



WWW.TIPRMK.TJ/
JOURNAL



ТИПОГРАФИЯ
ООО «АЗИЯ-ПРИНТ»

Редактор:
Р.Р.Рофиев
Технический редактор:
С. Юлдашева
Художественный редактор:
Е.Н. Рубис
Корректор:
О.В. Шумилина
Переводчик:
А.М.Шехов

Зарегистрирован в Министерстве культуры Республики Таджикистан № 0140/мч от 21.01.2011 г.

УДК Тадж: 61
№ГР 34-02.1.216 ТЈ

Сдано в набор 25.03.2016 г.
Подписано в печать 12.04.2016 г.
Формат 60x84 1/8
Печать офсетная
Усл.печ.л. 7,5 (1+1) + 1 у.п.л. (4+4)
Уч. изд. л. 9,85
Заказ № 703

Подписной индекс для предприятий и организаций: 77719

ISSN 2307-6461

ДУШАНБЕ

Паёми таълимоти баъдидипломии
соҳаи тандурустӣ

Вестник последипломного образования
в сфере здравоохранения

Выходит один раз в 3 месяца

Основан в 2011 г.

1 • 2016

Сардабир Н.Д. Мухиддинов – д.и.т.

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

А. Ахмедов (член-корр. АМН РТ, д.м.н., профессор, редактор)
С.К. Асадов (к.м.н., ответственный секретарь), **Г.Г. Ашуров** (д.м.н., профессор, заместитель главного редактора), **С.М. Ахмедов** (д.м.н., профессор), **С.Б. Двлатов** (д.м.н., научный редактор), **М.Н. Джураев** (д.м.н.), **Х.И. Ибодов** (д.м.н., профессор), **О.И. Касымов** (д.м.н., профессор), **К.М. Курбонов** (д.м.н., профессор), **З.А. Мирзоева** (д.м.н., профессор), **А.М. Мурадов** (д.м.н., профессор), **Мухаммадали Музаффари** (д.ф.н., профессор), **Ф.И. Одинаев** (д.м.н., профессор), **С.Р. Расулов** (д.м.н.), **З.Я. Рахимов** (к.м.н., доцент), **Р.Р. Рофиев** (к.м.н., доцент), **К.Х. Сироджов** (к.м.н.), **П.Д. Хайруллоев** (к.м.н., доцент), **М.Н. Шакиров** (д.м.н.).

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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), **Т.Г. Гульмуратов** (член-корр. АМН МЗ РТ, д.м.н., профессор), **А.Р. Достиев** (д.м.н., профессор), **М.Ф. Додхоева** (академик АМН МЗ РТ, д.м.н., профессор), **М.М. Каратаев** (д.м.н., профессор; Бишкек), **М.К. Кулджанов** (д.м.н., профессор; Алма-Ата), **С.М. Мухамадиева** (д.м.н., профессор), **С.В. Оболенский** (д.м.н., профессор; Санкт-Петербург), **С.С. Сатторов** (д.м.н., профессор), **И.В. Тимофеев** (д.м.н., профессор; Санкт-Петербург).



WWW.TIPPMK.TJ/
JOURNAL



PRINTING HOUSE
«ASIA-PRINT»

Herald of the institute of postgraduate education in health sphere

Every 3 months Journal

Since 2011

1 • 2016

Chief editor N.D. Muhiddinov
doctor of medical science

MEMBERS OF EDITORIAL BOARD

A. Akhmedov (Corresponding member of the Academy of medical science of Republic of Tajikistan, doctor of medical science, professor, editor), **Asadov S. K.** (candidate of medical science, executive secretary), **Ashurov G. G.** (doctor of medical science, professor, deputy of general editor), **Akhmedov S. M.** (doctor of medical science, professor), **Davlatov S. B.** (doctor of medical science, scientific editor), **Dzhuraev M. N.** (doctor of medical science), **Ibodov Kh. I.** (doctor of medical science, professor), **Kasymov O. I.** (doctor of medical science, professor), **Kurbonov K. M.** (doctor of medical science, professor), **Mirzoeva Z. A.** (doctor of medical science, professor), **Muradov A. M.** (doctor of medical science, professor), **Muzaffari M.** (doctor of philosophy science, professor), **Odinaev F. I.** (doctor of medical science, professor), **Rasulov S. R.** (doctor of medical science), **Rakhimov Z. Ya.** (candidate of medical science, docent), **Rofiev R. R.** (candidate of medical science, docent), **Sirodzhov K. Kh.** (candidate of medical science), **Khayruloev P. Dzh.** (candidate of medical science, docent), **Shakirov M. N.** (doctor of medical science)

EDITORIAL COUNCIL

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), **Gulmuradov T. G.** (corresponding member of Academy of Medical Sciences of Ministry of Public health of Republic of Tajikistan, doctor of medical science, professor), **Dodkhaeva M. F.** (Academician of Academy of Medical Sciences of Ministry of Public health of Republic of Tajikistan, doctor of medical science, professor), **Dostiev A. R.** (doctor of medical science, professor), **Karataev M. M.** (doctor of medical science, professor; Bishkek), **Kuldzhanov M. K.** (doctor of medical science, professor, Alma-Ata), **Mukhammadieva S. M.** (doctor of medical science, professor), **Obolenskiy S. V.** (doctor of medical science, professor; St. Petersburg), **Sattorov S. S.** (doctor of medical science, professor), **Timofeev I. V.** (doctor of medical science, professor; St. Petersburg).

ISSN 2307-6461
DUSHANBE

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА МЕДИЦИНЫ

THEORY AND PRACTICE OF MEDICINE

Абдурахимов З.З., Гульмурадов Т.Г., Каримов Э.Э., Аминов Р.С., Курбанова М.А., Назаров Ш.

Современные аспекты диагностики и хирургического лечения миксомы предсердий сердца

5

Abdurakhimov Z.Z., Gulmuradov T.G., Karimov E.E., Aminov R.S., Kurbonova M.A., Nazarov Sh
Modern aspects of diagnostic and surgical treatment of heart atrium mixoms

Ахмедов Ф.А., Джураев Х.Ш., Забиоров Н.Н., Саидов А.А., Пирматова Д.А.

Исследование химического состава и растворимости холестериновых камней разного поколения

10

Akhmedov F.A., Dzhuraev Kh.Sh., Zabiroy N. N., Saidov A.A., Pirmatova D.A.
Investigation of chemical composition and solubility of cholesteric stones of different generation

Ашуоров Г.Г., Муллоджанов Г.Э., Каримов С.М.

Использование трехмерной денальной компьютерной томографии для ортопедического лечения окклюзионных дефектов с применением денальных имплантатов при разнонаправленных межсистемных нарушениях

13

Ashurov G.G., Mullodzhanov G.E., Karimov S.M.
Using of three-dimensional dental computer tomography for orthopedic treatment of occlusion defects by dental implants under different direction of betweensystemic disorders

Касымова М.К., Бобоходжаева М.О.

Заблеваемость работниц коммерческого секса инфекциями, передаваемыми половым путем, и ВИЧ

17

Kasymova M.K., Bobokhodzhaeva M.O.
Sexually transmitted infections, and HIV, morbidity of commercial sex workers

Косимов З.К., Абдуллоев С.С., Хидиров А.Ф., Хонов Дж., Атакулаев Н.Б.

Показатели гемодинамики большого круга кровообращения у больных перитонитом

22

Kosimov Z.K., Abdulloev S.S., Khidirov A.F., Khonov Dzh., Atakulaev N.B.
Hemodynamic parameters of greater circulation in patients with peritonitis

Махкамов К.К., Бузрукова Н.Д., Саидмуродова Р.Х., Ходжибекова Н.О.

Некоторые аспекты цитомегаловирусной инфекции у новорожденных детей

26

Makhkamov K.K., Buzrukova N.D., Saidmuradova R.Kh., Khodzhibekova N.O.
Some aspects of cytomegalovirus infection in newborns

Минасов Б.Ш., Якупов Р.Р., Аскарлов А.Ф., Каримов К.К., Сироджов К.Х., Холов Д.И., Исупов Ш.А., Рахимов А.Т.

Хирургическое лечение пациентов с посттравматическими поражениями проксимального отдела бедра по технологии артропластики

31

Minasov B.Sh., Yakupov R.R., Askarov A.F., Karimov K.K., Sirodzhov K.Kh., Kholov D.I., Isupov Sh.A., Rakhimov A.T.
Surgical treatment of patients with post-traumatic lesions of the proximal unit femur under arthroplasty technology

Мирзоев М.Ш., Шакиров М.Н., Мирзоода Ш.М., Салимов Б.А.

Комплексное лечение одонтогенных гнилостно-некротических флегмон челюстно-лицевой области в условиях жаркого климата Республики Таджикистан

38

Mirzoev M.Sh., Shakirov M.N., Mirzozoda Sh.M., Salimov B.A.
Comprehensive treatment of odontogenic rotten necrotic phlegmon of the maxillofacial region in a hot climate of the Republic of Tajikistan

Ортикова М.М., Мирзоева З.А., Давлятова Д.Д.

Скрининг гельминтных заболеваний в 2015 году в ГЦЗ №1 города Душанбе Республики Таджикистан

43

Ortikova M.M., Mirzoeva Z.A., Davlyatova D.D.
Screening of helminth diseases in 2015 in City health center №1 of Dushanbe

Расулов С.Р., Боева Х.К.

Результаты комплексного лечения фиброзно-кистозной болезни молочных желез с применением препарата Фарестон

49

Рафиков С.Р., Махмадов Ф.И., Расулов Н.А., Мушинов С., Зокиров Р.Х.

Пути улучшения результатов хирургического лечения «трудного» жёлчного пузыря

52

Шамсидинов А.Т., Файзов К.С., Танжихолов У.Х., Исмоилов Ф.Н.

Система раннего выявления и реабилитации детей и подростков города Душанбе с зубочелюстными аномалиями

57

Шамсидинов Б.Н., Азизов К.Н., Мухтарова П.Р., Каримов К.Х.

Ближайшие и отдалённые результаты санирующих операций на ухе с тимпанопластикой

61

ОБЗОРЫ

Байбабаев А.А., Саидмуродов Д.У.

Клинико-динамическая характеристика женской героиновой наркомании

65

Муллоджанов Г.Э., Ашууров Г.Г.

Анализ современных взглядов на процессы интеграции дентальных имплантатов в костную ткань

71

ЮБИЛЕЙ

К 50-летию профессора Мурадова Алишера Мухтаровича

76

Rasulov S.R., Boeva Kh.K.

Results of complex treatment of fibrocystic disease of the mammary glands using preparation "Fareston"

Rafikov S.R., Makhmadov F.I., Rasulov N.A., Muminov S., Zokirov R.Kh.

Ways of improving results of surgical treatment of "difficult" gallbladder

Shamsidinov A.T., Fayzov K.S., Tanzhikholov U.Kh., Ismoilov F.N.

System for early detection and rehabilitation of children and adolescents with dentoalveolar anomalies in Dushanbe

Shamsidinov B.N., Azizov K.N., Mukhtarova P.R., Karimov K.Kh.

Next and long-term results of sanitize ear surgery with tympanoplasty

REVIEWS

Baybabaev A.A., Saidmurodov D.U.

Clinicodynamic characteristic of the heroin addiction of female

Mullodzhanov G.E., Ashurov G.G.

Analysis of modern look at processes of the integration of dental implants in bone tissues

ANNIVERSARY

On the 50th anniversary of Professor Alisher Muradov Mukhtarovich

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА МЕДИЦИНЫ

© Коллектив авторов, 2016

УДК 616-006.325; 616.12-089

Абдурахимов З.З., Гульмурадov Т.Г., Каримов Э.Э., Аминов Р.С., Курбанова М.А., Назаров Ш.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МИКСОМЫ ПРЕДСЕРДИЙ СЕРДЦА

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

Abdurahimov Z.Z., Gulmuradov T.G., Karimov E.E., Aminov R.S., Kurbonova M.A., Nazarov Sh.

MODERN ASPECTS OF DIAGNOSTIC AND SURGICAL TREATMENT OF HEART ATRIUM MIXOMS

Department of Therapy of the State Education Establishment “Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan”

Цель исследования. Оценка информативности методов диагностики и результатов лечения миксомы предсердий сердца.

Материал и методы. В Республиканском научном центре сердечно-сосудистой хирургии (клиническая база кафедры сердечно-сосудистой, эндоваскулярной и пластической хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ) с 2005 по 2015 гг. обследованы 15 больных с миксомой сердца в возрасте от 13 до 75 лет (средний возраст 38,4 года). Мужчин было 5, женщин – 10.

Диагностика миксом сердца осуществлялась на основании общеклинического обследования, данных рентгенографии грудной клетки, эхокардиографии и морфологического исследования опухоли.

Результаты. По эхокардиографическим данным, у 12 больных миксома располагалась в левом предсердии. Фракция выброса составила 60% и выше. Размеры левого предсердия у 10 больных были больше 40 мм, колебались в пределах 40-54 мм. Размеры правого предсердия были увеличены от 47 до 50 мм. Размеры опухоли левого предсердия колебались от 50×30мм до 100×80 мм. Операцию выполняли в условиях искусственного кровообращения. Опухоль удаляли за ножку с прижиганием её с помощью коагулятора. Иссеченное овальное окно восстанавливали с помощью заплаты из аутоперикарда наложением непрерывного проленового шва 4/0. Послеоперационный период у всех больных протекал гладко, заживление раны было первичным натяжением. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Миксома левого предсердия сердца часто сопровождается эмболиями сосудов жизненно-важных органов. Основным методом диагностики миксомы сердца является эхокардиография. При установлении данного диагноза сердца пациентам показана неотложная операция по удалению опухоли в условиях искусственного кровообращения.

Ключевые слова: диагностика, миксома предсердия, эхокардиография, хирургическое лечение, искусственное кровообращение

Aim. Evaluation of informativeness of diagnostics methods and treatment results of heart atrium myxoma.

Materials and methods. In the Republican Scientific Centre for Cardiovascular Surgery (clinical base of the department of Cardiovascular, Endovascular and Plastic Surgery of the State Education Establishment “Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan”) from 2005 to 2015 15 patients with cardiac myxoma between the ages of 13 to 75 years (mean age 38,4 years) were investigated. There were 5 men, 10 – women.

Diagnosis of cardiac myxoma was carried out on basis of common clinical examination, data of chest radiography, echocardiography and morphological study of tumors.

Results. According to echocardiographic data, in 12 patients myxoma located in the left atrium. Ejection fraction was 60% or higher. The dimensions of left atrium in 10 patients were greater than 40 mm, ranged between 40-54 mm. The dimensions of

right atrium were increased from 47 to 50 mm. The dimensions of the tumor of left atrium ranged from 50×30mm to 100×80 mm. The operation was performed under extracorporeal circulation. The tumor was removed by the leg with its cauterization using coalescent. Excision of the oval window reduced by a patchwork from autoperikard by imposition of continuous prolene suture 4/0. The postoperative period in all patients was uneventful, wound healing by was first intention. All patients were discharged in a satisfactory condition.

Conclusion. Мухома of left atrium heart often accompanied by embolism of vessels of vital organs. The main method of diagnosis of heart myxoma is echocardiography. During the diagnosis of heart myxoma patients needed in emergency surgery to remove the tumor under extracorporeal circulation.

Key words. diagnostics, atrial myxoma, echocardiography, surgical treatment, extracorporeal circulation

Актуальность

Миксома является одним из видов опухолей сердца, который рассматривается как эмбологенный источник, чреватый ишемическим инсультом и инфарктом миокарда. Миксомы составляют 50% от числа всех доброкачественных опухолей сердца [1-3], а F. Gerbode et al., обобщив материалы литературы, отметили, что миксомы обнаруживаются более чем в 1/3 случаев среди 600 различных опухолей сердца [4].

Из-за малой частоты встречаемости и стерто-сти клинического течения диагностика данного заболевания затруднительна, поскольку отсутствуют специфические клинические симптомы [1, 5]. В этой связи улучшение диагностики способствует повышению эффективности хирургического лечения миксомы сердца.

Материал и методы исследования

В Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии с 2005 по 2015 гг. поступили 15 больных с миксомой сердца в возрасте от 13 до 75 лет (средний возраст составил 38,4 года). Мужчин было 5, женщин – 10. Наши данные совпадают с данными литературы, по которым миксома чаще всего встречается у людей в возрасте 30-60 лет, хотя описаны случаи этого заболевания у грудных детей и глубоких стариков, при этом в 2-3 раза чаще у женщин, чем у мужчин [2, 4].

Диагностика миксом сердца осуществлялась на основании общеклинического обследования, данных рентгенографии грудной клетки, эхокардиографии и морфологического исследования опухоли.

Результаты и их обсуждение

При поступлении большинство больных беспокоили одышка и сердцебиение – 12, боли в области сердца – у 5, у 3 больных в анамнезе имелся ишемический инсульт; левосторонняя гемиплегия сохранялась у 2 пациентов и у 1 – бульбарный синдром.

Проведенные лабораторные исследования показали наличие у 3 больных выраженной анемии со снижением показателей содержания гемоглобина до 89-70 г/л, у 4 пациентов – умеренной анемии со снижением уровня гемоглобина до 105-98 г/л. Исследование фибриногена показало, что у 9 пациентов его уровень превышал норму в 2-3 раза, в 6 случаях он находился в пределах нормы.

У 7 из 15 обследованных СОЭ была повышенной, её значения достигали пределов 22-69 мм/час.

По данным ЭКГ, у 12 больных выявлена тахикардия, причем у 5 более 100 ударов в мин.

Обзорная рентгенография грудной клетки показала расширение тени сердца в 7 случаях, в 10 случаях обнаружены застойные явления в малом круге кровообращения, причем в 4 – с проявлениями хронического бронхита (рис. 1).



Рис.1. На обзорной рентгенограмме видна митральная конфигурация сердца и гиперволемия малого круга кровообращения

Для оценки состояния центральной гемодинамики, размеров камер сердца, наличия образований высокоинформативным методом является эхокардиография. По эхокардиографическим данным, у преимущественного большинства (12) больных миксома располагалась в левом предсердии, у остальных (3) – в правом предсердии. Фракция выброса при поступлении у 11

пациентов была выше 60%, у остальных 4 данная величина была в пределах 55-60%. С точки зрения оценки гемодинамики это объясняется тем, что при обструкции атриовентрикулярного отверстия опухолью поток крови из легких в левый желудочек уменьшается, при сохраненной силе миокарда левого желудочка фракция выброса увеличивается (рис. 2).

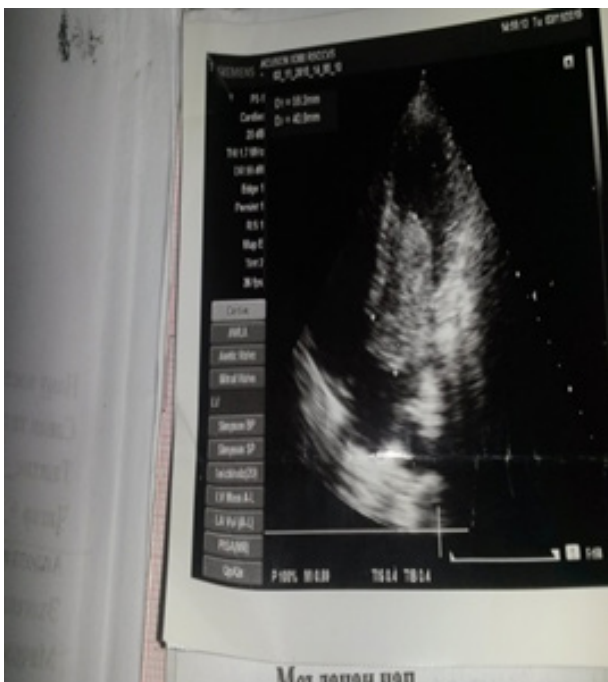


Рис. 2. Миксома в полости левого предсердия, закрывающая митральное отверстие и пролабирующая в левый желудочек

миксома наиболее часто локализуется в полости предсердий, причем, по данным многих авторов, 75% миксом образуются в левом предсердии, 20% – в правом и крайне редко – в желудочках сердца [1, 4, 5].

По данным эхокардиографии, размеры левого предсердия у большинства больных (10) были больше 40 мм и колебались в пределах 40-54 мм, у 5 – от 22 до 38 мм, т.е. находились в пределах нормальных значений.

Размеры правого предсердия у 8 больных колебались от 26 до 34 мм, т.е. были умеренно увеличены. У 7 больных они были резко увеличены и колебались от 47 до 50 мм. У всех пациентов выявлены признаки относительного митрального стеноза с регургитацией I-II степеней, а у 8 обследованных была отмечена регургитация на трехстворчатом клапане II-III степеней, что означает проявления перегрузки правых отделов сердца вследствие обструкции левого предсердия и застоя в малом круге кровообращения.

Размер опухоли был небольшим лишь в 2 случаях и колебался от 20×18 мм до 24×13 мм, в обоих

случаях опухоли локализовались в правом предсердии, в остальных 13 случаях они были большими: у 5 больных доходили от 50×30 до 57×33 мм, а у 8 размеры миксомы были внушительными и колебались от 61×21 мм до 100×80 мм.

Всем больным операцию выполняли под общим интубационным наркозом через срединную стернотомию, перикардотомию с канюляцией восходящей аорты, полых вен. С помощью искусственного кровообращения температуру тела снижали до 32° С и пережимали восходящую аорту с выполнением фармако-холодовой кровяной кардиopleгии. После этого рассекали стенку правого предсердия параллельно атриовентрикулярной борозде на протяжении 6-8 см. Доступ к левому предсердию осуществляли через межпредсердную перегородку. После наложения на основание опухоли лигатуры производили тракцию опухоли за ножку и прижигали её с помощью коагулятора (рис. 3)

Иссеченное овальное окно восстанавливали с помощью заплаты из аутоперикарда наложением непрерывного проленового шва 4/0.

После герметизации полостей сердца и профилактики воздушной эмболии снимали зажим с восходящего отдела аорты. Спонтанное восстановление сердечной деятельности было отмечено у 11 больных, у 4 сердечная деятельность восстановилась через разряд дефибриллятора, у 3 ритм был навязан искусственным водителем ритма. У последних 3 больных собственный ритм восстановился в течение 6-12 часов после операции.

В ближайшем послеоперационном периоде больные не нуждались в инотропной поддержке гемодинамики адреналином. Лишь 4 больных нуждались в минимальных дозах добутрекса, который был снят на следующий день до экстубации больных. Послеоперационный период у всех протекал гладко, заживление раны было первичным натяжением. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии. В отдаленные сроки наблюдения (3 года) рецидива заболевания не выявлено.

Таким образом, проведенные нами исследования показали, что миксома является первичной внутрисердечной гистологически доброкачественной неоднородной опухолью сердца.

Гистологические исследования миксом показали, что во всех наших наблюдениях опухоль имела сосочковое гроздевидное строение, консистенция ее была мягкой, желеобразной. На разрезе и поверхности цвет опухоли варьировал от серого до красно-бурого, они были студневидными, иногда с очагами некроза и кровоизлияниями (2 случая), с очагами обызвествления (у 3 больных).

Основная субстанция опухолей была представлена аморфным оксифильным веществом, в котором рассеяны клетки опухоли, причем взаимоотношения клеток и матрикса были различными.

Проведенные нами исследования показали, что миксомы предсердий во всех случаях пролабировали в левый желудочек, двигались во время ранней систолы от желудочка к предсердию, вызывая в последнем значительный подъем давления, схожим с таковым при клапанной недостаточности. Во время ранней диастолы опухоль проваливалась в полость желудочка, что способствовало резкому снижению внутрисердечного давления. Такая внутрисердечная гемодинамика приводила к увеличению фракции выброса.

Наши данные свидетельствуют, что миксомы преимущественно локализуются в области овальной ямки межпредсердной перегородки, наиболее часто – в левом предсердии. Атипичное расположение имело место в 4 случаях: у

2 больных миксома располагалась в области овальной ямки, но в правом предсердии; в 1 случае – у места впадения нижней полой вены в правое предсердие; в 1 – в месте впадения правой верхней легочной вены.

Как было указано в литературе, прикрепления миксом на задней стенке предсердия и в области ушка нами не обнаружено [1, 2, 4].

Во всех наших наблюдениях опухоль имела широкое основание (2) или длинную ножку (13). Имеющаяся ножка определяла возможность движения и пролабирования опухоли в предсердно-желудочковом отверстии.

Одним из тяжелых клинических проявлений у больных с миксомой сердца являются эмболии, возникающие вследствие фрагментации опухоли.

Особенно опасна эмболия коронарных артерий, осложняющаяся острым инфарктом миокарда, эмболия сосудов головного мозга, приводящая к гемипарезу или внезапной смерти, а также массивная эмболия легочной артерии. Среди наблюдавшихся нами пациентов эмболии в анамнезе имели место в 20% случаев.

Высокая СОЭ, снижение массы тела, анемия являются основными клинико-лабораторными признаками заболевания, которые встречались у большинства наших больных.

Общая конституциональная реакция организма на миксому неясна, возможно, это состояние может быть обусловлено множественными микроэмболиями или аутоиммунной реакцией организма на высвобождение в кровь полисахаридных и белковых субстанций опухоли. Как правило, эти симптомы исчезают после удаления опухоли.

Таким образом, миксома левого предсердия является тяжелым заболеванием, которое может сопровождаться эмболиями сосудов жизненно-важных органов. Профилактикой данных осложнений является безотлагательная операция по удалению опухоли.

При использованном нами доступе результаты хирургического лечения показывают эффективность удаления опухоли, выражающуюся в улучшении гемодинамических показателей в послеоперационном периоде.

Отсутствие рецидива заболевания в течение 2-3 лет свидетельствует о радикальности используемых нами методов профилактики рецидива заболевания. Иссечение опухоли с её основанием, прижигание ложа опухоли в пределах здоровых тканей сердца с последующей пластикой образованного дефекта межпредсердной перегородки являются основными атрибутами хирургического лечения миксом предсердий сердца.

Выводы

1. Миксома левого предсердия сердца часто сопровождается эмболиями сосудов жизненно-важных органов.

2. Основным методом диагностики миксомы сердца является эхокардиография.

3. При установлении диагноза миксомы сердца пациентам показана неотложная операция по удалению опухоли в условиях искусственного кровообращения.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 4-5 см. REFERENCES)

1. Бокерия Л.А., Малашенков А.И., Кавсадзе В.Э., Серов Р.А. Кардиоонкология. М.: НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 2008. 254 с.

2. Захарова В.П., Руденко Е.В., Галахин К.А., Буле Р.М. Миксома сердца. М.: Книга плюс, 2003. 142 с.

3. Сердечно-сосудистая хирургия: руководство /под ред. В.И. Бураковского, Л.А. Бокерии. М.: Медицина, 1996. С. 358–464.

REFERENCES

1. Bokeriya L. A., Malashenkov A. I., Kavsadze V. E., Serov R. A. *Kardioonkologiya* [Kardioonkology]. Moscow, NTsSSH im. A. N. Bakuleva RAMN, 2008. 254 p.

2. Zakharova V. P., Rudenko E. V., Galakhin K. A., Bule P. M. *Miksomy serdtsa* [Heart myxomas]. Moscow, Kniga plus Publ., 2003. 142 p.

3. Burakovskiy V. I., Bokeriya L. A. *Serdechno-sosudistaya khirurgiya: rukovodstvo* [Cardiovascular Surgery: a guide]. Moscow, Meditsina Publ., 1996. 358–464 p.

4. Gerbode F., Kerth W., Hill J. Surgical management of tumors of the heart. *Surgery*, 1987, Vol. 61, pp. 94-96.

5. Parameswaran A.C., Ott D.A., Hadidi F., Cheong Y.C. Giant left atrial myxoma everything is bigger in Texas. *Texas Heart Institute Journal*, 2012, Vol. 39, No. 2, pp. 286–287.

Сведения об авторах:

Абдурахимов Зубайдулло Зийдулоевич – профессор кафедры сердечно-сосудистой, эндоваскулярной и пластической хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н., профессор

Гульмурадov Ташипулат Гульмурадovич – зав. кафедрой сердечно-сосудистой, эндоваскулярной и пластической хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ, член-корр. Академии наук Республики Таджикистан, д.м.н., профессор

Каримов Эхсон Эргашевич – сердечно-сосудистый хирург Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии, к.м.н.

Аминов Рустам Саймухидинович – сердечно-сосудистый хирург Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии, к.м.н.

Курбанова Мубина Алимовна – врач-специалист по эхокардиографии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии

Назаров Шухрат – сердечно-сосудистый хирург Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии

Контактная информация:

Назаров Шухрат – тел.: +992 987790008

²Ахмедов Ф.А., ¹Джурраев Х.Ш., ²Забиров Н.Н., ¹Саидов А.А., ³Пирматова Д.А.

ИССЛЕДОВАНИЕ ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА И РАСТВОРИМОСТИ ХОЛЕСТЕРИНОВЫХ КАМНЕЙ РАЗНОГО ПОКОЛЕНИЯ

¹Государственный научно-исследовательский институт питания РТ

²Кафедра фармации ГОУ ИПОвСЗ РТ

³Национальный диагностический центр

²Akhmedov F. A., ¹Dzhuraev Kh. Sh., ²Zabirov N. N., ¹Saidov A. A., ³Pirmatova D. A.

INVESTIGATION OF CHEMICAL COMPOSITION AND SOLUBILITY OF CHOLESTERIC STONES OF DIFFERENT GENERATION

¹State Scientific Research Institute of Nutrition of Republic of Tajikistan

²Department of Pharmacy of the State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan"

³The National Diagnostic Center

Цель исследования. Исследование химического состава и растворимости холестеринových камней разного поколения.

Материал и методы. Исследовались холестериновые камни, удаленные во время операции. Исследованию плотности подвергались желчные камни трёх поколений по классификации Х.Х. Мансурова. Посредством различных методов исследования (ИК-спектроскопия, ядерный магнитный резонанс, эмиссионный спектральный анализ и др.) выявлялись составные части камней. Чистый холестерин брался за контрольный образец.

Результаты. При физико-химических исследованиях выявлено, что структура холестерина в основе холестеринových конкрементов практически не отличается от холестерина, выделенного из осадка желчи при желчнокаменной болезни и кристаллического холестерина. Методом полуколичественного спектрального анализа были определены микро- и макроэлементы в целом камне, в его оболочке и ядре. Результаты исследования показали, что наиболее плотными оказались камни 1-го поколения, где содержание холестерина равно 88,4%, а наименее плотными – камни 3-го поколения, в которых содержание холестерина равнялось 45,0%. После обработки желчных конкрементов хенодезоксихолевой, урсодезооксихолевой кислотами и их смесями определялась зависимость их растворимости от плотности и поколения.

Заключение. Растворимость холестеринových камней имеет прямую зависимость от поколения камней и их плотности.

Ключевые слова: холестерин, холестериновые камни, химический состав, микро- и макроэлементы, желчнокаменная болезнь

Aim. Investigation of the chemical composition and solubility of cholesterol stones of different generations.

Materials and methods. Studied the cholesterol stones, removed during surgery. Exploration of density subjected on gallstones of three generations by classification of Kh. Kh. Mansurov. By various techniques (an IR-spectrometry, nuclear magnetic resonance, emission spectral analysis and others) the components of stones were identified. Pure cholesterol took up a control sample.

Results. At physicochemical studies revealed that cholesterol structure at the base of cholesterol stones does not differ from the cholesterol extracted from the sediment of bile in cholelithiasis and crystalline cholesterol. By the method of semiquantitative spectral analysis were identified micro- and macroelements in a whole stone, in his shell and in core. The results showed that the most dense stones were at 1st generation, where cholesterol is equal to 88,4%, and the least dense – stones of the 3rd generation, in which cholesterol content was equal to 45,0%. After gallstones processing by chenodeoxycholic, ursodezooksiholic acids and their mixtures was determined the dependence of their solubility from density and generation.

Conclusion. The solubility of cholesterol stones is directly dependent from the generation of stones and of their density.

Key words: cholesterol, cholesterol stones, chemical composition, micro- and macroelements, cholelithiasis

Актуальность

Существующие схемы профилактики и лечения желчнокаменной болезни (ЖКБ) не всегда могут быть эффективными без учета данных физико-химических параметров желчи и растворимости холестериновых камней в процессе развития ЖКБ.

В настоящее время в литературе мало освещены аспекты начального процесса дестабилизации стабильной (здоровой) желчи, камнеобразования и их растворимости. Актуальность таких исследований очевидна, так как профилактика рецидивов, в том числе и диетическая, не может быть успешной без четкого знания физико-химического состояния желчи на различных этапах развития ЖКБ и условий формирования желчного камня, а также их растворимости.

Материал и методы исследования

Исследованию подверглись камни, удаленные во время операции у больных калькулёзным холециститом. Для идентификации конкрементов и сравнения их составных частей были использованы следующие физико-химические методы: ИК-спектроскопия, ядерный магнитный резонанс (ЯМР), эмиссионный спектральный анализ, фотоколориметрия. В качестве контрольного образца использовали чистый холестерин.

Статистическая обработка полученных данных проводилась по Стьюденту.

Результаты и их обсуждение

В ИК-спектрах чистого холестерина были выявлены следующие характерные области поглощения: 2850 см⁻¹, 1460 см⁻¹ и 1380 см⁻¹, которые отнесены к деформационным колебаниям групп СН₂, СН₃, ОН- и валентным колебаниям С-С. Характерные спектры и области поглощения были выявлены и для холестериновых камней, хотя известно, что в холестериновых камнях, кроме холестерина, содержатся различные соли металлов, которые, по всей вероятности, находятся в адсорбированном состоянии.

