецидивирующие поражения полости рта/гениталий и увеит с гипопионом в 1937 году в «Dermatologische Wochenschrift». Фейгенбаум сообщил, что синдром Бехчета впервые был описан Гиппократом [6]. ББ зарегистрирована во всем мире, но ее распространенность особенно высока на Ближнем Востоке, Дальнем Востоке и в Средиземноморье. ББ также называют «болезнью шелкового пути», что подтверждает тот факт, что на этом древнем маршруте зарегистрирован самый высокий уровень заболеваемости ББ. Самая высокая распространенность ББ наблюдается в Турции, за ней следуют Иран, Саудовская Аравия, Ирак, Израиль, северный Китай [7, 9].

На сегодняшний день этиопатогенез заболевания остается малоизученным. Хотя причина неизвестна, наблюдается сильная корреляция с человеческими лейкоцитарными антигенами, в частности с HLA-B51 [7]. Недавние открытия моногенных заболеваний, имеющих общие черты с ББ, убедительно указывают на важную роль дисрегулируемой активации врожденного иммунитета из-за мутаций в аутовоспалительных каскадах, таких как путь NF- κ B, в семейных и полигенных случаях ББ. Также задействована активация пути JAK/STAT, связанного с полиморфизмом IFNGR1 и провоспалительной цитокиновой средой (ИЛ-6, ИЛ-17), приводящей к активации Th1/Th17 [7, 8].

Классический синдром характеризуется рецидивирующими оральными афтами (основным и наиболее часто повторяющимся симптомом), генитальными язвами, различными поражениями кожи, артритом, увеитом и тромбофлебитом [1, 5, 9]. Более того, разные клинические проявления могут проявляться по отдельности или сосуществовать у одного и того же пациента, а другие зарегистрированные симптомы касаются поражения желудочно-кишечного тракта и

центральной нервной системы (ЦНС). Неврологическое поражение, которое обычно обозначается как нейро-болезнь Бехчета (НББ), является одной из основных причин долгосрочной заболеваемости и смертности при синдроме Бехчета [2, 3, 4, 5]. Клиническое течение обычно следует рецидивирующе-ремиттирующему течению с неоднородными клиническими проявлениями. Несмотря на обширные исследования, посвященные основным механизмам ББ, науке еще предстоит пройти долгий путь, чтобы понять сложность ББ.

Таджикистан – исторически сложившаяся часть древнего Великого шелкового пути, по сути, является эндемичной в отношении ББ территорией. Известно, что сведения об истинной распространенности ББ, особенностях клинического течения можно получить только на основании специально организованных эпидемиологических исследований, в которых применяется либо поголовный осмотр, либо анкетирование репрезентативных групп с последующим обследованием выделенных контингентов населения. Однако таких многоцентровых исследований в РТ не проводилось. Представленные ниже данные основаны на оценке болезни по обращаемости, поэтому они не отражают точного состояния заболеваемости по республике, тем не менее, их анализ демонстрирует картину, отражающую многоликость клинической симптоматики.

Таким образом, несмотря на многолетний период накопления знаний о ББ, до сих пор остается множество нерешенных, спорных вопросов и поиск путей их решения, безусловно, является актуальным для современной медицины. Оценка клинических фенотипов и состояние иммунных изменений ББ в популяции Таджикистана позволит внести определенный вклад в совершенствование диагностических методов и лечебных подходов в тактике ведения данной категории больных, что, в свою очередь, может обеспечить положительную динамику заболевания и улучшение прогноза.

Цель исследования

Представить демографическую, этническую характеристику и клинические фенотипы в дебюте болезни Бехчета.

Материал и методы исследования

Материалом для исследования послужила медицинская документация 62 пациентов с ББ (38 мужчин и 24 женщин), наблюдавшихся в условиях ревматологического отделения НМЦ «Шифобахш» с 2015-2022 гг. и часть амбулаторно с 2017 по 2022 г., средний возраст – 35,2±10,2 года, медиана длительности ББ – 134,3 [60,0; 192,0] мес. (около 11 лет).

Критерии исключения:

1. случаи простого афтозного стоматита;

2. вирусные гепатиты В, С и ВИЧ-инфекция;
3. туберкулез легких в анамнезе;
4. беременность;
5. вирусная или бактериальная инфекции.

Демографические данные и клинические особенности пациентов были зарегистрированы путем просмотра медицинских карт.

Все пациенты соответствовали классификационным критериям Международной группы по изучению ББ (ISGBD) 1990г. и Международным критериям ББ (ICBD) 2014 г.

Таблица 1

Международные критерии для системы оценки ББ

Признак / Симптом	Баллы
Глазные поражения	2
Генитальный афтоз	2
Оральный афтоз	2
Поражения кожи	1
Неврологические проявления	1
Сосудистые проявления	1
Положительный тест на патергию	1

Результаты и их обсуждение

Таджикистан - горная страна с резко континентальным климатом, общей площадью 143,100 кв. км, 93% территории занимают горы, долины и равнины – лишь 7%. Населе-

ние на 2022 г. – 10 млн. человек. Прирост населения за 10 лет – 23%, город – 26,5% и сельское население - 73,5%, Средний возраст населения – 22,5 лет, до 30 лет - 70%. Этнический состав республики представлен в рисунке 1.

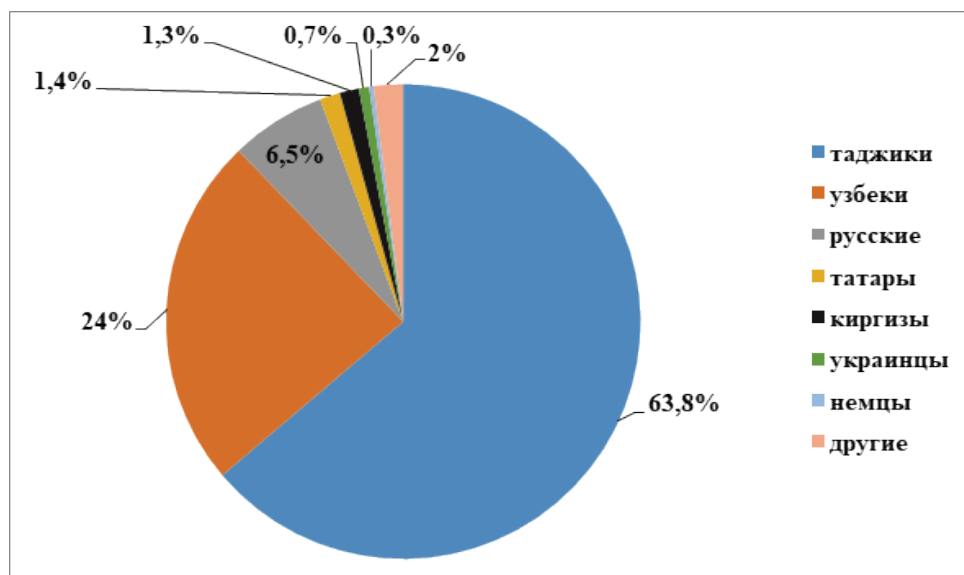


Рис. 1. Этнический состав РТ

Различные клинические проявления и частота ББ различаются в зависимости от региона. Было обнаружено, что пато-

логия имеет отчетливое географическое распространение вдоль так называемого «Шелкового пути», от Средиземноморья до

Дальнего Востока, и более распространена в Турции, Ираке и Израиле, чем в других частях земного шара (Великобритания, Испания, Франция и США). Более того, даже некоторые клинические проявления демонстрируют региональные различия (например, поражения желудочно-кишечного тракта чаще описывается на Дальнем Востоке, но реже в Турции). Также известно, что распространенность ББ снижается с юга на север.

Интересные данные получены при анализе этнической принадлежности обследуемых нами больных с ББ. Наиболее распространенной этнической принадлежностью среди пациентов были смешанными (узбеки+таджики) – 24 (38,7%), за ним следовали узбеки – 17 (27,4%), таджики – 15 (24,2%), афганцы – 3 (4,8%) и арабы – 1 (1,6%). Другие национальности составляли 2 (3,2%).

Хотя этиология болезни остается неясной, считается, что генетические факторы способствуют возникновению и прогрессированию ББ. Сегодня существует обновленный взгляд на генетический ландшафт и архитектуру ББ. Решительно поддерживается вклад генетических факторов в патогенез ББ. В начале 1970-х было сообщено об идентификации области человеческого лейкоцитарного антигена (HLA) как первой генетической области восприимчивости к болезни Бехчета. Спустя пятьдесят лет сложная задача разгадки генетической архитектуры ББ все еще продолжается.

В связи с вышеизложенным мы сочли необходимым оценить наследственность Бехчета и других ревматических заболеваний путем сбора анамнеза пациентов. Отягощенность семейного анамнеза у больных с ББ представлена на рисунке 2.