В спектрах ЯМР сигналы чистого холестерина 0,51; 0,75; 0,85 и 0,95 м.д. отнесены к пяти группам СН₃. Метановые и метиленовые протоны имеют резонансное поглощение в области 1,00-2,30 м.д. при интенсивности 28 протонов. Имел место широкий сигнал поглощения ОН- группы при 3,42 м.д. и дуплет при 5,27 м.д. Аналогичная картина была отмечена в спектре ЯМР холестериновых камней с незначительными изменениями. Проведенными физико-химическими исследованиями установлено, что структура холестерина, составляющего основу холестериновых камней, практически не отличается от холестерина, выделенного из осадка и кристаллического холестерина. Методом полуколичественного спектрального анализа, были определены микро- и макроэлементы в камнях в целом, а также в их оболочке и ядре. Полученные результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1

Содержание микро и макроэлементов в холестериновых камнях различного поколения

Хolestериновые камни	Химические элементы, мг%								
	Na	Ca	Mg	Cu	Ti	Al	P	Mn	Co
2 поколение	0,08	1,0	0,12	0,001	0,02	0,008	0,02	0,03	0,05
3 поколение	0,03	2,0	0,13	0,001	0,03	0,005	0,05	0,03	0,04

Оболочка	Содержание макро- и микроэлементов, мг%								
	Na	Ca	Mg	Cu	Ti	Al	P	Mn	Co
Оболочка	0,01	0,06	0,01	0,0001	0,0002	0,005	–	–	–
Ядро	0,02	0,7	0,09	–	–	0,008	–	–	–

Как видно из таблицы, наибольшее накопление выявлено для натрия, кальция и магния. Замечено, что количественное содержание кальция и магния в ядре холестериновых камней в 10 раз превышает их содержание в оболочке. Таким образом, на основании полученных результатов можно косвенно предположить, что зародышем для образования холестериновых камней могут являться плохо растворимые соли кальция и магния. Величина плотности для химических соединений также имеет определенное значение, так как по этой величине в определённой степени можно судить об устойчивости структуры вещества и межмолекулярных связях.

Исследованию плотности подвергались желчные камни трёх поколений по классификации Х.Х. Мансурова пикнометрическим методом. Камни 1-го поколения представляют собой множественные камни практически одного размера (жемчугоподобные); 2-го поколения – множественные камни разных размеров коричнево-желтоватого цвета; 3-го поколения – большие одиночные камни коричневого и жёлтого цветов. Полученные результаты представлены в таблице 2. Результаты исследования показали, что наиболее плотными оказались камни 1-го поколения, где содержание холестерина составляет 88,4%, наименее – камни 3-го поколения, в которых содержание холестерина равнялось 45,0% (табл. 2).

Плотность и концентрация холестерина в холестериновых камнях различного поколения

Хolestериновые камни	Плотность	Концентрация холестерина, мг%
1 поколение	1,22±0,05	88,4±0,04
2 поколение	1,14±0,05	60,4±0,04
3 поколение	1,08±0,05	45,0±0,04

Из полученных результатов явствует, что плотность камня имеет прямую зависимость от содержания в нём холестерина.

Представляло большой интерес изучить растворимость холестериновых камней разного поколения в ХДХК и УДХК в условиях *in vitro*. Образование желчных камней в желчном пузыре является завершающей стадией дестабили-

зации желчи. Следовательно, профилактика и выведение камней зависит от предупреждения их образования и, соответственно, от их растворимости в период терапии ЖКБ. В настоящее время в терапии всех видов заболевания ЖКБ широко применяют препараты хенодезоксихолевой (ХДХК) и урсodeзоксихолевой кислот (УДХК) и их смесей.

Растворимость холестериновых камней разных поколений в присутствии ХДХК и УДХК

Поколение холестериновых камней	Растворимость камней, мг%			
	в присутствии ХДХК		в присутствии УДХК	
	порция «С»	порция «В»	порция «С»	порция «В»
1	300,8	424,3	363,4	418,4
2	410,2	563,7	484,2	440,4
3	654,4	605,2	500,2	506,2

Однако, в литературе практически отсутствуют данные о том, как влияют эти препараты на растворимость холестериновых камней разных поколений и на физико-химическое состояние желчи в период терапии ЖКБ, что представляет большой интерес для профилактики ЖКБ и образования холестериновых камней. В таблице 3 представлены результаты исследований растворимости холестериновых камней в присутствии ХДХК и УДХК в желчи порции «В» (пузырная желчь) и в печёночной порции «С». Из таблицы видно, что растворимость камней 1го-поколения в ХДХК, которые более плотные, в порции «С» составляет 300,8 мг%, а в порции «В» – 424,3 мг%. В то же время, в этих же условиях растворимость камней 2-го поколения в порции «С», которые менее плотные, составляет 410,2 мг%, а в порции «В» – 563,7. У камней 3-го поколения, которые наименее плотные, растворимость равняется 654,4 мг%. Такая же закономерность сохраняется и в присутствии УДХК (табл. 3).

Заключение

Таким образом, как показали результаты исследования (см. табл. 2, 3), растворимость холестериновых камней имеет прямую зави-

симость от их поколения и, соответственно, от их плотности.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (п. 4 см. REFERENCES)

1. Мансуров Х.Х. Новое в учении о желчнокаменной болезни // Проблемы гастроэнтерологии. 2001. № 1-2 (21). С. 3-10.
2. Мансуров Х.Х. Современное представление о механизме образования холестериновых желчных камней. // Желчнокаменная болезнь: Всесоюзный симпозиум. Душанбе, 1981. С. 25-29.
3. Юсупов И.Х., Холова Ш.А., Джураев Х.Ш., Азонов Д.А. Исследование молекулярной структуры холестерина методом спиновых меток при погружении в жизненно важные органические кислоты // Здравоохранение Таджикистана. Душанбе. 2012. № 1. С. 57–62.

REFERENCES

1. Mansurov Kh. Kh. Novoe v uchenii o zhelchnokamennoy bolezni [New in the study of cholelithiasis]. *Problemy gastroenterologii – Problems of gastroenterology*, 2001, No. 1-2 (21), pp. 3 - 10.

2. Mansurov Kh. Kh. Sovremennoe predstavlenie o mekhanizme obrazovaniya kholesterinovykh zhelchnykh kamney [Modern understanding of the mechanism of formation of cholesterol gallstones]. *Zhelchnokamennaya bolezni: Vsesoyuznyy simpozium. [Cholelithiasis: All Union Symposium]*. Dushanbe, 1981, pp. 25-29 (In Russ.).

3. Yusupov I. Kh., Kholova Sh. A., Dzhuraev Kh. Sh., Azonov D. A. Issledovanie molekulyarnoy struktury kholesterina metodom spinovykh metok pri pogruzhenii v zhiznno vazhnye organicheskie kisloty [Investigation of the molecular structure of cholesterol by the method of spin labels upon immersion in the vital organic acids]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Health-care of Tajikistan*, Dushanbe, 2012, No. 1, pp. 57–62.

4. Baruch Y., Assy N., Weisbruch F. et al. A pilot study on the hemodynamic effect of short-term ursodeoxycholic acid therapy in patients with stabl liver cirrhosis. *The American Journal of Gastroenterology*, 1999, Vol. 94 (10), pp. 3000-3004.

Сведения об авторах:

Ахмедов Фарход Аламхонович – и.о. зав. кафедрой фармации ГОУ ИПОвСЗ РТ

Джураев Хисори Шарифович – зав. лабораторией по безопасности пищевых продуктов Института питания РТ

Саидов Аличон Аброрович – ведущий научный сотрудник лаборатории фармакологии Института химии АН РТ

Забиров Наврузджон Нурович – и.о. зав. кафедрой фармакологии и латинского языка филиала Республиканского медицинского колледжа, Гиссарский район

Пирматова Дилором Алиевна – врач-терапевт Национального диагностического центра

Контактная информация:

Ахмедов Фарход Аламхонович – тел.: +992 918809948

© Коллектив авторов, 2016

УДК 616.314-073.916

Ашуров Г.Г., Муллоджанов Г.Э., Каримов С.М.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРЕХМЕРНОЙ ДЕНТАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ДЛЯ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОККЛЮЗИОННЫХ ДЕФЕКТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ ПРИ РАЗНОНАПРАВЛЕННЫХ МЕЖСИСТЕМНЫХ НАРУШЕНИЯХ

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Ashurov G.G., Mullodzhanov G.E., Karimov S.M.

USING OF THREE-DIMENSIONAL DENTAL COMPUTER TOMOGRAPHY FOR ORTHOPEDIC TREATMENT OF OCCLUSION DEFECTS BY DENTAL IMPLANTS UNDER DIFFERENT DIRECTION OF BETWEENSYSTEMICDISORDERS

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

Цель исследования. Оценка результатов использования трехмерной компьютерной томографии на этапе планирования дентальной имплантации и дальнейшего ортопедического лечения окклюзионных дефектов у больных с сопутствующей соматической патологией.

Материал и методы. Исследования проводили на клинической базе кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ (ООО «Smile»), являющейся единственной стоматологической клиникой в Республике Таджикистан, которая предоставляет рентгенологические услуги с использованием трехмерной дентальной компьютерной томографии. Работа

основана на анализе результатов использования трехмерной дентальной компьютерной томографии у 65 больных с неблагоприятным соматическим фоном. У обследованных лиц из сопутствующих заболеваний обнаружены: у 22 (33,8%) пациентов – гипертоническая болезнь, у 15 (23,1%) – ишемическая болезнь сердца (7 из них перенесли инфаркт миокарда), у 5 (7,7%) – поливалентная аллергия, у 23 (35,4%) – сахарный диабет 2-го типа в компенсированной форме.

Результаты. Опыт использования трехмерной дентальной компьютерной томографии свидетельствует о высокой информативности данной методики при использовании дентальных имплантатов, а также о возможности повышения качества и эффективности имплантологического лечения на основе полученных данных у больных с общесоматической патологией. Дентальная объемная томография позволяет выполнить визуальные и метрические исследования костных структур челюстных костей в трех взаимно перпендикулярных плоскостях, провести линейные и угловые измерения, использовать денситометрию в условных единицах для оценки костной плотности в зоне предполагаемой имплантации.

Заключение. Благодаря высокой контрастности изображения костных структур зубочелюстной системы, а также возможности исследования пациента в разных плоскостях без изменения его положения и без дополнительной лучевой нагрузки, трехмерная дентальная компьютерная томография является весьма информативным методом для комплексной характеристики зоны дентальной имплантации.

Ключевые слова: *зубочелюстная система, трехмерная дентальная компьютерная томография, соматическая патология, нижнечелюстной канал, верхнечелюстная пазуха*

Aim. Estimation the results of using three-dimensional computer tomography in step of planning of dental implantations and the further orthopedic treatment of occlusion defects beside patients with accompanying somatic pathology.

Materials and methods. Studies conducted on clinical base of the Department of Therapeutic Dentistry of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan» (society with limited liability of «Smile»), being single dentistry clinic in Republic of Tajikistan, giving x-ray facilities with using of three-dimensional dental computer tomography. Work is founded on test result using of three-dimensional dental computer tomography beside 65 patients with disadvantage somatic background. Amongst examined persons from accompanying diseases are discovered: beside 22 (33,8%) patient – hypertensive disease, beside 15 (23,1%) – ischemic disease of the heart (7 of them carried the heart attack of the myocardium), beside 5 (7,7%) – polyvalent allergy, beside 23 (35,4%) – diabetes mellitus 2nd type in compensative form.

Results. The experience of using of three-dimensional dental computer tomography is indicative of high infirmity of this method when use of dental implants, as well as about possibility of increasing of quality and efficiency of implantology treatment on the base of got given beside patients with commonsomatic pathology. Dental's three-dimensional tomography allowed executing visual and metric studies of the bone structures of the jaw bones, in three mutually perpendicular plane, conduct linear and angular measurements, use of densitometry in conditional unit for estimation of bone density in zone of supposed implantations.

Conclusion. Due of high contrast scenes of the bone structures of teeth-jaw's system, as well as possibility of the study of the patient in miscellaneous plane without change of its position and without additional beam load, three-dimensional dental computer tomography is very informative method for complex feature of the zone of dental implantations.

Key words: *teeth-jaw's system, three-dimensional dental computer tomography, somatic pathology, mandibular canal, upper jaw's sinus*

Актуальность

Планирование постановки дентального имплантата зависит от наличия или отсутствия зуба, наличия достаточной костной ткани как по ширине, так и по высоте альвеолярного гребня. Для оценки ситуации и планирования имплантологического лечения необходимы различные наборы критериев в соответствии с состоянием пациента [2, 6]. Для определения рельефа, объема костной ткани в зоне предполагаемой имплантации, помимо клинического обследования, проводится компьютерная томография, которая позволяет предположить объем и вид имплантологического вмешательства. Компьютерное сканирование дает возможность измерить оптическую плотность костной ткани, что позволяет определить тактику при проведении дентальной имплантации [1, 3].

Дентальная компьютерная томография открывает перед врачами новые возможности

при диагностике самых различных заболеваний в стоматологии. Трехмерное рентгеновское изображение, в отличие от «плоскостного», несет, несомненно, больше диагностической информации. При этом поглощенная доза при выполнении исследования меньше, чем при ортопантомографии. Уже несколько лет данный вид рентгенологического исследования оценен как клиницистами, так и учеными и занял достойное место среди информативных методов диагностики в имплантологической практике [4, 5].

Материал и методы исследования

Инновационный метод лучевой диагностики – трехмерная дентальная компьютерная томография (3Д КТ) на аппаратах типа 3D КЛКТ (фирма «Mogita», Япония) – впервые нашел широкое применение при выявлении различных заболеваний зубочелюстной системы, челюстно-лицевой области, верхнечелюстных пазух и височно-нижне-

челюстных суставов в стоматологической клинике «Smile», являющейся базой кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ. В стоматологической клинике важная роль отведена лучевой диагностике, которая необходима на разных этапах имплантологического наблюдения больных с сопутствующей соматической патологией.

С целью планирования имплантологической стоматологической помощи на панорамных ден- тальных 3Д КТ обследовано 65 больных с неблаго- приятным соматическим фоном в возрасте от 25 до 55 лет, из них женщин - 43 (55,1%), мужчин – 35 (44,9%). Зона визуализации захватывала весь зуб- ной ряд, верхнечелюстные пазухи, височно-нижне- челюстные суставы и околоносовые пазухи. Среди обследованных больных всего проанализировано 136 снимков, 69 из которых до подсаживания ден- тальных имплантатов, 67 – на различных этапах выполнения денальной имплантации.

Статистические расчеты выполнены с исполь- зованием пакетов программ прикладной статисти- ки (Statistica 6.0). При $p < 0,05$ нулевая гипотеза об отсутствии различий между показателями отвер- галась и принималась альтернативная гипотеза.

Результаты и их обсуждение

В ходе планирования денальной имплан- тации пациентам назначали рентгенодиа- гностическое обследование. Использование трехмерной денальной компьютерной томо- графии позволяло получить послойное высо- кой точности изображение костных структур челюстно-лицевой области и зубочелюстной системы у соматических больных. Деналь- ный компьютерный томограф предоставил нам высококачественное трехмерное цифровое изображение в трех плоскостях (аксиальной, фронтальной и сагиттальной) с помощью ограниченного конического луча (в виде зоны объемом от 6 см³ (прицельный 3Д КТ) до 15 см³ и более (панорамный 3Д КТ).

При планировании денальной имплантации у соматических больных трехмерное изобра- жение позволяло визуализировать границы нижнечелюстного канала и замыкательную кортикальную пластинку дна верхнечелюстных пазух. Толщина томографического среза была установлена от 0,125 до 2 мм.

Полученная информация записывалась на CD-диск в формате «One DATA Viewer», и при необходимости ее просматривали на персо- нальном компьютере без использования допол- нительного программного обеспечения. Благо- даря этому, нам предоставлялась возможность просматривать изображение более детально в трех плоскостях, а также послойно или с необ- ходимым интервалом в режиме видеофильма.

Помимо анализа изображения, среди обследованного контингента больных также про-

гнозировали возможность планирования ден- тальной имплантации. Для этого информацию с CD-диска загружали в MED 3D программу. При этом могли выполнять не только визуаль- ную оценку структуры и костной плотности в зоне предполагаемой имплантации, но, что самое важное, осуществлять позиционирова- ние виртуального имплантата. После выбора оптимального положения программа реги- стрировала точные координаты денального имплантата. Полученные данные отправляли в зуботехническую лабораторию, где произво- дилась разметка бор-шаблона.

При рентгенологическом обследовании зубочелюстной системы у больных с неблаго- приятным соматическим фоном на базе единой корпоративной компьютерной системы были введены в клиническую практику программы обработки и анализа рентгеновского изобра- жения 3Д КТ. При этом мы имели доступ к компьютерной базе данных, которая содержит не только основные сведения о пациентах, но также архив всех проведенных рентгеновских исследований, видео- и фото-архив. Тем самым использовали возможности удаленного досту- па к медицинской информационной системе радиологической диагностики у больных с общесоматической патологией.

Точные алгоритмы трехмерной денальной компьютерной томографии при планировании и выполнении денальной имплантации преду- преждали нарушения целостности замыкатель- ной кортикальной пластинки дна верхнече- люстных пазух, носовой полости, повреждения нижнечелюстного нерва, вестибулярной или оральной стенок альвеолярного отростка в зоне предполагаемой имплантации у соматических больных.

Выводы

1. Выявлены новые перспективные направ- ления использования в стоматологической практике многомониторной компьютерной системы с цифровой видео- и рентгенодиаг- ностикой, связанные с цифровой обработкой клинико-лучевых данных комплексного обсле- дования больных с неблагоприятным сомати- ческим фоном при планировании денальной имплантации и ортопедического лечения ок- люзионных дефектов.

2. Возможность просмотра 3Д КТ изображе- ния в трех проекциях, разворот компьютерных томограмм под различными углами к полости челюстной дуги, возможность получения изо- бражения внутренней структуры и наружной поверхности костных образований и мягких тканей челюстно-лицевой области, ротация изображения вверх и вниз позволяли наметить тактику предстоящего имплантологического

лечения окклюзионных дефектов при разнонаправленных межсистемных нарушениях в организме.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев А.Ю., Воробьев Ю.И., Трутень В.П. Лучевая диагностика в стоматологии. М.: Медика, 2007. 496 с.
2. Жусев А.И., Ремов А.Ю. Дентальная имплантация. Критерии успеха. М., 2004. 224 с.
3. Мчелидзе Т.Ш., Касумова М.К., Чибисова М.А., Дударев А.Л. Трехмерный дентальный компьютерный томограф 3 DX ACCUITOMO/FPD - диагностика XXI века. СПб.: МЕДИ издательство, 2007. 144 с.
4. Рабухина Н.А., Голубева Г.И., Перфильев С.А. Спиральная компьютерная томография при заболеваниях челюстно-лицевой области. М.: МЕДпресс-информ., 2006. 128 с.
5. Трофимова Т.Н., Гарпач И.А., Бельчикова Н.С. Лучевая диагностика в стоматологии. М.: Медицинское информационное агентство, 2010. 192 с.
6. Чибисова М.А. Возможности клинического использования трехмерного дентального компьютерного томографа 3DX Accuitomo (фирма «Morita», Япония) // Институт стоматологии. 2006. № 2. С. 98-99

REFERENCES

1. Vasilev A. U., Vorobyov U. I., Truten V. P. *Luchevaya diagnostica v stomatologii* [Beam diagnostics in dentistry]. Moscow, Medika Publ., 2007. 496 p.
2. Zhusev A. I., Remov A. U. *Dentalnaya implantatsiya. Kriterii uspekha* [Dental implantation. Criteria of achievement]. Moscow, 2004. 224 p.

3. Mchlidze T. Sh., Kasumova M. K., Chibisova M. A., Dudarev A. L. *Trekhmerniy dentalniy komputerniy tomograf 3 DX ACCUITOMO/FPD – diagnostika XXI veka* [Three-dimensional computer tomography 3 DX ACCUITOMO/FPD – a diagnostic of XXI age]. Saint Petersburg, MEDI Publ., 2007. 144 p.

4. Rabukhina N. A., Golubeva G. I., Perfiljev S. A. *Spiralnaya kompyuternaya tomografiya pri zabolevaniyakh chelyustno-litsevoi oblasti* [Spiral computer tomography under the disease of maxilla-facial area]. Moscow, MEDpress-inform Publ., 2006. 128 p.

5. Trofimova T. N., Garpach I. A., Belchikova N. S. *Luchevaya diagnostica v stomatologii* [Beam diagnostics in dentistry]. Moscow, Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo Publ., 2010. 192 p.

6. Chibisova M. A. *Vozmozhnosti klinicheskogo ispolzovaniya tryokhmernogo dentalnogo komputernogo tomografa 3DX Accuitomo (firma “Morita”, Yaponiya)* [Possibilities of clinical use of the three-dimensional dental computer tomography 3DX Accuitomo]. *Institut stomatologii – Institute of dentistry*, 2006, No. 2, pp. 98-99.

Сведения об авторах:

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

Муллоджанов Гайрат Элмурадович – соискатель-докторант кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Каримов Сафаррахмад Мунаварович – ассистент кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Контактная информация:

Аишуров Гаюр Гафурович – тел.: +992 988-71-09-92

¹Касимова М.К., ²Бобоходжаева М.О.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАБОТНИЦ КОММЕРЧЕСКОГО СЕКСА ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, И ВИЧ

¹Кафедра общественного здоровья, экономики, управления (менеджмент) здравоохранением с курсом медицинской статистики ГОУ ИПОвСЗ РТ

²Кафедра акушерства и гинекологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

¹Kasymova M.K., ²Bobokhodzhaeva M. O.

SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS, AND HIV, MORBIDITY OF COMMERCIAL SEX WORKERS

¹Department of Public Health, Economics, Management of health with the course of medical statistics of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan»

²Department of Obstetrics and Gynecology of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan»

Цель исследования. Анализ динамики заболеваемости ИППП/ВИЧ среди работниц коммерческого секса при внедрении интегрального подхода для изменения поведенческих факторов и снижения риска инфицирования ИППП/ВИЧ уязвимых групп женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы. Объектом исследования были 1220 женщин, занимающихся коммерческим сексом в г. Душанбе, у которых изучали девиантное поведение, проведен социологический опрос.

Проведены клинико-лабораторные исследования ИППП/ВИЧ до и после внедрения интегрированного подхода для изменения поведенческих факторов и снижения риска инфицирования ИППП/ВИЧ. Конфиденциальность и анонимность обеспечивалась системой кодирования.

Результаты. На рост и распространение ИППП/ВИЧ-инфекции влияют поведенческие факторы работниц секса: ранний возраст начала предоставления коммерческих сексуальных услуг, многочисленные половые контакты, пренебрежение правилами безопасного секса.

Выявлена ограниченность доступа к услугам в области репродуктивного и сексуального здоровья, а также феномен стигматизации. Результатом исследований стал разработанный метод интегрального подхода для изменения поведенческих факторов и снижения риска инфицирования ИППП/ВИЧ уязвимых групп женщин репродуктивного возраста.

Заключение. Разработанный метод эффективен для значительного снижения заболеваемости ИППП/ВИЧ и доказывают свою эффективность в изменении поведенческих факторов в случае единого целостного подхода.

Ключевые слова: ИППП/ВИЧ, работницы секса, интегральный подход, факторы риска

Aim. Analysis of the dynamics of STIs/HIV among commercial sex workers during the implementation of integrated approach in order to change behavioral factors and reduction of STI/HIV infection risk in vulnerable groups of women of reproductive age.

Materials and methods. The study included 1220 women, who engaged commercial sex work in Dushanbe. Was studied their deviant behavior, conducted a sociological survey.

Conducted clinical and laboratory tests for STIs/HIV before and after the introduction of integrated approach in order to change behavioral factors and reduction of STI/HIV infection risk. Privacy and anonymity was ensured by the coding system.

Results. On the growth and spread of STI/HIV infection influence behavioral factors of sex workers such as: early age of onset of commercial sex, multiple sexual contacts, disregard the rules of safe sex.

Revealed the limited access to services of reproductive and sexual health, as well as the phenomenon of stigmatization. The result of research was a developed integrated approach method in order to change behavioral factors and reduce the risk of infection with STI/HIV in vulnerable groups of women of reproductive age.

Conclusion. The developed method is effective for a significant reduction of STI/HIV morbidity and proving its effectiveness in changing of behavioral factors in the case of a single holistic approach.

Key words: STI/HIV, sex workers, an integrated approach, the risk factors

Актуальность

Уровень заболеваемости ИППП населения Республики Таджикистан с 1989 года имеет устойчивую тенденцию к росту. Пик роста заболеваемости отмечен в 1995 году (82,4 на 100000 населения против 3,1 в 1989 г.). Уровень заболеваемости значительно снизился в 2005 г. и составил 46,3 на 100000 населения, однако, далее вновь отмечен рост заболеваемости ИППП, в 2008 году этот показатель составил 52,8 на 100 000 населения и с некоторыми колебаниями, по данным официальной статистики, составил 26,3 на 100000 населения в 2014 г. [6]. Однако, данные официальной статистики не отражают истинной картины [4].

В течение последнего десятилетия количество ВИЧ-инфицируемых в Республике Таджикистан продолжает увеличиваться, в среднем в 1,5-3 раза ежегодно [2].

По данным Мирзоева А.С. (2007) распространение ВИЧ-инфекции в Республике Таджикистан приобретает эпидемический характер, причем, доминирующую роль в передаче ВИЧ-инфекции играют потребители инъекционных наркотиков, половой путь передачи составляет от 3,7% до 17,0% [3].

Зависимость ИППП/ВИЧ от поведенческих факторов и особенностей образа жизни позволяет считать их болезнями «поведения», определяемыми социально-психологическими факторами [1].

В литературе имеются лишь единичные исследования относительно факторов риска и распространенности заболеваний, передающихся половым путем, в том числе ВИЧ-инфекции среди работниц секса в РТ [5].

С учетом социальных, демографических и миграционных тенденций резкое увеличение населения, подвергающегося риску ИППП/ВИЧ, будет продолжаться, в связи с чем программы по медицинскому обеспечению уязвимых слоев населения направлены на минимализацию вреда, изменение поведенческих навыков.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе городского Центра репродуктивного здоровья г. Душанбе за период с 2008 по 2013 г., при котором организован «кабинет доверия». Объектом исследования были 1220 женщин, занимающихся

коммерческим сексом (РС) в г. Душанбе. Критерием отбора РС служило оказание сексуальных услуг в последние 6 месяцев.

Методология изучения девиантного поведения включала: определение мест дислокации (так называемых «точек»); определение времени наибольшей активности «точек»; установление примерной численности работниц секса на «точках»; доступ к РС; мотивационное консультирование. В ходе исследования у 400 РС проводилось интервьюирование (согласно разработанной нами анкеты) в условиях анонимности с обязательным условием согласия. Анкета включала вопросы, отражающие вопросы социальной характеристики, сексуального и репродуктивного поведения РС.

Общее объективное и гинекологическое исследование проводили по общепринятым методикам. Нами разработан метод интегрального подхода для изменения поведенческих факторов и снижения риска инфицирования ИППП/ВИЧ уязвимых групп женщин репродуктивного возраста, который состоит из выполнения 5 последовательных шагов.

Клинико-лабораторные исследования ИППП/ВИЧ проведены среди 400 РС до внедрения интегрированного подхода для изменения поведенческих факторов и снижения риска инфицирования ИППП/ВИЧ уязвимых групп женщин репродуктивного возраста и 206 РС после внедрения данного подхода.

Лабораторная диагностика ИППП проводилась в НИИ профилактической медицины МЗ РТ (директор д.м.н., профессор Сатторов С.С.). Тестирование на выявление антител к ВИЧ проводилось в Республиканском центре профилактики и борьбы со СПИД МЗ РТ (директор к.м.н. Рузиев М.М.).

Конфиденциальность и анонимность обеспечивалась системой кодирования.

Результаты и их обсуждение

Результаты проведенных исследований обнаружили высокий уровень распространенности ИППП/ВИЧ среди обследованных РС, что обусловлено, в основном, поведенческими факторами: ранним возрастом начала предоставления коммерческих сексуальных услуг, многочисленными половыми контактами (до 1500 половых партнеров в год), пренебрежением правилами безопасного секса.

В течение суток имели от 2 до 5 половых партнеров 47,8% респондентов; от 6 до 9 половых партнеров имели 20,5% РС, от 10 и более – 11,7%, 1 полового партнера имели 17,3 %, не ответили 2,7%.

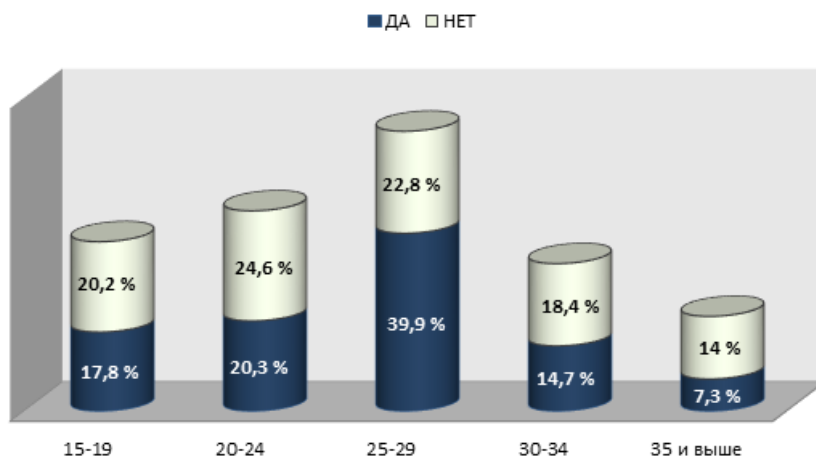
Доля употребляющих наркотики среди РС составила 2,9%. В большинстве случаев к употреблению наркотиков их приобщали постоянные половые партнеры-сожителю. РС, употребляющие инъекционные наркотики, не используют одноразовые шприцы, 37,0% опрошенных используют презервативы периодически и лишь 12,0% – постоянно. Очевидно, что нерегулярное использование презервативов сопряжено с повышенным риском распространения ИППП/ВИЧ. Следует отметить, что оказываемые сексуальные услуги РС (являющимися к тому же ПИН) большому числу партнеров, в том числе не употребляющим наркотики, способствуют вовлечению в эпидемиологический процесс более благополучных слоев населения.

Установлен низкий уровень информированности РС о заболеваниях, передаваемых половым путем, и методах их профилактики, ограниченность доступа к услугам в области репродуктивного и сексуального здоровья.

Результаты проведенного социологического исследования свидетельствуют о том, что основные трудности для диагностического доступа РС состоят в определенной закрытости данного контингента для медицинских работников и отсутствии мобильных служб государственного здравоохранения. Для РС этот феномен выражен намного сильнее в силу нелегального характера их деятельности. В связи с этим получение информации относительно их деятельности и распространения ими ИППП/ВИЧ представляет определенные трудности. Существенным ограничителем доступа данной группы к разнообразным услугам является феномен стигматизации.

Нами подтвержден факт, что стигма и дискриминация представляют собой серьезные препятствия на пути РС к услугам в сфере репродуктивного и сексуального здоровья. Так, 81,2% отметили, что скрывают свой статус от родственников. Отмечены случаи их изгнания из дома (26,7%) и подвергание физическому и моральному насилию (78,8%). Также отмечено негативное отношение общества, проявляющееся в оскорбительных фразах, брезгливых взглядах, игнорировании, нетерпимости их присутствия. Нами акцентировано внимание на то, что даже медики не в состоянии преодолеть эмоциональное неприятие коммерческого секса и рассматривать его как эпидемиологический феномен, который требует особого внимания и специфических подходов. Поведение многих медицинских работников по отношению к РС отражает отношение общества в целом к маргинальным группам населения, что, соответственно, сказывается как на качестве предоставляемых медицинских услуг, так и на желании РС обращаться за медицинской помощью в государственные медицинские учреждения. По результатам опроса, РС при посещении медицинских учреждений не легализуют свой статус из-за пренебрежительного отношения медицинских работников (36,6%). Наше исследование показало, что РС могут подвергаться двойной стигматизации в случае инфицирования ВИЧ-инфекцией. В то же время данные об обращаемости РС к медицинским услугам свидетельствуют о достаточно высоком её уровне. Так, из общего числа РС обратились к медицинским услугам 71,5%, в том числе 32,5 % обратились в «кабинет доверия», 32,3% – к знакомым медицинским работникам и лишь 6,8% обратились в ЛПУ по месту жительства.

Анализ обращаемости РС в зависимости от возраста РС отражен на рисунке.



Показатель обращаемости РС к медицинским услугам в зависимости от возраста

Как видно из рисунка, выявлена зависимость показателя обращаемости от возраста респондентов. Низкий уровень обращаемости к медицинским услугам отмечен среди следующих групп РС: в возрастной группе 15-19 лет – 17,8%, в возрастной группе 30-34 года – 14,7% и наиболее низкая обращаемость у лиц 35 лет и старше – 7,3%. Самый высокий показатель обращаемости отмечен в возрастной группе 25-29 лет – 39,9 %.

Резюмируя полученные данные, нами разработан метод интегрального подхода для изменения поведенческих факторов и снижения риска инфицирования ИППП/ВИЧ уязвимых групп женщин репродуктивного возраста, который состоит из выполнения 5 последовательных шагов.

1. Определение места скопления РС – так называемые «точки», времени наибольшей активности «точек», численности РС на «точках».

2. Осуществление доступа к РС.
3. Подготовка и проведение аутрич-работы.
4. Предоставление медико-диагностических и профилактических услуг.
5. Межсекторальное сотрудничество.

В рамках такого подхода предоставлен расширенный пакет медико-диагностических и профилактических услуг 603 РС. Из 300 РС, опрошенных повторно, 206 дали согласие на проведение у них клинико-лабораторных исследований ИППП/ВИЧ.

В таблице приведены данные о заболеваемости РС до введения в практику работы с уязвимыми слоями населения метода интегрального подхода для изменения поведенческих факторов и снижения риска инфицирования ИППП/ВИЧ и после внедрения данного метода.

Структура и уровень заболеваемости респондентов ИППП/ВИЧ среди РС

Нозология	До проведения мероприятий, n=400		После проведенных мероприятий, n=206		P
	число болезней	P±m,%	число болезней	P±m,%	
<i>Гонорея</i>	48	12,0±1,62	6	2,9±1,1	<0,001
<i>Трихомониаз</i>	91	22,8±2,1	13	6,3±1,7	<0,001
<i>Сифилис</i>	42	10,5±1,53	2	0,97±0,6	<0,001
<i>Хламидиоз</i>	56	14,0±1,73	24	18,6±2,7	<0,001
<i>ВПГ</i>	136	34,2±2,37	38	18,4±2,7	<0,001
<i>ЦМВ</i>	173	43,3±2,50	34	16,5±2,6	<0,001
<i>Гепатит В</i>	24	6,2±1,20	20	6,0±1,4	>0,05
<i>Гепатит С</i>	34	8,6±1,40	21	6,3±1,5	>0,05
<i>Кандидоз</i>	75	18,8±1,95	22	10,7±2,1	<0,001
<i>Уреаплазмоз</i>	50	12,6±1,65	17	8,2±1,9	<0,001
<i>Микоплазмоз</i>	25	6,4±1,12	13	6,3±1,7	<0,001
<i>Гарднереллез</i>	49	12,3±1,64	8	3,9±1,3	<0,001
<i>ВИЧ</i>	12	3,2±0,88	11	5,3 ±1,6	>0,05

Как видно из таблицы, в структуре ИППП до введения метода интегрального подхода для изменения поведенческих факторов и снижения риска инфицирования ИППП/ВИЧ уязвимых групп женщин репродуктивного возраста наиболее распространены среди РС вирусные заболевания, в том числе цитомегаловирус (ЦМВ) – 43,3 %, вирус простого герпеса (ВПГ) – 34,2%. Далее по частоте были трихомониаз и кандидоз – 22,8% и 18,8% соответственно. Доли хламидиоза, гонореи, уреаплазмоза и сифилиса в структуре ИППП были примерно

одинаковыми и составляли соответственно 14,0%, 12,0%, 12,6% и 10,5%. Особо следует отметить определенную распространенность среди обследованных РС гемоконтактных гепатитов: гепатит С – 8,6%, гепатит В – 6,2 %; удельный вес ВИЧ-инфекции составил 3,2 %.

Одной из распространенных оппортунистических инфекций среди РС является туберкулез, который выявлен у 8,6%. Среди всех обследованных выявлено 849 нозологических заболеваний, т.е. на каждую РС приходится 2,1 заболевания.

Анализ заболеваемости среди РС показал, что в 82,5% случаев у них выявлялась микст-инфекция. Наиболее часто отмечены сочетания ВПГ с ЦМВ и с уреаплазмозом; ВПГ с ЦМВ, хламидиозом и микоплазмозом; трихомониаз с гонореей и кандидозом. Нередко были отмечены ассоциации урогенитальной инфекции с другими условно-патогенными микроорганизмами (кишечная палочка, стафилококк или стрептококк).

Исследования показали, что в структуре ИППП среди РС основное место занимали: вагиниты – 71,2%; метроэндометриты – в 64,6%, далее следовали эрозии шейки матки – 28,7%; сальпингофориты – 26,7%; эндоцервициты – 17,8%. При этом у более половины обследованных выявлено 2 и более заболевания (55,8%).

После проведенных мероприятий установлено значительное снижение заболеваемости: гонореей в 4,1 раза ($P < 0,001$), трихомониазом в 3,6 раза ($P < 0,001$), ЦМВ в 2,6 раза ($P < 0,001$). В структуре заболеваний оставалось преобладание вирусных инфекций, а именно: ВПГ – 18,4%, ЦМВ – 16,5%. У 42,4% РС была выявлена микст-инфекция.

Заключение

1. Выявлено влияние поведенческих факторов риска на распространенность ИППП/ВИЧ. Специфика поведенческих факторов обследованных работниц секса заключалась в раннем начале предоставления услуг коммерческого секса, беспорядочными и многочисленными половыми контактами (до 1500 в год), отсутствием знаний и пренебрежением правилами безопасного секса.

2. В структуре ИППП среди РС наиболее распространены вирусные заболевания, в том числе цитомегаловирус – 43,3%, вирус простого герпеса – 34,2%. Далее по частоте трихомониаз и кандидоз – 22,8% и 18,8% соответственно. Доли хламидиоза, гонореи, уреаплазмоза и сифилиса в структуре ИППП составляли соответственно 14,0%, 12,0%, 12,6% и 10,5%. Гемоконтактные гепатиты составили: гепатит С – 8,6%, гепатит В – 6,2%; удельный вес ВИЧ-инфекции составил 3,2%; в 82,5% случаев у РС выявлялась микст-инфекция.

3. Внедрение метода интегрального подхода для изменения поведенческих факторов и снижения риска инфицирования ИППП/ВИЧ среди уязвимых групп женщин репродуктивного возраста приводит к значительному снижению заболеваемости ИППП/ВИЧ и доказывает свою эффективность в изменении поведенческих факторов в случае единого целостного подхода.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Кузьменко В.А., Волик А.Н. Партнерство лечебных учреждений в решении проблем диагностики и лечения ИППП у женщин секс-бизнеса // Проблемы секс-бизнеса в контексте общественного здравоохранения. Киев. 2009. С. 103

2. Курбанова Р.А., Бекназаров М., Салеван Омар, Джалилова З. Проект мобилизации общины в целях профилактики ВИЧ/СПИД среди трудовых мигрантов и членов их семей. НПО: СПИД фонд Восток Запад, 2006. 195 с.

3. Мирзоев А.С. ВИЧ-инфекция в Республике Таджикистан: автореф. дисс... канд. мед.наук. М., 2007. 26 с.

4. Отчет Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом в ПРООН. Душанбе, 2009. 21 с.

5. Рафиев Х.К., Лукьянов Н.Б., Гаибов А.Г., Рафиева З.Х., Аббасова Д.М., Касымова Н.К. Эпидемиологические особенности распространения ВИЧ-инфекции в уязвимых группах женщин Республики Таджикистан // Эпидемиология и инфекционные болезни Эпидемиология и инфекционные болезни. М. 2008. №3. С. 19-21

6. Центр медицинской статистики и информации МЗ СОН РТ «Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения». Душанбе, 1995, 2005, 2008, 2014.

REFERENCES

1. Kuzmenko V. A., Volik A. N. Partnerstvo lechebnykh uchrezhdeniy v reshenii problem diagnostiki i lecheniya IPPP u zhenshchin seks-biznesa [Partnership hospitals in solving problems of diagnosis and treatment of STIs among female sex workers]. *Problemy seks-biznesa v kontekste obshchestvennogo zdavookhraneniya – The Problems Sex Business in Context of Public Health*, Kiev, 2009, pp. 103

2. Kurbanova R. A., Beknazarov M., Saleban Omar, Dzhaliilova Z. *Proekt mobilizatsii obshchiny v tselyakh profilaktiki VICH/SPID sredi trudovykh migrantov i chlenov ikh semey* [Community mobilization project for HIV/AIDS prevention among labor migrants and their family members]. NPO: SPID fond Vostok Zapad Publ., 2006. 195 p.

3. Mirzoev A. S. *VICH-infektsiya v Respublike Tadjikistan*. Avtoref. diss. kand. med. nauk [HIV infection in the Republic of Tajikistan. Extended abstract of candidate's of medical sciences thesis]. Moscow, 2007. 26 p.

4. *Otchet Respublikanskogo tsentra po profilaktike i borbe so SPIDom v PROON* [Report of National Center for Prevention and Control of AIDS in United Nations Development Programme]. Dushanbe, 2009. 21 p.

5. Rafiev Kh. K., Lukyanov N. B., Gaibov A. G., Rafieva Z. Kh., Abbasova D. M., Kasymova N. K. Epidemiologicheskie osobennosti rasprostraneniya VICH-infektsii v uyazvimykh gruppakh zhenshchin Respubliki Tadjikistan [Epidemiological features of HIV infection in vulnerable groups of women of the Republic of Tajikistan]. *Epidemiologiya i infeksionnye bolezni – Epidemiology and Infectious Diseases*, 2008, No. 3, pp. 19-21.

6. *Tsentr meditsinskoy statistiki i informatsii MZ SON RT "Zdorove naseleniya i deyatelnost uchrezhdeniy zdavookhraneniya"* [Center of Medical Statistics and Information Ministry of Health of the Republic of Tajikistan

“Health of the population and the performance of health institutions”]. Dushanbe, 1995, 2005, 2008, 2014.

Сведения об авторах:

Бобоходжаева Масуда Облокуловна – зав. кафедрой акушерства и гинекологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Касимова Мавджуда Касымовна – доцент кафедры общественного здоровья, экономики, управления здравоохранением с курсом медицинской статистики ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Контактная информация:

Бобоходжаева Масуда Облокуловна – моб.: +992919037523

© Коллектив авторов, 2016

УДК 616. 381-002.; 616.1

Косимов З.К., Абдуллоев С.С, Хидиров А.Ф., Хонов Дж., Атакулаев Н.Б.

ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ БОЛЬШОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПЕРИТОНИТОМ

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПО в СЗ РТ

Kosimov Z. K., Abdulloev S.S, Khidirov A.F., Khonov Dzh., Atakulaev N.B.

HEMODYNAMIC PARAMETERS OF GREATER CIRCULATION IN PATIENTS WITH PERITONITIS

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

Цель исследования. Установить степень функциональных отклонений гемодинамики большого круга кровообращения и выявить динамику этих изменений в зависимости от степени тяжести перитонита.

Материал и методы. Обследованы 50 больных с перитонитом по следующим параметрам: частота сердечных сокращений; ударный индекс, объем секундного выброса; сердечный индекс; общее периферическое сосудистое сопротивление; артериальное давление систолическое; артериальное давление диастолическое; артериальное давление среднединамическое; индекс работы левого желудочка.

Результаты. У пациентов с перитонитом наблюдались взаимосвязанные и меняющиеся в течение патологического процесса нарушения центральной гемодинамики, выраженность которых зависела от степени тяжести токсемии. Комплексное динамическое изучение системы общей гемодинамики у больных с перитонитом выявило развитие недостаточности кровообращения вследствие развития сердечно-сосудистой недостаточности, находящейся в прямой зависимости от тяжести токсемии.

Заключение. С увеличением тяжести перитонита прогрессивно нарастает недостаточность гемодинамики большого круга кровообращения, обусловленная гиповолемией, снижением сердечного выброса, угнетением сократительной функции сердца.

Ключевые слова: гемодинамика, перитонит

Aim. Set the degree of functional disorders of hemodynamics of greater circulation and reveal the dynamics of these changes according to the degree of severity of peritonitis.

Materials and methods. The study included 50 patients with peritonitis on the following parameters: heart rate; stroke index, ejection second volume; cardiac index; total peripheral vascular resistance; systolic arterial pressure; diastolic arterial pressure; mean dynamic arterial pressure ; left ventricular work index.

Results. In patients with peritonitis observed interrelated and changing during the pathological process disorders of the central hemodynamics, which severity depended from the degree of severity of toxemia. Comprehensive dynamic study of general hemodynamics in patients with peritonitis revealed the development of circulatory failure as a result of development of cardiovascular disease which is in direct dependence from the severity of toxemia.

Conclusion. With increasing of severity of peritonitis progressively increases insufficiency of hemodynamics of greater circulation caused by hypovolemia, reduction of cardiac output, inhibition of the contractile function of the heart.

Key words: hemodynamics, peritonitis

Актуальность

Перитонит является самым частым и наиболее опасным осложнением острых хирургических заболеваний и повреждений органов брюшной полости, а также оперативных вмешательств на них. Его лечение по-прежнему остается весьма сложной задачей. В хирургии невозможно выделить более древнюю и актуальную проблему, чем лечение перитонита [1, 2]. Она во все времена привлекала внимание клиницистов и неоднократно обсуждалась на многих форумах. При этом оптимизм, наведенный эрой антибиотиков, не оправдал себя.

Далеко не все вопросы этой проблемы можно считать к настоящему времени полностью разрешенными. Неугасающую актуальность представляют тяжелые формы перитонита, при которых развивающийся сложный комплекс взаимосвязанных систем нарушений на уровне функциональной суб- и декомпенсации представляет наибольшую опасность для больных и трудность для клиницистов [1, 3, 5].

Лечение перитонита является не только хирургической проблемой, но и задачей анестезиологии и реаниматологии. В частности, эти операции выполняются у больных с клинической манифестацией эндотоксикоза и нарушением обмена веществ, в зонах, максимально насыщенных рецепторами, на фоне гиповолемии, что также способствует усилению негативного воздействия анестезиологических средств на кровоснабжение и функционирование висцеральных органов, как правило «скомпромен-

тированных» изначально [6, 7]. Несмотря на значительные успехи в лечении перитонита, показатели послеоперационной летальности продолжают оставаться высокими, составляя, по данным разных авторов, 20-62% [2, 5-7]. Представляет интерес выяснение степени функциональных отклонений системы гемодинамики большого круга кровообращения у больных перитонитом. Комплексная оценка состояния гемодинамики у больных, осуществляемая в соответствии с отклонениями интегральных параметров от уровня, обеспечивающего эффективную жизнедеятельность при развитии критического состояния, позволяет точно определить и количественно отразить характер нарушений нейрогуморальных, метаболических и адаптационных механизмов, что позволит проводить более целенаправленную терапию, эффективность которой будет возрастать соизмеримо возможности мониторингирования важнейших гомеостатических параметров.

Материал и методы исследования

Основу работы составили материалы, полученные при обследовании 50 больных в условиях Городской клинической больницы скорой медицинской помощи (ГКБ СМП) города Душанбе. В исследование включены только те больные, у которых имелось тяжелое течение острых хирургических заболеваний и повреждений органов брюшной полости. Больные были в возрасте от 17 до 84 лет. Из указанного количества больных мужчин было 22 (44%), женщин – 28 (56%).

Таблица 1

Распределение больных по фазам перитонита

Фазы перитонита	Количество больных	%
Здоровые пациенты (контрольная группа)	20	
Реактивная (1 группа)	12	24,0
Токсическая (2 группа)	24	48,0
Терминальная (3 группа)	14	28,0

Нозологическая характеристика оперированных больных

Причины перитонита	Группа больных			
	1-я	2-я	3-я	Всего
<i>Острая кишечная непроходимость</i>	1	1	1	3
<i>Деструктивный аппендицит</i>	4	8	3	15
<i>Акушерский перитонит</i>	1	2	1	4
<i>Острый деструктивный холецистит</i>	3	3	3	9
<i>Прободные язвы ЖКТ</i>	3	10	6	19
Всего	12	24	14	50

При поступлении больных в отделение реанимации ГKB СМП для оценки показателей кровообращения использовали импедансометрический метод; исследование центральной гемодинамики проводилось реографической приставкой РПГ-202; кривые реограмм записывали при помощи ЭЛКАР-4 фонокардиографической приставкой ФГ-1. Обработку полученных результатов реоплетизмограмм, центральной гемодинамики производили по Ю.Т. Пушкарю в модификации Е.Н. Носовой и др. Определение ударного объема осуществлялось неинвазивно аппаратом Toshiba Iust Vision-200, в последующем – инвазивное определение давления в полостях сердца через подключичный катетер аппаратом Physioloquae Pressure Transducer CE-0470, Capto Sp-844, Dash-3000 фирмы Dreger. При проведении исследований были получены следующие показатели: частота сердечных сокращений (ЧСС); ударный индекс (УИ), объем секундного выброса (ОСВ); сердечный индекс (СИ); общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС); артериальное давление систолическое (АДс); артериальное давление диастолическое (АДд); артериальное давление среднединамическое (АДср); индекс работы левого желудочка (ИРЛЖ).

Цифровой материал обработан с помощью программы электронных таблиц Excel-97 на IBM-486 методом вариационной статистики. Для всех величин определены средние арифметические значения (M), ошибки средних ($\pm m$) и достоверность различий ($p < 0,05$) по критерию Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

У обследованных больных с реактивной фазой перитонита (табл. 3) ЧСС в среднем составила 126,4%, УИ – 81,8%, ОСВ – 83,1% ($p < 0,05$), АДс – 106,5%, АДд – 103,4%, АДср – 105,8%,

ОПСС – 103,2%, СИ – 103,2% ($p > 0,5$) и ИРЛЖ 86,9% ($p < 0,05$), по отношению к норме.

При анализе состояния большого круга кровообращения у обследованных больных первой группы, по сравнению с контрольной, выявлено достоверное снижение разовой производительности сердца (УИ, ОСВ) с тенденцией к умеренному возрастанию СИ, ОПСС и АДср ($p > 0,05$). Наличие незначительного повышения постнагрузки при стабильном систолическом, диастолическом и среднединамическом артериальном давлении обеспечивало удовлетворительный возврат крови на фоне умеренной гиповолемии при равном СИ $3,21 \pm 0,06$ л/мин/м².

Разовая производительность сердца у больных токсической фазой перитонита снижена за счет достоверного уменьшения УИ на 57,1%, объема секундного выброса на 40,2%; ОПСС увеличено на 7,4%, систолическое артериальное давление на 11,2%, диастолическое на 9,8% и среднединамическое на 19,7% при сопоставлении с идентичными показателями контрольной группы. Увеличение показателей постнагрузки поддерживало минутную производительность сердца на 90,6% на фоне сниженных показателей индекса работы левого желудочка на 23,2%, на фоне токсемии сердечный индекс составлял в среднем $2,82 \pm 0,28$ л/мин/м² ($p < 0,05$).

При сопоставлении показателей большого круга кровообращения больных с терминальной фазой перитонита с гемодинамикой здоровых (норма) имеет место уменьшение разовой и минутной производительностей сердца, которое обусловлено снижением сократимости миокарда на фоне токсемии.

Причем токсемия, сопровождающаяся снижением сердечного выброса, поддерживала перфузию тканей за счет умеренного возрастания показателей постнагрузки в результате перенапряжения гуморальных факторов. При этом у больных в остром периоде отмечается резкое снижение

разовой и минутной производительностей сердца вследствие уменьшения ударного индекса в 2,2 раза, объема секундного выброса в 1,7 раза, сердечного индекса в 1,4 раза на фоне уменьшения показателей постнагрузки с её составляющими, общего периферического сосудистого сопротивления на 14,9%, систолического артериального давления на 21,4 %, диастолического на 19,6%, среднединамического на 26,5% при сравнении с контрольной группой ($p < 0,05$).

Гиподинамическое состояние сосудистой системы у больных терминальной фазой перитонита развивалось в результате недостаточности контрактильной способности сердечной мышцы, характеризуемой снижением индекса работы

левого желудочка на 36,3%, по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$).

Итак, сопоставление показателей сердечно-сосудистой системы большого круга кровообращения у пациентов терминальной фазой перитонита с данными контрольной группы выявило гиподинамический тип кровообращения, характеризующийся выраженной гиповолемией, снижением постнагрузки вследствие снижения систолического, диастолического, среднединамического артериального давления и общего сосудистого сопротивления. Между тем, на фоне периферической сосудистой недостаточности отмечается и несостоятельность центральных механизмов гемодинамики, обусловленная угнетением сократительной функции миокарда.

Таблица 3

Показатели гемодинамики большого круга кровообращения у больных перитонитом ($M \pm m$)

Показатели	ЧСС, мин	УИ, мл/м ²	ОСВ, мл/с	СИ, л/мин × м ²	ОПСС, дин.с. см ⁻⁵	АДср, мм рт. Ст.	ИРЛЖ кгм/м ²
Контрольная группа n=20	68,2 ±1,07	44,91 ±0,88	296,0 ±3,71	3,11 ±0,06	1465,0 ±34,75	86,07 ±1,13	69,112 ±1,55
1-я группа n=12	86,61 ± 3,57*	36,81 ± 2,46*	246,01 ± 18,98*	3,21 ±0,19	1511,21 ±56,31	91,36 ±2,31	60,35 ±3,31*
2-я группа n=24	94,28 ±2,46*	28,52 ±2,38*	211,18 ±17,34*	2,82 ±0,28*	1624,61 ±46,43*	103,34 ± 3,24*	56,74 ±2,49*
3-я группа n=14	116,41 ±3,33*	20,71 ± 2,44*	173,81 ±16,81*	2,24 ±0,22*	1274,16 ±72,34*	68,42 ±4,12*	44,22 ±2,31*

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

Таким образом, в остром периоде у пациентов с перитонитом наблюдались взаимосвязанные и меняющиеся в течение патологического процесса нарушения центральной гемодинамики, выраженность которых зависела от степени тяжести токсемии. Снижение основных показателей общей гемодинамики свидетельствовало об уменьшении разовой производительности сердца вследствие снижения контрактильной способности левого желудочка сердца на фоне гиповолемии. Вышеприведенное комплексное динамическое изучение системы общей гемодинамики у больных с разлитым перитонитом выявило развитие недостаточности кровообращения вследствие развития сердечно-сосудистой недостаточности, находящейся в прямой зависимости от тяжести токсемии.

Заключение

С увеличением тяжести перитонита прогрессивно нарастает недостаточность гемодинамики большого круга кровообращения, обусловленная гиповолемией, снижением сердечного выброса, угнетением сократительной функции сердца.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Зарубина Т.В., Гаспарян С.А. Управление состоянием больных с использованием новых информационных технологии. М.: Титиса, 1999, 265 с.
2. Исмагуллоев Р.Н., Вахидов А. В., Холмирзоев Н.Ш. Центральная гемодинамика и функциональное состояние миокарда у больных перитонитом // Здравоохранение Таджикистана. 1998. №4. С. 22-27.
3. Исмагуллоев Н.Р., Вахидов А.В., Амиркулова Л.Т. Состояние сердечно-сосудистой системы при инфекционно-токсическом шоке // Материалы Международного симпозиума, посвящ. 90-летию академика РАМН В.А. Леговского. М., 1999. С. 24.
4. Косинец А.Н., Андрейченко В.В. Перитонит - абдоминальный сепсис // Новости хирургии. 2001. Т. 12, №2. С. 3-8.
5. Холмирзоев Н.Ш., Вахидов А.В., Исмагуллоев Р.Н. Изменение гемодинамики в остром периоде у больных перитонитом// Анестезиология и интенсивная терапия. 1998. №1 (4) С. 104-107.

6. Хомидов Д.Д. Анестезиологическое пособие и лазеротерапия в комплексном лечении больных с перитонитом: автореферат дисс. к.м.н. Душанбе, 2007. 22 с.

7. Шумилина О.В. Непрямое электрохимическое окисление в комплексном лечении детоксикационной функции легких у больных перитонитом: автореферат дисс. к.м.н. Душанбе, 2012. 22 с.

RESERENSES

1. Zarubina T. V., Gasparyan S. A. *Upravlenie sostoyaniem bolnykh s ispolzovaniem novykh informatsionnykh tekhnologiy* [State management of patients using new information technologies]. Moscow, Titisa, 1999. 265 p.

2. Ismatulloev R. N., Vakhidov A. V., Kholmirezov N. Sh. *Tsentrlnaya gemodinamika i funktsionalnoe sostoyanie miokarda u bolnykh peritonitom* [Central hemodynamics and functional state of the myocardium in patients with peritonitis]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 1998, No. 4, pp. 22-27.

3. Ismatulloev N. R., Vakhidov A. V., Amirkulova L. T. [Condition of cardiovascular system at an infectious-toxic shock]. *Materialy Mezhdunarodnogo simpoziuma, posvyashchennogo 90-letiyu akademika RAMN V. A. Legovskogo* [Proceedings of the International symposium devoted to 90th anniversary of academician of the Russian Academy of Medical Sciences V. A. Legovskiy]. Moscow, 1999. pp. 24. (In Russ.)

4. Kosinets A. N., Andreychenko V. V. *Peritonit - abdominalnyy sepsis* [Peritonitis - abdominal sepsis]. *Novosti khirurgii – Surgery News*, 2001, Vol. 12, No. 2, pp. 3-8.

5. Kholmirezov N. Sh., Vakhidov A. V., Ismatulloev R. N. *Izmenenie gemodinamiki v ostrom periode u bolnykh peritonitom*

[Hemodynamic changes in acute period in patients with peritonitis]. *Anesteziologiya i intensivnaya terapiya - Anesthesiology and Intensive Therapy*, 1998, No. 1 (4), pp. 104-107.

6. Khomidov D. D. *Anesteziologicheskoe posobie i lazeroterapiya v kompleksnom lechenii bolnykh s peritonitom*. Avtoreferat diss. kand. med. nauk [Anesthetic maintenance and laser therapy in the complex treatment of patients with peritonitis. Extended abstract of candidate's of medical sciences thesis]. Dushanbe, 2007. 22 p.

7. Shumilina O. V. *Nepryamoe elektrokhimicheskoe okislenie v kompleksnom lechenii detoksikatsionnoy funktsii legkikh u bolnykh peritonitom*. Avtoreferat diss. kand. med. nauk [An indirect electrochemical oxidation in complex treatment of detoxification lung function in patients with peritonitis. Extended abstract of candidate's of medical sciences thesis]. Dushanbe, 2012. 22 p.

Сведения об авторах:

Косимов Зайниддин Каримович – зав. кафедрой анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Абдуллоев Сафар Сайфуддинович – врач анестезиолог-реаниматолог ГКБ СМП

Хидиров Абдугафор Файзулович – врач анестезиолог-реаниматолог ГКБ СМП

Хонов Джумахон – врач анестезиолог-реаниматолог ГКБ СМП

Атакулаев Назар Бахромович – врач анестезиолог-реаниматолог ГКБ СМП

Контактная информация:

Косимов Зайниддин Каримович – тел.: +992 937230202

© Коллектив авторов, 2016

УДК 616.9

Махкамов К.К., Бузруква Н.Д., Саидмурадова Р.Х., Ходжибекова Н.О.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Кафедра неонатологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Makhkamov K.K., Buzrukova N.D., Saidmuradova R.Kh., Khodzhibekova N.O.

SOME ASPEKTS OF CYTOMEGALOVIRUS INFECTION IN NEWBORNS

Department of neonatology and of the State Education Establishment “Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan”

Цель исследования. Изучить некоторые эпидемиологические и клинические аспекты цитомегаловирусной инфекции у новорожденных детей.

Материал и методы. Проведено клинико-эпидемиологическое обследование 180 новорожденных с внутриутробной патологией и их матерей.

Результаты. Комплексные клинико-лабораторные обследования матерей и новорожденных, имеющих симптоматику врожденной цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ) или относящихся к группе высокого риска реализации внутриутробных инфекций, выявили неспецифический характер патологии, которая характеризуется недоношенностью, поражением центральной нервной системы (ЦНС), печени, почек и легких. У 45,3% женщин отмечались выкидыши, мертворождения. У 27,1% матерей беременность протекала на фоне острых респираторных заболеваний. Преждевременные роды отмечались у 43,4%.

Достоверно чаще цитомегаловирусная инфекция наблюдалась у мальчиков. Ведущими признаками нарушения адаптации в раннем неонатальном периоде у этих новорожденных были асфиксия и поражения ЦНС. Эти признаки наблюдались чаще у недоношенных ($p < 0,001$).

Заключение. Оценка факторов риска развития ЦМВИ необходима для ранней диагностики и своевременной терапии данной группы детей.

Ключевые слова: новорожденные, цитомегаловирусная инфекция, факторы риска реализации внутриутробной инфекции

Aim. To study some epidemiological and clinical aspects of cytomegalovirus infection (CMV) in newborns.

Materials and methods. Conducted clinical and laboratory examination of 180 newborns with congenital pathology and their mothers.

Results. The complex comprehensive clinical and laboratory examination of mothers and newborns with symptoms of congenital CMV infection or related to high – risk realization of intrauterine infections has showed unspecific character which characterized by prematurity, defeat of central nervous system (CNS), liver, kidneys and lung. Abortion and stillbirth has been noted in 45,3% of women. In 27,1% of women pregnancy has passed on the background of acute respiratory diseases. In 43,3% of cases the pregnancy were finishing with premature birth.

Significantly more frequently cytomegalovirus infection was observed in boys. The leading features of violations of adaptation in the early neonatal period, in these newborns were asphyxia and CNS involvement. These indicators in most cases have been observed in premature ($p < 0,001$).

Conclusion. Assessment of risk factors for CMV infection is essential for early diagnosis and treatment of this group of children.

Key words: newborn, cytomegalovirus infection, risk factors of intrauterine infection realization

Актуальность

В настоящее время цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ) как в Таджикистане, так и за его рубежами по-прежнему представляет собой серьезную медико-социальную проблему ввиду повсеместного распространения и определенной роли в развитии врожденных заболеваний, формировании умственного недоразвития, иммунного дефицита, аномалий развития у плода и новорожденного.

Установлено, что во время беременности повышается восприимчивость к ЦМВ инфекции или реактивируется латентно протекающая инфекция, которая обладает потенциальным риском формирования у младенцев прогностически неблагоприятных последствий [1-4]. Это особенно важно для республик с высокой рождаемостью, где изучение в сложившихся социально-экономических условиях региональных особенностей проблемы, влияния и воздействия ЦМВИ на организм ребенка определяет актуальность данной проблемы, поскольку будет способствовать обоснованию и решению путей снижения инвалидизации и младенческой смертности.

Материал и методы исследования

Нами проведено обследование 180 новорожденных с внутриутробной патологией в воз-

расте до одного месяца и их матерей (170). С целью определения влияния медико-социальных факторов на состояние здоровья новорожденных в процессе работы изучено и проанализировано течение беременности и родов родильниц, а также состояние здоровья их детей.

Были использованы следующие методы исследования: динамическое наблюдение за обследованными на протяжении первого месяца жизни; сбор данных о состоянии здоровья матерей (акушерский анамнез, течение беременности, родов, состояние новорожденного); общеклинические (анализы крови, мочи, кала), биохимические (общий белок, глюкоза крови, билирубин и его фракции, АлАТ, АсАТ, Ht), серологические, вирусологические, инструментальные (УЗИ мозга, сердца, почек), офтальмоскопия, рентгенография органов грудной и брюшной полости (по показаниям).

Статистическая обработка данных проводилась на персональном компьютере с применением методов статистики с вычислением достоверности результатов по критерию Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

Частота выявления антител к цитомегаловирусу в зависимости от пола новорожденных представлена в таблице 1.

Таблица 1

Частота выявления антител к цитомегаловирусу в зависимости от пола новорожденных (РСК)

Пол	Число обследованных	Число выявленных	<i>P</i>±<i>n</i>	<i>P</i>
Мальчики	96 (53,3%)	36	37,5±4,9	0,001
Девочки	84 (46,7%)	11	13,1±3,7	

Как видно из таблицы 1, достоверно чаще ЦМВ инфекция наблюдалась у мальчиков ($p < 0,01$). В сравнении со здоровыми новорожденными путем серологического анализа обследованы 40 детей, у которых верифицирована врожденная ЦМВ инфекция. Антитела к цитомегаловирусу выявлялись достоверно чаще у детей с врожденной ЦМВ-инфекцией ($p < 0,001$).

Обнаружение специфических антител в высоких титрах указывает на вероятность широкого распространения ЦМВ-инфекции среди беременных женщин и ее влияния на развитие различной патологии у новорожденных. В связи с этим нами изучены анамнестические данные матерей, родивших детей с внутриутробной патологией, и представлена клиническая характеристика новорожденных детей с внутриутробной патологией, что отражено в таблицах 2 и 3.

Таблица 2

Данные анамнеза матерей, родивших детей с внутриутробной патологией

Социально-биологические факторы	Абс.	<i>P</i>±<i>n</i>
Возраст матери:		
18-19 лет	15	8,8±2,2
20-23 года	52	30,6±3,5
24-29 лет	50	29,4±3,5
30 лет и старше	53	31,2±3,5
Интенсивные контакты с детьми (работа в детских коллективах или многодетные семьи)		
	54	31,8±3,6
Акушерско-гинекологический анамнез		
Паритет: 1 роды	63	37,1±3,7
2-3 и более родов	107	62,9±3,7
Выкидыши, преждевременные роды, мертворождения, рождения детей с различными аномалиями развития, ранняя детская смертность	77	45,3±3,8
Экстрагенитальная патология		
Хронические заболевания и их обострения в периоде беременности	35	20,6±3,1
Анемия	36	21,2±3,1
Респираторные инфекции, перенесенные женщинами во время беременности	47	27,1±3,4
Осложненное течение беременности	27	15,9±2,8
Гипертензия беременных	41	24,1±3,3
Угроза прерывания беременности	19	11,2±2,4
Запоздалые роды	7	4,1±1,5
Преждевременные роды	78	43,4± 3,6

Как видно из таблицы 2, подавляющее число обследованных рожало два и более раз (62,9%), преимущественно в возрасте до 29 лет. В анамнезе у 45,3% женщин отмечались преждевременные роды, которые заканчивались мертворождением, рождением детей с различными аномалиями развития, повлекшим за собою их смерть в раннем возрасте.