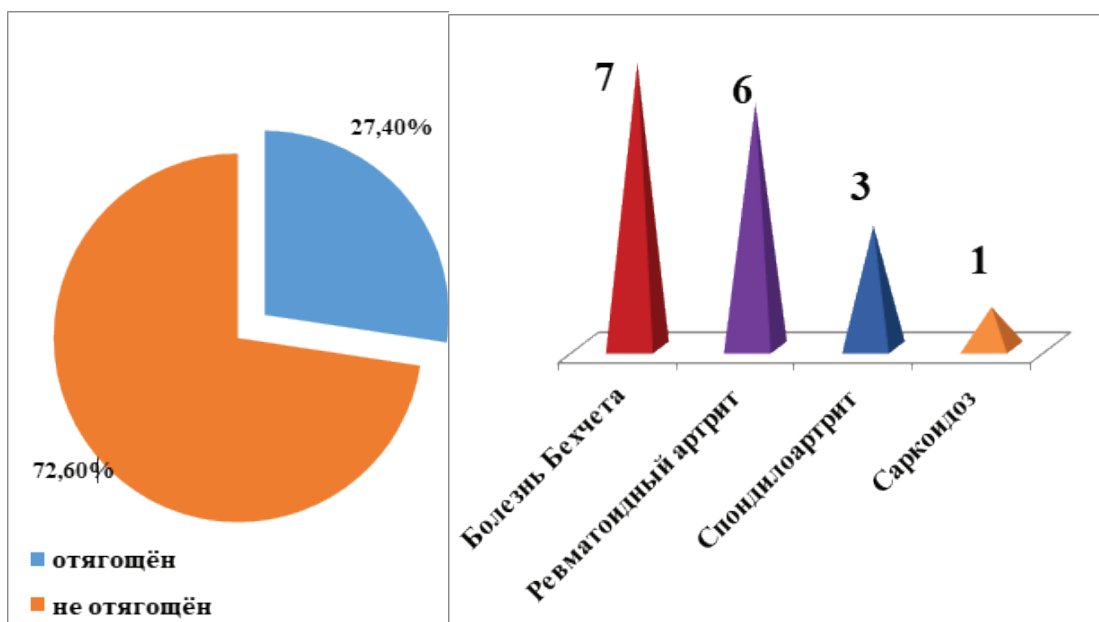


Рис. 2. Анализ семейной отягощённости пациентов с ББ по аутоиммунным заболеваниям

В целом, у 17 (27,4%) пациентов с ББ имела отягощенность семейного анамнеза по аутоиммунным заболеваниям. Анализ родословной выявил 7 родственников со схожими симптомами. У двоих больных брат и отец имеют признаки поражения глаз (у отца слепота). У одной больной дядя страдает рецидивирующими язвами во рту и он умер от рака носоглотки. Ревматоидный артрит и спондиллоартрит имелись в анамнезе у родственников у 6 и 3 пациентов соответственно, саркоидоз в анамнезе - у 1.

Клинические проявления ББ неоднородны и могут поражать практически все системы и

органы. Впервые ББ был описан как дерматологическое заболевание, при этом кожно-слизистые поражения являются его отличительными признаками. Однако глазные, сердечно-сосудистые, суставные, неврологические и желудочно-кишечные проявления также распространены и могут присутствовать одновременно или нет, что усложняет постановку диагноза. Клинические проявления в дебюте болезни разнообразны и их фенотип, частота находятся в прямой зависимости от региона, возраста и пола. Согласно задачам исследования, мы провели анализ первых признаков в изучаемой когорте (рис. 3).

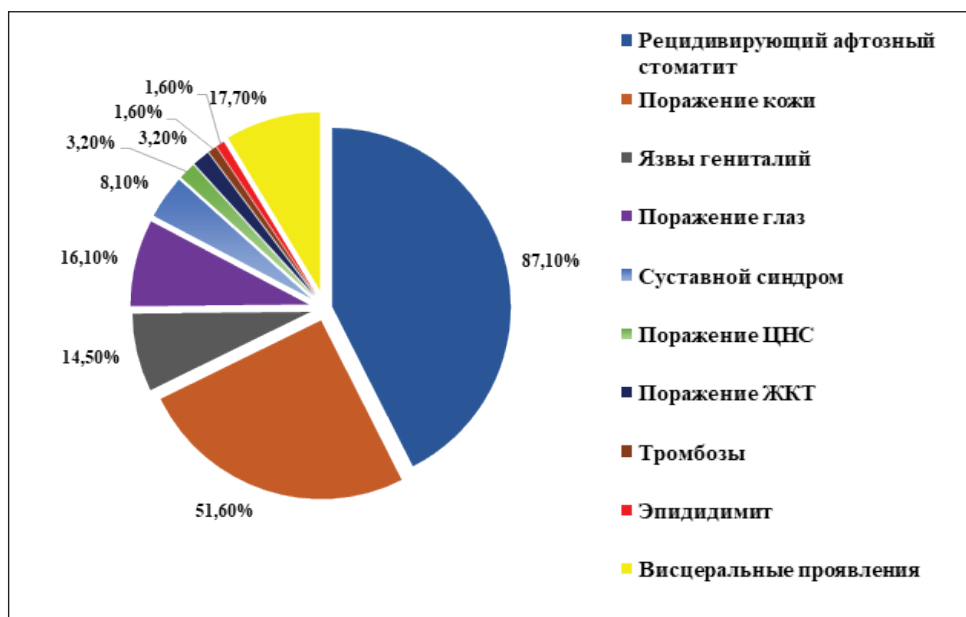


Рис. 3. Частота клинических проявлений ББ в дебюте

Как видно из данных рисунка, наиболее частыми клиническими проявлениями ББ в дебюте является рецидивирующий афтозный стоматит – 87,1%; поражение кожи – 51,6%; язвы гениталий – 14,5%; поражение глаз 16,1%. Такие клинические проявления, как суставной

синдром – 8,1%; поражение ЦНС – 3,2%; ЖКТ – 3,2%; тромбозы – 1,6%; эпидидимит – 1,6% встречались реже. У 17,7% больных висцеральные проявления ББ имелись уже в самом начале.

Возрастная характеристика дебюта ББ представлена в таблице 2.

Таблица 2

Возраст дебюта ББ

Возраст дебюта	с ББ (n=62)	
	abs	%
До 16 лет	8	12,9
От 16 до 21	14	22,6
От 21 до 30	34	54,8
После 30 лет	6	9,7

В среднем, ББ дебютировала в 22 года: до 16 лет - у 8 (12,9%), от 16 до 21 года – у 14 (22,6%), 21-30 лет – у 34 (54,8%), после 30 лет – у 6 (9,7%) пациентов.

Для формирования развернутой картины, позволяющей с уверенностью поставить

диагноз ББ, требовалось в среднем 7,3 года и только у 9 (14,5%) больных в течение 1 года развилась полная клиническая картина.

Анализ информации факторов риска выявил, что у 18 (29%) больных они предшествовали болезни (табл. 3).

Таблица 3

Анализ выявленных предшествующих болезни факторов риска ББ (n=18)

Факторы	n=18	
	abs	%
Ангины	6	33,3
Стрессовые ситуации	3	16,7
Переохлаждение	4	22,2
Стоматологическое вмешательство	3	16,7
Herpes labialis	2	11,1

Как видно из данных таблицы, анализ предшествующих болезни факторов из 18 (29%) у 6 (33,3%) выявлено в анамнезе частые ангины, у 3 (16,7%) - стрессовые ситуации, у 4 (22,2%) - переохлаждения, у 3 (16,7%) - стоматологическое вмешательство, у 2 (11,1%) – herpes labialis. Другие больные не могли назвать причины, предшествовавшие ББ.

Заключение

Демографическая и этническая характеристика ББ в популяции Таджикистана выявила ряд особенностей. Из 62 обследованных пациентов мужчины составили 61,3%, средний возраст 35,2 лет. Наиболее распространенной этнической принадлежностью среди пациентов были смешанные браки (узбеки+таджики) с отягощённым семейным анамнезом по ревматическим заболеваниям - у 27,4% пациентов с ББ. В среднем, ББ дебютировала в 22 года и почти 34 (54,8%) (каждый

второй) больной находился в возрастной категории 21-30 лет, а для формирования развернутой клинической картины требовалось в среднем 7,3 года.

Клинические проявления ББ неоднородны и могут поражать практически все системы и органы. Наиболее частыми клиническими проявлениями ББ в дебюте является рецидивирующий афтозный стоматит – 87,1%; поражение кожи – 51,6%; язвы гениталий – 14,5%; поражение глаз 16,1%. А такие клинические проявления как суставной синдром – 8,1%; поражение ЦНС – 3,2%; ЖКТ – 3,2%; тромбозы – 1,6%; эпидидимит – 1,6% встречались реже. У 17,7% больных висцеральные проявления ББ имелись уже в самом начале.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 4-9 см. в REFERENCES)

1. Алекберова З.С., Лисицына Т.А., Голоева Р.Г., Давыдова Г.А. Болезнь Бехчета: клинко-гендерные ассоциации // Современная ревматология. 2019. Т. 13, № 2. С. 84-89.
2. Лисицына Т.А., Алекберова З.С., Голоева Р.Г., Давыдова Г.А. Болезнь Бехчета: клинические проявления, современные принципы диагностики и терапии // Научно-практическая ревматология. 2019. Т.57, № 5. С. 553-563.
3. Шукурова С.М., Махсудова М.Х. Поражение нервной системы при болезни Бехчета // РМЖ. 2017. №7. С. 457-461.