У 20,6% во время беременности были обострения хронических заболеваний, а у 27,1% - острые респираторные заболевания. При этом у матерей, роды которых закончились преждевременно, чаще отмечались в анамнезе респираторные инфекции ($p < 0,001$).

Структура выявленной патологии у обследованных новорожденных отражена в таблице 3.

Таблица 3

Структура патологии обследованных новорожденных

<i>Нозологическая форма</i>	<i>Всего обследовано</i>	<i>P±n</i>
<i>Внутриутробная инфекция</i>	90	50,0±3,7
<i>Врожденные пороки развития</i>	35	19,4±2,9
<i>Гемолитическая болезнь новорожденных</i>	12	6,7±1,9
<i>Поражения ЦНС</i>	36	20,0±3,0
<i>Прочие</i>	7	3,9±1,4

Установлено, что в 50% случаев новорожденные поступали с диагнозом внутриутробной инфекции. Далее следуют поражения ЦНС и врожденные пороки развития соответственно: 20,0±3,0% и 19,4±2,9%. При этом из 180 новорожденных детей с внутриутробной патологией 102 ребенка родились в срок (56,6%) и 78 новорожденных – преждевременно (43,4%).

При поступлении в отделение тяжесть состояния новорожденных была обусловлена различными нарушениями адаптации. У недоношенных детей синдром дыхательных расстройств в структуре заболеваний составил 24%. Ведущими признаками нарушения адаптации в раннем неонатальном периоде у новорожденных из группы риска по внутриутробной инфекции были асфиксия и поражения ЦНС. Эти признаки наблюдались как у родившихся преждевременно, так и доношенных детей, но у недоношенных младенцев они выявлялись достоверно чаще ($p < 0,001$).

Анализ состояния органов и систем у новорожденных из группы риска показал, что преобладающим поражением у новорожденных была патология центральной нервной системы как у доношенных (65,7%), так и у недоношенных (33,3%). Поражение центральной нервной системы проявлялось преимущественно в виде синдрома внутречерепной гипертензии (доношенные – 65,7%, недоношенные – 83,3%). При исследовании ликвора выявлена белково-клеточная диссоциация с преобладанием лимфоцитов (белок 0,93±0,4 г/л; цитоз 47,3±16,5; нейтрофилов 12,3±4,6%; лимфоцитов 16,9±2,7%).

Следует отметить, что изменения воспалительного характера, такие как пневмония, гепатит, энтероколит, встречались также достоверно

чаще у недоношенных детей ($p < 0,001$). В то же время аномалии развития и гепатоспленомегалии встречались чаще у доношенных новорожденных (31,4% и 14,5% соответственно). Из аномалий развития нами выявлены такие пороки, как врожденные пороки сердца, косопласть, незаращение твердого и мягкого неба, атрезия анального отверстия.

Желтушный (43,7%), геморрагический (46,2%) и отечный синдромы (24,4%) были более характерны для недоношенных детей. Наблюдаемый желтушный синдром был обусловлен как нарушением конъюгации (за счет непрямой фракции – 145,3±18,7 мкмоль/л), так и гепатитом (прямая фракция – 91,5±42,8 мкмоль/л).

Клинические наблюдения позволили считать, что тяжесть состояния новорожденных была обусловлена генерализацией процесса с вовлечением многих органов и систем. При исследовании гемограммы имел место только незначительный нейтрофилез со сдвигом влево.

Таким образом, цитомегаловирусная инфекция обладает определенной ролью в развитии патологических состояний у новорожденных, формировании аномалий развития, которые в первые годы жизни младенца могут приводить к неблагоприятным последствиям. Это необходимо учитывать, особенно в нашей республике, где наблюдается высокий уровень рождаемости. В связи с этим должная лечебно-профилактическая тактика ведения беременных и их новорожденных с учетом особенностей влияния и воздействия на организм ребенка патологических факторов, в частности цитомегаловирусной инфекции, позволит снизить инвалидизацию и младенческую смертность

Выводы

1. Для ранней диагностики и своевременной терапии новорожденных с ЦМВИ необходима оценка факторов риска внутриутробного развития с обязательным комплексным и специфическим обследованием.

2. Среди основных клинических признаков у новорожденных с цитомегаловирусной инфекции выделены: асфиксия, патология центральной нервной системы, а также желтушный (43,7%), геморрагический (46,2%) и отечный синдромы (24,4%).

3. У недоношенных с цитомегаловирусной инфекцией более тяжелое течение заболевания обусловлено генерализацией инфекционного процесса.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Володин Н.Н. Протоколы диагностики, лечения и профилактики внутриутробной инфекции у новорожденных детей. М.: ГОУ ВУНМЗ РФ, 2002. С.12-28

2. Ворон Ю.Н., Володин Н.Н., Дегтярёв Д.Н., Кунц А.А. Особенности клинических проявлений врожденной цитомегаловирусной инфекции у недоношенных новорожденных //Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2004. Т. 49, №2. С. 60-66

3. Самохин П.А. Цитомегаловирусная инфекция у детей. М.: Медицина, 1987. 160 с.

4. Сенчук А.Я., Дубоссарский З.М. Перинатальные инфекции: практическое пособие. М.: МИА, 2005. 318 с.

RESERENSES

1. Volodin N. N. *Protokoly diagnostiki, lecheniya i profilaktiki vnutriutrobnoy infektsii u novorozhdennykh detey* [Diagnostic protocols, treatment and prevention of intrauterine infection in newborns]. Moscow, GOU VUNMZ RF Publ., 2002. 12-28 p.

2. Voron Yu. N., Volodin N. N., Degtyarev D. N., Kunts A. A. *Osobennosti klinicheskikh proyavleniy vrozhdennoy tsitomegalovirusnoy infektsii u nedonoshennykh novorozhdennykh* [Features of clinical manifestations of congenital cytomegalovirus infection in preterm infants]. *Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii - Russian Herald of Perinatology and Pediatrics*, 2004, Vol. 49, No. 2, pp. 60-66

3. Samokhin P. A. *Tsitomegalovirusnaya infektsiya u detey* [Cytomegalovirus infection in children]. Moscow, Meditsina Publ., 1987. 160 p.

4. Senchuk A. Ya., Dubossarskiy Z. M. *Perinatalnye infektsii: prakticheskoe posobie* [Perinatal infections: a practical guide]. Moscow, MIA Publ., 2005. 318 p.

Сведения об авторах:

Махкамов Кахрамон Каюмович – зав. кафедрой неонатологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н., доцент

Бузруква Назокат Джалоловна – асс. кафедры неонатологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Саидмуродова Рано Хабибуллоевна – доцент кафедры неонатологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Ходжибекова Нурихон Ориповна – доцент кафедры неонатологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Контактная информация:

Бузруква Назокат Джалоловна – тел.: +9927719803; E-mail: nbuzrukova@mail.ru

¹Минасов Б.Ш., ¹Якупов Р.Р., ¹Аскарлов А.Ф., ¹Каримов К.К., ²Сироджов К.Х., ²Холов Д.И., ²Исупов Ш.А., ²Рахимов А.Т.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА ПО ТЕХНОЛОГИИ АРТРОПЛАСТИКИ

¹ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа
²ГОУ ИПОВСЗ РТ, Душанбе

¹Minasov B.Sh., ¹Yakupov R.R., ¹Askarov A.F., ¹Karimov K.K., ²Sirodzhov K.Kh., ²Kholov D.I., ²Isupov Sh.A., ²Rakhimov A.T.

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH POST-TRAUMATIC LESIONS OF THE PROXIMAL UNIT FEMUR UNDER ARTHROPLASTY TECHNOLOGY

¹SBEI HPE «Bashkir State Medical University» Ministry of Health of the Russian Federation, Ufa
²State Education Establishment “Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan”, Dushanbe

Цель исследования. Сравнение результатов лечения пациентов по технологии артропластики тазобедренного сустава после редукционно-реконструктивных вмешательств на проксимальном отделе бедра.

Материал и методы. Обследовано 124 пациента, из которых сформированы 2 группы: основная – 81 пациент, выделенных в 2 подгруппы, которым была проведена артропластика тазобедренного сустава после редукционно-реконструктивных вмешательств на проксимальном отделе бедра; контрольная представлена 43 пациентами с идиопатическим остеоартрозом тазобедренного сустава, которым проводилась первичная артропластика.

Результаты. Артропластика тазобедренного сустава у лиц после редукционно-реконструктивных вмешательств на проксимальном отделе бедра сопровождается снижением диапазона полезных свойств данной хирургической технологии, что требует особого подхода к лечению этой категории пациентов.

Заключение. Выявлено, что использование современных возможностей лучевой диагностики, предоперационного проектирования на основе объемного моделирования и оптимизации реабилитации позволяет улучшить результаты лечения: уменьшить уровень боли, улучшить функциональное состояние и качество жизни пациентов.

Ключевые слова: тазобедренный сустав, артропластика, редукционно-реконструктивное вмешательство, фазовое состояние, соединительная ткань

Aim. Comparison of results of curing patient for arthroplasty hip joint technology after heterotypic-reparative maneuver of proximal unit of femur.

Materials and methods. 124 patients were examined, of which two groups were formed: basic – 81 patients identified in two subgroups, who underwent hip joint arthroplasty after reduction-reconstructive surgery at the proximal femur; 43 patients presented control group with idiopathic hip joint osteoarthritis who underwent primary arthroplasty.

Results. Hip arthroplasty in patients after the reduction-reconstructive surgery at the proximal femur accompanied by a decrease in the range of useful properties of this surgical technology that requires a special approach to the treatment of these patients.

Conclusion. Revealed that using of modern possibilities of radiation diagnosis, in pre-surgical design process based on solid modeling and optimization of rehabilitation allows to improve the results of treatment: reduce the level of pain, improve functional status and quality of patients life.

Key words: hip joint, arthroplasty, reducing-reconstructive surgery, phase state, connective tissue

Актуальность

Артропластика тазобедренного сустава считается наиболее эффективным методом, обеспечивающим социальную и бытовую реинтеграции. Однако, по мнению целого ряда специалистов, частота осложнений эндопротезирования увеличивается у лиц после остеосинтеза и остеотомий проксимального отдела бедра. Применение технологии артропластики в лечении данной группы пациентов имеет преимущества в виде ранней активизации и адаптации.

Качество жизни – это комплексная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии. В медицинском смысле понимание этого термина всегда связано со здоровьем. Современная социология предлагает рассматривать здоровье человека с трех позиций: физическое, психическое и духовное. При этом физическая активность относится к одному из ключевых аспектов в жизни индивидуума. Уровень двигательной активности влияет не только на физическое функционирование, но и на другие составляющие качества жизни, в частности, на способность человека вести независимую жизнь. Это особенно актуально для лиц с патологией тазобедренного сустава, для которых понятие «независимая жизнь» подразумевает физический компонент качества жизни, в основе которого лежит самостоятельное передвижение. В настоящее время независимая свобода определяется состоянием опорно-двигательной системы и ее наиболее значимыми сегментами, к которым относится тазовый пояс. При этом хирургическая коррекция пороков тазобедренного сустава обеспечивает наиболее раннюю адаптацию пациентов [1, 4, 5, 7, 10, 11]. Эффективность лечения по технологии артропластики предопределяется взаимодействием системы «организм-имплантат» [8, 9]. Важнейшим в данном взаимодействии остается особенность остеоинтеграции на границе кость – имплантат. Гармоничность взаимоотношений этого перехода, с одной стороны, отражает состояние кинематического баланса, с другой, приводит к системным нарушениям и порокам данного взаимодействия [2, 3, 6]. По мнению целого ряда специалистов, 2,44–10,99% всех осложнений остеосинтеза проксимального отдела бедра требуют повторных оперативных вмешательств [11, 12]. По результатам исследований исходов артропластики после остеосинтеза проксимального отдела бедра отмечается высокий уровень осложнений (38,10%) и высокая частота ревизионных артропластик (15,91%), которая повышается после остеосинтеза чрезвертельных и подвертельных переломов [11-13].

Необходимость артропластики тазобедренного сустава возникает вследствие декомпен-

сированных структурно-функциональных дисфункций после редуционно-реконструктивных вмешательств на проксимальном отделе бедра: аваскулярный некроз головки бедра, декомпенсированный посттравматический остеоартроз, ложный сустав, несостоятельность остеосинтеза, инфекционные осложнения, хронический болевой синдром в тазобедренном суставе [12, 13]. Применение технологии артропластики в лечении данной группы пациентов имеет преимущества в виде ранней активизации и адаптации. Однако, оценка фазового состояния соединительной ткани и проведение эндопротезирования тазобедренного сустава имеют ряд особенностей и сложностей у пациентов, перенесших редуционно-реконструктивные вмешательства на проксимальном отделе бедра, что делает необходимым изучение данной проблемы. В связи с этим диагностика и лечение этой группы пациентов представляют интерес для ортопедов, занимающихся артропластикой тазобедренного сустава, и реабилитологов.

Материал и методы исследования

Представлены данные обследования 124 пациентов, из них 81 больной после редуционно-реконструктивных вмешательств на проксимальном отделе бедра, которым была проведена артропластика тазобедренного сустава, составили основную группу. 43 пациента выделены в контрольную группу. Средний возраст составил $56,59 \pm 13,31$ года, мужчин было 59,26% (48 человек).

Пациенты основной группы были разделены на 2 подгруппы: в 1-й подгруппе (42 человека), средний возраст $56,67 \pm 11,91$ года, проводилось предоперационное планирование на рентгенограмме, а реабилитация осуществлялась традиционным способом, во 2-й подгруппе (39 человек), средний возраст $54,64 \pm 12,81$ года, выполнялось предоперационное проектирование на основе программы TraumaCad, версия 2.4 с использованием объемного моделирования с последующей оценкой распределения нагрузок в программе Ansys 15.0, а реабилитация проводилась по комплексной программе с использованием медицинского комплекса «Надежда». Длительность наблюдения в послеоперационном периоде составила до 9 лет.

Контрольная группа представлена 43 пациентами с идиопатическим остеоартрозом тазобедренного сустава, которым проводилась первичная артропластика, средний возраст составил $56,23 \pm 10,67$ года (табл. 1). В послеоперационном периоде данные пациенты наблюдались в сроки до 10 лет. В исследование не включались пациенты с декомпенсированной патологией позвоночника, других сегментов нижних конечностей, а также с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

В исследовании проводилась оценка: ортопедического статуса пациента; структурных изменений сегментов тазового пояса на основе лучевого мониторинга (рентгенография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, остеоденситометрия, остеосцинтиграфия, термография); кинематического статуса на основе биометрии фаз опоры и ходьбы (стабилометрия, гониометрия, подография), рентгено-кинематографии;

двигательной активности пациентов с помощью шагомера WalkingstyleOne 2.1 HJ-321-E (Omron); функционального состояния пациентов по шкале Харриса; уровня боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ); качества жизни по шкале КЖ-100.

Применялась электромиография с использованием комплекса «Траст-М» для диагностики, лечения и реабилитации больных с двигательной патологией, стабилометрическая платформа ST-150 (Биомера).

Таблица 1

Клиническая характеристика пациентов основной и контрольной групп

Показатель	Группы		
	основная		контрольная
	1-ая подгруппа	2-ая подгруппа	
Число пациентов, n	42	39	43
Средний возраст, лет	56,67±11,91	54,64±12,81	56,23±10,67
Выраженность боли по шкале ВАШ, см	7,24±1,23* (p<0,05)	7,07±1,03* (p<0,05)	5,86±1,21*
Функциональное состояние по шкале Харриса до операции, балл	20,17±2,66* (p<0,05)	20,64±2,39* (p<0,05)	38,32±3,57*
Двигательная активность (количество шагов в сутки)	906,79±195,37* (p<0,05)	918,13±221,87 (p<0,05)	1499,05±349,36*
Общее качество жизни по шкале КЖ-100 (OVERALL)	43,67±2,76* (p<0,05)	43,37±3,48* (p<0,05)	47,98±3,85*

Примечание: * – стандартное отклонение.

Статистический анализ результатов лечения пациентов и определение достоверности различий проводился с использованием программного пакета Statistica 6,0 с применением непараметрического критерия Манна-Уитни, степень достоверности результатов считалась значимой при p<0,05. Исследование было проведено в соответствии с этическими стандартами, изложенными в Хельсинкской декларации. Все лица были проинформированы и дали согласие до их включения в исследование. Протокол исследования одобрен экспертным советом по биомедицинской этике по

клиническим дисциплинам ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, протокол №11 от 23.12.2014 г.

Результаты и их обсуждение

Редукционно-реконструктивные вмешательства на проксимальном отделе бедра у пациентов основной группы чаще всего проводились в связи с переломами шейки бедренной кости – 43 случая (53,09%), при этом наиболее распространенной оперативной технологией был остеосинтез канолированными винтами (табл. 2).

Таблица 2

Предвходящие редукционно-реконструктивные вмешательства на проксимальном отделе бедра

Вид редукционно-реконструктивных вмешательств	Основная	
	1-ая подгруппа	2-ая подгруппа
Остеосинтез динамическим бедренным винтом	12	10
Остеосинтез цефаломедулярным стержнем	11	9
Остеосинтез канолированными винтами	13	14
Остеосинтез стержнем Смита-Петерсона	2	1
Реконструктивные вмешательства при дисплазии тазобедренного сустава	4	5

Согласно наблюдению, осложнениями после редукционно-реконструктивных вмешательств явились аваскулярный некроз головки бедра, об-

разование ложного сустава, декомпенсированный остеоартроз тазобедренного сустава и глубокая инфекция (табл. 3).

Таблица 3

Причины декомпенсированных поражений тазобедренного сустава после редукционно-реконструктивных вмешательств в основной группе

<i>Причины</i>	<i>Количество</i>
<i>Аваскулярный некроз головки бедра</i>	32 человека (39,51%)
<i>Ложный сустав шейки бедра</i>	36 человек (44,44%)
<i>Декомпенсированный остеоартроз тазобедренного сустава</i>	10 человек (12,35%)
<i>Инфекционные осложнения</i>	3 человека (3,70%)

При оценке ортопедического статуса выявлялись: деформация конечности (укорочение, избыточная наружная ротация), контрактура тазобедренного сустава, атрофия мышц, хронический болевой синдром. При длительном периоде отсутствия опороспособности нижней конечности у пациентов наблюдалась кинематическая и психологическая дезадаптация, приводящая к устойчивым патологическим стереотипам движений, тяжело поддающаяся восстановлению. Были выявлены определенные закономерности изменений проксимального отдела бедра, затрудняющие проведение артропластики тазобедренного сустава в зависимости от технологии редукционно-реконструктивных вмешательств. В подавляющем большинстве случаев отмечались: варусная деформация, расширение и ротационное смещение проксимального отдела бедра; сочетание участков склероза с дефектами костной ткани в виде незавершенной ее ремодуляции; нарушение анатомического расположения малого и большого вертела; снижение плотности костной ткани в интактной части бедра; изменения рентгено-анатомических соотношений в области тазобедренного сустава в виде нарушений плавности, дугообразности, непрерывности линий Шентона и Кальве; вторичные изменения со стороны вертлужной впадины. Во всех случаях отмечалось ослабление различных зон проксимального отдела бедра, что способствовало значительному увеличению, зачастую неизбежных, дополнительных повреждений.

Интраоперационные переломы во время проведения артропластики в 1-й подгруппе отмечались у 13 (30,95%) пациентов, что потребовало дополнительной фиксации. С целью профилактики данного осложнения во 2-й подгруппе перед обработкой костномозгового канала использовали серкляж, который устанавливали ниже малого вертела, что достоверно уменьшило частоту развития переломов во время обработки бедра – 7 (17,95%) случаев

($p < 0,05$). Также выявлено увеличение количества случаев использования костной пластики при наличии дефектов проксимального отдела бедра и вертлужной впадины – 12 (28,57%) случаев в 1-й подгруппе и 11 (28,21%) случаев во 2-й подгруппе. В контрольной группе интраоперационных переломов не было, костная пластика в связи с незначительными дефектами вертлужной впадины проведена 4 (4,94%) пациентам, что было достоверно меньше, чем в 1 и 2 подгруппах ($p < 0,05$).

При использовании динамического бедренного винта и цефаломедуллярных конструкций также отмечались изменения диафиза бедра и мягких тканей. В связи со значительными изменениями анатомии проксимального отдела бедра и вертлужной впадины особую значимость приобретает предоперационное проектирование артропластики тазобедренного сустава.

Применение традиционных способов планирования на рентгенограмме не позволяет адекватно определить опорные точки для эндопротеза. Поэтому использование программы TraumaCad в сочетании с объемным моделированием для предоперационного проектирования с последующей оценкой распределения нагрузок в программе Ansys 15.0 у пациентов после редукционно-реконструктивных вмешательств на проксимальном отделе бедра позволяет не только подобрать размеры имплантата, но и рассчитать площадь опорной поверхности и распределение силовых векторов заданной точки движения кинематического узла.

На основе быстрого прототипирования по технологии неинвазивной прецизионной стереолитографии с применением цифровых параметров, полученных при компьютерной томографии, создавалась дооперационная модель пораженного сустава. Затем проводилось определение центра вращения, расчет площади опорной поверхности, распределение нагрузок заданной точки движения кинематического

узла, выбор оптимального расположения компонентов эндопротеза и аутотрансплантата и гармоничная ориентация силовых векторов в периимплантной зоне. Кинематография позволила определить истинный объем движений в суставах, центр вращения тазобедренного сустава и особенности кинематики пораженного сегмента в трех плоскостях.

Реабилитационные мероприятия во 2-й подгруппе пациентов начинались в дооперационном периоде артропластики тазобедренного сустава и включали лечебную физкультуру на основе медицинского комплекса «Надежда», электростимуляцию мышц нижних конечностей, медикаментозную терапию. В процессе реабилитации проводился индивидуальный расчет опорно-весовой нагрузки на оперированную конечность с учетом возраста, пола, массы пациента, минеральной плотности костной ткани, данных рентгенографии, компьютерной томографии, особенностей нозологии и особенностей установки эндопротеза (степень покрытия чашки протеза, применение костной пластики, цементная или бесцементная фиксация). Объективный мониторинг проводился на основе остеоденситометрии, стабилотометрии, гониометрии, подографии, электромиографии, шагомера, оценки функционального состояния по шкале Харриса и качества жизни по шкале КЖ-100.

По данным остеоденситометрии было выявлено, что в обеих группах наблюдается снижение минеральной плотности костной ткани (МПКТ) во всех сегментах, наиболее выраженное в нижних конечностях в первые 2 года после артропластики тазобедренного сустава. При этом в основной группе степень снижения МПКТ была достоверно более значимой, чем в контрольной группе ($p < 0,05$). При биометрии фаз опоры и ходьбы у пациентов в исходном состоянии в 100% случаев

выявлялись нестабильность во фронтальной и сагиттальной плоскостях, увеличение площади статокинезиограммы, снижение эффективности энергобаланса. При этом наиболее информативными биомеханическими параметрами являются скорость ходьбы, изменения формы кривых опорных реакций, величины углов сгибания и разгибания в тазобедренных и коленных суставах, ритмичность или асимметрия ходьбы. Через год после проведения артропластики патологические изменения данных показателей сохранялись у 85,71% пациентов, в контрольной группе – у 72,09% ($p < 0,05$).

Другими особенностями артропластики после редуционно-реконструктивных вмешательств на проксимальном отделе бедра были: увеличение кровопотери и, как следствие, повышение количества трансфузий эритроцитарной массы и плазмы – $452,33 \pm 63,94$ мл, увеличение длительности самой операции, которая в среднем составляла $119,05 \pm 12,41$ минуты. В контрольной группе средняя продолжительность артропластики была достоверно меньше – $81,43 \pm 12,38$ минуты ($p < 0,05$), а объем трансфузий эритроцитарной массы и плазмы составил $181,55 \pm 68,98$ мл ($p < 0,05$). Одной из причин увеличения продолжительности операции были трудности с удалением имплантатов, при этом в 17 случаях потребовалось трепанирование кости для удаления металлоконструкции.

Оценка функциональных возможностей пациентов по шкале Харриса, двигательной активности с помощью шагомеров, уровня боли по шкале ВАШ и качества жизни по шкале КЖ-100 через 3 года после артропластики выявила, что в контрольной группе и во 2-й подгруппе результаты были сопоставимыми и достоверно лучшими, чем в 1-й подгруппе (табл. 4).

Таблица 4

Результаты лечения пациентов через 3 года после артропластики

	Основная		Контрольная
	1-ая подгруппа	2-ая подгруппа	
Выраженность боли по шкале ВАШ, см	$2,52 \pm 1,04$ ($p < 0,05$)	$1,97 \pm 0,94$ ($p = 0,11$)	$1,63 \pm 1,02$
Функциональное состояние по шкале Харриса, балл	$79,95 \pm 6,23$ ($p < 0,05$)	$88,38 \pm 6,9$ ($p = 0,095$)	$89,52 \pm 9,13$
Двигательная активность (количество шагов в сутки)	$2829,38 \pm 565,46$ ($p < 0,05$)	$3274,13 \pm 830,22$ ($p = 0,091$)	$3655,19 \pm 968,63$
Общее качество жизни по шкале КЖ-100 (OVERALL)	$62,57 \pm 4,14$ ($p < 0,05$)	$70,08 \pm 4,57$ ($p = 0,34$)	$71,14 \pm 4,10$

Заключение

Хирургическое лечение деструктивно-дистрофических поражений тазобедренного сустава улучшает качество жизни и функциональные возможности пациентов, при этом достигнутый кинематический баланс отличается от оптимального, а взаимодействие макроорганизма и имплантата имеет определенные закономерности, что связано с необратимыми изменениями на местном и системном уровнях, а также со сложностью воспроизведения биомеханики сегмента. Артропластика тазобедренного сустава при декомпенсированных его поражениях относится к числу наиболее эффективных технологий оперативного лечения, улучшающих качество жизни пациентов. Однако, у лиц после редуционно-реконструктивных вмешательств диапазон полезных свойств данной хирургической технологии значительно уменьшается, что требует особого подхода к лечению этой категории пациентов на основе оценки фазового состояния соединительной ткани с учетом редукации, репарации и реституции проксимального отдела бедра. Анализ ближайших и отдаленных результатов при стандартном подходе к лечению пациентов после редуционно-реконструктивных вмешательств по технологии артропластики выявил повышение риска неудовлетворительных исходов, ошибок и осложнений, что сопряжено с отсутствием учета фазового состояния соединительной ткани, характера остеointegrации в зависимости от распределения силовых векторов, анатомических особенностей проксимального отдела бедра, несоответствия сроков и объема операции, неадекватной функциональной реабилитацией.

Артропластика тазобедренного сустава с применением объемного моделирования на основе стереолитографии, с учетом фазового состояния соединительной ткани, а также с использованием алгоритма оценки редукации, репарации и реституции костной мозоли, с периоперационной реабилитацией пациентов позволила улучшить ближайшие и отдаленные результаты лечения у пациентов после редуционно-реконструктивных вмешательств на проксимальном отделе бедра.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп.11-13 см. в REFERENCES)

1. Ахтямов И.Ф. с соавт. Анализ изменений качества жизни пациентов, перенесших эндопротезирование тазобедренного сустава // Травматология и ортопедия России. 2007. №2. С. 89-93.
2. Близунов В.В. с соавт. Эндопротезирование тазо-

бедренного сустава у пациентов со сложной деформацией бедренной кости после оперативного лечения дисплазии // Травматология и ортопедия России. 2014. №4 (74). С. 5-15.

3. Волошин В.П. с соавт. Двухэтапное тотальное замещение тазобедренных суставов в условиях глубокой перипротезной инфекции // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2012. №4. С. 3-9.

4. Зоря В.И., Генетецкий С.Ф., Гурьев В.В. К вопросу о тотальном эндопротезировании поврежденных тазобедренного сустава у лиц старческого возраста // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. 2006. №4. С.117-122.

5. Волокитина Е.А. с соавт. Локальные интраоперационные и ранние послеоперационные осложнения эндопротезирования тазобедренного сустава // Гений ортопедии. 2009. №3. С. 71-77.

6. Прохоренко В.М. Особенности ревизионного эндопротезирования тазобедренного сустава при пролабировании вертлужного компонента в полость малого таза // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. 2013. №6. С. 49-58.

7. Пирожкова Т.А., Сергеев С.В., Бэкман В.Э. Оценка эффективности эндопротезирования тазобедренного сустава с точки зрения медико-социальной экспертизы // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2003. №1. С. 18-19.

8. Загородний Н.В. Результаты применения монолитных и модульных бедренных компонентов при ревизионном эндопротезировании тазобедренного сустава // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2013. №1. С. 18-26.

9. Минасов Б.Ш. с соавт. Трибологические характеристики различных пар трения при артропластике крупных суставов // Медицинский вестник Башкортостана. 2013. Т. 8, №6. С. 158-161.

10. Скороглядов А.В. с соавт. Эндопротезирование при заболеваниях и последствиях травм тазобедренного сустава // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: медицина. 2002. №2. С. 94-95.

REFERENCES

1. Akhtyamov I. F., Analiz izmeneniy kachestva zhizni patsientov, perenesshikh endoprotezirovaniye tazobedrennogo sustava [Analysis of changes in quality of patients life who had undergone hip replacement]. *Travmatologiya i ortopediya Rossii – Traumatology and Orthopaedics of Russia*, 2007, No. 2, pp. 89-93.
2. Bliznyukov V. V. Endoprotezirovaniye tazobedrennogo sustava u patsientov so slozhnoy deformatsiyei bedrennoy kosti posle operativnogo lecheniya displazii [Hip replacement in patients with complex deformity of the femur after surgical treatment of dysplasia]. *Travmatologiya i ortopediya Rossii – Traumatology and Orthopaedics of Russia*, 2014, No. 4 (74), pp. 5-15.
3. Voloshin V. P., Dvukhetapnoe totalnoe zameshchenie tazobedrennykh sustavov v usloviyakh glubokoy periproteznoy infektsii [Two-stage total hip replacement in the conditions of deep periprosthetic infection]. *Vestnik travmatologii i ortopedii im.*

N. N. Priorova – *Herald of traumatology and orthopedics named after N. N. Priorov*, 2012, No. 4, pp. 3-9.

4. Zorya V. I., Geneteckiy S. F., Gurev V. V. K voprosu o totalnom endoprotezirovaniy povrezhdeniy tazobedrennogo sustava u lits starcheskogo vozrasta [To the question of total hip arthroplasty damage in the elderly]. *Byulleten Vostochno-Sibirskogo nauchnogo tsentra SO RAMN – Bulletin of the East-Siberian Scientific Center of the SB RAMS*, 2006, No. 4, pp. 117-122.

5. Volokitina E. A., Lokalnye intraoperatsionnye i rannie posleoperatsionnye oslozhneniya endoprotezirovaniya tazobedrennogo sustava [Local intraoperative and early postoperative complications of total hip arthroplasty]. *Geniy ortopedii – Orthopaedics Genius*, 2009, No. 3, pp. 71-77.

6. Prokhorenko V. M. Osobennosti revizionnogo endoprotezirovaniya tazobedrennogo sustava pri prolabirovaniy vertluzhnogo komponenta v polost malogo taza [Features of revision of hip replacement surgery with prolapse of the acetabular component in the pelvic cavity]. *Byulleten Vostochno-Sibirskogo nauchnogo tsentra SO RAMN – Bulletin of the East-Siberian Scientific Center of the SB RAMS*, 2013, No. 6, pp. 49-58.

7. Pirozhkova T. A., Sergeev S. V., Bekman V. E. Otsenka effektivnosti endoprotezirovaniya tazobedrennogo sustava s tochki zreniya mediko-sotsialnoy ekspertizy [Assessment of the effectiveness of hip replacement surgery with medical and social assessment point of view]. *Mediko-sotsialnaya ekspertiza i reabilitatsiya – Medical-social examination and rehabilitation*, 2003, No. 1, pp. 18-19.

8. Zagorodniy N. V. Rezultaty primeneniya monolitnykh i modulnykh bedrennykh komponentov pri revizionnom endoprotezirovaniy tazobedrennogo sustava [Results of application of monolithic and modular femoral stems in revision hip arthroplasty]. *Vestnik travmatologii i ortopedii im. N. N. Priorova – Herald of traumatology and orthopedics named after N. N. Priorov*, 2013, No. 1, pp. 18-26.

9. Minasov B. Sh., Tribologicheskie kharakteristiki razlichnykh par treniya pri artroplastike krupnykh sustavov [The tribological characteristics of the different pairs of friction arthroplasty of large joints]. *Meditsinskiy vestnik Bashkortostana – Medical herald of Bashkortostan*, 2013, Vol. 8, No. 6, pp. 158-161.

10. Skoroglyadov A. V., Endoprotezirovanie pri zabolevaniyakh i posledstviyakh travm tazobedrennogo sustava [Replacement at diseases and consequences of hip joint injury]. *Vestnik Rossiyskogo universiteta druzhby narodov. Seriya: meditsina – Herald of Russian Peoples Friendship University. Series: Medicine*, 2002, No. 2, pp. 94-95.

11. Bonneville P., Saragaglia D., Ehlinger J., Tonetti M., Trochanteric locking nail versus arthroplasty in unstable intertrochanteric fracture in patients aged over 75 years. *Orthopaedics and Traumatology: Surgery and Research*, 2011, Vol. 97 (6 Suppl), pp. 95-100. doi: 10.1016/j.otsr.2011.06.009. Epub 2011, Sep. 7.

12. Enocson A., Mattisson L., Ottosson C., Lapidus L.J. Hip arthroplasty after failed fixation of trochanteric and subtrochanteric fractures. *Acta Orthopaedica*, 2012, Vol. 83 (5), pp. 493-498. doi: 10.3109/17453674.2012.688724. Epub 2012, May 10.

13. Srivastav S. Mittal V., Agarwal S. Total hip arthroplasty following failed fixation of proximal hip fractures. *Delhi Institute of Trauma and Orthopedics, Sant Parmanand Hospital*, 18 Shamnath Marg, Delhi. 110 054, 2008, Vol. 42, Issue 3, pp. 279-286.

Сведения об авторах:

Минасов Булат Шамильевич – зав. кафедрой травматологии и ортопедии с курсом ИДПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава РФ, д.м.н.

Якупов Расул Радикович – доцент кафедры травматологии и ортопедии с курсом ИДПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава РФ, к.м.н.

Аскаров Аскар Фатович – д.м.н., профессор кафедры травматологии и ортопедии с курсом ИДПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава РФ, д.м.н.

Каримов Киёмиддин Камалидинович – докторант кафедры травматологии и ортопедии с курсом ИДПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава РФ, к.м.н.

Сироджов Кутбуди Хасанович – докторант кафедры травматологии и ортопедии с курсом ИДПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава РФ, к.м.н.

Холов Далер Иммамиддинович – асс. кафедры травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Исупов Шамсиддин Айнуллоевич – асс. кафедры травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Рахимов Аскарджон Турсунович – соискатель кафедры травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Контактная информация:

Минасов Булат Шамильевич – 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3; Тел./факс: (347) 255-76-66; E-mail: minasov@rambler.ru.

Якупов Расул Радикович – 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3; Тел./факс: (347) 255-76-57; E-mail: rasulr@mail.ru.

Аскаров Аскар Фатович – 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3; Тел./факс: (347) 255-76-57

Каримов Киёмиддин Камалидинович – 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3; E-mail: karimov-doktor@mail.ru.

Сироджов Кутбуди Хасанович – 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3; Тел./факс: (347) 255-76-57; E-mail: sirodzhovk93529s@mail.ru

Мирзоев М.Ш., Шакиров М.Н., Мирзозода Ш.М., Салимов Б.А.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОДОНТОГЕННЫХ ГНИЛОСТНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО КЛИМАТА РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОвСЗ РТ

Mirzoev M.Sh., Shakirov M.N., Mirzozoda Sh.M., Salimov B.A.

COMPREHENSIVE TREATMENT OF ODONTOGENIC ROTTEN NECROTIC PHLEGMON OF THE MAXILLOFACIAL REGION IN A HOT CLIMATE OF THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

Department of Maxillofacial Surgery with Children's Stomatology of the State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan"

Цель исследования. Повышение эффективности комплексного лечения больных с одонтогенными гнилостно-некротическими флегмонами челюстно-лицевой области в условиях жаркого климата Республики Таджикистан.

Материал и методы. В работе приведены материалы лечения 38 больных с гнилостно-некротическими флегмонами челюстно-лицевой области в возрасте от 18 до 67 лет (мужчин – 22, женщин – 16). Для дренирования вскрытых пространств были использованы различные дилатационные устройства из сплавов никелида титана марки ТН-10 и ТН-20. Для коррекции иммунологического статуса применяли иммуномодулирующий препарат тимофер в количестве 1 мл (148 мкг) внутримышечно курсом 10 дней. Для дренирования ран использовали дилатационные устройства в зависимости от топографо-анатомической локализации патологического процесса; напряжения мышечных сил, распространенности гнойно-воспалительного процесса и наличия некротических масс.

Результаты. Результаты лечения оценивали по параметрам: отсутствие жалоб, хорошее общее состояние, нормализация аппетита (на $4,3 \pm 0,7$ сутки), исчезновение отека, прекращение экссудации, рассасывание инфильтрата, грануляции и эпителизации ран (с $3,8 \pm 0,3$ по $7,8 \pm 0,5$ сутки), нормализация количества лейкоцитов (на $4,2 \pm 0,5$; $4,8 \pm 0,6$ сутки), а также пребывание больного на койке (в среднем до $9,8 \pm 0,8$ суток).

Заключение. Применение иммуномодулятора тимофера на фоне дилатационного метода дренирования гнойных ран свидетельствует о его высокой эффективности при комплексном лечении больных с гнилостно-некротическими заболеваниями челюстно-лицевой области в условиях жаркого климата, он нормализует иммунное состояние больных, улучшает регенераторные возможности тканей.

Ключевые слова: гнилостно-некротическая флегмона, челюстно-лицевая область, дилататоры из никелида титана, тимофер

Aim. Improving the efficiency of complex treatment of patients with odontogenic putrid necrotic phlegmon of the maxillofacial region in a hot climate of the Republic of Tajikistan.

Materials and methods. The article presents materials of treatment of 38 patients with putrid-necrotic phlegmon of the maxillofacial region in age from 18 to 67 (men – 22, women – 16). For drainage of open spaces had been used different dilatation devices from NiTi alloys brand of VT-10 and VT-20. For correction of the immunological status was used immunomodulatory drug timofer in an amount of 1 ml (148 mg) intramuscularly course of 10 days. For drainage of wounds were used dilatation devices according to topographic anatomical localization of the pathological process; muscle tension power, the prevalence of suppurative inflammation and the presence of necrotic masses.

Results. Treatment outcomes were evaluated on parameters: no complaints, good general condition, normalization of appetite, disappearance of edema, exudation termination, resorption of infiltration, granulation and epithelialization of wounds, normalization of white blood cell count, as well as the patient's stay in the bed.

Conclusion. Application of immunomodulator-timofer on background of dilatation method of drainage of purulent wounds demonstrates its high performance in complex treatment of patients with putrid-necrotic diseases of the maxillofacial region in a hot climate, it normalizes the immune status of patients, improves tissue regenerative capabilities.

Key words: putrid-necrotic phlegmon, maxillofacial area, dilators from NiTi, timofer

Актуальность

На протяжении последних лет самой распространенной формой гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области (ЧЛЮ) являлись одонтогенные флегмоны [3, 8]. При этом многие авторы [1, 2, 7] отмечают увеличение количества больных с данной патологией, указывая на тяжесть течения заболевания, рост частоты атипичных форм, в том числе характеризующихся молниеносным течением, с большим процентом осложнений и летальных исходов.

С другой стороны, увеличение числа больных с фоновой патологией с исходным изменением иммунологического статуса, снижение уровня жизни населения, постоянно ухудшающиеся экологические условия, массовое бесконтрольное и неадекватное применение современных антибактериальных препаратов приводят к таким грозным осложнениям, как сепсис, тромбоз сосудов лица и черепно-мозговых синусов, абсцесс головного мозга, медиастинит, токсико-инфекционный шок [11, 12].

Немаловажную роль в цепи патофизиологических процессов, происходящих в организме у этой категории больных, отводится иммунным механизмам. Совокупность влияния пагубных факторов, исходящих из гнойно-воспалительного очага, а также алиментарный дефицит, который, как правило, отмечается у этой категории больных, приводят к нарушениям иммунной системы организма, оказывающих серьезное влияние на исход заболевания. Острое воспаление сопровождается мобилизацией и активацией эффекторов врожденного иммунитета и неспецифических факторов защиты как в зоне инфицирования, так и в целостном организме. При любом воспалительном процессе, помимо иммунных механизмов, определенную роль играют состояние гемопоеза, экспрессия молекул, их адгезия, синтез хемокинов, способность клеток проходить через сосудистую стенку и накапливаться в очаге острого воспаления. Пусковым моментом для цепи этих событий в очаге воспаления является увеличение уровня противовоспалительных цитокинов, который определяется функциональной активностью клеток-эфферентов воспаления, в первую очередь гранулоцитов, моноцитов, лимфоцитов [5, 10].

Поэтому актуальной проблемой клинической медицины является прогнозирование течения воспалительного процесса в ЧЛЮ и своевременное проведение корригирующих мероприятий.

Научные открытия последних лет в области физики твердых тел позволили российским ученым [6] разработать новый класс медицинских материалов, обладающих не только биоинертностью, но и новыми качествами: сверхэластичностью и эффектом памяти формы. Основываясь на этих достижениях, с использованием указанных материалов, в частности, сплава никелида титана марок ТН-10 и ТН-20, в настоящей работе освещены вопросы применения современных технологий активного дренирования ран у больных с гнилостно-некротическими процессами челюстно-лицевой области.

Материал и методы исследования

В период с 2008 по 2015 г. на лечении в отделении взрослой челюстно-лицевой хирургии (ЧЛХ) Национального медицинского центра МЗ РТ находились 38 больных с гнилостно-некротическими флегмонами челюстно-лицевой области в возрасте от 18 до 67 лет. Мужчин было 22, женщин-16.

Лабораторные методы исследования проводилась традиционно: общий развернутый анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, глюкоза в крови, общий анализ мочи, кал на я/г, а также иммунологические исследования и, дополнительно, рентгенологические исследования.

Оперативные вмешательства проводили с широким вскрытием всех анатомических пространств дна полости рта и шеи.

Для дренирования вскрытых пространств были использованы разработанные нами различные дилатационные устройства из сплавов никелида титана марок ТН-10 и ТН-20 [9]. Указанные устройства изготавливали из проволоки этого же сплава диаметром 0,8-1,2 мм (патент РТ, № 428 от 14 09 06 г.) которые имели различные формы. Стерильные дилатационные устройства из никелида титана погружали в холодный физиологический раствор при $t 0 \pm 5^\circ \text{C}$ на 10-15 сек и, сжимая их витки, с помощью двух пинцетов вводили в раневой канал (рис.1). Под воздействием температуры окружающих тканей устройство принимало свою первоначальную форму, постепенно расширяя раневой канал. Через просвет дилатора осуществляли промывание гнойной полости растворами антисептиков и ферментами, при необходимости проводили некрэктомию. Дилаторы устанавливали в рану сразу после вскрытия гнойного очага на 4 - 5 дней.

В Таджикистане был разработан иммуномо-

дулирующий препарат тимофер [4]. Коррекцию нарушенного иммунного состояния пациентов проводили с использованием этого препарата. Тимофер является водным раствором координационного соединения дипептида изолейцил-триптофана и иона железа (II), содержащего 148 мкг действующего вещества в 1 мл раствора. Препарат относится к фармакологической группе 6,5-иммуномодуляторы. В состав препарата входит дипептид изолейцил-триптофан, обладающий иммуномодулирующими свойствами. Данный дипептид оказывает стимулирующее влияние на CD4+ и CD8+ -лимфоциты, стимулирует реакции гуморального иммунитета (продукцию специфических антител), а также неспецифическую резистентность (фагоцитоз, комплемент-зависимые реакции), нормализует число Т-хелперов, Т-супрессоров, восстанавливает соотношение иммунорегуляторных субпопуляций Т-лимфоцитов у больных с различными иммунодефицитными состояниями. Восстанавливает биологические, гематологические показатели крови при иммунодефицитных состояниях. Приказом Министерства здравоохранения РФ за № 339 от 08.06.2010 г. и решением Фармакологического комитета №1 от 15 февраля 2010 г. были проведены многоцентровые клинические испытания тимофера.

Для определения иммунологического статуса в крови определяли количество Т-хелперов,

Т-супрессоров, Т-лимфоцитов, ЦИК, а также иммуноглобулинов (А, М, G). Динамика этих показателей в соответствии с клиническими данными заболевания и местным хирургическим статусом изучалась в течение кризисного периода, а также в стадии выздоровления (7-10-й день).

Результаты анализов представляли в качестве среднего значения. Для анализа статистических различий использовали критерий Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

В послеоперационном периоде больные получали антибиотики целенаправленного действия, дезинтоксикационную, десенсибилизирующую, общеукрепляющую терапию и физические методы лечения.

Лечение больных с применением тимофера проводилось по следующей схеме. На фоне вышеуказанного лечения тимофер назначили в количестве 1 мл (148 мкг) внутримышечно. Курс лечения составил 10 дней. Для дренирования ран использовали дилатационные устройства нашей конструкции в зависимости от топографо-анатомической локализации патологического процесса; напряжения мышечных сил, распространенности гнойно-воспалительного процесса и наличия некротических масс.

Иммунологические показатели больных до и после лечения приведены в таблице.

Параметры (границы нормы)	Результаты исследования	
	до лечения	после лечения
Т-лимфоциты (55-69%)	50,42±1,5	59,82±2,34
Т-хелперы (34-44%)	30,53±2,15	37,46±3,85
В-лимфоциты (18-30%)	21,15±2,0	30,50±4,22
Ig A, мг% (200±61)	199,53±23,14	216,53±35,14
Ig M, мг% (99±27)	135,09±36,75	164,13±46,65
Ig G, мг% (1158±305)	1534,45±164,43	1375,13±167,35

Как видно из таблицы, до лечения абсолютно у всех больных отмечалось пониженное содержание Т-лимфоцитов и Т-хелперов, содержание В-лимфоцитов находилось у нижней границы физиологической нормы. Пониженным было содержание иммуноглобулинов класса А, повышенным – класса G. После лечения все измененные иммунологические показатели крови больных нормализовались.

Также результаты лечения больных с применением иммуномодулятора тимофера на фоне дилатационного метода дренирования гнилостно-некротических ран оценивали по следующим соматическим параметрам: отсутствие жалоб, хорошее общее состояние, нормализация аппетита (на 4,3±0,7 сутки), исчезновение отека, прекращение экссудации, рассасывание инфиль-

трат, грануляции и эпителизации ран (с 3,8±0,3 по 7,8±0,5 сутки), нормализация количества лейкоцитов (на 4,2±0,5; 4,8±0,6 сутки), а также пребывания больного на койке (в среднем до 9,8±0,8 суток).

Результаты проводимого комплексного лечения больных с гнилостно-некротическими флегмонами ЧЛЮ с применением дилатационных устройств и коррекцией иммунного состояния организма свидетельствуют об их преимуществах перед традиционными по следующим параметрам.

1. Благодаря эффектам формоизменения дилататоры раскрывают рану и создают оптимальную её аэрацию – столь важную при лечении этой категории больных.

2. Отпадает необходимость в частых перевязках с целью дренирования полостных ран,

что может вызвать дополнительную травматизацию тканей. Дренаж осуществляется естественным образом.

3. Предоставляется возможность визуального контроля над течением репаративного процесса, что позволяет произвести удаление некротических масс с введением в полость лекарственных средств.

4. Вышеуказанные свойства дилататоров позволяют в короткие сроки ликвидировать интоксикацию организма, вызванную гнойно-не-

кротическими массами, очистить от них рану и наложить вторичный шов.

5. В ходе применения дилататоров отмечено их бактерицидное действие на патогенную флору ран.

6. Дренаж гнойных ран с использованием дилататоров сокращает среднее пребывание больного на койке почти вдвое и позволяет добиться лучшего эстетического результата путем наложения первично-отсроченных или вторичных швов в ранние сроки после операции.



Рис.1. Разлитые гнилостно-некротические флегмоны дна полости рта и шеи (в ране установлены дилататоры).



Рис. 2. Разлитая гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта и шеи: а – до операции; б, в – после операции; г – наложены вторичные швы.

Заключение

Таким образом, применение иммуномодулятора тимофера на фоне дилатационного метода дренирования гнойных ран свидетельствует о высокой его эффективности при комплексном лечении больных с гнилостно-некротически-

ми заболеваниями челюстно-лицевой области в условиях жаркого климата. Эти устройства позволяют проведение эффективной местной обработки под визуальным контролем пространства, контроль течения раневого процесса и проведение адекватного воздействия на них.

Тимофер не только нормализует иммунное состояние больных, но и улучшает регенераторные возможности, выражающиеся в качественном ускорении заживления ран.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров М.Т., Бажанов Н.Н., Титова С.Н. Экспресс-метод оценки эффективности лечения гнойной раны на основе применения лазерно-флюоресцентной фотометрии // *Стоматология для всех*. 2002. №2. С.14-16.

2. Бажанов Н.Н., Александров М.Т., Черкесов И.В. Применение мирамистина для лечения больных одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области // *Стоматология*. 2006. №3. С.24-26.

3. Бернадский Ю.Н. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. М.: Медицинская литература, 2000. 416 с.

4. Бобиев Г.М. Способ получения иммуностимулирующего препарата тимофер. Патент Республики Таджикистан № ТД 255, приоритет 28.04.1998.

5. Воложин А.И., Порядин Г.В. Патолофизиология. М.: Академия, 2006. Т.1. 271 с.

6. Гюнтер В.Э., Дамбаев Г.Ц., Сысолятин П.Г. и др. Медицинские материалы и имплантаты с памятью формы. Томск, 1998. 490 с.

7. Егорова О.А., Козлов В.А., Шульман Ф.И. Особенности клинического течения одонтогенного медиастинита // *Материалы 6-ой международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов*. СПб, 2001. С. 42

8. Кравченко, В.В., Лещенко И.Г. Диагностика и лечение гнойной стоматологической инфекции. Самара: Перспектива, 2003. 248 с.

9. Мирзоев М.Ш. Дилатационный метод дренирования ран в комплексном лечении больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области: автореф. дисс... к.м.н. Самара, 2008. 35 с.

10. Робустова Т.Г. Одонтогенные воспалительные заболевания. М.: Медицина, 2006. 662 с.

11. Тер-Асатуров Г.П. Некоторые вопросы патогенеза одонтогенных флегмон // *Стоматология*. 2005. Т. 84, №1. С.20-27.

12. Шаргородский А.Г. Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи. М: ГЭОТАР-МЕД, 2002. 235 с.

RESERENSES

1. Aleksandrov M. T., Bazhanov N. N., Titova S. N. Eekspress-metod otsenki effektivnosti lecheniya gnoynoy rany na osnove primeneniya lazerno-flyuoresstentnoy fotometrii [Express method of assessing the effectiveness of treatment of purulent wound on the basis of laser-fluorescence photometry]. *Stomatologiya dlya vseh – Stomatology for everyone*, 2002, No. 2, pp. 14-16.

2. Bazhanov N. N., Aleksandrov M. T., Cherkesov I. V. Primenenie miramistina dlya lecheniya bolnykh odontogennymi

flegmonami chelyustno-litsevoy oblasti [Application of Miramistin for the treatment of patients with odontogenic phlegmon of the maxillofacial region]. *Stomatologiya - Stomatology*, 2006, No. 3, pp. 24-26.

3. Bernadskiy Yu. N. *Osnovy chelyustno-litsevoy khirurgii i khirurgicheskoy stomatologii* [Basics of maxillofacial surgery and surgical stomatology]. Moscow, Meditsinskaya literature Publ., 2000. 416 p.

4. Bobiev G. M. *Sposob polucheniya immunostimuliruyushchego preparata timofer* [The process for producing of the immunostimulatory drug timofer]. Patent TJ, no. 255, 1998.

5. Volozhin A. I., Poryadin G. V. *Patofiziologiya* [Pathophysiology]. Moscow, Akademiya Publ., 2006. Vol. 1. 271 p.

6. Gyunter V. E., Dambaev G. C., Sysolyatin P. G. *Meditsinskie materialy i implantaty s pamyaty formy* [Medical materials and implants with the shape memory]. Tomsk, 1998. 490 p.

7. Egorova O. A., Kozlov V. A., Shulman F. I. [Clinical features of odontogenic mediastinitis]. *Materialy 6-oy mezhdunarodnoy konferentsii chelyustno-litsevykh khirurgov i stomatologov* [Materials of 6th international conference of maxillofacial surgeons and dentists]. Saint Petersburg, 2001, pp. 42. (In Russ.)

8. Kravchenko V. V., Leshchenko I. G. *Diagnostika i lechenie gnoynoy stomatologicheskoy infektsii* [Diagnosis and treatment of dental purulent infection]. Samara, Perspektiva Publ., 2003. 248 p.

9. Mirzoev M. Sh. *Dilatatsionnyy metod drenirovaniya ran v kompleksnom lechenii bolnykh s gnoyno-vozpалitelnyimi zabolevaniyami chelyustno-litsevoy oblasti*. Avtoref. diss. kand. med. nauk [Dilated method of wound drainage in the complex treatment of patients with purulent-inflammatory diseases of the maxillofacial region.]. Avtoref. of candidate's of medical sciences thesis. Samara, 2008. 35 p.

10. Robustova T. G. *Odontogennye vospalitelnye zabolevaniya* [Odontogenic inflammatory diseases]. Moscow, Meditsina Publ, 2006. 662 p.

11. Ter-Asaturov G. P. *Nekotorye voprosy patogeneza odontogennykh flegmon* [Some questions of the pathogenesis of odontogenic abscesses]. *Stomatologiya – Stomatology*, 2005, Vol. 84, No. 1, pp. 20-27.

12. Shargorodskiy A. G. *Klinika, diagnostika, lechenie i profilaktika vospalitelnykh zabolevaniy litsa i shei* [Clinic, diagnostics, treatment and prevention of inflammatory diseases of the face and neck]. Moscow, GEOTAR-MED Publ., 2002. 235 p.

Сведения об авторах:

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

Шакиров Мухаммеждан Нигматович – профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н.

Мирзозода Шохрухи Мансурджон – врач-интерн медицинского управления МВД РТ

Салимов Бахриддин Амонуллович – клинический ординатор кафедры челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОвСЗ РТ

Контактная информация:

Мирзоев Мансурджон Шомилевич – тел.: +992 919172701

© Коллектив авторов, 2016

УДК 616-002.95;616.995.1;616/618;(575.3)

Ортикова М.М., Мирзоева З.А., Давлятова Д.Д.

СКРИНИНГ ГЕЛЬМИНТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В 2015 ГОДУ В ГЦЗ №1 ГОРОДА ДУШАНБЕ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ

Ortikova M.M., Mirzoeva Z.A., Davlyatova D.D.

SCREENING OF HELMINTH DISEASES IN 2015 IN CITY HEALTH CENTER №1 OF DUSHANBE

Department of family medicine of the State Education Establishment “Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan”

Цель исследования. Изучение и анализ распространенности глистной инвазии среди закрепленного населения в ГЦЗ №1 города Душанбе Республики Таджикистан за 2015 год.

Материал и методы. Проведен мониторинг 134 амбулаторных карт ретроспективным методом закрепленного населения ГЦЗ №1 города Душанбе Республики Таджикистан за период с 1 января по 31 декабря 2015 года. Проведен скрининг гельминтных заболеваний среди закрепленного населения в ГЦЗ №1 города Душанбе. Оценены базисные знания специалистов семейной медицины по вопросам лечения и диспансеризации, согласно Национальным протоколам Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Результаты. Наибольшее количество гельминтных заболеваний выявлено в апреле 2015 года – 27 (20,1%), в феврале – 22 (16,4%), наименьшее – в марте (4-2,9%), в декабре (6-4,4%). Мониторинг показал, что практикующие семейные врачи не владеют в полном объеме немедикаментозным и медикаментозным лечением, назначения не соответствуют стандартам лечения, не используются данные доказательной медицины, назначается нерациональная антигельминтная терапия.

Заключение. «Национальная программа борьбы с гельминтными заболеваниями в Республике Таджикистан на период 2011-2015 годы» в ГЦЗ №1 города Душанбе, цель которой – снижение гельминтных заболеваний среди населения, выполняется путем проведения скрининга глистной инвазии среди членов семей и своевременного лечения.

Ключевые слова: скрининг, семейный врач, гельминтозы, ПМСП

Aim. Study and analysis of the prevalence of helminthic infestation among fixed population of City Health Center №1 Dushanbe Republic of Tajikistan of 2015.

Materials and methods. Monitored 134 patient cards retrospective method of fixed population of City Health Center №1 Dushanbe Republic of Tajikistan for the period from January 1 to December 31, 2015. Was the screening of helminth diseases among the fixed population. Were estimated basic knowledge of specialists of family medicine on the treatment and prophylactic medical examination, according to the national protocol of Ministry of Health and Social Protection of Population of the Republic of Tajikistan.

Results. The greatest number of helminth diseases identified in April 2015 – 27 (20,1%), in February – 22 (16,4%), the lowest - in March (4-2,9%) in December (6-4,4 %). Monitoring has shown that the practice of family doctors are not proficient in the full volume non-drug and drug treatment, appointments are not comply to the standards of treatment, no use data of evidence-based medicine, appointed by the irrational antihelminthic therapy.

Conclusion. «The national program of struggle against helminth diseases in the Republic of Tajikistan for the period 2011-2015 years» in City Health Center №1 Dushanbe, whose purpose - reducing the helminth diseases among the population, carried out by screening of helminthic invasion among family members, and timely treatment.

Key words: screening, family doctor, helminth infections, primary health care

Актуальность

Более трети населения планеты заражены гельминтами. В России зарегистрировано около 70 видов гельминтов [4].

Согласно статистическим данным, в Республике Таджикистан ежегодно регистрируется свыше 20 тыс. случаев гельминтозов, 80% из них – среди детей до 14 лет. Из общего количества зарегистрированных случаев наибольшее число составляют: энтеробиоз – 35%, аскаридоз – 35%, гименолепидоз – 25% и другие гельминтозы – 5%. Реальные цифры заболеваемости гельминтозами могут быть значительно выше [2, 5, 6, 7].

Аскаридозом и энтеробиозом заражено до 80% населения планеты. Удельный вес носителей при энтеробиозе составляет 90%. Последнее десятилетие характеризовалось повышением заболеваемости глистной инвазией среди членов семей, беженцев и социально неблагополучных семей [2, 3, 4].

Задачей семейного врача является проведение динамического скрининга всех членов семей с целью выявления глистной инвазии с последующим лечением и диспансеризацией, особенно в семьях с неблагополучными условиями.

В результате проведенного комплекса научно-исследовательских работ в Таджикистане было доказано, что повышение качества медицинской помощи в первичном звене здравоохранения связано с уровнем подготовки семейного врача [1]. Поэтому вопросы подготовки семейных врачей и непрерывного медицинского образования по базовым клиническим и теоретическим дис-

циплинам медицины являются залогом оказания комплекса качественной и эффективной медико-санитарной помощи населению в учреждениях ПМСП Республики Таджикистан [1].

Материал и методы исследования

Проведен мониторинг 134 амбулаторных карт ретроспективным методом закрепленного населения ГЦЗ №1 города Душанбе Республики Таджикистан за период с 1 января по 31 декабря 2015 года. Проведение скрининга гельминтных заболеваний среди закрепленного населения в ГЦЗ № 1 города Душанбе РТ, оценка базисного уровня знания специалистов семейной медицины по вопросам лечения и диспансеризации проводились, согласно Национальным протоколам Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан № 574 от 25 июля 2014 года, г. Душанбе.

Статистическая обработка данных проводилась методом одномерного анализа.

Результаты и их обсуждение

С целью скрининга распространенности гельминтных заболеваний на территории ГЦЗ №1 города Душанбе в период с 1 января по 31 декабря 2015 года проводилось изучение деятельности семейного врача в области диагностики, лечения и диспансерного наблюдения пациентов с гельминтными заболеваниями.

Как демонстрирует диаграмма 1, в структуре населения ГЦЗ №1 города Душанбе РТ: общее число – 99550, из них взрослого населения 66063 (66,3%), детей до 18 лет 33487 (33,6%).

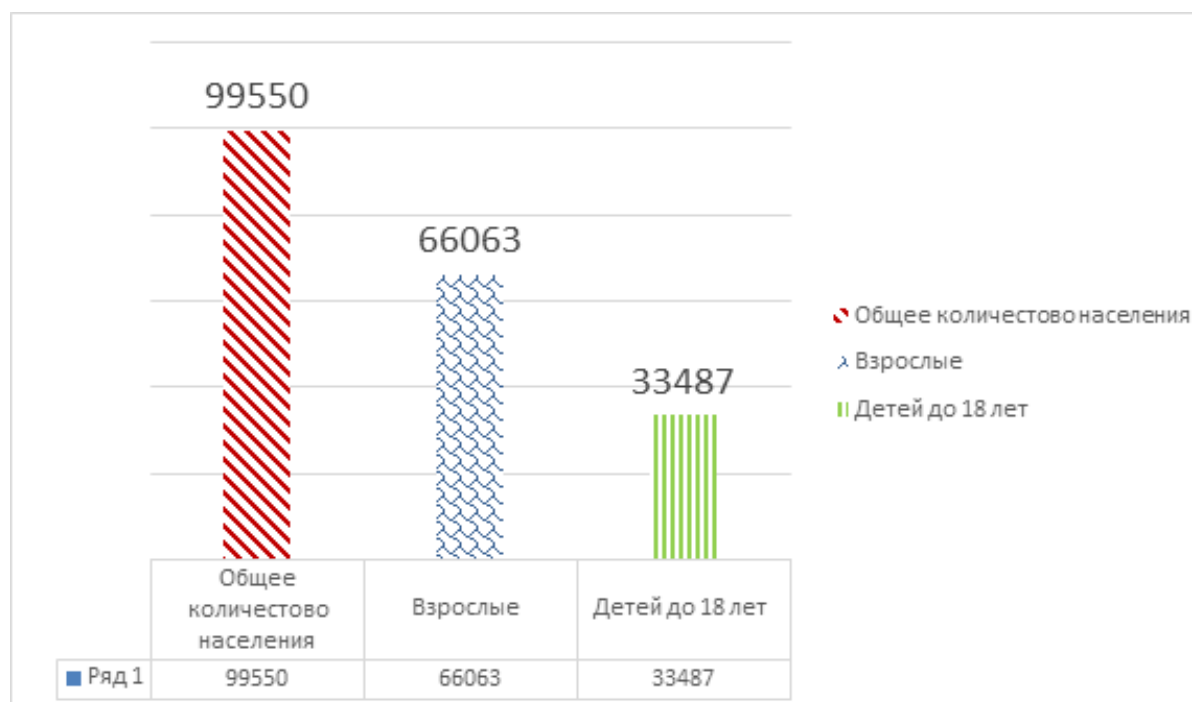


Рис. 1. Общая структура населения в ГЦЗ №1 города Душанбе РТ на 1 января 2015 г.

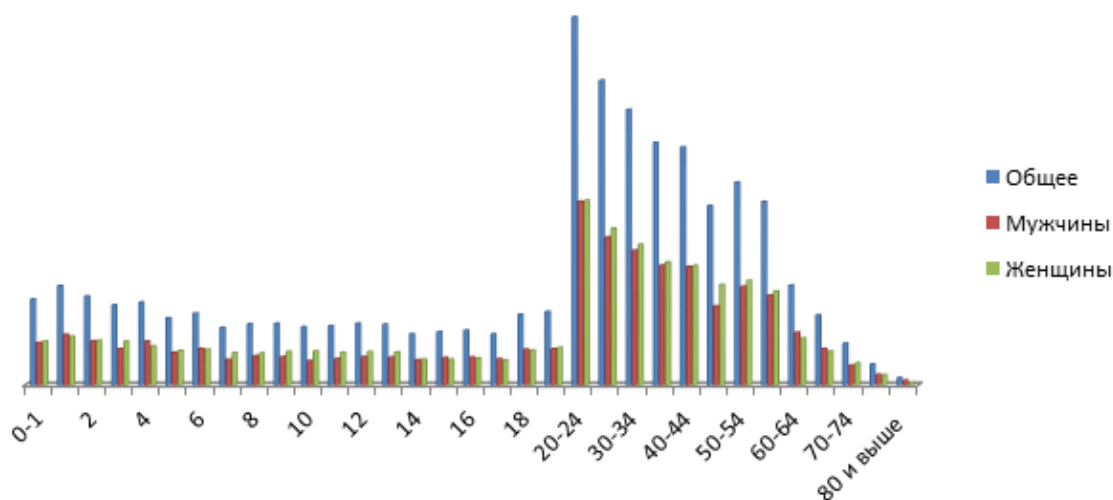


Рис. 2. Возрастная структура населения в ГЦЗ №1 города Душанбе РТ на 1 января 2015 г.

Как демонстрирует рисунок 2, в структуре населения ГЦЗ №1 города Душанбе РТ наибольшее количество населения в возрасте 20-24 лет – 10230 (10,2%), наименьшее выпадает на возраст свыше 80 лет – 203 (0,2%). При распределении по полу установлено, что в ГЦЗ №1 города Душанбе РТ количество прикрепленного населения женского пола 50927 (51,1%), мужского пола – 48623 (48,8%), т.е. женщин больше, чем мужчин на 2304 человек (2,31%).

Семейный врач может предположить, в какой семье имеется высокий риск развития гельминтозов. Во время своих активных визитов семейные врачи обращают внимание на такие факторы риска распространения гельминтозов, как централизованная подача холодной и горячей воды, тип канализации, профессии и эпидемический анамнез семьи. Для оценки выявления распространенности глистной инвазии на территории ГЦЗ №1 города Душанбе РТ проведен анализ лабораторных исследований (сдача кала на яйца глистов) по назначению семейных врачей. Критериями для проведения лабораторных исследований на наличие гельминтозов являются следующие показатели: снижение процентильных шкал в весовом показателе до 20 лет (ниже 5 центилей); индекс массы тела после 20 лет ниже 18 кг/м², окружность средней трети левого плеча ниже 13,5 см у детей 1-5 лет, снижение уровня гемоглобина ниже 90 г/л в общем анализе крови у подростков, призывников, абитуриентов и при оформлении на работу (особенно в пищевые отрасли), диспансерные пациенты, состоящие на диспансерном учёте по поводу других заболеваний, при анемии у беременных.