RESERENSES

1. Alekberova Z.S., Lisitsyna T.A., Goloeva R.G., Davydova G.A. Bolezn Bekhcheta: kliniko-gendernye assotsiatsii [Behçet's disease: clinical and gender associations]. *Sovremennaya revmatologiya – Modern rheumatology*, 2019, Vol. 13, No. 2, pp. 84-89.
2. Lisitsyna T.A., Alekberova Z.S., Goloeva R.G. Bolezn Bekhcheta: klinicheskie proyavleniya, sovremennye printsipy diagnostiki i terapii [Behçet's disease: clinical manifestations, modern principles of diagnosis and therapy]. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya – Journal of Scientific and Practical Rheumatology*, 2019, Vol. 57, No. 5, pp. 553-563.
3. Shukurova S.M., Makhsudova M.Kh. Porazhenie nervnoy sistemy pri bolezni Bekhcheta [Damage to the nervous system in Behçet's disease]. *RMZh – Russian Medical Journal*, 2017, No. 7, pp. 457-461.

4. Caruso P, Moretti R. Focus on neuro-Behçet's disease: A review. *Neurology of India*, 2018, Vol. 66, No. 6, pp. 1619-1628.
5. Emmi G., Bettiol A., Silvestri E. Vascular Behçet's syndrome: an update. *Internal and Emergency Medicine*, 2019, No. 14, pp. 645-52.
6. Feigenbaum A. Description of Behçet's syndrome in the Hippocratic third book of endemic diseases. *British Journal of Ophthalmology*, 1956, No. 40, pp. 355-7.
7. Leccese P., Alpsy E. Behçet's Disease: An Overview of Etiopathogenesis. *Frontiers in Immunology*, 2019, No. 10, pp. 1-8.
8. Mattioli I., Bettiol A., Saruhan-Direskeneli G. Pathogenesis of Behçet's Syndrome: Genetic, Environmental and Immunological Factors. *Frontries Medicine*, 2021, No. 8, pp. 713052.
9. Yazici H., Seyahi E., Hatemi G., Yazici Y. Behçet syndrome: A contemporary view. *Nature Reviews Rheumatology*, 2018, No. 14, pp. 119.

Сведения об авторах:

Шукурова Сурайё Максудовна – зав. кафедрой терапии и кардиоревматологии ИПОвСЗ РТ, член-корр. НАНТ, д.м.н., профессор
Холов Сайфиддин Сайфуллоевич – зав. ревматологическим отделением НМИЦ “Шифобахи”

Контактная информация:

Шукурова Сурайё Максудовна – тел.: (+992) 93 422 03 03; e-mail: s_shukurova@mail.ru

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

© Дж.С. Обидов, 2022

УДК 616-06

^{1,2}Обидов Дж.С.

ЛЕЧЕНИЕ ДИФФУЗНОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

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

²ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН РТ

^{1,2}Obidov Dz.h.S.

TREATMENT OF DIFFUSE 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

В статье представлены результаты анализа данных современной мировой литературы о возможности лечения диффузных форм рака молочной железы. Доказано, что диффузный рак молочной железы изначально носит системный характер. Основным методом лечения является лекарственный и лучевая терапия. Хирургический метод носит паллиативный характер, производится, в основном, с целью избавления больной от кровоточащей язвы и улучшения качества жизни. Радикальная мастэктомия при отсутствии отдаленных метастазов или изолированных метастазов в скелет продлевает жизнь и улучшает её качество. Имеются отдельные сообщения о расширенной модифицированной мастэктомии с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки перемещенными кожно-мышечными лоскутами.

Ключевые слова: злокачественные опухоли, диффузный рак молочной железы, лечение, расширенная модифицированная мастэктомия

The article presents the results of the analysis of the data of modern world literature on the possibility of treating diffuse forms of breast cancer. It has been proven that diffuse breast cancer is initially systemic. The main method of treatment is drug and radiation therapy. The surgical method is palliative in nature, it is performed mainly with the aim of ridding the patient of a bleeding ulcer and improving the quality of life. Radical mastectomy in the absence of distant metastases or isolated skeletal metastases prolongs life and improves its quality. There are separate reports of an extended modified mastectomy with the closure of a soft tissue defect of the chest wall with displaced musculocutaneous flaps.

Key words: malignant tumors, diffuse breast cancer, treatment, extended modified mastectomy

Актуальность

Местно распространенный рак молочной железы (МР РМЖ) входит в клиническую группу первично-неоперабельных форм данной патологии. Подавляющее большинство больных этой группы признаны исходно неоперабельными. По современным онкологическим принципам, их лечение должно начинаться с неoadъювантной лекарственной терапии, целью которой прежде всего яв-

ляется перевод неоперабельной опухоли в операбельную. При эффективной неoadъювантной лекарственной терапии производится хирургическое вмешательство и лучевая терапия, после чего выполняется адъювантная системная терапия. По сообщениям авторов, такой подход позволяет существенно улучшить результаты лечения МР РМЖ, и пятилетняя безрецидивная выживаемость у больных этой группы превышает 50% [18, 20].

РМЖ признан как гетерогенная опухоль. В настоящее время с учетом биологических характеристик опухоли, определяемых при помощи иммуногистохимического (ИГХ) исследования, различают гормоночувствительный РМЖ (положительный по рецепторам эстрогена и/или прогестерона), HER2-положительный тип РМЖ (опухоль с гиперэкспрессией белка HER2) и трижды негативный РМЖ - отрицательный как по содержанию рецепторов стероидных гормонов, так и по экспрессии HER2. Исходя из приведенных признаков различают следующие молекулярные подтипы РМЖ: люминальный А, люминальный В, HER2-позитивный, люминальный В, HER2-негативный, нелюминальный тип HER2-позитивный и трижды негативный рак молочной железы [6, 14, 21]. Однако существует неполное соответствие клинических групп, определяемых с помощью ИГХ исследования, и молекулярно-биологических подтипов РМЖ, определяемых с помощью молекулярно-генетического профилирования. ИГХ исследование ткани опухоли является суррогатным методом биологической характеристики РМЖ.

Для люминального А-подтипа РМЖ характерно высокое содержание рецепторов эстрогенов и прогестерона, отсутствие признаков гиперэкспрессии/амплификации HER2 и низкий индекс пролиферативной активности Ki-67 ($< 15\%$). Эта опухоль по степени дифференцировки является высокодифференцированной с низкой степенью злокачественности (Grade 1).

Для опухоли люминального В-подтипа характерны более низкие показатели рецепторов стероидных гормонов, с высоким индексом Ki-67 > 15 , более высокая степень злокачественности (Grade 2–3) и способность экспрессировать HER2. Опухоли с отрицательными рецепторами стероидных гормонов и гиперэкспрессией HER2 относятся к HER2-позитивному (HER2-обогащенному) подтипу.

Базальноподобный РМЖ входит в группу трижды негативного РМЖ, характеризуется экспрессией базальных цитокератинов (2/6, 17), экспрессией рецепторов эпидермального фактора роста (EGFR), высоким индексом Ki-67. Это низкодифференцированная опухоль с высокой степенью злокачественности (Grade 2–3). Базальноподобный и клаудинодефицитный подтипы составляют около 80% клинической группы трижды негативного рака молочной железы. По биологическим характеристикам все перечисленные типы рака молочной железы характеризуются раз-

ной чувствительностью к гормонотерапии и химиотерапевтическим воздействиям, в связи с чем необходимы различные терапевтические подходы.

На современном этапе комплексное лечение МР РМЖ учитывает биологическую характеристику опухоли. У больных с опухолями люминального А-типа, где имеется высокое содержание рецепторов стероидных гормонов, особенно в менопаузальном периоде, возможно назначение неoadъювантной гормонотерапии. По результатам исследований, проведенных в последние годы, у больных в менопаузальном периоде с эстрогенположительными рецепторами применение ингибиторов ароматазы или антиэстрогенов в неoadъювантном режиме позволяет перевести неоперабельную опухоль в операбельное состояние, при этом эффективность гормонотерапии не уступает эффективности химиотерапии при лучшей переносимости [16, 17].

Исходя из вышеизложенного, на момент выявления местно-распространенной опухоли МЖ, удалять первичную опухоль обычно не рекомендуется. Тем не менее, в некоторых случаях, когда имеет место язва с активным кровотечением, распадающаяся опухоль с кровотечением и зловонным запахом, выполняется санационная мастэктомия. Даже при диссеминированном РМЖ выполняется мастэктомия. В ряде исследований получены доказательства того, что у больных с впервые установленным ДРМЖ с ECOG 0-1 хирургическое лечение в объеме радикальной резекции и радикальной мастэктомии увеличивает общую выживаемость и выживаемость без прогрессирования. Положительные результаты получены при изолированном поражении одного органа, при количестве отдаленных метастазов от одного до трех и люминальном А подтипе опухоли. Выявлено достоверное преимущество в выживаемости больных, которым операция выполнена после неoadъювантной системной терапии с достижением частичной регрессии опухоли. Спланированные проспективные исследования будут продолжены, по результатам которых можно будет пересмотреть мнение о целесообразности удаления первичной опухоли в комплексном лечении больных диссеминированным и МР РМЖ. По мнению исследователей, цель удаления первичного очага при диссеминированном и МР РМЖ являются борьба с местными осложнениями (распад опухоли, кровотечение) и локальный контроль первичной опухоли [5, 13]. За последнее десятилетие опубликовано

достаточное количество статей, свидетельствующих об обоснованности мастэктомии у больных первично-диссеминированным раком молочной железы (ПДРМЖ). Показано, что удаление первичной опухоли наряду с системной терапией достоверно увеличивает общую выживаемость и выживаемость без прогрессирования [5].

подавляющее большинство авторов считают, что в поздних стадиях, при применении комплексной терапии операция является важнейшим звеном лечения РМЖ [5].

Неoadьювантное системное лекарственное лечение при генерализованной форме и МР РМЖ является обязательным компонентом. При крупных размерах операбельного рака для проведения в последующем органосохраняющих операций также рекомендуется неoadьювантная лекарственная терапия [2, 12, 18, 20].

Предоперационная, или неoadьювантная, терапия, использовавшаяся первоначально при МР РМЖ, всё чаще применяется у больных с операбельными опухолями, что позволяет все чаще выполнять органосохраняющие операции. Необходимо, конечно, принимать во внимание и другие дополнительные признаки, включая возраст, статус пациента и наличие сопутствующих заболеваний [2, 12].

При первично-операбельном раке и при некоторых формах МР РМЖ основной целью сохранения молочной железы является достижение хорошего косметического результата, а при диффузном РМЖ это невыполнимо.

В последние десятилетия наряду с традиционными эффективно применяются новые группы химиопрепаратов (антрациклины, таксаны, таргетные препараты), алкилирующие препараты (производные платины), антиметаболиты (гемзар, кселода), винкаалкалоиды (навельбин) [1].

Известно, что одним из основных принципов химиотерапии злокачественных опухолей является создание высокой концентрации препарата в зоне опухоли при минимальном повреждающем действии этих препаратов на здоровые клетки и ткани организма. Доказано, что чем больше концентрация препарата, тем скорее можно ожидать уменьшения массы и объема новообразования и регионарных метастазов, переводить нерезектабельные опухоли в резектабельные.

Поэтому при местно-распространенном раке различных органов изучены возможности регионарной внутриартериальной

полихимиотерапии, направленной на внутриартериальную доставку цитостатиков в зону поражения [3, 9, 10].

Эффективность внутриартериальной полихимиотерапии у больных МР РМЖ III стадии подтверждена в ряде исследований [4, 19].

В нашей клинике широко применяется ретроградная эндолимфатическая химиотерапия запущенных стадий РМЖ. Проведение ретроградной эндолимфатической полихимиотерапии с применением схем CMFV и CMF обеспечила регрессию опухоли и её метастазов в 60% наблюдений, что позволило прооперировать 67 (39,9%) пациенток.

При МР РМЖ основная цель комплексного лечения - это превращение неоперабельной опухоли в операбельную, а также воздействие на возможные субклинические метастазы. Общепринятой стратегией комплексного лечения является проведение неoadьювантной химиолучевой терапии с последующей операцией или продолжением лучевой терапии и курсами адьювантной химио- и гормонотерапии [11, 15].

Самостоятельное хирургическое лечение больных МР РМЖ обеспечивает пятилетнюю выживаемость только у 27-30%. Использование предоперационной химиотерапии в комбинации с операцией и лучевой терапией позволяет достичь 40-80% пятилетней выживаемости. Эти показатели вынуждают разрабатывать более эффективные методы лечения больных МР РМЖ.

Целенаправленное и эффективное применение лекарственной терапии и лучевого лечения дают возможность достигать полного клинического эффекта. Однако МР РМЖ, особенно диффузная его форма, является не только системной болезнью, но всегда имеет ярко выраженную способность к местному рецидивированию. В связи с этим применение хирургического метода в комплексной терапии необходимо, хотя зачастую она носит паллиативный характер.

Оперативное лечение диффузного РМЖ может проводиться простой мастэктомией с лимфодиссекцией, радикальной мастэктомией по Холстеду, модифицированной радикальной мастэктомией и сочетанием этих операций с различными вариантами первичной реконструкции.

Показаниями к радикальной мастэктомии по Холстеду могут быть прямое распространение опухоли на большую грудную мышцу и поражение лимфатических узлов Роттера (по задней поверхности большой грудной мышцы).

Паллиативные мастэктомии выполняются по жизненным показаниям при кровотечении из распадающейся опухоли. При наличии изъязвленных опухолей паллиативная мастэктомия может быть проведена с целью повышения качества жизни пациентки. Однако, паллиативная мастэктомия, по возможности, должна иметь все признаки радикальной операции.

При диффузных формах РМЖ зачастую процесс переходит за пределы молочной железы – на кожу и мягкие ткани грудной стенки в виде инфильтрации и сателлитов. В таких случаях объем выполняемых операций значительно превышает объемы традиционных мастэктомий. Авторы, проводившие такие операции, называют их сверхрадикальными мастэктомиями или расширенными модифицированными мастэктомиями [8].

Использование пластики кожно-мышечными лоскутами позволяет хирургу соблюдать принципы онкологического радикализма с достаточным запасом непораженных тканей, избавить больных от обширных язв со зловонным запахом и интоксикацией, а также полученный удовлетворительный косметический результат может положительно

влиять на физическое, психологическое состояние и качество жизни пациенток.

Широкое внедрение органосохранных операций с применением реконструктивных вмешательств при РМЖ в конце 70-х начале 80-х годов обосновано тем, что увеличилось число больных с ранними стадиями, в арсенале онкологов появились эффективные лекарственные препараты, расширились возможности лучевой терапии [7].

В настоящее время методы реконструкции с применением торакодорзального лоскута и нижнеабдоминального горизонтального лоскута на прямой мышце живота стали широко использоваться при паллиативных операциях по поводу МР РМЖ для максимального продления жизни и улучшения ее качества [8].

Таким образом, лечение больных с диффузными формами РМЖ до сих пор остается актуальной проблемой клинической онкологии. Так называемые «расширенные радикальные мастэктомии» с закрытием дефекта кожи передней грудной стенки при диффузных формах РМЖ носят паллиативный характер, направлены на максимальное продление жизни и улучшение её качества.

ЛИТЕРАТУРА (пп. 14-21 см. в REFERENCES)

1. Артамонова Е.В. и др. Как достичь баланса между эффективностью лечения и качеством жизни пациента с метастатическим раком молочной железы. // Медицинское обозрение. 2022. Т. 6, № 6. С. 326–333. DOI: 10.32364/2587-6821-2022-6-6-326-333
2. Воротников В.В. и др. Роль неоадьювантной гормонотерапии в лечении рака молочной железы: что мы знаем на данный момент? // Креативная хирургия и онкология. 2022; Т. 12, № 3, С. 199–204.
3. Ганцев Ш.Х., Умарова К.Р., Арыбжанов Д.Т. Внутриаартериальная химиотерапия рака молочной железы // Креативная хирургия и онкология. 2017. Т. 7, № 3. С. 25-29
4. Зирияходжаев А.Д. и др. Внутриаартериальная предоперационная химиотерапия местнораспространенного рака молочной железы // Исследования и практика в медицине. 2015. Т. 2, №3. С. 64-68. DOI: 10.17709/2409-2231-2015-2-3-64-68
5. Зирияходжаев А.Д., Болотина Л.В., Сухотько А.С. Хирургическое удаление первичной опухоли в составе комплексного лечения у больных раком молочной железы IV стадии // Сибирский онкологический журнал. 2015. Т. 15, № 1. С. 19–25
6. Игнатова Е.О. et al. Эффективность и токсичность альтернирующего многокомпонентного режима неоадьювантной химиотерапии местнораспространенного рака молочной железы с тройным негативным фенотипом // Злокачественные опухоли. 2017. Т. 7, № 4. С. 29-40

7. Каширина Е.П. Комаров Р.Н., Вычужанин Д.В. Хирургическое лечение рака молочной железы. Историческое развитие и современная картина (обзор литературы) // Креативная хирургия и онкология. 2021. Т. 11, № 3. С. 220–227.
8. Мазаева Б.А., Кукушкина Л.Б., Стойко Ю.М. Реконструктивно-пластическое закрытие обширного дефекта грудной клетки после радикальной мастэктомии справа по поводу рака правой молочной железы Т4N2M1 // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. 2017. Т. 12, № 1. С. 111-112
9. Одинцова С.В. и др. Роль регионарной химиотерапии в комбинированном лечении воспалительной формы рака молочной железы // Российский биотерапевтический журнал. 2016. Т. 15, № 1. С. 80
10. Седаков И.Е. и др. Внутриаартериальная химиотерапия рака молочной железы: от первого введения до наших дней // Новообразование (Neoplasm). 2022. Т. 14, № 2 (37). С. 72-77
11. Смоланка И.И. и др. Эффективность применения неоадьювантной химиотерапии в комбинации с магнитотермией в комплексном лечении пациентов с местнораспространенным раком молочной железы // Евразийский онкологический журнал. 2018. Т. 6, № 2. С. 577-586
12. Фоменко Ю.М. Нурсеитова Р.А. Неоадьювантная химиотерапия местнораспространенного рака молочной железы // Медицина и экология, 2016. № 4. С. 29-37

13. Яскевич В.В. Применение паравerteбральной блокады при выполнении паллиативной мастэктомии // Проблемы здоровья и экологии. 2016. № 1 (47). С. 84-86

RESERENSES

1. Artamonova E.V. Kak dostich balansa mezhdru effektivnostyu lecheniya i kachestvom zhizni patsienta s metasticheskim rakom molochnoy zhelezy [How to achieve balance between the efficacy of breast cancer treatment and the quality of life]. *Meditsinskoe obozrenie - Russian Medical Inquiry*, 2022, Vol. 6, No. 6, pp. 326-333.