Как демонстрирует таблица 1, всего в 2015 году выявлено 134 случая глистной инвазии среди членов семей ГЦЗ №1 города Душанбе РТ. При сезонном распределении установлено, что наибольшее количество гельминтных заболеваний выявлено в апреле 2015 года – 27 (20,1%), в феврале – 22 (16,4%), наименьшее – в марте – 4 (2,9%), в декабре – 6 (4,4%). В структуре выявленных гельминтозов среди лиц мужского пола в апреле: 6 случаев (19,3%) лямблиоза, 1 случай (11,1%) гименолепидоза, 1 случай (12,5%) аскаридоза, 1 случай (8,4%) энтеробиоза. В структуре выявленных гельминтозов в апреле 2015 года среди лиц женского пола всего 18 (24,3%) случаев гельминтоза: 8 случаев (22,8%) лямблиоза, 5 случаев (33,3%) гименолепидоза, 3 случая (23,0%) энтеробиоза, 2 случая (20,0%) аскаридоза. Также наибольшее количество гельминтных заболеваний выявлено в феврале месяце – 22 случая (16,4%). Из них среди лиц мужского пола 10 случаев (32,2%) лямблиоза, 2 случая (16,6%) энтеробиоза, 1 случай (11,1%) гименолепидоза, 1 случай (12,5%) аскаридоза. В феврале месяце среди лиц женского пола 3 случая (8,5%) лямблиоза, 3 случая (30,0%) аскаридоза, 1 случай (6,6%) гименолепидоза, 1 (7,6%) энтеробиоза.

При распределении по полу наибольшее количество выявленных случаев глистной инвазии среди лиц женского пола – 74 случая (55,2%), мужского – 60 (44,4%) случая. Сезонный анализ установил преобладание количества обследований и лабораторных исследований в феврале, апреле, июне. Видимо, это связано с тем, что в эти месяцы проводятся плановые осмотры детей для поступления в дошкольные и школьные учреждения, высшие учебные заведения.

Таблица 1

Общее количество выявленной глистной инвазии среди членов семей в ГЦЗ №1 города Душанбе РТ по полу в 2015 году

Месяц	Мужчины								Женщины													
	гитменоплендоз	%	лямблиоз	%	аскаридоз	%	энтеробиоз	%	Всего мужчин	%	гитменоплендоз	%	лямблиоз	%	аскаридоз	%	энтеробиоз	%	Всего женщин	%	Общее количество	%
Январь					1	12,5	4	33,3	5	8,3	1	6,6	4	11,4					5	6,7	10	7,4
Февраль	1	11,1	10	32,2	1	12,5	2	16,6	14	23,3	1	6,6	3	8,5	3	30,0	1	7,6	8	10,8	22	16,4
Март			2	6,5					2	3,3			2	5,7					2	2,7	4	2,9
Апрель	1	11,1	6	19,3	1	12,5	1	8,4	9	15,5	5	33,3	8	22,8	2	20,0	3	23,0	18	24,3	27	20,1
Май			4	12,9					4	6,7			2	5,7					2	2,7	6	4,4
Июнь	2	22,2							2	3,3	1	6,6	5	14,2	2	20,0	1	7,6	9	12,1	11	8,2
Июль			2	6,5	1	12,5	1	8,4	4	6,7	3	20,0			1	10	1	7,6	5	6,7	9	6,7
Август	2	22,2			2	25,0	1	8,4	5	8,3			5	14,2			3	23,0	8	10,8	13	9,7
Сентябрь			2	6,5	1	12,5			3	5,0	1	6,6	3	8,5			2	15,3	6	8,1	9	6,7
Октябрь	2	22,2	2	6,5	1	12,5			5	8,3			1	2,8			2	15,3	3	4,0	8	5,9
Ноябрь			1	3,2			2	16,6	3	5,0	2	13,3	1	2,8	2	20			6	8,1	9	6,7
Декабрь	1	11,1	2	6,5			1	8,4	4	6,7	1	6,6	1	2,8					2	2,7	6	4,4
Всего	9	100	31	100	8	100	12	100	60	100	15	99,6	35	99,4	10	100	13	99,4	74	100	134	100

Изучался также вопрос распределения случаев глистной инвазии среди членов семей по возрасту.

При распределении по возрасту – население в возрасте 2 лет – 14 случаев (10,4%), с 3 до 6 лет – 42 случая (31,3%) с 7 до 11 лет – 41 (30,5%), с 12 лет до 14 лет – 17 случаев (12,6%), с 15 лет до 20 лет – 12 (8,9%), с 21

по 29 лет – 6 (4,5%), с 30 по 49 лет – 2 (1,4%). Пик заболеваемости больше регистрируется в возрасте с 3 до 6 лет – 42 (31,3%) и возрасте с 7 до 11 лет – 41 (30,5%). Это связано с тем, что дети часто не соблюдают правила личной гигиены, такие как мытье рук после посещения санузла, перед приемом пищи, употребляют немытые фрукты.

Таблица 2

Распределение выявленных лиц по возрасту и по виду глистов

<i>Возраст</i>	<i>Лямблиоз</i>	<i>Гименолепидоз</i>	<i>Аскаридоз</i>	<i>Энтеробиоз</i>	<i>Всего</i>
<i>0-12 месяцев</i>					
<i>2-года</i>	4	2	1	7	14
<i>3-6 лет</i>	23	11	4	4	42
<i>7-11 лет</i>	27	5	3	6	41
<i>12-14 лет</i>	3	4	5	5	17
<i>15-20 лет</i>	5	2	3	2	12
<i>21-29 лет</i>	3		2	1	6
<i>30-49</i>	1	1			2
<i>50-60</i>					
<i>Всего</i>	66	25	18	25	134

При распределении по возрасту - население в возрасте 2 лет - 14 случаев (10,4%), с 3 до 6 лет - 42 случая (31,3%) с 7 до 11 лет - 41 (30,5%), с 12 лет до 14 лет - 17 случаев (12,6%), с 15 лет до 20 лет - 12 (8,9%), с 21 по 29 лет - 6 (4,5%), с 30 по 49 лет - 2 (1,4%). Пик заболеваемости больше регистрируется в возрасте с 3 до 6 лет - 42 (31,3%) и возрасте с 7 до 11 лет – 41 (30,5%). Это связано с тем, что дети часто не соблюдают правила личной гигиены, такие как мытье рук после посещения санузла, перед приемом пищи, употребляют немытые фрукты.

Проводилось изучение деятельности семейного врача в области диагностики, лечения и диспансерного наблюдения пациентов с гельминтными заболеваниями, согласно Национальным протоколам Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан № 574 от 25 июля 2014 года, г. Душанбе. С целью определения уровня знаний семейных врачей проводился опрос по специально разработанным тестовым вопросам по гельминтным инфекциям.

Анализ результатов тестирования показал, что все семейные врачи ответили правильно на вопросы: «Пути передачи глистных инвазий» (алиментарный, контактный, воздушно-капельный); «Механизм действия глистных инвазий на организм» (механическое, сенсибилизирующие, токсическое действие). На

вопрос: «Какие виды глистных инвазий Вы знаете?» из 54 семейных врачей 28 (51,8%) ответили правильно, 26 (48,2%) – неправильно. На вопрос: «Места локализации глистных инвазий» – 42 (77,7%) семейных врача ответили правильно (в тонком кишечнике), 12 (22,2%) – неправильно (в желчном пузыре). На вопрос: «Пути выведения яиц глистов»: через слюну ответили 35 (62,5%) семейных врачей, через испражнения – 21 (37,5%) семейный врач. На вопрос: «Клинические проявления болезни» ответили правильно 54 (100%) семейных врачей: аллергическая реакция, лейкомоидная реакция эозинофильного типа, длительный кашель, гепатолиенальный синдром, астено-невротический синдром, болевой синдром, анемия, задержка физического развития, нарушение сна. На вопрос: «При каком виде глистных инвазий возникает реинвазия (повторное самозаражение)» 42 (77,7%) семейных врачей ответили – при энтеробиозе, 42 (77,7%) – при гименолепидозе, 12 (22,2%). На вопрос «Сроки диспансеризации при энтеробиозе, гименолепидозе, аскаридозе» все участники тестирования ответили неправильно.

Дополнительно каждому семейному врачу выданы ситуационные задачи для расчета антигельминтных препаратов по возрасту, на массу тела. Все 54 семейных врачей решили задачи неправильно.

К сожалению, практикующие семейные врачи не владеют в полном объеме немедикаментозным и медикаментозным лечением, назначения не соответствуют стандартам лечения, не используются данные доказательной медицины. Назначается нерациональная антигельминтная терапия.

Учитывая все вышеперечисленные недостатки в знаниях семейных врачей, была проведена клиническая конференция по данной тематике. Продемонстрирован осмотр пациента при подозрении на глистную инвазию, включая измерение массы тела и роста, подсчет индекса массы тела после 20 лет, с рождения и до 20 лет (использование центильных шкал), сбор эпиданамнеза, задавались такие вопросы, как наличие индивидуальных полотенец, стрижка ногтей, влажная уборка квартиры, использование нарукавников при земельных работах, определение источника водоснабжения, типа канализации, проведение скрининга глистной инвазии, прием альбендазола в Национальные дни дегельминтации, осмотр перианальной области и области наружных половых органов у девочек.

После проведения научно-клинической конференции повторно проведен мониторинг деятельности семейных врачей, который показал положительную динамику в знаниях семейных врачей в области гельминтных заболеваний. При повторном тестировании уровень теоретических знаний увеличился от 23,2% до 81%. Повторная проверка амбулаторных карточек после проведенных занятий показала, что семейные врачи стали больше уделять внимания сбору эпиданамнеза, лучше описывать эпидситуацию в семье, санитарный уровень семьи, правильно подбирать антигельминтные средства и назначать их с учетом возраста и массы пациента.

Анализ работы показал, что «Национальная программа борьбы с гельминтными заболеваниями в Республике Таджикистан на период 2011-2015 годы» в ГЦЗ №1 города Душанбе, цель которой – снижение гельминтных заболеваний среди населения, выполняется путем проведения скрининга глистной инвазии среди членов семей и их своевременного лечения. Исследования показали, что зараженность среди членов семей лямблиозом – 66 (49,2%), энтеробиозом – 25 (18,6%), гименолепидозом – 24 (17,9%), аскаридозом – 18 (14,%). При распределении по полу частота заболеваемости больше регистрируется среди лиц мужского пола, по возрасту – среди населения с 3 до 6 и с 7 до 11 лет.

Заключение

Проведенный анализ определения уровня знаний практикующих семейных врачей в ГЦЗ

№1 г. Душанбе РТ на добровольной основе в соответствии с разработанным тестовым вопросником семейных врачей по гельминтным инфекциям показал неудовлетворительные результаты, особенно по вопросам о сроках диспансеризации, расчета антгельминтных препаратов по возрасту, массе тела, а также их дифференциальной диагностики, что диктует необходимость большего привлечения семейных врачей к непрерывному медицинскому образованию во всех регионах Республики Таджикистан как на уровне ПМСП, так и через повышение знаний, умений, использование практических навыков, что приведет к улучшению выявляемости, диагностики, лечения, профилактики и диспансеризации в соответствии с требованиями квалификационной характеристики семейного врача.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Бандаев И.С. Научное обоснование и разработка системы непрерывного медицинского образования специалистов по семейной медицине в Республике Таджикистан и изучение ее эффективности: автореф. дис.... док.мед наук. Казань, 2013. 24 с.
2. Камардинов Х.К. Инфекционные паразитарные болезни. Душанбе: Ватанпарвар, 2009. С. 556 – 560.
3. Покровский В.И., Бритко Н.И., Данилкин Б.К. Инфекционные болезни и эпидемиология. М.: Практика, 2000. С. 213 – 218.
4. Приказ Министерства здравоохранения Республики Таджикистан от 7.09.2010 г. (№ 519) «Программа борьбы с гельминтными заболеваниями в Республике Таджикистан на период 2011- 2015 г». Душанбе, 2010. 37 с.
5. Постановление Правительства Республики Таджикистан № 436 от 5 ноября 2002 г. «Стратегия Республики Таджикистан по охране здоровья населения в период до 2010 года». Душанбе, 2010. 26 с.
6. Руководство по управлению учреждениями ПМСП. Душанбе, 2003. 239 с.
7. Учайкин В.Ф. Атлас инфекционных заболеваний. М.: Медицинское информационное агентство, 2009. С. 30– 122.

RESERENSES

1. Bandaev I. S. *Nauchnoe obosnovanie i razrabotka sistemy nepreryvnogo meditsinskogo obrazovaniya spetsialistov po semeynoy meditsine v Respublike Tadjikistan i izuchenie ee effektivnosti*. Avtoref. diss. d-ra. med. nauk [Scientific substantiation and working system of continuous medical education of specialists in family medicine in the Republic of Tajikistan and the study of its effectiveness. Autoref. Diss. Dr. of Med. Sciences]. Kazan, 2013. 24 p.
2. Kamardinov Kh. K. *Infektsionnye parazitarnye bolezni* [Infectious parasitic diseases]. Dushanbe, Vatanparvar Publ., 2009. 556 – 560 p.

3. Pokrovskiy V. I., Britko N. I., Danilkin B. K. *Infektsionnye bolezni i epidemiologiya* [Infectious Diseases and Epidemiology]. Moscow, Praktika Publ., 2000. 213-218 p.

4. *Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya Respubliki Tadjikistan ot 07.09.2010, no. 519* [Order of the Ministry of Health of the Republic of Tajikistan from 07.09.2010, no. 519]. Dushanbe, 2010. 37 p.

5. *Postanovlenie Pravitelstva Respubliki Tadjikistan ot 05.11.2002, no. 436* [Resolution of the Government of Republic Tajikistan from 05.11.2002, no. 436]. Dushanbe, 2010. 26 p.

6. *Rukovodstvo po upravleniyu uchrezhdeniyami PMSP* [Management Guide on institutions of PHC]. Dushanbe, 2003. 239 p.

7. Uchaykin V. F. *Atlas infektsionnykh zabolevaniy* [Atlas of infectious diseases]. Moscow, Meditsinskoe informatsionnoe

agentstvo Publ., 2009. 30-122 p.

Сведения об авторах:

*Мирзоева Зухра Амондуллоевна – д.м.н., профессор
Давлятова Дильбар Джаборовна – к.м.н., доцент кафедры
семейной медицины ГОУ ИПОвСЗРТ*

*Ортикова Мунира Мамуржоновна - аспирант кафедры
семейной медицины ГОУ ИПОвСЗРТ*

Контактная информация:

*Ортикова Мунира Мамуржоновна – тел.: +992919251777;
E-mail: Ortikova m@mail.ru*

© Коллектив авторов, 2016

УДК 616-006.6

Расулов С.Р., Боева Х.К.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТА ФАРЕСТОН

Кафедра онкологии ГОУ ИПОвСЗРТ

Rasulov S.R., Bueva Kh.K.

RESULTS OF COMPLEX TREATMENT OF FIBROCYSTIC DISEASE OF THE MAMMARY GLANDS USING PREPARATION “FARESTON”

Department of Oncology of the State Education Establishment “Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan”

Цель исследования. Изучить эффективность препарата Фарестон в комплексном лечении фиброзно-кистозной болезни молочных желез.

Материал и методы. Наблюдали 45 больных женщин с фиброзно-кистозной болезнью (ФКБ) в возрасте 32-51 года. Количество родов от 1 до 4. Отмечались жалобы на боль и тяжести в МЖ за несколько дней до начала менструаций, чувство нагрубания, увеличение плотности молочных желез, наличие пальпируемых уплотнений. Ранее 86,7% (39) больных получали комплексное лечение, включая препарат индинол, без желаемого эффекта. Фарестон назначен в дозе 60 мг/сутки 9 (20%) больным и в дозе 20 мг/сутки 36 (80%) больным. Продолжительность лечения 2 месяца.

Результаты. Независимо от дозы препарата, у 21 (46,7%) больной после двух месяцев терапии полностью исчезли боли и нагрубание в МЖ, не пальпировались уплотнения. У 11 (24,4%) женщин отмечено значительное уменьшение проявлений симптомов и уплотнения МЖ. Отсутствие эффекта отмечено лишь у 2 (4,4%) больных. В первые недели терапии у 2 (4,4%) женщин отмечены постоянные головные боли, головокружение, тошнота и рвота, в связи с чем прием препарата был отменен.

Выводы. Высокая эффективность препарата Фарестон у пациенток с пролиферативными формами дисгормональных гиперплазий МЖ (70,7% случаев) позволяет рекомендовать препарат в комплексном лечении данной патологии. Побочные явления при приеме препарата незначительны. Продолжительность курса лечения может составить от 2 до 4 месяцев.

Ключевые слова: молочная железа, фиброзно-кистозная болезнь, фарестон

Aim. To explore the effectiveness of fareston drug in treatment of fibrocystic mammary glands disease.

Materials and methods. We observed 45 female patients with fibrocystic disease aged 32-51. Quantity of births from 1 to 4. There were complaints about the pain and heaviness in mammary gland for a few days before menstruation, a sense of engorgement, increased density of the mammary glands, the presence of palpable seals. Earlier 86,7% (39) patients received complex treatment, including indinol drug, without the desired effect. Fareston assigned in a dose of 60 mg / day to 9 (20%) patients and 20 mg / day to 36 (80%) patients. Treatment duration was 2 months.

Results. Regardless of the dose of the drug, in 21 (46,7%) patients after two months of therapy completely disappeared pain and engorgement in mammary gland, not palpable compaction. In 11 (24,4%) of women recorded significant reduction in symptoms and consolidation of the mammary gland. The lack of effect was observed only in 2 (4,4%) patients. In the first weeks of therapy in 2 (4,4%) women noted persistent headaches, dizziness, nausea and vomiting, in connection with which the drug was canceled.

Conclusion. The high efficiency of Fareston in patients with proliferative forms of dishormonal hyperplasia of the mammary gland (70,7% of cases) allows to recommend this drug in the treatment of this disease. Side effects while taking the drug are negligible. The duration of treatment may be from 2 to 4 months.

Key words: mammary gland, fibrocystic disease, fareston

Актуальность

Рак молочной железы (РМЖ) в республике Таджикистан занимает 1-е место среди злокачественных новообразований женского населения. В противораковой борьбе, наряду с ранней диагностикой, не меньшее значение имеет своевременное выявление и лечение предопухолевых заболеваний МЖ, куда относится и фиброзно-кистозная болезнь (ФКБ). По определению ВОЗ (1984), ФКБ представляет собой «комплекс процессов, характеризующихся широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений тканей молочных желез с формированием ненормальных соотношений эпителиального и соединительнотканного компонентов и образованием в молочной железе изменений фиброзного, кистозного, пролиферативного характера, которые часто, но не обязательно сосуществуют» [2]. Основными факторами развития ФКБ могут быть стрессовые ситуации, факторы сексуального характера, факторы репродуктивного характера, гинекологические заболевания, эндокринные нарушения, патологические процессы в печени и желчных путях и другие [4]. Диагностика ФКБ основывается на данных осмотра, пальпации, маммографии и УЗИ. Пункция молочной железы для цитологического исследования производится при наличии подозрительных участков. Лечебные мероприятия при ФКБ должны быть направлены на устранение причин, провоцирующих возникновение заболевания и поддерживающих его существование, гармонизацию нейроэндокринной системы и устранение дисбаланса гормонов в тканях молочной железы. Оперативное лечение (секторальная резекция молочной железы) про-

изводится при наличии пролиферативной формы очаговой мастопатии, а так же кисты с пристеночным компонентом. Лечение ФКБ носит комплексный характер и состоит из негормональных и гормонального компонентов. Негормональное лечение состоит из коррекции диеты, витаминотерапии, мочегонных, нестероидных противовоспалительных, успокоительных средств, лечения заболеваний печени, желчного пузыря и гинекологических заболеваний. Так как развитие ФКБ в большой мере связано с изменениями гормонального фона, главное место в её лечении занимает гормонотерапия. Чаще всего гормонотерапия направлена на уменьшение чрезмерного стимулирующего воздействия эстрогенов на ткань молочной железы, реже – на коррекцию диспролактинэмии или гипотиреоза. Сообщения об антиэстрогентерапии при ФКБ появились с конца 70-х годов. Антиэстрогены (тамоксифен, торемифен), блокируя эстрогенорецепторы в тканях-мишенях (в т.ч. в молочной железе), не позволяют эстрогенам связываться с рецепторами, уменьшая их биологическую активность. Известно, что длительный прием тамоксифена сопровождается нежелательными эффектами, в том числе канцерогенными. Препарат фарестон (торемифен) является хлорированным тамоксифеном, где атом хлора замещает один из атомов водорода, благодаря чему очень мало происходит аддукции ДНК. Поэтому фарестон с меньшей вероятностью может обладать отрицательным воздействием и в предварительных исследованиях показал себя эффективным и хорошо переносимым средством лечения мастопатии [3]. По данным литературы, при приёме фарестона в дозах 20 и 30 мг в сутки

в течение 6 месяцев с 5-го по 25-й день менструального цикла уже через 3 месяца у 75-88,8% больных с ФКБ отмечено полное исчезновение болевых ощущений, чувства тяжести и распирания в области МЖ, уменьшение количества и размеров кист [1].

В связи с этим нами решено изучать эффективность препарата фарестон в комплексном лечении ФКБ.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находились 45 больных с ФКБ. Возраст больных составлял 32-51 год. Все женщины имели от 1 до 4 родов. При обращении все пациентки предъявляли жалобы на боль и тяжести в МЖ за несколько дней до начала менструаций, чувство нагрубания в МЖ,

увеличение плотности молочных желез, наличие пальпируемых уплотнений.

Всем больным произведено УЗ-исследование молочных желез и маммография. По показаниям произведена пункционная биопсия уплотнения МЖ. Из 45 женщин ранее 86,7% (39) больных получали комплексное лечение, включая препарат индинол, без желаемого эффекта.

Фарестон назначен в дозе 60 мг/сутки 9 (20%) больным и в дозе 20 мг/сутки 36 (80%) больным. Продолжительность лечения 2 месяца.

Результаты и их обсуждение

Установлено, что большинство больных, получивших комплексное лечение, имели возраст 40-49 лет (табл.).

Возрастные показатели больных, получивших фарестон (n-45)

Возраст больных	Количество больных	
	абсолютное число	в %
30-39 лет	15	33,3
40-49 лет	23	51,1
50-59 лет	7	15,6

Независимо от дозы препарата, у 21 (46,7%) больной после двух месяцев терапии полностью исчезли боли и нагрубание в МЖ, не пальпировались уплотнения. У 11 (24,4%) женщин отмечено

значительное уменьшение проявления симптомов и уплотнения МЖ. Эффективность комплексного лечения оценивалась по данным ультразвуковой картины болезни до и после лечения (рис. 1, 2).

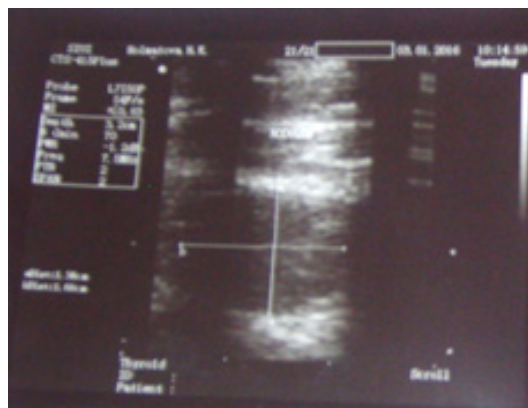


Рис. 1. Больная X, 41 год. Картина ФКБ левой МЖ до лечения

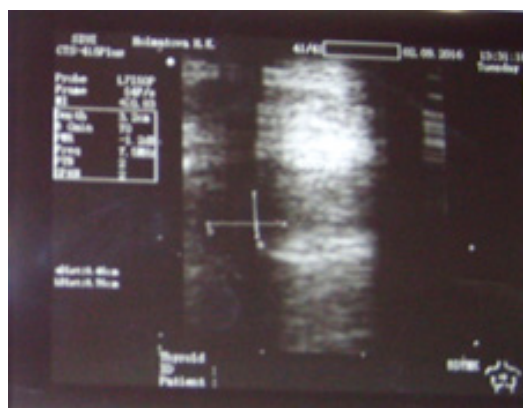


Рис. 2. Больная X, 41 год. Картина ФКБ левой МЖ после лечения

Этим больным рекомендовано продолжить курс до 3-4 месяцев. Отсутствие эффекта отмечено лишь у 2 (4,4%) пациенток. В первые недели терапии у 2 (4,4%) женщин отмечены постоянные головные боли, головокружение, тошнота и рвота, в связи с чем прием препарата был отменен

Заключение

Высокая эффективность препарата Фарестон у пациенток с пролиферативными форма-

ми дисгормональных гиперплазий МЖ (70,7% случаев) позволяет рекомендовать препарат в комплексном лечении данной патологии. Побочные явления при приеме препарата незначительны. Продолжительность курса лечения может составлять от 2 до 4 месяцев.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондаренко Л.И., Иващенко Е.В. Пути оптимизации назначения фARESTONA пациенткам с диффузной фиброзно-кистозной мастопатией на фоне сохраненной функции яичников // Онкология. 2004. Т.6, №4. С. 1-4.

2. Комповой-Полевой Е.Б., Чистяков С.С. Клиническая маммология. Современное состояние проблемы /под ред. Е.Б. Комповой-Полевой, С.С. Чистякова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. 512 с.

3. Пюрхёнен С., Гамс Р., Хайба А. Фарестон (торемифен): прошлое, настоящее и будущее. М.: АРТИНФО, 2014. 64 с.

4. Сидоренко Л.Н. Молочная железа. Как уберечь себя от рака. СПб.: Фолио-Пресс, 1998. 704 с.

RESERENSES

1. Bondarenko L. I., Ivashchenko E. V. Puti optimizatsii naznacheniya farestona patsientkam s diffuznoy fibrozno-kistoznoy mastopatiyey na fone sokhranennoy funktsii yaichnikov [Ways of optimization of destination of Femoston to patients with diffuse fibrocystic mastopathy in the the background of a saved ovarian function]. *Oncologiya – Oncology*, 2004, Vol. 6, No. 4, pp. 1-4.

2. Kompovoy-Polevoy E. B., Chistyakov S. S. *Klinicheskaya mammologiya. Sovremennoe sostoyanie problem. Pod*

red. E. B. Kompovoy-Polevoy, S. S. Chistyakova [Clinical mammalogy. Current status of the problem. Ed. by E. B. Kompovoy-Poleva, S. S. Chistyakov]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2006. 512 p.

3. Pyurkhyonen S., Gams R., Khayba A. Fareston (to-re-mifen): proshloe, nastoyashchee i budushchee [Fareston (to-re-mifen): past, present and future]. Moscow, ARTINFO Publ., 2014. 64 p.

4. Sidorenko L. N. *Molochnaya zheleza. Kak uberech sebya ot raka* [The mammary gland . How to protect yourself from cancer]. St. Petersburg, Folio-Press Publ., 1998. 704 p.

Сведения об авторах:

Расулов Самеъ Рахмонбердиевич – зав. кафедрой онкологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н.

Боева Холита Каримовна – заочный аспирант ГУ «РОИЦ» МЗиСЗН РТ

Контактная информация:

Расулов Самеъ Рахмонбердиевич – 734026, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. И. Сомони, 59; тел.: +992918682186; e-mail: same_rasulov@mail.ru

© Коллектив авторов, 2016

УДК 616. 366-033.7-036

¹Рафиков С.Р., ²Махмадов Ф.И., ¹Расулов Н.А., ¹Муминов С., ¹Зокиров Р.Х.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ «ТРУДНОГО» ЖЁЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

¹Кафедра хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

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

¹Rafikov S.R., ²Makhmadov F.I., ¹Rasulov N.A., ¹Muminov S., ¹Zokirov R.Kh.

WAYS OF IMPROVING RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF «DIFFICULT» GALLBLADDER

¹Department of Surgery of the State Education Establishment “Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan”

²Department of Surgical Diseases №1 of Tajik Medical State University named after Abuali-ibn-Sino

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с «трудным» желчным пузырем путем разработанных способов профилактики суб- и послеоперационных осложнений.

Материал и методы. Представлен анализ результатов хирургического лечения 79 пациентов с «трудным» жёлчным пузырём, перенесших лапароскопические холецистэктомии (ЛХЭ) в Городской клинической больнице скорой медицинской помощи г. Душанбе.

Результаты. При проведении ЛХЭ авторами применён ряд разработанных способов как для диагностики, так и профилактики иатрогенных повреждений. При этом продолжительность пребывания в стационаре после операций составила $4,9 \pm 1,1$ дня. Конверсия выполнена у трёх пациентов после проведённой субоперационной холангиографии, на которой выявлены аномалии гепатохоледоха, в т.ч. синдром Мириizzi III-типа ($n=2$) и короткий пузырный проток ($n=1$). Анализ проведённых исследований позволил выявить эффективность лапароскопической холецистэктомии.

Заключение. При «трудном» жёлчном пузыре в сочетании со спаечным процессом у всех шести пациентов основной технической проблемой был операционный доступ. Во всех случаях его выполняли по Хассону. После установки первого троакара и видеокамеры устанавливали дополнительные троакары и проводили лапароскопическое рассечение спаек только в пределах обеспечения оптимального доступа для выполнения ЛХЭ.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, «трудный» желчный пузырь, лапароскопическая холецистэктомия, синдром Мириizzi

Aim. Improving the results of surgical treatment of patients with «difficult» gallbladder by developed methods of prevention of sub- and postoperative complications.

Materials and methods. It is showed analysis of results of surgical treatment of 79 patients with «difficult» gallbladder who underwent laparoscopic cholecystectomy in the City Clinical Hospitals ambulance in Dushanbe.

Results. During the laparoscopic cholecystectomy authors applied a number of developed methods as for the diagnosis as well prevention of iatrogenic injury. At the same time length of hospital stay after surgery was $4,9 \pm 1,1$ days. Conversion was performed in three patients after conducted sub operating cholangiography, which revealed abnormalities of hepaticocholedochus, including Mirizzi syndrome III-type ($n = 2$) and a short cystic duct ($n = 1$).

Conclusion. In «difficult» the gallbladder in conjunction with the adhesive process in all six patients of the main technical challenge was the surgical approach. In all cases it was performed according to Husson. After installing the first trocar and video cameras have established additional trocars and laparoscopic dissection of adhesions was performed only within optimal access to perform laparoscopic cholecystectomy.

Key words: cholelithiasis, «difficult» gallbladder, laparoscopic cholecystectomy, Mirizzi syndrome

Актуальность

Проблема рационального лечения атипичных форм желчнокаменной болезни (ЖКБ) остается актуальной на протяжении практически всей современной истории желчной хирургии, несмотря на то, что ей посвящено множество книг и необозримое число публикаций в мировой хирургической литературе [2, 3].

В последнее время в дискуссии о хирургической тактике при остром холецистите появился новый важный аспект: речь идет о применении у этой категории пациентов лапароскопической, минилапаротомной или открытой холецистэктомии [1]. В настоящее время ЛХЭ выполняется у 85-90% пациентов с ЖКБ. Тем не менее, во время лапароскопической операции возникает целый ряд технических сложностей, зачастую диктующих необходимость перехода на конверсию [5]. Особенно часто подобные ситуации отмечаются при так называемом «трудном» жёлчном пузыре, к которым некоторые авторы относят: перивезикальный инфильтрат и абсцесс, перихолецистит, рубцово-сморщенный жёлчный пузырь, интрапаченхиматозно расположенный жёлчный пузырь, синдром Мириizzi, спаечная болезнь после ранее перенесённой операции на органах брюшной полости, а также сочетание ЖКБ с циррозом печени [4].

Материал и методы исследования

Мы располагаем опытом лапароскопических операций у 79 больных с «трудным» жёлчным пузырём при остром ($n=67$) и хроническом ($n=12$) холецистите, находившихся на лечении с 2008 по 2013 г. в клинике хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино. Мужчин было 28 (35,4%), женщин – 51 (64,6%). Возраст больных варьировал от 19 до 82 лет. В контрольную группу вошли 63 пациента, перенесших традиционную холецистэктомию (ТХЭ) за период с 2008 по 2010 г. Обе группы больных были сравнимы по полу, возрасту, длительности заболевания и наличию сопутствующих заболеваний.

Всем больным были выполнены общеклинические исследования, проводилось эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта, УЗИ, МРТ, ЭКГ и по показаниям ЭРХПГ.

Статистическая обработка данных произведена по формуле Кальфа-Калифа.

Результаты и их обсуждение

Одним из результатов проведённого исследования стала разработка ряда рациональных технических приёмов, используемых нами при лапароскопической операции при «трудном» жёлчном пузыре.

Наложение пневмоперитонеума и введение

троакаров на начальном этапе операции не отличались от стандартных, применяемых в плановой хирургии. При подозрении на наличие спаечного процесса в зоне введения иглы Veress и первого троакара использовали технику открытого введения первого троакара по Hasson. На следующем этапе операции определяли возможность дальнейшего лапароскопического вмешательства.

В 12 (19%) случаях при разделении спаек и выделении шейки пузыря было заподозрено наличие синдрома Мирризи, для подтверждения которого нами была выполнена интраоперационная холангиография. Последняя проводилась по общепринятой методике через пузырный проток (9 случаев), а при невозможности канюлирования пузырного протока – путём пункции гепатикохоледоха (3 случая). Диагностическая точность данной методики в нашем исследовании составила 100%. Наличие синдрома Мирризи при интраоперационной холангиографии было подтверждено во всех 12 случаях. Синдром Мирризи I типа был диагностирован у 9 (75%) пациентов. Синдром Мирризи II типа, характеризующийся формированием холецистохоледохеального свища, выявлен в 3 (25%) случаях.

При синдроме Мирризи I типа нами выполнена лапароскопическая холецистэктомия, и хотя при этом имелись значительные морфологические изменения тканей в зоне оперативного вмешательства, благодаря интраоперационной холангиографии, позволившей полноценно верифицировать топографо-анатомические образования в зоне гепатодуоденальной связки, она оказалась успешной во всех 9 случаях.

При синдроме Мирризи II типа в случае сформированного холецистохоледохеального свища была выполнена конверсия, традиционная холецистэктомия с интраоперационной холедохоскопией и санацией холедоха растворами антисептиков. Оперативное вмешательство во всех трёх случаях было завершено дренированием холедоха на Т-образном дренаже.

В ситуации, когда перед операцией не удавалось получить достоверной информации о состоянии жёлчных путей или при выявлении атипичных расположений жёлчного пузыря (n=5), атипичного впадения пузырного протока и невозможности дифференциации пузырного протока: при синдроме Мирризи (n=12), инфильтратах гепатодуоденальной зоны (n=4), внутрипечёночного расположения жёлчного пузыря (n=9) с целью дифференциальной диагностики внепечёночных жёлчных протоков проводили субоперационную холангиографию (рационализаторское предложение №3275-Р-491 от 09.12.11 г. ТГМУ им. Абуали ибн Сино),

которая позволяла избежать тяжёлых суб- и послеоперационных осложнений.

Показаниями к этой процедуре, кроме расширения общего жёлчного протока, мы считали неясную топографию в области шейки жёлчного пузыря, что бывает, как правило, из-за выраженных воспалительных и инфильтративных изменений. Для выполнения исследования ориентировочно ближе к гартмановскому карману пузырный проток клипировали, ниже клипсы рассекали проток микроножницами настолько, чтобы в отверстие проходил холангиографический катетер. Последний предварительно проводили через зажим Olsen. После введения катетера в просечённое отверстие бранши зажима накладывали на пузырный проток и фиксировали, предотвращая подтекание контрастного вещества в брюшную полость. Получив информацию о состоянии жёлчного дерева, приступали к следующему этапу операции. Пузырный проток перекрывали двумя клипсами в проксимальной части и пересекали ножницами. В случаях, когда диаметр протока превышал длину стандартной клипсы (n=3), его перевязывали рассасывающимся шовным материалом с завязыванием экстракорпорального (n=1) либо интракорпорального узла (n=2).

Благодаря проведению интраоперационной холангиографии, в трёх наблюдениях при синдроме Мирризи II типа метод позволял своевременно их корригировать и перейти на конверсию.

В случаях выявления атипичных расположений желчного пузыря, атипичного впадения пузырного протока и невозможности дифференциации пузырного протока (длинная культя пузырного протока, перегиб пузырного протока) провели предложенный нами способ профилактики ятрогенных повреждений (рационализаторское предложение №3273-Р-489 от 09.12.11г. ТГМУ им. Абуали ибн Сино). Он заключается в проведении турникета на гепатодуоденальную связку, которая позволяет произвести тщательную мобилизацию структур шейки жёлчного пузыря с идентификацией стенки общего жёлчного протока, места впадения пузырного протока и пузырной артерии в пузырь и тем самым избежать ятрогенных повреждений гепатикохоледоха. Данный способ позволяет нам проводить любые манипуляции при полной визуализации рабочих концов инструмента и анатомических структур, что, несомненно, является профилактикой ятрогенного повреждения и перевязки холедоха.

В 3 наблюдениях у пациентов с «трудным» жёлчным пузырем имелась такая сопутствующая патология, как цирроз печени. Как правило, после лапароскопической холецистэктомии у

больных с циррозом печени зачастую происходит необильное паренхиматозное кровотечение. В этих случаях достичь окончательного гемостаза ложа жёлчного пузыря удавалось с помощью фибрин-коллагенового покрытия «Тахокомб». Через 10,0 мм порт в ложе жёлчного пузыря ставили одну-две пластины ТахоКомба, размером 2,5-3,0 см, что позволяло произвести окончательный гемостаз. Во время данного процесса пластина

«ТахоКомба» должна быть плотно прижата к ложу жёлчного пузыря. При этом фактором, серьёзно ограничивающем массовое применение фибринового клея и покрытия «Тахокомб», является высокая стоимость этих препаратов.

Сводные данные сравнительной эффективности лапароскопической и традиционной холецистэктомий (ТХЭ) при остром холецистите приведены в таблице 1.

Таблица 1

Сравнительная эффективность лапароскопической и традиционной холецистэктомий

Показатель	ЛХЭ	ТХЭ
Продолжительность операции, мин.	69,1±15,9	73,7±13,3
Общие койко-дни	10,1±1,9	15,4±3,6
Послеоперационные койко-дни	4,9±1,1	11,1±1,9
Сроки активизации больных, ч.	8,1±1,9	26,8±2,2
Субоперационные осложнения	11,4 %	20,6 %
Послеоперационная летальность	1,3 %	1,6 %

Как видно из таблицы 1, продолжительность лапароскопической и традиционной холецистэктомий приблизительно одинакова. Однако, продолжительность операции при ЛХЭ в значительной степени зависит от момента появления деструктивных изменений и характера аномалии жёлчного пузыря и пузырного протока. Следовательно, при активной хирургической тактике, то есть при выполнении ЛХЭ

в срочном порядке, возможно значительное уменьшение продолжительности операции.

Субоперационные осложнения при ЛХЭ отмечены в 11,4% случаев: в виде кровотечения из ложа желчного пузыря (n=5) и подтекания жёлчи по контрольному дренажу (n=3) против 20,6% при ТХЭ. В послеоперационном периоде после ЛХЭ умер один пациент от тромбоэмболии легочной артерии (табл. 2)

Таблица 2

Сравнительная оценка послеоперационных осложнений лапароскопической и традиционной холецистэктомий

Показатель	ЛХЭ		ТХЭ	
	абс.	%	абс.	%
Подпеченочный абсцесс	–	–	1	16,7
Нагноение раны	2	66,7	2	33,3
Пневмония	1	33,3	2	33,3
Инфаркт миокарда	–	–	1	16,7
Всего	3	100	6	100

Количественное сравнение показателей послеоперационных осложнений основной и контрольной групп незначительно и статистически недостоверно, за исключением общего количества послеоперационных осложнений. Для этого изучены результаты хирургического

лечения 79 больных с «трудным» желчным пузырем при остром и хроническом холецистите (1 и 2 подгруппы соответственно), у которых была выполнена ЛХЭ.

Осложнения после операции при остром холецистите отмечены у восьми пациентов: кро-

вотечение из ложа жёлчного пузыря (n=5), которое удалось эффективно остановить с помощью пластин ТахоКомба (n=3) и аппликацией раствора Тугина (n=2). Непродолжительное (в течение двух-трёх суток) подтекание желчи по контрольному дренажу отмечалось у трёх пациентов, было остановлено консервативными мероприятиями, не потребовавшими повторных вмешательств.

Конверсия выполнена у трёх пациентов после проведенной субоперационной холангиографии, на которой выявлены аномалии гепатохоледоха, в том числе синдром Мириizzi Ш-тип (n=2) и короткий пузырный проток (n=1).

Во время плановых ЛХЭ у одного пациента отмечено кровотечение из ложа жёлчного пузыря, которое остановлено аппликацией раствора Тугина. Случаев конверсии не отмечено.

При «трудном» жёлчном пузыре в сочетании со спаечным процессом у всех шести пациентов основной технической проблемой был операционный доступ. Во всех случаях его выполняли по Хассону. После установки первого троакара и видеокамеры устанавливали дополнительные троакары и проводили лапароскопическое рассечение спаек только в пределах обеспечения оптимального доступа для выполнения ЛХЭ.

Выводы

1. Лапароскопическая холецистэктомия при «трудном» жёлчном пузыре – технически сложное оперативное вмешательство, сопровождающееся осложнениями у 8-11% больных и конверсией у 4,5%. Относительно высокая частота осложнений при «трудном» жёлчном пузыре определяет необходимость прогнозирования до операции технических сложностей и вероятность нестандартной техники выполнения ЛХЭ, что может позволить минимизировать риск возникновения осложнений.

2. Использование разработанных методик позволяет сократить продолжительность операции, уменьшить число интра- и послеоперационных осложнений и тем самым улучшить результаты хирургического лечения этого тяжелого контингента больных.

3. Лапароскопическую холецистэктомию при «трудном» жёлчном пузыре целесообразно проводить в специализированных отделениях и высококвалифицированными специалистами, имеющими большой опыт как в традиционной, так и в лапароскопической хирургии.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (п. 5 см. в REFERENCES)

1. Бебуришвили А.Г. Завершающий этап лапароскопической холецистэктомии при перивезикальных осложнениях

гангренозного холецистита // Эндоскопическая хирургия. М. 2010. № 6. С. 7-11.

2. Германович Ч.С. Влияние рубцово-воспалительного процесса на результаты лечения больных с калькулезным холециститом // Эндоскопическая хирургия. М. 2009. №3. С. 12-14.

3. Уханов А.П. Использование лапароскопической холецистэктомии при лечении желчнокаменной болезни и острого холецистита у больных с сахарным диабетом. // Эндоскопическая хирургия. М. 2012. № 6. С. 7-11.

4. Уханов А.П. Использование лапароскопической холецистэктомии при лечении деструктивных форм острого холецистита у больных старших возрастных групп // Эндоскопическая хирургия. М. 2012. № 2. С. 16-20.

REFERENCES

1. Beburishvili A. G. Zavershayushchiy etap laparoskopicheskoy kholetsistektomii pri perivezikalnykh oslozhneniyakh gangrenoznogo kholetsistita [The final stage of laparoscopic cholecystectomy for gangrenous cholecystitis complications perivesical]. *Endoskopicheskaya khirurgiya – Endoscopic surgery*, 2010, No. 6, pp. 7-11.

2. Germanovich Ch. S. Vliyanie rubtsovo-vospalitel'nogo protsessa na rezultaty lecheniya bolnykh s kalkuleznym kholetsistitom [Influence of scar-inflammatory process of the results of treatment of patients with calculous cholecystitis]. *Endoskopicheskaya khirurgiya – Endoscopic surgery*, 2009, no. 3, pp. 12-14.

3. Ukhanov A. P. Ispolzovanie laparoskopicheskoy kholetsistektomii pri lechenii zhelchnokamennoy bolezni i ostrogo kholetsistita u bolnykh s sakharnym diabetom [The use of laparoscopic cholecystectomy in the treatment of gallstones and acute cholecystitis in patients with diabetes]. *Endoskopicheskaya khirurgiya – Endoscopic surgery*, 2012, No. 6, pp. 7-11.

4. Ukhanov A. P. Ispolzovanie laparoskopicheskoy kholetsistektomii pri lechenii destruktivnykh form ostrogo kholetsistita u bolnykh starshikh voznrastnykh grupp [The use of laparoscopic cholecystectomy in the treatment of destructive forms of acute cholecystitis in patients of older age groups]. *Endoskopicheskaya khirurgiya – Endoscopic surgery*, 2012, No. 2, pp. 16-20.

5. Callery M. P. Avoiding biliary injury during laparoscopic cholecystectomy: technical Considerations. *Surgical Endoscopy*, 2006, No. 20, pp. 1654-1658

Сведения об авторах:

Рафиков Сухроб Рахимович – ассистент кафедры хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Махмадов Фаррух Исроилович – доцент кафедры хирургических болезней №1 ТГМУ имени Абуали ибн Сино, д.м.н.

Расулов Назир Аминович – зав. кафедрой хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н., доцент

Муминов Сиёвуш – аспирант кафедры хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Зокиров Рахматулло Хамидджонович – зав. кафедрой топографической анатомии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Контактная информация:

Рафиков Сухроб Рахимович – тел.: +992 918 50 38 88; E-mail: cuhrob.rafikov@gmail.com

Шамсидинов А.Т., Файзов К.С., Танжихолов У.Х., Исмоилов Ф.Н.

СИСТЕМА РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ГОРОДА ДУШАНБЕ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Shamsidinov A.T., Fayzov K.S., Tanzhikholov U.Kh., Ismoilov F.N.

SYSTEM FOR EARLY DETECTION AND REHABILITATION OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH DENTOALVEOLAR ANOMALIES IN DUSHANBE

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

Цель исследования. Оценка состояния ортодонтической помощи населению для выявления дальнейших перспектив ее развития и разработки комплекса мероприятий по её улучшению.

Материал и методы. Проведено исследование 2940 детей в возрасте 3-15 лет в 2012-2015 гг., обратившихся в детские стоматологические поликлиники для лечения, и 419 просто обследованных. Все дети и подростки были разделены на четыре возрастные группы в соответствии с этапами формирования прикуса временных и постоянных зубов. Особое внимание уделялось наличию сопутствующей соматической патологии. Результаты осмотра заносили в разработанную ВОЗ карту.

Результаты. Выявлена высокая распространенность зубочелюстных аномалий и деформаций у осмотренных детей и подростков (62,48%), которая характеризуется возрастной вариабельностью. Вредные привычки способствуют возникновению большинства аномалий зубочелюстных систем. Самый низкий уровень частоты зубочелюстных аномалий отмечается в период временного прикуса – 37,52%, на этапах раннего и позднего сменного прикуса он возрастает до 66,9%. Самый высокий уровень наличия в полости рта ортодонтической аппаратуры наблюдается в группе 6-9 лет (11,54%).

Заключение. Ранняя диагностика, профилактика зубочелюстных аномалий и их своевременное лечение предупреждают стойкие нарушения прикуса и изменения формы лица, а также общие расстройства организма.

Нуждаемость в детской ортодонтической помощи по районам г. Душанбе составила: р-н Сино – 76,2%, р-н Шохмансур – 69,4%, р-н И.Сомони – 77,7%, р-н Фирдавси – 75,7%.

Ключевые слова: раннее удаление зубов, зубочелюстные аномалии, ортодонтическое лечение

Aim. Assessment of orthodontic care to the population in order to identify the future prospects of its development and development of complex measures for its improvement.

Materials and methods. Conducted research of 2940 children aged 3-15 years in 2012-2015, who applied to children's dental clinic for treatment, and 419 just surveyed. All children and adolescents were divided into four age groups according to the stages of formation of temporary and permanent occlusion of teeth. Particular attention was paid to the presence of concomitant somatic pathology. Survey results were recorded in the WHO chart.

Results. High prevalence of dentoalveolar anomalies and deformations in surveyed children and adolescents (62,48%) was revealed. It characterized by the age variability. Bad habits contribute to the emergence of majority of dentoalveolar systems anomalies. The lowest frequency of dentoalveolar anomalies noted during temporary occlusion - 37,52%, in the early and late stages of mixed dentition it increases to 66,9%. The highest level of availability in oral cavity of orthodontic apparatus observed in the group of 6-9 years (11,54%).

Conclusion. Early diagnosis and prevention of dentoalveolar anomalies and their timely treatment prevent resistant of occlusion abnormalities and facial shape changes, as well as common disorder of the body.

Needs in children's orthodontic care in districts of Dushanbe was: Sino district - 76,2%, Shohmansur district - 69,4%, Somoni district - 77,7%, Firdavsi district - 75,7%.

Key words: early removal of teeth, dentoalveolar anomalies, orthodontic treatment

Актуальность

В условиях высокого и возрастающего уровня ортодонтической заболеваемости населения особую актуальность имеет целенаправленное снижение уровня патологии и решение задач совершенствования ортодонтической помощи детям и подросткам в рамках программы государственных гарантий обеспечения населения бесплатной стоматологической помощью [2, 3, 4, 5, 8, 9]. В связи с тем, что в ближайшее время не стоит ожидать значительного увеличения объема финансирования здравоохранения, следует несколько изменить приоритеты и уделить внимание профилактике, особенно стоматологических заболеваний, которая требует гораздо меньших (в 5–6 раз) затрат, чем лечение. Программа профилактики кариеса, стартовавшая в 2014 г. на территории города Душанбе, уже доказала свою эффективность. Следует отметить и увеличение доступности ортодонтической помощи в городе Душанбе за последние несколько лет за счет повышения уровня укомплектованности службы специалистами. Однако, несмотря на всеобщее признание необходимости профилактики, раннего выявления и лечения зубочелюстных аномалий, многие вопросы в организации ортодонтической службы остаются нерешенными. Данные о распространенности и структуре зубочелюстных аномалий и дефектов зубных рядов определяют показания к лечению и объем лечебно-профилактических мероприятий в исследуемом регионе. Учитывая актуальность проблемы, целью настоящего исследования явилась оценка состояния ортодонтической помощи детскому и подростковому населению для выявления дальнейших перспектив ее развития и разработки комплекса мероприятий по ее улучшению.

Материал и методы исследования

В ходе проведенного в 2012–2015 гг. исследования нами было обследовано 2656 детей в возрасте 3–15 лет, посещающих школы и детские дошкольные образовательные учреждения города Душанбе, обратившихся в государственные и частные стоматологические клиники за ортодонтической помощью. Также есть категория пациентов, которые не обращались за ортодонтической помощью по ряду причин, но прошли первичный осмотр, их количество составило 419 детей. По районам города это составило: р-н Сино – 741 и 98 (27,9% и 23,8%) детей соответственно, р-н Шохмансур – 665 и 125 (25% и 30,6%) детей соответственно, р-н И. Сомони – 678 и 96 (25,5% и 22,3%) детей и р-н Фирдавси – 572 и 100 (21,5% и 24,3%) детей соответственно. Обследованные дети были разделены на 4 возрастные группы в соответствии с этапами формирования прикуса временных и постоянных зубов для оценки объема оказания ортодонтиче-

ской помощи: 3–5 лет – сформированный прикус временных зубов; 6–9 лет – ранний сменный прикус; 10–12 лет – поздний сменный прикус; 13–15 лет – начало формирования прикуса постоянных зубов. При выполнении работы были использованы принципы и технологии исследования по методике, рекомендованной ВОЗ (1997). Данные исследований заносились в разработанные стандартные карты ВОЗ «Комбинированная карта для стоматологического исследования и определения нуждаемости в ортодонтическом лечении» и обработка статистических данных проводилась с помощью индивидуально разработанной, специализированной компьютерной программы. Достоверность различий показателей определялась с помощью критерия Стьюдента (t).

Результаты и их обсуждение

При исследовании всех детей выявлено, что общее количество аномалий положения зубов и зубных рядов зарегистрировано в 1218 (45,85%) случаев, аномалии прикуса – в 963 (36,25%) случаев, аномалии прикрепления мягких тканей – у 298 (11,21%) детей и аномалии расположения отдельных зубов – у 177 (7,5%) пациентов. Достоверно установлено, что у значительного количества обследуемых детей имеется сочетание аномалий отдельных зубов, аномалий зубных рядов и положения зубов с патологией прикуса, а также наличие нескольких видов аномалий прикуса одновременно, однако, нашей целью не стояло изучение частоты встречаемости сочетанных аномалий. Также при исследовании выявлено, что распространенность зубочелюстных аномалий и деформаций у осмотренных детей и подростков довольно высокая (62,48%) и характеризуется возрастной вариабельностью. Самый низкий уровень частоты зубочелюстных аномалий характерен для периода временного прикуса – 37,52%. На этапах раннего и позднего сменного прикуса, когда в результате различия скорости процессов роста челюстей возникают временные диспропорции в их размерах, а также в последовательности и порядке прорезывания зубов, данный показатель возрастает до 66,90%. В период начала формирования постоянного прикуса отмечается явная тенденция к снижению показателя частоты зубочелюстных аномалий (63,65%), что можно объяснить процессами саморегуляции, которые происходят в зубочелюстной системе, а также эффективностью ранее проведенного ортодонтического лечения. Анализ данных по наличию в полости рта ортодонтической аппаратуры показал самый высокий ее уровень в группе 6–9 лет (11,54%) для жителей города Душанбе. Однако, у детей и подростков некоторых районов Душанбе, где отсутствуют бюджетные ставки врачей-ортодонтонтов, наблюдается иная

тенденция: наибольшее количество ортодонтической аппаратуры мы наблюдали в возрастных группах 10-12 лет (3,55%) и 13-15 лет (2,99%), при этом преобладали виды аппаратов, не финансируемые государством.

Из общего числа выявленных заболеваний 54,08% составили дети и подростки с аномалиями прикуса. Аномалия прикуса у детей младшего школьного возраста встречается в 45,92%. По мере роста и развития детей частота аномалии прикуса уменьшается и в период постоянного прикуса составляет 37,69%, как мы считаем, это связано с развитием компенсаторных механизмов челюстно-лицевой системы. По нашим данным, дистальная окклюзия встречается у 48,76% обследуемых детей, у 40,10% – глубокий прикус, у 4,05% – открытый прикус, реже всего встречается мезиальная окклюзия – у 4,58% и перекрестный прикус – 2,51%. Всем им была оказана ортодонтическая помощь, но в связи с некоторыми причинами (позднее обращение к врачу-ортодонт, финансовое положение, низкая образованность некоторых слоев населения, боязнь врачей-стоматологов) она оказывалась в неполном объеме или минимально (например, после ношения пластинки определенное время не было ее смены).

При изучении частоты зубочелюстных аномалий среди детей и подростков мы установили, что с возрастом меняется не только количество аномалий, но и их виды.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что самые низкие показатели частоты аномалий отдельных зубов наблюдаются у детей в период временного прикуса и составляют 0,49%, к концу формирования постоянного прикуса данный показатель возрастает до 7,87%. Аномалия положения зубов часто встречается среди других видов зубочелюстных аномалий, но ввиду того, что они редко встречаются изолированно, то процент частоты в общей картине распространенности зубочелюстных аномалий значительно снижен. Нами были рассмотрены также наиболее значимые этиологические факторы зубочелюстных аномалий и деформаций. Самая большая распространенность среди изучаемых нами этиологических факторов связана с наличием вредных привычек. Среди них чаще всего встречаются: сосание пальцев (45,88%), инфантильное глотание (40,27%) и ротовое дыхание (13,85%). При этом наблюдается общая тенденция по снижению распространенности вредных привычек по мере взросления детей. Аномалии прикрепления мягких тканей лица также занимают достаточное место в ортодонтической практике. Исходя из этого, мы при проведении эпидемиологического обследования лиц, имеющих патологию прикрепления мягких тканей лицевой области, при

отсутствии других зубочелюстных аномалий, не включили их в группу, имеющую ортодонтические заболевания.

Дефекты зубных рядов вследствие преждевременной потери зубов, наиболее часто встречающихся по причине осложненного кариеса, выявлены нами у 406 (15,28%) детей в обследованных г. Душанбе. Процент детей с дефектами зубных рядов вариабелен и зависит от возраста, причем максимальный показатель в возрасте 6-9 лет (каждый 4-й ребенок имеет дефекты зубных рядов), минимальный – в 3-5-летнем возрасте. Таким образом, мы отмечаем, что временные зубы мало подвергаются кариес-профилактическим мероприятиям и в основном задача стоматологов состоит в том, чтобы качественно и своевременно лечить молочный прикус, дабы сохранить целостность зубных рядов ребенка, что подтверждается и данными других авторов [1, 2, 7].

После 9 лет количество детей с дефектами зубных рядов значительно уменьшается и составляет 10,41% в 10-12-летнем возрасте и 2,61% – в 13-15 лет. Нами выявлено, что значительно чаще встречаются дефекты нижнего зубного ряда (8,74%), чем верхнего (2,41%). При этом у 2,65% детей отмечены сочетанные дефекты. На этапе молочного, раннего и позднего сменного прикусов процент детей с дефектами зубных рядов, обусловленными преждевременной потерей зубов. В возрастной категории 12-15 лет 9 детям были удалены постоянные зубы по ортодонтическим показаниям, что соответствовало 0,33% от общего числа обследованных.

Заключение

В процессе ортодонтического лечения необходимо стремиться к достижению оптимальной окклюзии зубных рядов. В процессе устранения аномалий прикуса и при завершения ортодонтического и комплексного лечения зубочелюстно-лицевых аномалий следует стремиться к достижению множественных контактов между зубными рядами, т.е. к оптимальной окклюзии. Ранняя диагностика зубочелюстных аномалий и их своевременное лечение предупреждают стойкие нарушения прикуса и изменения формы лица, а также общие расстройства организма.

Необходимо обеспечить в некоторых районах города отделения стоматологии ставкой врача-ортодонта, поднимать уровень осведомленности родителей о последствиях вредных привычек и профилактике зубочелюстных аномалий. Нуждаемость в оказании детской ортодонтической помощи по районам г. Душанбе составила: р-н Сино – 76,2%, р-н Шохмансур – 69,4%, р-н И.Сомони – 77,7%, р-н Фирдавси – 75,7%.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Алимский А.В., Шалабаева К.З., Долгоаршинных А.Я. Динамика пораженности кариесом зубов школьников г. Караганды (по материалам эпидемиологического обследования, проведенного в 1988 и 1998 гг.) // Новое в стоматологии. 2002. № 2. С. 102.

2. Анохина А.В. Проблемы организации ортодонтической помощи детям // Казанский медицинский журнал. 2003. Т. 84, № 1. С. 62-64.

3. Вагнер В.Д., Смирнова Л.Е. Актуальные вопросы оказания стоматологической помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования // Институт стоматологии. 2010. № 1. С. 10-13.

4. Вагнер В.Д., Чабан А.В. Сравнительная характеристика состояния ортодонтической помощи населению в субъектах Дальневосточного Федерального округа (Еврейской автономной и Амурской областях) // Институт стоматологии. 2009. № 3. С. 19.

5. Газизуллина О.Р. Педикторы эффективности ортодонтического лечения детей: автореф. дис.... канд. мед. наук. Казань, 2009. 22 с.

6. Гонтарев С.Н. Дифференцированное управление заболеваемостью временных зубов на основе геоинформационного, ситуационного анализа, прогнозирования и лечебных инноваций. Белгород: Бел. обл. типогр., 2007. 99 с.

7. Гонтарев С.Н. Распространенность основных заболеваний временных зубов среди детей // Российский медико-биологический вестник им. академика И. П. Павлова. 2007. № 2. С. 44-49.

8. Гуненкова И.В., Смолина Е.С. Использование эстетического индекса ВОЗ для определения нуждаемости детей и подростков в ортодонтическом лечении // Институт стоматологии. 2007. № 2. С. 24-26.

9. Икромова Г.Д. Распространенность зубочелюстных аномалий среди детей и подростков Республики Таджикистан: автореф. дис....канд. мед. наук. Душанбе, 2007. 22 с.

RESERENSES

1. Alimskiy A. V., Shalabaeva K. Z., Dolgoarshinnykh A. Ya. Dinamika porazhennosti kariesom zubov shkolnikov g. Karagandy (po materialam epidemiologicheskogo obsledovaniya, provedennogo v 1988 i 1998 gg.) [Dynamics of infestation of dental caries in schoolchildren in Karaganda (on materials of epidemiological surveys conducted in 1988 and 1998)]. *Novoe v stomatologii – New in dentistry*, 2002, No. 2, pp. 102.

2. Anokhina A. V. Problemy organizatsii ortodonticheskoy pomoshchi detyam [Problems of organization of orthodontic care for children]. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal – Kazan medical journal*, 2003, Vol. 84, No. 1, pp. 62-64.

3. Vagner V. D., Smirnova L. E. Aktualnye voprosy okazaniya stomatologicheskoy pomoshchi v ramkakh programmy obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya [Actual questions of dental care providing under the program of obligatory medical insurance]. *Institut stomatologii – Institute of dentistry*, 2010, No. 1, pp. 10-13.

4. Vagner V. D., Chaban A. V. Sravnitel'naya kharakteristika sostoyaniya ortodonticheskoy pomoshchi naseleniyu v subektakh Dalnevostochnogo Federal'nogo okruga (Evreyskoy avtonomnoy i Amurskoy oblastiakh [Comparative characteristics of orthodontic care to the population in the regions of the far Eastern Federal district (the Jewish Autonomous and Amur regions)]. *Institut stomatologii – Institute of dentistry*, 2009, No. 3, pp. 19.

5. Gazizullina O. R. *Pediktory effektivnosti ortodonticheskogo lecheniya detey*. Avtoref. diss. kand. med. nauk [Predictory of effectiveness of orthodontic treatment for children. Extended abstract of candidate's of medical sciences thesis]. Kazan, 2009. 22 p.

6. Gontarev S. N. *Differentsirovannoe upravlenie zabolevaemostyu vremennykh zubov na osnove geoinformatsionnogo, situatsionnogo analiza, prognozirovaniya i lechebnykh innovatsiy* [Differential control of the incidence of temporary teeth on the basis of GIS, situational analysis, prediction and therapeutic innovation]. Belgorod, Belgorodskaya oblastnaaya tipografiya Publ., 2007. 99 p.

7. Gontarev S. N. Rasprostranennost osnovnykh zabolevaniy vremennykh zubov sredi detey [The spreading of the most fundamental diseases of the temporary teeth among the children]. *Rossiyskiy mediko-biologicheskii vestnik im. akademika I. P. Pavlova – The Russian medical-biological herald named after academic I. P. Pavlov*, 2007, No. 2, pp. 44-49.

8. Gunenkova I. V., Smolina E. S. Ispolzovanie esteticheskogo indeksa VOZ dlya opredeleniya nuzhdaemosti detey i podrostkov v ortodonticheskom lechenii [Use of aesthetic index of WHO in order to identify needs of children and adolescents in orthodontic treatment]. *Institut stomatologii – Institute of dentistry*, 2007, No. 2, pp. 24-26.

9. Ikromova G. D. *Rasprostranennost zubochelyustnykh anomalii sredi detey i podrostkov Respubliki Tadjikistan*. Avtoref. diss. kand. med. nauk [The spreading of the teeth and jaw's anomalies among the little and big children of the Republic of Tajikistan. Extended abstract of candidate's of medical sciences thesis]. Dushanbe, 2007. 22 p.

Сведения об авторах:

Шамсидинов Абдузокир Табарович – зав. кафедрой ортопедической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Файзов Курбонали Сафарович – асс. кафедры ортопедической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Танжихолов Усмонжон Хомидович – клинический ординатор кафедры ортопедической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Исмоилов Файзулло Нуруллоевич – асс. кафедры ортопедической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Контактная информация:

Шамсидинов Абдузокир Табарович – тел.: +992981007121

© Коллектив авторов, 2016

УДК 616.285-089.844; 616.284-002.258

Шамсидинов Б.Н., ¹Азизов К.Н., Мухтарова П.Р., ²Каримов К.Х.

БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ САНИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ НА УХЕ С ТИМПАНОПЛАСТИКОЙ

Кафедра оториноларингологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

¹Национальный медицинский центр РТ

²Городской центр здоровья №5

Shamsidinov B.N., ¹Azizov K.N., Mukhtarova P.R., ²Karimov K.Kh.

NEXT AND LONG-TERM RESULTS OF SANITIZE EAR SURGERY WITH TYMPANOPLASTY

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

¹National Medical Center of Republic of Tajikistan

²City Health Center № 5

Цель исследования. Оценить эффективность хирургического лечения больных хроническим гнойным средним отитом.

Материал и методы. Приводятся результаты лечения 34 больных с хроническим гнойным средним отитом, которым было проведено saniрующее хирургическое вмешательство с различными вариантами слухоулучшающих операций. Выполнено общее и оториноларингологическое исследования. Слух исследовался шепотной, разговорной, громкой речью, также пациенты были исследованы камертональным и аудиометрическим исследованием. Проверяться проходимость слуховых труб, подвижность стремечка и мембраны круглого окна. Всем больным была выполнена КТ уха. В зависимости от степени деструктивных изменений структур среднего уха больные были распределены на 4 группы. Выбор тактики оперативного лечения напрямую зависел от степени деструктивных изменений структур среднего уха и нарушений функции слуха.

Результаты. В результате проведенного лечения у всех больных первой группы (10) с радикальными операциями с малой пластикой выделения прекратились. Во второй группе больных (7) с эптитимпанальной холестеатомой была выполнена аттикоантротомия и тимпаноластика. У всех больных также выделения прекратились, слух в послеоперационном периоде улучшился. Однако, у одного больного слух начал ухудшаться в последующем. Третьей группе (10) произведены радикальные операции и создана малая тимпанальная система. В четвертой группе больных, у которых отсутствовали одна или обе ножки стремени, проводилась тимпаноластика IV типа.

Гноетечение из уха прекратилось у всех обследуемых больных. У двоих пациентов из поздних осложнений наблюдалось перфорирование лоскута, у одного пациента мы наблюдали образование грануляций. Также наблюдали улучшение слуха у 93% пациентов. Так, у 64% больных с нарушением слуха по звукопроводению наблюдалось улучшение слуха на 41%. У больных с нарушением слуха по смешанному типу улучшение слуха произошло только на 28%.

Заключение. Проведение saniрующих операций целесообразно производить одновременно с тимпанопластикой, так как наблюдается скорейшее заживление послеоперационной раны, у большинства больных отмечается улучшение слуха.

Ключевые слова: слухоулучшающие операции, тимпаноластика, холестеатома

Aim. Evaluate the efficacy of surgical treatment of patients with chronic suppurative otitis media.

Materials and methods. Present the results of treatment of 34 patients with chronic suppurative otitis, which was carried out sanitation surgery with different variants of hearing improving operations. Achieved general and otorhinolaryngological studies. Hearing investigated by whisper, spoken, loud speech, also patients were examined by kamertonal and audiometric examination. Checked the patency of auditory tube, stapes mobility and the round window membrane. To all patients was made ear CT. Depending from the degree of destructive changes in the structures of the middle ear, the patients were divided into 4 groups. Selection of tactics of surgical treatment directly depended from degree of destructive changes of structures of the middle ear and hearing impairments.

Results. As a result of the treatment in all patients of the first group (10) with radical surgery with small plastic rheum ended. In the second group of patients (7) with epitympanal cholesteatoma was performed the attikoantrotomy and tympanoplasty. In all patients also rheum stopped, hearing improved in the postoperative period. However, one patient hearing began to deteriorate in the future. A third group were (10) made radical surgery and a small tympanic system was created. In the fourth group of patients in whom lacked one or both legs of the stirrup was held tympanoplasty type IV.