2. Vorotnikov V.V. Rol neoadyuvantnoy gormonoterapii v lechenii raka molochnoy zhelezy: chto my znaem na dannyi moment? [Preoperative Hormone Therapy in the Treatment of Breast Cancer: What Do We Know So Far?]. *Kreativnaya khirurgiya i onkologiya - Creative surgery and oncology*, 2022, Vol. 12, No. 3, pp. 199-204.

3. Gantsev Sh.Kh., Umarova K.R., Arybzhyanov D.T. Vnutriarterialnaya khimioterapiya raka molochnoy zhelezy [Intra-arterial chemotherapy for breast cancer]. *Kreativnaya khirurgiya i onkologiya - Creative surgery and oncology*, 2017, Vol. 7, No. 3, pp. 25-29

4. Zikiriyakhodzhaev A.D. Vnutriarterialnaya predoperatsionnaya khimioterapiya mestno-rasprostranennogo raka molochnoy zhelezy [Intra-arterial preoperative chemotherapy for locally advanced breast cancer]. *Issledovaniya i praktika v meditsine - Researches and practice in medicine*, 2015, Vol. 2, No. 3, pp. 64-68.

5. Zikiriyakhodzhaev A.D., Bolotina L.V., Sukhotko A.S. Khirurgicheskoe udalenie pervichnoy opukholi v sostave kompleksnogo lecheniya u bolnykh rakom molochnoy zhelezy IV stadii [Surgical removal of the primary tumor as part of complex treatment in patients with stage IV breast cancer]. *Sibirskiy onkologicheskii zhurnal - Siberian Journal of Oncology*, 2015, Vol. 15, No. 1, pp. 19-25.

6. Ignatova E.O. Effektivnost i toksichnost alterniruyushchego mnogokomponentnogo rezhima neoadyuvantnoy khimioterapii mestnorasprostranennogo raka molochnoy zhelezy s troynym negativnym fenotipom [Efficacy and toxicity of alternating multicomponent neoadjuvant chemotherapy regimen for locally advanced breast cancer with triple negative phenotype]. *Zlokachestvennye opukholi - Malignant tumors*, 2017, Vol. 7, No. 4, pp. 29-40.

7. Kashirina E.P., Komarov R.N., Vychuzhanin D.V. Khirurgicheskoe lechenie raka molochnoy zhelezy. Istoricheskoe razvitiye i sovremennaya kartina (obzor literatury) [Malignant tumors]. *Kreativnaya khirurgiya i onkologiya - Creative surgery and oncology*, 2021, Vol. 11, No. 3, pp. 220-227.

8. Mazaeva B.A., Kukushkina L.B., Stoyko Yu.M. Rekonstruktivno-plasticheskoe zakrytie obshirnogo defekta grudnoy kletki posle radikalnoy mastektomii sprava po povodu raka pravoy molochnoy zhelezy T4N2M1 [Reconstructive plastic closure of a large chest defect after radical mastectomy on the right for right breast

cancer T4N2M1]. *Vestnik Natsionalnogo mediko-khirurgicheskogo tsentra im. N.I. Pirogova - Bulletin of National Medical Centre of Surgery named after N.I. Pirogova*, 2017, Vol. 12, No. 1, pp. 111-112.

9. Odintsova S.V. Rol regionalnoy khimioterapii v kombinirovannom lechenii vospalitelnoy formy raka molochnoy zhelezy [The role of regional chemotherapy in the combined treatment of inflammatory breast cancer]. *Rossiyskiy bioterapevoticheskiy zhurnal - Russian Biotherapeutic Journal*, 2016, Vol. 15, No. 1, pp. 80.

10. Sedakov I.E. Vnutriarterialnaya khimioterapiya raka molochnoy zhelezy: ot pervogo vvedeniya do nashikh dney [Intra-arterial chemotherapy of breast cancer: from the first introduction to the present day]. *Neoplasm*, 2022, Vol. 14, No. 2 (37), pp. 72-77.

11. Smolanka I.I. Effektivnost primeneniya neoadyuvantnoy khimioterapii v kombinatsii s magnitotermiey v kompleksnom lechenii patsientov s mestnorasprostranennym rakom molochnoy zhelezy [The effectiveness of neoadjuvant chemotherapy in combination with magnetotherapy in the complex treatment of patients with locally advanced breast cancer]. *Evraziyskiy onkologicheskii zhurnal - Eurasian Journal of Oncology*, 2018, Vol. 6, No. 2, pp. 577-586

12. Fomenko Yu.M., Nurseitova R.A. Neoadyuvantnaya khimioterapiya mestnorasprostranennogo raka molochnoy zhelezy [Neoadjuvant chemotherapy for locally advanced breast cancer]. *Meditsina i ekologiya - Medicine and ecology*, 2016, No. 4, pp. 29-37.

13. Yaskevich V.V. Primenenie paravertebralnoy blokady pri vypolnenii palliativnoy mastektomii [The use of paravertebral blockade during palliative mastectomy]. *Problemy zdorovya i ekologii - Problems of health and ecology*, 2016, No. 1 (47), pp. 84-86.

14. Andrea Sabina Llera. The Transcriptomic Portrait of Locally Advanced Breast Cancer and Its Prognostic Value in a Multi-Country Cohort of Latin American Patients. *Frontiers in Oncology*, 2022, Vol. 12.

15. Alawad A.A. Locally advanced breast cancer treated with neoadjuvant chemotherapy: Is breast-conserving surgery feasible? *Annals of Medicine and Surgery*, 2021, No. 62, pp. 95-97.

16. Cadona F.C., Machado A.K., Assmann C.E. Overview of Locally Advanced Breast Cancer: A Huge Challenge to Science. *International Journal of Women's Health Wellness*, 2017, No. 3, pp. 044.

17. Carson E., Dear R. Advanced breast cancer. An update to systemic therapy. *Reprinted from AJGP*, 2019, Vol. 48, No. 5, pp. 278-283.

18. Jau-Nan Lin. Pathological complete response and oncological outcomes in locally advanced breast cancers treated with neoadjuvant radiotherapy: an Australian perspective. *Practical Radiation Oncology*, 2022.

19. Jau-Nan Lin. Transarterial chemoembolization as a part of multi-modality treatment with drug-eluting beads for locally advanced breast cancer: A case report. *Radiology Case Reports*, 2021, No. 16, pp. 3383-3388.

20. Mohammad-esmaeil Akbari. Neoadjuvant VS adju-

vant chemotherapy in patients with locally advanced breast cancer; a retrospective cohort study. *Annals of Medicine and Surgery*, 2022, No. 84, pp. 104921.

21. Xiangdi Meng. Development and Validation a Survival Prediction Model and a Risk Stratification for Elderly Locally Advanced Breast Cancer. *Clinical Breast Cancer*, 2022, Vol. 22, No. 7, pp. 681-689.

Сведения об авторе:

Обидов Джурахон Сайдалиевич – заочный аспирант кафедры онкологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Контактная информация:

Обидов Джурахон Сайдалиевич – тел.: (+992) 93 322 80 00; e-mail: jurahon86@gmail.com

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

© Коллектив авторов, 2022

УДК 617-089+611.34+616-006.6+611.73

¹Сангинов Д.Р., ²Хусейнзода З.Х.,
²Зоиров Р.А., ²Наибов М.Х.

КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК: РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ В СКЕЛЕТНЫЕ МЫШЦЫ

¹Кафедра онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»
²ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН РТ

¹Sanginov J.R., ²Huseynzoda Z.Kh., ²Zoirov R. A., ²Naibov M.X.

COLORECTAL CANCER: A RARE CLINICAL CASE OF METASTASIS TO SKELETAL MUSCLE

¹Department of Oncology, Radiation Diagnostics and Radiation Therapy of State Educational Establishment «Avicenna Tajik State Medical University»
²State Establishment "Republican Cancer Research Center" of the Ministry of Health and Social Protection of Population of the Republic of Tajikistan

Значительное количество редких метастазов колоректального рака (КРР) (легкие, почки, мышцы, костный и головной мозг) диагностируются у пациентов с Т3-4 стадиями заболевания. Представленное клиническое наблюдение является редким казуистическим случаем метастатического поражения скелетной мышцы, хотя последние составляют 50% массы тела человека. Другим, менее важным фактором, способствующим имплантационному метастазу КРР в мышцы, является несвоевременная диагностика процесса и тактические хирургические ошибки, связанные с уровнем оказания помощи в общехирургическом стационаре, что имело место в нашем наблюдении. Метастатическое поражение скелетных мышц клинически проявляется в виде болевого синдрома, усиливающегося при движении соответствующей зоны за счет образований от 2 до 12 см. Пути распространения метастаза в скелетные мышцы могут быть лимфогенным и гематогенным путем.

Ключевые слова: колоректальный рак, скелетные мышцы, метастаз

A significant number of rare metastases of colorectal cancer (CRP) (lungs, kidneys, muscles, bone marrow and brain) are diagnosed in patients with T3-4 stages of the disease. The presented clinical observation is a rare casuistic case of metastatic lesions of the skeletal muscle, although the latter make up 50% of the human body weight. Another, less important factor contributing to CRC implantation metastasis in the muscles is the untimely diagnosis of the process and tactical surgical errors associated with the level of care in the general surgical hospital, which took place in our observation. Metastatic lesion of skeletal muscles clinically manifests itself in the form of pain syndrome, which increases with movement of the corresponding zone due to formations from 2 to 12 cm. The ways of spreading metastasis to skeletal muscles can be lymphogenous and hematogenous.

Key words: colorectal cancer, skeletal muscle, metastasis

Актуальность

Колоректальный рак (КРР) занимает лидирующее положение в структуре заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований. Ежегодно (2020) регистриру-

ется более 1 миллиона первичных больных, а смерть от КРР уносит более 550 тыс. жизней. Данная локализация рака составляет 15% всех первично диагностированных от злокачественных опухолей, около 85% приходится

на возраст старше 55 лет. В Российской Федерации КРР занимает устойчивое 3-4 место с тенденцией к увеличению заболеваемости и приростом смертности (6,47%) за последние 10 лет [2]. Отмечается улучшение показателя общей выживаемости у больных метастатическим раком толстого кишечника. Известно, что наиболее часто КРР метастазирует в печень и легкие, что связано прежде всего с особенностями оттока крови от толстой кишки в портальную систему.

В литературе имеются описания редких метастазов КРР в кости, головной мозг, костный мозг у пациентов пожилого возраста и в легкие у пациентов средних лет [1].

Казуистическим случаем является описание метастазов злокачественных новообразований в скелетные мышцы, их частота колеблется в пределах 0,03-0,6% [3]. Ряд исследователей механизм возникновения метастазов связывают с двигательной активностью прилежащих к опухоли мышц, изменением локального рН, как следствие, накоплением молочной кислоты и другими метаболическими нарушениями [1, 3]. При этом преимущественно источником метастазирования в скелетные мышцы являются опухоли, локализованные в толстой кишке, легких и почках [5]. Соответственно описание редких метастазов из этих органов представляет большой клинический интерес.

Клиническое наблюдение. Пациент Ш., 27 лет обратился в поликлинику Республиканского онкологического научного центра Республики Таджикистан 31.01.2022 г. с жалобами на наличие плотного, малоподвижного опухолевидного образования в правой половине живота, выраженную болезненность, в области послеоперационной раны правой подвздошной области наличие выделений (гноя и кала), свищ середины этой раны, общую слабость, отсутствие аппетита, похудание.

Из данных анамнеза выяснилось, что считает себя больным в течение 6 месяцев. Почувствовал появление болей в правой половине живота, преимущественно подвздошной области, общую слабость и нарушение функции толстого кишечника (вздутие, урчание), периодический жидкий стул. Пациент 05.12.2021 года обратился в Центральную районную больницу района Джалолиддина Руми к хирургу с подозрением на острый аппендицит. Больной в срочном порядке был взят на операцию. Со слов больного (выписка из истории болезни отсутствует), при ревизии брюшной полости обнаружен инфильтрат в проекции слепой кишки, опе-

рация завершена дренированием брюшной полости, на 6-й день выписан домой. Дома состояние больного не улучшалось, боли и слабость нарастали и на этом фоне, спустя 6 недель, присоединилась лихорадка, температура периодически повышалась до 39°. К концу января 2022 г. больной был повторно госпитализирован в хирургическое отделение указанной ЦРБ. Методы дополнительного обследования остались неизвестными, выписка из истории болезни не была представлена. 30.01.2012 г. больной был взят повторно на операцию, произведена лапаротомия по линии предыдущего разреза. При ревизии обнаружен абсцесс правой подвздошной области, которая дренирована. Биопсия не взята. На следующий день из раны началось выделение калового содержимого, в связи с чем по настоянию родителей пациент доставлен в РОНЦ, где госпитализирован в уропроктологическое отделение.

При поступлении общее состояние больного средней тяжести, обусловленное основным патологическим процессом брюшной полости, осложнившимся кишечным свищом. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы изменений не выявлено. Живот несколько вздут, пальпаторно определяется болезненность в правой половине живота, где и определяется наличие большого болезненного объемного образования с нечеткими контурами, малоподвижное. В средней части послеоперационного рубца правой подвздошной области имеется свищевое отверстие 2×1,5 см, откуда отмечается выделение калового содержимого примесью гнойного отделяемого. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Больной в стационаре дообследован.

Тест на Ковид-19 – отрицательный.

В анализах крови умеренная анемия, СОЭ – 20 мм/час. Биохимия крови без особых сдвигов.

УЗИ органов брюшной полости: опухолевидное образование подвздошной области размерами 8,6×9,0 см. Рентгенография легких без изменений.

КТ органов брюшной полости: признаки наиболее характерны для объемного образования восходящего отдела толстого кишечника с формированием свищевых ходов передней брюшной стенки, выраженная инфильтрация прилежащей клетчатки. Лимфоаденопатия забрюшинного пространства размерами от 10 мм до 13 мм. На основании дополнительных методов обследования консилиумом специалистов поставлен диагноз: «Основной: Рак восходящего отдела

толстого кишечника Т3NхMo, II кл.гр. Состояние после лапаротомии (05.12.2021 г.) и релапаротомии (30.01.2022 г.). Местный перитонит. Осложнения: кишечный свищ».

Рекомендовано оперативное вмешательство. Под общим обезболиванием 04.02.2022 г. произведена срединная лапаротомия. Обнаружено наличие опухолевидного обра-

зования в начальном сегменте восходящего отдела толстого кишечника размерами 10 × 15 см с вовлечением в конгломерат прилежащих петель тонкого кишечника и купола слепой кишки. Опухоль также прорастает в правую подвздошную мышцу (имплантационный метастаз) на площади 6×7 см (рис 1 - 4).

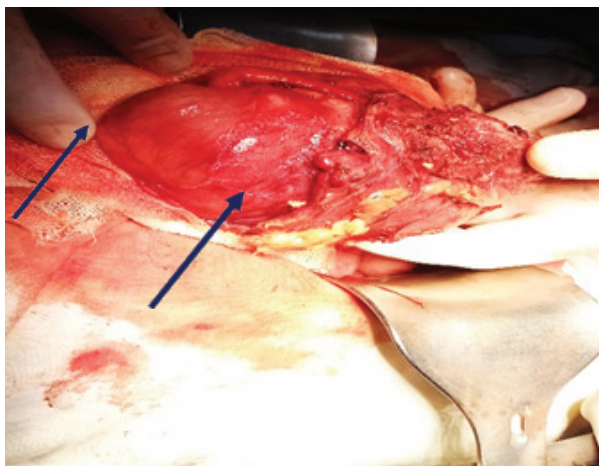


Рис. 1. Опухоль прорастает в правую подвздошную мышцу (имплантационный метастаз) на площади 6×7 см

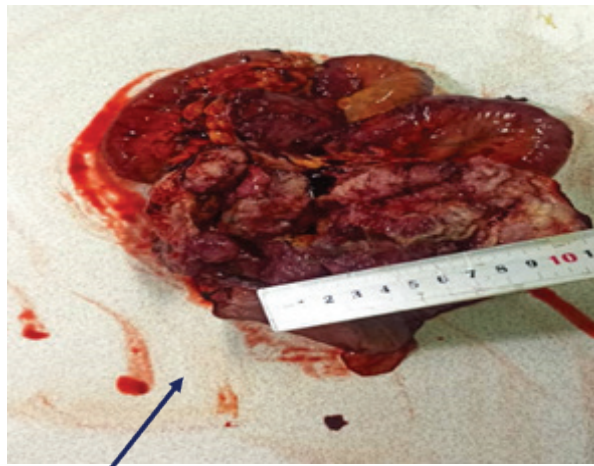


Рис. 2. По передней стенке начального сегмента восходящей ободочной кишки имеется свищевое отверстие 0,4×0,5 см

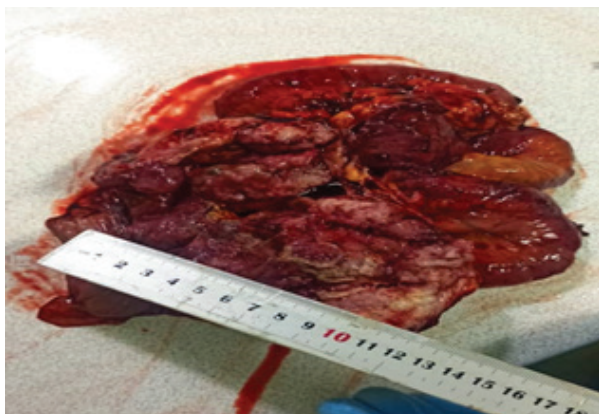


Рис. 3. Макропрепарат в разрезе



Рис. 4. Лимфоузлы брыжейки толстого кишечника увеличены до 1,5 × 2,5 см

С техническими трудностями произведена правосторонняя гемиколэктомия, ввиду наличия воспалительного инфильтрата тонкая кишка резецирована, отступя от слепой кишки на 20 см, также произведено иссечение метастатического очага большой поясничной мышцы. В послеоперационном периоде на 5-е сутки у больного диагностирована несостоятельность анастомоза, в связи с чем произведена релапаротомия (4-я операция), резекция зоны анастомоза, санация брюшной полости, наложение энтеростомы (рис. 1 - 4).

Результат морфологического исследования от 11.02.2022 г. №16515: Инфильтратив-

ная аденокарцинома восходящего отдела толстого кишечника G2 с инвазией всех слоев, брыжейки и резецированной части поперечно-полосатой мышечной ткани. Из 14 удаленных лимфатических узлов в 9 обнаружены метастазы. По линии резекции атипичные клетки не обнаружены (рис. 5, 6).

Послеоперационный период протекал гладко. На 10-е сутки после релапаротомии больной выписан домой с рекомендацией явиться через 3 недели для проведения химиотерапии. 10.05.2022 г. больной явился для продолжения 4-го курса химиотерапии (схема FOL FOX-6).

Планируется оценка эффективности химиотерапии после 4-го курса и решение вопроса о восстановлении непрерывности кишечника. Заключительный диагноз: «Рак восходящего отдела толстого кишечника T4N2M1. Состояние после операции

(05.12.21 г.; 30.01.21 г.). Местный перитонит, кишечный свищ. Состояние после операции (гемиколэктомия 04.02.22 г.). Несостоятельность анастомоза. Состояние после операции релапаротомии с наложением энтеростомы (09.02.22 г.)».

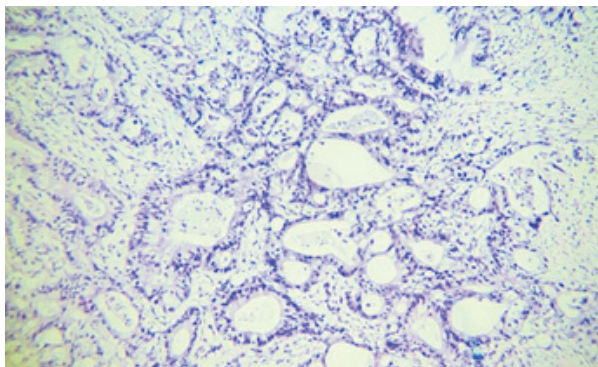


Рис. 5. Окраска гематоксилином-эозином. Увеличение 10×0,25. Инфильтрация клеток аденокарциномы

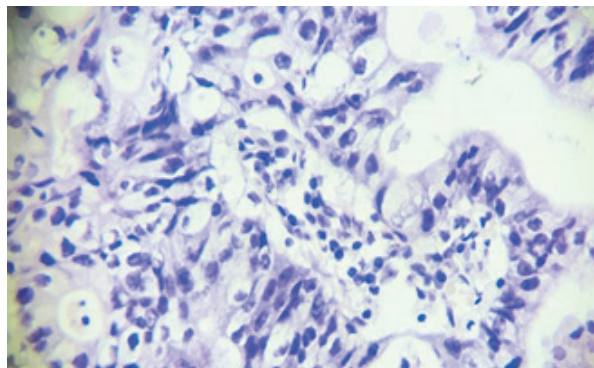


Рис. 6. Окраска гематоксилином-эозином. Увеличение 4,0×0,65. Инфильтрация клеток аденокарциномы

Таким образом, значительное количество редких метастазов КРР (легкие, почки, мышцы, костный и головной мозг) диагностируются у пациентов с T3-4 стадией заболевания. Представленное клиническое наблюдение является редким казуистическим случаем метастатического поражения скелетной мышцы, хотя последние составляют 50% массы тела человека [4]. Другим, не менее важным фактором, способствующим имплантационному метастазу КРР в мышцы, является несвоевременная диагностика процесса и тактические хирургические ошибки, связанные с уровнем оказания помощи в общехирургическом стационаре, что имело место в нашем наблюдении. Метастатическое поражение скелетных мышц чаще всего встречается при раке легких - до 72% случаев, а при КРР данный показатель не превышает 6%. Метастатическое поражение скелетных мышц клинически проявляется в виде болевого синдрома, усиливающегося при движении соответствующей зоны за счет образований от 2 до 12 см. Распространение метастазов в скелетные мышцы может происходить также лимфогенным и гематогенным путем. Диагностика метастазов в скелетные мышцы сопряжена с определенными трудностями и основывается, прежде всего, на возможных клинических проявлениях и данных МРТ исследования. В

нашем наблюдении, к сожалению, на уровне районного общехирургического отделения, где больной подвергнут дважды практически диагностической лапаротомии, которую завершали без взятия биопсии, а только дренированием брюшной полости, пренебрегли возможностями лучевого и морфологического методов обследования после первой операции, что и привело к распространению процесса. Лечебная тактика в случае метастатического поражения скелетных мышц включает агрессивное хирургическое вмешательство, лучевую и химиотерапию. Прогноз при метастатическом поражении скелетных мышц является неблагоприятным.

Заключение

Таким образом, описание данного случая позволяет обратить внимание на возможные тактические ошибки при интерпретации интраоперационной находки в общехирургических стационарах, повысив осведомленность врачей хирургов и онкологов о заболевании с нетипичным течением КРР, вероятностью метастаза опухоли в скелетные мышцы, которые могут повлиять на качество жизни и отдаленные результаты лечения этой категории больных.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 4, 5 см. в REFERENCES)

1. Ахмедов В.А., Гаус О.В., Петров Д.В. Редкое клиническое наблюдение аденокарциномы толстой кишки с метастазами в легкие у пациентки средних лет. //

Ппульмонология. 2016. Т. 26, № 1. С. 113-115.

2. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2018 г. М., 2019

3. Хакимова Г.Г., Исламов Ф.С., Хакимов Г.А., Насиров С.К. Случай редкого метастазирования рака толстого кишечника. // Злокачественные опухоли. 2022. Т. 10 (2), № 6. С. 59-64.

RESERENSES

1. Akhmedov V.A., Gaus O.V., Petrov D.V. Redkoe klinicheskoe nablyudenie adenokartsinomy tolstoy kishki s metastazami v legkie u patsientki srednikh let [A rare clinical case of colon adenocarcinoma with lung metastases in a middle-aged patient]. *Pulmonologiya – Pulmonology*, 2016, Vol. 26, No. 1, pp. 113-115.

2. Kaprin A.D., Starinskiy V.V., Petrova G.V. *Zlokachestvennye novoobrazovaniya v Rossii v 2018 g* [Malignant neoplasms in Russia in 2018]. Moscow, 2019.

3. Khakimova G.G., Islamov F.S., Khakimov G.A. Sluchay redkogo metastazirovaniya raka tolstogo kishchika [A case of rare metastasis of colon cancer. Clinical case]. *Zlokachestvennye opukholi – Malignant tumours*, 2022, Vol. 10 (2), No. 6, pp. 59-64.

4. Buemi A., Aunac S. Mansvelt B. The Gluteus Muscle an Unusual Localisation of a Colon Metastasis: Case

Report and Review of Literature. *Clinical Surgery*, 2019, No. 4, pp. 2575.

5. Van Catsem E., Cervantes A., Adam R. Consensus guidelines for the management of patients with metastasis colorectal cancer. *Annals of Oncology*, 2016, Vol. 27, No. 8, pp. 1386-422.

Сведения об авторах:

Сангинов Джумабой Рахматович – профессор кафедры онкологии, лучевой диагностики и лучевого лечения ТГМУ им. Абуали ибн Сино, д.м.н.

Хусейнзода Зафар Хабибуло – директор ГУ РОИЦ МЗиСЗН РТ, д.м.н.

Заиров Рахмаулло Абдурахмонович – врач-онкопроктолог ГУ РОИЦ МЗиСЗН РТ

Наибов Мирали Хушвахтович – врач-онкопроктолог ГУ РОИЦ МЗиСЗН РТ

Контактная информация:

Сангинов Джумабой Рахматович – тел.: (+992) 93 570 09 09

© Коллектив авторов, 2022

УДК 616.3-008.13

Кобилов С.С., Холматов И.А., Касымова З.Н.,
Джабборов Ш.У., Таджибаев А.А.

СИНДРОМ ЗАДНЕЙ ОБРАТИМОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У БЕРЕМЕННОЙ С ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Согдийский областной родильный дом, г. Худжанд, РТ

Kobilov S.S., Kholmatov I.A., Kasymova Z.N.,
Dzhabborov Sh.U., Tadzhibaev A.A.

SYNDROME OF POSTERIOR REVERSIBLE ENCEPHALOPATHY IN A PREGNANT WOMAN WITH SEVERE PREECLAMPSIA

Sughd Regional Maternity Hospital, Khujand city, RT

Приводится клинический случай диагностики и лечения синдрома задней обратимой энцефалопатии у беременной с тяжелой преэклампсией, с благоприятным исходом родов и исчезновением симптомов поражения мозга в раннем послеродовом периоде.

Ключевые слова: беременность, тяжелая преэклампсия, синдром задней обратимой энцефалопатии

A clinical case of diagnosis and treatment of posterior reversible encephalopathy syndrome in a pregnant woman with severe preeclampsia, with a favorable outcome of childbirth and the disappearance of symptoms of brain damage in the early postpartum period is presented.

Key words: severe preeclampsia, posterior reversible encephalopathy syndrome

Актуальность

В последние десятилетия с развитием методов нейровизуализации отделился ряд патологических состояний, часто имитирующих острые нарушения мозгового кровообращения, среди которых особое место занимает синдром задней обратимой энцефалопатии. Термин «синдром задней обратимой энцефалопатии» - «Posterior reversible encephalopathy syndrome» (PRES) был введен в клиническую практику J. Hinchey и соавт. в 1996 г. [1]. Синдром задней обратимой энцефалопатии - это клинико- радиологический синдром, характеризующийся острым потенциально обратимым вазогенным отеком субкортикального белого вещества головного мозга, преимущественно захватывающий затылочные и теменные доли [2]. Учитывая, что PRES в подавляющем большинстве случаев (до 60–80%) сопровождается повышением артериального давления (АД), в основе формирования этого синдрома рассматривают нарушение ауторегуляции мозгового кро-

вотока. Предполагается, что стремительный неконтролируемый рост АД приводит к срыву компенсаторных вазоконстрикторных механизмов ауторегуляции мозгового кровообращения. Нарушение ауторегуляции вызывает дилатацию мелких церебральных сосудов, повреждение эндотелия с нарушением гематоэнцефалического барьера, гиперперфузию мозга и развитие вазогенного отека головного мозга [2]. В большинстве случаев процесс благополучно разрешается, на что указывает присутствующее в определении синдрома слово «обратимый», но PRES может заканчиваться неблагоприятно. Обратимость процесса во многом зависит от правильного и своевременного устранения причин, вызвавших PRES, осуществления контроля над показателями гомеостаза, функциональной и биоэлектрической активностью головного мозга. Клинических исследований по эффективной оценке и лечению PRES не проводилось, но основу терапии составляют корректировка причин

и устранение провоцирующих факторов, вызывающих PRES. С этой целью беременным пациенткам с PRES проводятся срочное родоразрешение путем кесарева сечения, а при наличии преэклампсии / эклампсии - антигипертензивная и противосудорожная терапия [3].

В данной статье представлено клиническое наблюдение синдрома PRES с некоторыми особенностями, связанными с трудностями его своевременной диагностики.

Клиническое наблюдение. Перворбеременная Ш., 19 лет, перенаправлена машиной скорой помощи из ЦРБ в областной родильный дом Согдийской области после оказания неотложной помощи (снижение АД с 180/110 до 140/100 мм рт. ст., магниезальная терапия). Из анамнеза установлено, что в течение дня беременную беспокоили головные боли, тошнота и рвота. Общее состояние во время осмотра средней тяжести, сознание soporозное, на вопросы отвечает с трудом, сонливая. АД 140/90 мм рт. ст. на обеих руках, частота дыхания 18 раз в минуту, пульс - 100 уд в минуту. Лабораторные данные: гемоглобин - 116 г/л, гематокрит - 34%, протеинурия - 3 г/л, со стороны биохимических анализов крови особых изменений не выявлено. Диагноз: «Беременность 33 недели. Тяжелая преэклампсия».

В течение 2-х часов наблюдения у беременной появились жалобы на нарушение зрения до его полной потери. Организована консультация невролога и окулиста (патологических изменений на глазном дне не обнаружено). По результатам МРТ головного мозга дано заключение: МР-признаки острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) в бассейне задних мозговых артерий с двух сторон. Ишемический инсульт затылочных долей с двух сторон (рис. 1).

Диагноз врача-невропатолога: ОНМК. Ишемический инсульт затылочной доли с двух сторон. Амавроз.

Консилиумом врачей было рекомендовано экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения. Кесарево сечение произведено под общей анестезией в тот же день. Операция прошла без осложнений, общая кровопотеря составила 350 мл. В раннем послеоперационном периоде у пациентки отмечалось постепенное улучшение зрения до полного его восстановления. В динамике в течение 48 часов интенсивного наблюдения общее состояние родильницы улучшилось, продолжилась противосудорожная терапия 25% раствором сульфата магния из расчёта 1 г в час и лечебная аналгезия. При повторном проведении МРТ (на 5-ые сутки после родов) головного мозга (рис. 2) выявлено значительное уменьшение патологических МР-сигналов с двух сторон. При подозрении на наличие данного синдрома желательно получение диффузионно-возвещённых изображений, что необходимо для дифференциальной диагностики типа отека мозга (вазогенный или цитотоксический). Повышение сигнала на диффузионно-возвещённых изображениях указывает на формирование инфаркта мозга при данном синдроме, что стало основанием для постановки диагноза: «Синдром задней обратимой энцефалопатии».

При повторном консилиуме врачей (акушера-гинеколога, анестезиолога-реаниматолога и невролога) выставлен диагноз: «Преэклампсия тяжелой степени. Синдром задней обратимой энцефалопатии».

Пациентка выписана на 10-е сутки в удовлетворительном состоянии с живым младенцем.

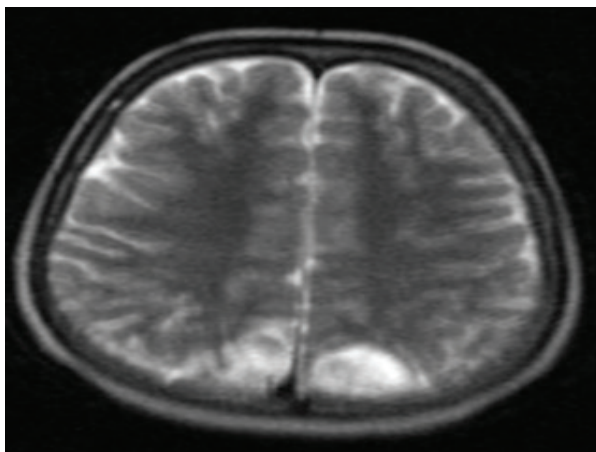


Рис. 3. МРТ при поступлении

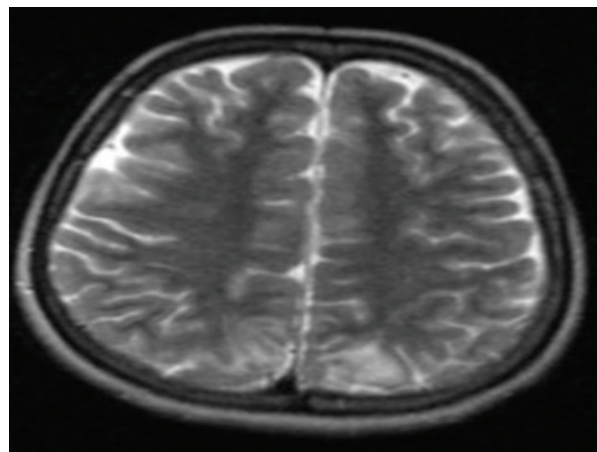


Рис. 4. Рис. 2. МРТ на 6-е сутки после родоразрешения

Заключение

У пациентки на 33-й неделе беременности на фоне гипертензии, связанной с тяжелой преэклампсией, развился синдром задней обратимой энцефалопатии, о чем свидетельствуют клиника и радиологическое исследование. Ранняя диагностика, устранение основной этиологической причины, адекватное лечение и своевременное родоразрешение являются ключевыми элементами обратимости PRES.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА RESERENSES

1. Hinchey J., Chaves C., Appignani B. A reversible posterior leukoencephalopathy syndrome. *The New England Journal of Medicine*, 1996, Vol. 334, No. 8, pp. 494-500.
2. Gudcova V.V., Pico S.F, Azoulay E.U. Legriél, nderstanding Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome. *Consilium Medicum*, 2018, No. 20 (2), pp. 84-89.

3. Vincent J.-L. *Annual Update in Intensive Care and Emergency Medicine*. Springer Science and Business Media LLC Publ., 2011. pp. 631-53.

Сведения об авторах:

Кобилов Сайфулло Сулейманович – зав. отделением реанимации Согдийского областного родильного дома

Касимова Замира Назаровна – зав. курсом акушерства и гинекологии Худжандского отделения ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Холматов Илхом Алиджанович – врач анестезиолог-реаниматолог Согдийского областного родильного дома

Джабборов Шахбоз Уктамджонович – врач анестезиолог-реаниматолог Согдийского областного родильного дома

Таджибаев Азам Абдунабиевич – врач анестезиолог-реаниматолог Согдийского областного родильного дома

Контактная информация:

Касимова 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.