Suppuration of the ear stopped in all examined patients. Two patients of late complications observed perforation of the flap in one patient we observed the formation of granulation. Also observed an improvement of hearing in 93% of patients. Thus, in 64% of patients with hearing loss by sound conduction showed improvement of hearing by 41%. In patients with impaired of hearing on the mixed type hearing improvement was only by 28%.

Conclusion. Carrying out sanitizing operations should be performed simultaneously with tympanoplasty, because observed a speedy postoperative wound healing, most patients showed hearing improvement.

Key words: hearing improving operations, tympanoplasty, cholesteatoma

Актуальность

Распространённость хронического гнойного среднего отита до настоящего времени остаётся высокой – 13,7-20,9 на 100 тыс. населения. Хронический средний отит в структуре ЛОР заболеваемости занимает от 15,7% до 22,4%. Удельный вес холестеатомы при хроническом гнойном среднем отите составляет от 23,7% до 63,0%. Костную резорбцию при отите с холестеатомой, по данным ряда авторов, обнаруживают в 78,8% случаев. Поэтому на современном этапе любой пациент, страдающий хроническим средним отитом, – потенциальный кандидат на оперативное лечение. И чем раньше оно будет произведено, тем больше шансов на полное излечение среднего отита и восстановление или сохранение слуховой функции [1, 3].

Известно, что для звукоощущения необходимо беспрепятственное перемещение перилимфы в улитке от овального к круглому окну, что вызывает колебания эндолимфы и волнообразные прогибы основной мембраны. Для обеспечения перемещения эндолимфы необходимо иметь свободными овальное и круглое окна и создать условия для того, чтобы звуковое давление, испытываемое ими, было неодинаковым. Разница в давлении на окна в среднем ухе создается экранированием круглого окна барабанной перепонкой. Трансформация звуковых волн в барабанной полости зависит, главным образом, от соотношения величин поверхности основания стремечка и барабанной перепонки [2, 3]. При вовлечении в патологический процесс структур среднего уха вышеизложенные физиологические процессы нарушаются и, соответственно, приводят к нарушению функции слуха, и для его восстановления требуются различные варианты слухосохраняющих и реконструктивных оперативных вмешательств [4, 5].

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением в I ЛОР отделении НМЦ РТ в период 2012-2013 гг. находилось 34 пациента с хроническим гнойным средним отитом (ХГСО) в возрасте от 14 до 50 лет. Всем больным в зависимости от степени деструктив-

ных изменений структур среднего уха и степени нарушенной функции слуха проведены санлирующие в сочетании с различными вариантами слухоулучшающих операций.

Проводились общепринятые ЛОР исследования, в том числе исследования вестибулярного аппарата. Слух исследовался шепотной, разговорной и при необходимости громкой речью, камертонами. До и после операции неоднократно проводилась тональная аудиометрия. У всех больных проводилось определение проходимости евстахиевой трубы, подвижность стремечка и мембраны круглого окна. А также всем больным проведена компьютерная томография уха.

В зависимости от выбранной тактики оперативного лечения все больные были распределены на четыре группы. В первой группе (10) произведена радикальная операция с тимпанопластикой. Второй группе пациентов (8) была сделана аттикоантротомия с тимпанопластикой, третьей группе (10) – радикальная операция с созданием малой тимпанальной системы и четвертой группе пациентов (6) – тимпаноластика IV типа.

Эффект от лечения считали положительным, если прекращалось гноетечение и пороги по воздушной проводимости понижались более, чем на 1,5 дБ, улучшалась разборчивость речи.

Результаты и их обсуждение

При исследовании пациентов в возрастной группе от 14 до 20 лет было 8 человек, от 21 года до 30 лет – 8, от 31 до 40 лет – 14, от 41 до 50 – 4 пациента. Гноетечение из уха у 10 больных было до 5 лет, у 8 – от 6 до 10 лет, у 9 – от 11 до 15 лет и у 5 – свыше 15 лет.

Снижение слуха отмечалось у всех больных, преимущественно кондуктивного характера, что подтверждалось исследованиями: акуметрией, камертонами исследованиями, тональной аудиометрией, по данным которой потеря слуха колебалась в пределах от 20 до 50 дБ в зависимости от длительности заболевания и выраженности воспалительного процесса в среднем ухе. Эти данные подробно приведены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1

Состояние слуховой функции по данным акуметрии до лечения

Восприятие шепотной речи	Число больных n=34		Восприятие разговорной речи	Число больных n=34	
	абс.	%		абс.	%
Свыше 4 м	–	–	–	–	–
3-4 м	4	11,8	Свыше 5 м	2	5,9
2-3 м	10	29,4	3-5 м	19	55,9
1-2 м	13	38,2	1-3 м	12	35,3
Менее 1 м	7	20,6	Ушной раковины	1	2,9

Таблица 2

Данные исследования слуховой функции уха у больных хроническим гнойным средним отитом

Число больных	Тональная аудиометрия									Повышение порога разборчивости речи			
	воздушная проводимость				костная проводимость					5-10дБ	11-20дБ	21-30дБ	31-40дБ
	Норма	10-20дБ	21-40дБ	Свыше 40дБ	Норма	До 10дБ	11-20дБ	21-40дБ	Свыше 40дБ				
34	–	4	20	10	10	15	6	2	1	4	14	11	5
100	–	14	59	28	31	46	18	5	2	12	41	33	14

Использованное комплексное лечение показало хорошие результаты. Так, практически у всех больных гноетечение прекратилось. Перфорирование лоскута наблюдалось лишь в одном случае.

Перфорация лоскута, по-видимому, возникла или вследствие гнойного воспаления в барабанной полости, или вследствие наступающих в нем трофических изменений. Участок, не прилегающий к кости, нависающий над промоториумом, оказывается не связанным с костной стенкой, поэтому он хуже васкуляризуется и иногда перфорируется. Для предупреждения нагноения лоскута существенное значение имеет достаточное применение антибиотиков в послеоперационном периоде.

До операции у 2 пациентов наблюдался парез лицевого нерва, который в различные сроки после оперативного лечения исчез. Из поздних осложнений через 6 месяцев мы наблюдали перфорацию и рассасывание лоскута, образование грануляций на лоскуте у 1 больного.

Наблюдение в динамике за состоянием слуха в ближайшие и отдаленные периоды и сравнительная оценка улучшения слуха в до- и послеоперационном периодах после тимпаноластики показали, что если до операции шепотную речь от 1 до 3 метров воспринимало 67% больных, от 3 до 5 метров – 13% больных, то после операции

в ближайшем периоде от 3 до 5 метров данный показатель выявлен у 87 % и в отдаленном периоде – у 79% больных. Приведенные данные свидетельствуют о том, что в ближайшем периоде после тимпаноластики наблюдается прогрессивное улучшение слуха, а в отдаленном периоде отмечается увеличение числа больных (от 6% до 18%) с ухудшением восприятия шепотной речи. Анализ результатов тональной пороговой аудиометрии показал, что наиболее существенное улучшение слуха наблюдалось в речевой зоне диапазона частот (от 500 до 2000 Гц). На этих частотах максимальный прирост слуха составил 21-40 дБ и минимальный 11-20 дБ, при том, что во всех случаях наблюдалась положительная динамика улучшения порогов воздушной и костно-тканевой проводимости от 5 до 20 дБ по всей шкале.

Наблюдая за динамикой состояния слуха в отдаленном периоде (от 1 года до 2 лет), мы не отмечали каких-либо существенных изменений порогов слуха, так как, по нашим данным, в основном при хорошо проведенных операциях слух стабилизируется в период от 6 месяцев до 1 года.

Таким образом, результаты исследований слуха в ближайшем и отдаленном периодах наблюдений после слухоулучшающих операций показали наибольшую эффективность функциональных и

морфологических показателей при проведении этих операций на сухом ухе, после проведения санирующих и пластических операций при хронических гнойных отитах.

Полученные данные свидетельствуют о том, что эффективность слухоулучшающих операций зависит от степени выраженности функциональных и морфологических изменений в среднем ухе и соответствующего послеоперационного наблюдения за больными.

Выводы

1. Санирующие операции при хронических гнойных отитах необходимо выполнять с тимпанопластикой, так как при этом наблюдается скорейшее заживление послеоперационной раны.

2. После комплексного лечения практически у всех больных наблюдается улучшение слуха.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (п. 4 см. в REFERENCES)

1. Вульштейн Х. Слухоулучшающие операции: руководство для врачей. М.: Медицина, 1972. 421 с.
2. Пальчун В.Т. Оториноларингология: национальное руководство. М.: Геотар-Медиа, 2009. 954 с.
3. Тарасов Д.И., Федорова О.К., Быкова В.П. Заболевания среднего уха. М.: Медицина, 1988. 185 с.

RESERENSES

1. Vulshteyn Kh. *Slukhouluchshayushchie operatsii: rukovodstvo dlya vrachey* [Hearimprove operations: guide for physicians]. Moscow, Meditsina Publ., 1972. 421 p.
2. Palchun V. T. *Otorinolaringologiya: natsionalnoe rukovodstvo* [Otorinolaryngology: national guide]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2009. 954 p.
3. Tarasov D. I., Fedorova O. K., Bykova V. P. *Zabolevaniya srednego ukha* [Diseases of middle ear]. Moscow, Meditsina Publ., 1988. 185 p.
4. Mishiro Y., Tympanoplasty with and without mastoidectomy for non-cholesteatomatous chronic otitis media. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 2001, Vol. 258, pp. 13-15.

Сведения об авторах:

Шамсидинов Бобоназар Насридинович – зав. кафедрой оториноларингологии ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Азизов Кудратулло Нарзуллоевич – врач-оториноларинголог Национального медицинского центра РТ

Мухтарова Парвина Рахматовна – ассистент кафедры оториноларингологии ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Каримов Комрон Хакимович – врач-оториноларинголог ГЦЗ №5

Контактная информация:

Шамсидинов Бобоназар Насридинович – 734026, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. И.Сомони, 59; Тел: +992935834485; e-mail: bobonazar_67@mail.ru

ОБЗОРЫ

© Коллектив авторов, 2016

УДК 615.015.6 -055.3 (575.2 – 26)

Байбабаев А.А., Саидмуродов Д.У.

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНСКОЙ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИИ

Курс психиатрии и наркологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Baybabaev A.A., Saidmurodov D.U.

CLINICODYNAMIC CHARACTERISTIC OF THE HEROIN ADDICTION OF FEMALE

Course of Psychiatry and Narcology of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan»

Аннотация

В обзоре приводятся сведения о некоторых особенностях формирования женской героиновой зависимости. В частности, клинические проявления наркомании у женщин отличаются быстрым переходом на систематический прием наркотика, ускоренным возрастанием толерантности, сильно выраженной зависимостью и компульсивным влечением к наркотикам, преобладанием прогрессивного темпа течения заболевания, превалированием аффективных, тревожных и панических расстройств, низкой самооценкой, низкой частотой ремиссий и высокой частотой рецидивов. У женщин раньше и быстрее наступает психосоциальная дезадаптация.

Среди причин редкого обращения женщин за наркологической помощью и преждевременного прекращения лечения: отсутствие специализированных женских лечебных программ, страх разделения с ребенком, финансовые проблемы, возникшие соматические проблемы, отсутствие детских учреждений, невозможность заменить её обязанности в семье, а также гендерные проблемы.

Ключевые слова: женская наркозависимость, медико-социальные последствия наркотизации, проблемы антинаркотического лечения, ремиссия, рецидив

The review contains information about some features of the formation of women's heroin addiction. In particular, the clinical manifestations of drug addiction among women differ in quick transition to systemic administration of the drug, rapid increase of tolerance, strongly pronounced dependence and compulsive addiction to drugs, prevalence of progressive rate of current of disease, prevalence of affective, anxiety and panic disorders, low self-esteem, low remission rates and high frequency of relapses. In women, earlier and faster comes psychosocial desadaptation.

Among the reasons of rarely handling of women to the seeking drug treatment and premature discontinuation of treatment are: the lack of specialized women's treatment programs, the fear of separation from child, the financial problems caused somatic problems, the lack of child care centers, the inability to replace her responsibilities in family, as well as gender issues.

Key words: women drug addiction, medical and social consequences of drug addiction, anti-drug therapy problems, remission, relapse

В последнее время ряд исследователей указывают, что в структуре, клинике и течении наркомании произошли существенные изменения, особенно при героиновой [3, 12, 34, 39].

При этом до сих пор не выявлены мотивационные установки как интегрирующие наркотизацию, так и формирующие клинически

завершенные варианты аддиктивного поведения у женщин, включая специфические черты ранней женской наркотизации [15].

Хорошо известно «деформирующее» влияние хронической наркотизации опиатами на личность, что рассматривается как одна из основных причин низкой эффективности

традиционных реабилитационных мероприятий [13]. Между тем, нейропсихологические методы в изучении героиновой наркомании и других наркологических заболеваний не только имеют значительные перспективы, но являются абсолютно необходимыми для создания эффективных и научно обоснованных программ профилактики, лечения и реабилитации [2].

Хотя многими авторами с постоянством отмечаются такие нарушения, как депрессивная симптоматика различной глубины и структуры, напряженность, тревожность, астенические состояния, диссомнические расстройства, однако, описание данных расстройств представлено статистически, без динамического подхода. Не установлена взаимосвязь между патологическим влечением к героину и выраженностью аффективных, вегетативных и алгических расстройств [3].

Известно, что наркомания у женщин течет более злокачественно, чем у мужчин [6, 17, 18, 28, 37, 48]. Это обусловлено тем, что у них в более сжатые сроки формируются основные синдромы наркомании. При этом женщины чаще и быстрее, по сравнению с мужчинами, после начала наркотизации переходят на систематический прием наркотиков, минуя фазу эпизодического употребления [20, 48].

У женщин проходит значительно меньше времени от первого знакомства с наркотиками до формирования психической зависимости, то есть значительно короче продолжительность стадий опийной наркомании [6, 15, 17, 20].

Также очень быстро возрастает толерантность, хотя в целом она у женщин ниже, чем у мужчин. На стадии систематического употребления наркотиков у женщин сильнее выражены зависимость и компульсивное влечение к ним [6, 17, 18, 20].

По данным М. Rosenbaum (1981), героиновая наркомания у женщин формируется в течение первого года после начала использования героина в 2 раза чаще, по сравнению с мужчинами. У 46,5% обследованных женщин наркомания сформировалась в течение 3 месяцев после начала наркотизации. Это объясняют тем, что у мужчин наблюдается более длительный период эпизодического употребления наркотиков, в то время как женщины сразу же вступают в мир, в котором употребление наркотиков является основным образом жизни [48].

Среди клинических проявлений героиновой наркомании особо выделяют различные психопатологические расстройства. Отмечают, что развитию наркомании у женщин часто предшествуют аффективные, тревожные и панические расстройства, которые среди женщин встречаются в 2-3 раза чаще, по сравнению с мужчинами [23, 26].

Следует особо отметить, что женщины чаще мужчин страдают от избыточного назначения врачами психотропных препаратов [26, 45].

По данным Максимовой Н.Ю. (1996), неблагоприятные психофизиологические предпосылки (психопатии, акцентуации характера, органические поражения мозга, наследственная отягощенность) не являются фатальными и без сочетания с социальными факторами не могут стать основной причиной развития химической зависимости [11].

По мнению некоторых авторов, одной из основных причин развития наркомании у женщин является более низкая, по сравнению с мужчинами, самооценка [1, 45].

Так, согласно результатам исследований Brook J.S. (1998) и Collins R.L. (1998), наличие заниженной самооценки явилось основным предиктором развития эмоциональных нарушений, пониженной способности справляться с жизненными трудностями, рискованного сексуального поведения [23, 26].

До настоящего времени нет клинически и социологически достоверных данных о факторах формирования, стабилизации ремиссии, а также о факторах рецидива наркомании у женщин [15].

Среди мотиваций первого употребления наркотика женщинами указываются: любопытство и стремление к новым ощущениям; гедонистические установки; подражание и пассивное подчинение; психические травмы; влияние сверстников и аффективные колебания [1, 4, 8, 19, 28, 35, 36, 48].

Moon D.G. et al. (1999), обследовавшие 4180 12-летних школьников, среди которых было 2622 девочек, выявили, что в этом возрасте мальчикам гораздо чаще предлагают наркотики. В то же время они отмечают, что девочки в случае отказа подвергались в дальнейшем более сильному давлению к употреблению наркотиков [44].

По данным других авторов, девушки менее подвержены групповому давлению, меньше стремятся к получению искусственного психофизиологического удовольствия. При этом было выявлено, что в вопросах наркотиков девушки гораздо менее информированы [5, 18].

Однако, вопреки общепринятой точке зрения о том, что раннее начало злоупотребления наркотиками приводит к более злокачественному течению наркомании, Cottier L.B. (1998) достоверных различий между возрастом начала злоупотребления психоактивными веществами и тяжестью впоследствии развившейся наркомании у женщин не выявил [17, 18, 20, 27, 28].

Ремиссии у женщин наблюдаются значительно реже, чем у мужчин. По мнению

Воеводина И.В. (1999), в отличие от мужчин, одной из основных мотивировок воздержания от наркотиков у девушек является более выраженное опасение за здоровье [5]. По данным Шипилова Ю.А., спонтанные ремиссии у женщин, употребляющих опиаты, отсутствовали, а в 18,4% случаев отмечались вынужденные и в 65% – терапевтические ремиссии [17].

По данным исследования Klingemann К.Н. (1994), различий в уровне спонтанных ремиссий при героиновой наркомании между мужчинами и женщинами выявлено не было, однако в дальнейшем женщины значительно хуже социально адаптировались после прекращения употребления наркотиков, что являлось одной из основных причин рецидивов среди них [41]. По мнению Шипилова Ю.А. (1991), основной причиной рецидива являлось влияние партнера-наркомана [17]. Среди причин рецидивов у женщин, по данным Chatham L.R. et al. (1999), основное место занимает большее, по сравнению с мужчинами, количество психологических и медицинских проблем, а также плохая обстановка в семье [25].

Вопреки вышесказанному, Florentine R. et al. (1997), выполнив сравнительный анализ результатов лечения 330 героиновых наркоманов, показал, что уровень срывов у женщин часто ниже, по сравнению с мужчинами, несмотря на очевидно большее количество факторов риска – так называемый «гендерный» парадокс [31].

Если у женщин ремиссии все же наступают, они более продолжительны, чем у мужчин. К отказу от наркотиков у женщин чаще всего приводит соматическое неблагополучие, связанное с наркотизацией. Большой продолжительности ремиссий нередко способствует положительное влияние мужа или родителей [1, 37].

По данным Юлдашева В.Л. (1997), среди причин рецидивов (у женщин и у мужчин) на первом месте стоят эмоциональные расстройства, обусловленные самой наркотизацией: тревога, беспокойство, депрессия, раздражительность. Они способствуют актуализации влечения к наркотику. Вторая по частоте причина рецидивов – стремление облегчить личные проблемы. Автор отмечает, что иногда рецидивы возникают при наличии выраженного болевого синдрома, который больные пытаются снять с помощью наркотика [19].

Среди других проявлений наркомании Лукачер Г.Я. с соавт. (1987), Тайцлин В.И., Матузок Э.Г. (2001), Farre-Albaladejo M. (1989) отмечают частые невралгии и парестезии [10, 14, 29].

Наркозависимые матери характеризуются рядом недостатков в поведении: оставление ребенка без заботы и попечения; физическое

и эмоциональное оскорбление; чрезмерное контролирование и наказание; непостоянство дисциплины и недостаточность эмоционального вовлечения [40].

В России отсутствие поддержки для наркозависимых женщин с детьми является причиной того, что эти женщины даже не пытаются сами искать помощи. Этим можно объяснить пассивность наркоманок с детьми в поисках возможности лечения. Наркоманки редко отказываются от своих детей. Чаще всего они их просто бросают. Дети наркозависимых родителей приобретают негативный социальный и психологический опыт. Часто матери-наркоманки злоупотребляют детьми на эмоциональном уровне. Многим детям приходится переживать совершенно «недетские» ситуации [9].

Медико-социальные последствия наркотизации у женщин более тяжелые, чем у мужчин. У них раньше и быстрее наступает психосоциальная дезадаптация [19].

Особенно тяжелые медико-социальные последствия (анти-социальные тенденции, раннее начало половой жизни и т.п.) отмечаются при раннем начале наркомании [7, 19, 24]. Так, по данным Galen L.W. et al. (2000), антисоциальное расстройство личности встречалось среди женщин-наркоманок чаще, по сравнению с мужчинами (22%), а также сопровождалось большей выраженностью и разнообразием психопатологических нарушений. Автор отмечает, что наличие антисоциального расстройства личности негативно влияло и на качество ремиссии [32].

В то же время, по данным Grella С.Н., Joshi V. (1999), антисоциальное расстройство личности среди женщин, употреблявших героин, встречалось почти в 2 раза реже, по сравнению с мужчинами (22,6% и 39,8% соответственно), однако, большие депрессивные расстройства и тревожные расстройства среди женщин отмечались в 2 раза чаще [33].

Анализ 392 случаев суицида среди молодежи 15-24 лет, 34% которых составляли женщины, проведенный Lecomte D., Fornes P. (1998), показал, что 10% всех попыток суицида связаны с употреблением героина [42]. Borges G. et al. (2000) выявили, что с употреблением наркотиков чаще были связаны суицидальные мысли и незапланированные суицидальные попытки [22]. По наблюдениям Facy F. et al. (1991) и Robles R.R. (1998), женщины, употребляющие наркотики, более склонны к суицидальным попыткам [30, 47].

Среди медицинских последствий употребления героина особое внимание уделяется проблеме распространения ВИЧ инфекции и СПИДа а также вирусных гепатитов В, С, Дельта и G.

По наблюдению Iskovics J., Rodin J. (1992), общее количество женщин с установленным диагнозом СПИДа удваивается каждые 1-2 года [38]. Имеются данные об очень высоком увеличении количества ВИЧ-инфицированных женщин, в основном связанном с внутривенным употреблением наркотиков и гетеросексуальными контактами с мужчинами, употребляющими наркотики внутривенно [39].

В зарубежной литературе широко обсуждается вопрос доступности специализированной наркологической помощи для женщин и организации специальных лечебных программ, учитывающих специфические женские нужды и проблемы, в основном связанные с материнством и семьей (так называемые «гендерные» отличия). Многими авторами отмечается, что лечебные программы для наркоманов ориентированы прежде всего на мужчин, в связи с этим большинство персонала и пациентов в лечебных учреждениях также являются мужчинами, не учитываются специфические женские потребности и социальные роли женщин, влияющие на прекращение употребления наркотиков [43, 49]. Petry N.M. et al. (2000) было установлено, что женщины в 2 раза чаще, по сравнению с мужчинами, преждевременно прерывают лечение (в 25%), у них достоверно выше уровень враждебности, позволяющий предсказать отказ от лечения женщин [46].

Помимо того, что женщины сталкиваются с трудностью получения доступа к медицинским услугам, многие из них не стремятся обратиться за помощью к врачу (даже в странах, где такие барьеры отсутствуют). В литературе предпринимаются многочисленные попытки объяснения этого факта. Среди причин выделяют: женщины неохотно обращаются за помощью, так как не желают быть определены как наркоманки, что расходится со стереотипами о традиционной женской роли в обществе; опасаются разделения с ребенком и недостаточного ухода за ним; опасаются финансовых проблем [43, 46]. Анализ причин редкого обращения женщин за наркологической помощью и преждевременного прекращения лечения, в числе которых отсутствие специализированных женских лечебных программ, страх разделения с ребенком и недостаточный уход за ним, финансовые проблемы, последующие за наркологическим лечением соматические проблемы и необходимость их решения, недостаток информации о последствиях употребления наркотиков женщинами неоднократно обсуждался в работах разных авторов [21, 29, 32].

С этими наблюдениями расходятся результаты Иванян Р. (1999), которыми было установлено, что женщины, имеющие детей,

реже отказываются от лечения, чем одинокие пациентки [9].

В сложившихся социально-культурных условиях женщины, злоупотребляющие наркотическими средствами (особенно детородного возраста), становятся изгоями. Подобное отношение складывается в основном к женщинам, занимающим «благопристойное социальное положение». Поэтому считается позором для «порядочных» женщин сознаться в том, что они приобщились к наркотикам. Когда ставшая наркоманкой женщина начинает осознавать необходимость лечения, препятствуют ей в этом другие преграды, воздвигаемые в связи с ее гендерной ролью. К этим преградам относятся отсутствие детских учреждений и возможностей, позволяющих заменить ее роль в семье. Другой стороной проблемы является то, что для полной детоксикации, лечения и реабилитации требуется определенный период пребывания в медицинском учреждении, а это для некоторых женщин нереально как по финансовым, так и по практическим соображениям [16, 50].

Таким образом, анализ вышеперечисленных данных литературы свидетельствует о некоторых особенностях клинко-динамических проявлений героиновой наркомании у женщин и проблем, связанных с получением доступа к медицинским услугам.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 20-50 см. в REFERENCES)

1. Аксенов В.Г., Крылов А.В., Квачегина Л.М., Гусев А.М. Клинические проявления опийной наркомании у женщин. // Опийная наркомания в молодом возрасте: материалы научно-практической конференции. Омск, 1998. С.3-5.
2. Брюн Е.А., Гехт А.Б., Полунина А.Г., Давыдов Д.М., Гусев Е.И. Нейропсихологический дефицит при хронической наркотизации героином. // Журнал неврологии и психиатрии, 2001. №3. С. 10-19.
3. Винникова М.А. Постабстинентное состояние при героиновой наркомании (клиника и лечение): автореф. дисс... канд. мед. наук. М., 1999. 19 с.
4. Власова И.Б. Особенности формирования наркоманий у женщин. // Медико-биологические и социальные аспекты наркологии: сб. тр. М., 1997. С.17-21.
5. Воеводин И.В. Наркотизм у девушек-подростков: анализ современного состояния проблемы и пути дифференцированной профилактики // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 1999. № 1. С. 69-71.
6. Воецкая В.П. Особенности поэтапной реабилитации женщин, страдающих опиоманией //Тез. докл. «Вопросы клинической и социальной психиатрии и наркологии». Днепрпетровск, 1996. С.68-69.

7. Зурабашвили А.Д., Габияни А.А., Лежава Г.Г., Нанейшвили Б.Р. От вредной привычки к тяжелому заболеванию. Тбилиси, 1986. 99 с.
8. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая наркомания. М.: Медпрактика, 2000. 122с.
9. Иванян Р. Наркозависимые матери и их дети // *Круглый стол*. 1999. № 3. С.24-26.
10. Лукачер Г.Я., Ласкова Н.Б., Маргакова Г.Д. Неврологические изменения при наркомании. Некоторые проблемы наркомании и токсикомании // *Сборник научных трудов НИИ им. В.П. Сербского* / под ред. Г.В. Морозова. М., 1989. С. 110-126.
11. Максимова Н.Ю. О склонности подростков к аддиктивному поведению // *Психологический журнал*. 1996. № 17(3). С.149-152.
12. Мохначев С.О. Героиновая наркомания у женщин: дисс. канд. мед. наук. М., 2001. 185 с.
13. Рохлина М.Л., Козлов А.А. Особенности изменения личности у больных наркоманиями // *Материалы международной конференции психиатров*. М., 1998
14. Тайцлин В.И., Матюзок Э.Г. Расстройства чувствительности у женщин с опийной наркоманией// *Журнал неврологии и психиатрии*. 2001. № 3. С. 20-23.
15. Усов М.Г., Ирлицкая И.Я., Батуринов Е.В., Гусев А.М., Четвериков Д.В. Тенденции наркотизации лиц женского пола как предпосылка изучения особенностей клиники, лечения, реабилитации опийной наркомании у девочек подростков// *Опийная наркомания в молодом возрасте: материалы науч. практич. конф.* Омск, 1998. С. 81
16. Хсу Л.-Н., Герни Ж. Процесс формирования в рамках системы Организации Объединенных Наций тендерного подхода к проблеме сокращения спроса на наркотики // *Бюллетень по наркотическим средствам*. 1995. Т.48, № 1-2. С.1-19.
17. Шипилов Ю.А. Клиника и течение опийной наркомании у женщин: автореф. дисс... канд. мед. наук. М., 1991. 25 с.
18. Юлдашев В.Л. Формирование наркоманий и токсикоманий у девочек-подростков: автореф. дисс... канд. мед. наук. М., 1990. 23 с.
19. Юлдашев В.Л. Социально-психологические и биологические факторы формирования аддиктивного поведения подростков: автореф. дисс... докт. мед. наук. М., 1997. 41с.
20. Vinnikova M. A. *Postabstinentnoe sostoyanie pri geroinovoy narkomanii (klinika i lechenie)*. Avtoref. diss. kand. med. nauk [Postabstinent state at heroin addiction (clinic and treatment). Extended abstract of candidate's of medical sciences thesis]. Moscow, 1999. 19 p.
21. Vlasova I. B. [Features of formation of drug addiction among women]. *Trudy "Mediko-biologicheskie i sotsialnye aspekty narkologii"* [Proceedings of "Medico-biological and social aspects of addiction"]. Moscow, 1997, pp. 17-21. (In Russian)
22. Voevodin I. V. *Narkotizm u devushek-podrostkov: analiz sovremennogo sostoyaniya problemy i puti differentsirovannoy profilaktiki* [Addiction in adolescent girls: analysis of the current state of problem and ways of differentiated prevention]. *Sibirskiy vestnik psikhiiatrii i narkologii – Siberian herald of Psychiatry and Narcology*, 1999, No. 1, pp. 69-71.
23. Voeckaya V. P. [Features a phased rehabilitation of women suffering from oniomania]. *Tez. dokl. "Voprosy klinicheskoy i sotsialnoy psikhiiatrii i narkologii"* [Theses of the reports "Problems of Clinical and Social Psychiatry and Addiction"]. Dnepropetrovsk, 1996, pp.68-69. (In Russ.)
24. Zurabashvili A. D., Gabiani A. A., Lezhava G. G., Naneyshvili B. R. *От вредной привычки к тяжелому заболеванию* [From habit to serious illness]. Tbilisi, 1986. 99 p.
25. Ivanets N. N., Vinnikova M. A. *Героиновая наркомания* [Heroin addiction]. Moscow, Medpraktika Publ., 2000. 122 p.
26. Ivanyan R. *Narkozavisimye materi i ikh deti* [Drug-dependent mothers and their children]. *Kruglyy stol – The round table*, 1999, No. 3, pp. 24-26.
27. Lukacher G. Ya., Laskova N. B., Margakova G. D., Morozova G. V. [Neurological changes during drug addiction. Some problems of drug addiction and substance abuse]. *Sbornik nauchnykh trudov NII imeni V. P. Serbskogo* [Collection of scientific works of the Scientific and Research Institute named after V. P. Serbskiy], Moscow, 1989, pp. 110-126. (In Russian)
28. Maksimova N. Yu. O sklonnosti podrostkov k addiktivnomu povedeniyu [About tendency of teenagers to addictive behavior]. *Psikhologicheskyy zhurnal - Psychological journal*, 1996, No. 17(3), pp. 149-152.
29. Mokhnachev S. O. *Героиновая наркомания у женщин*. Diss. kand. med. nauk [Heroin addiction in women. Candidate's of medical sciences thesis]. Moscow, 2001. 185 p.
30. Rokhlina M. L., Kozlov A. A. [Features of personality changes in patients with addictions]. *Materialy mezhdunarodnoy konferentsii psikhiatrov* [Proceedings of the international conference of psychiatrists]. Moscow, 1998 (In Russ.)
31. Taytslin V. I., Matuzok E. G. *Rasstroystva chuvstvitelnosti u zhenshchin s opiynoy narkomaniey* [Sensitivity disorders in women with opioid addiction]. *Zhurnal neurologii i psikhiiatrii – Journal of Neurology and Psychiatry*, 2001, No. 3, pp. 20-23.
32. Usov M. G., Irlitskaya I. Ya., Baturin E. V., Gusev A. M., Chetverikov D. V. [Trends of drug addiction of females as a prerequisite for studying the characteristics of the clinic, treatment and rehabilitation of opium addiction in teenage girls]. *Opiynaya narkomaniya v molodom vozraste: materialy nauchno-prakticheskoy konferentsii* [Opium addiction at a young age: proceedings of the scientific and practical conference]. Омск, 1998, pp. 81. (In Russ.)

REFERENCES

1. Aksenov V. G., Krylov A. V., Kvachegina L. M., Gusev A. M. [The clinical manifestations of opioid addiction in women]. *Opiynaya narkomaniya v molodom vozraste: materialy nauchno-prakticheskoy konferentsii* [Opium addiction at a young age: proceedings of the scientific-practical conference]. Омск, 1998, pp. 3-5. (In Russ.)
2. Bryun E. A., Gekht A. B., Polunina A. G., Davydov D. M., Gusev E. I. *Neypsikhologicheskiy defitsit pri khronicheskoy narkotizatsii geroinom* [Neuropsychological deficits in patients with chronic drug addiction in heroin]. *Zhurnal neurologii i psikhiiatrii – Journal of Neurology and Psychiatry*, 2001, No. 3, pp. 10-19.

16. Khsu L-N., Gerni Zh. Protsess formirovaniya v ramkakh sistemy Organizatsii Obedinennykh Natsiy tendernogo podkhoda k probleme sokrashcheniya sprosna na narkotiki [The process of formation within the United Nations Organization of gender approach to the problem of drug demand reduction]. *Byulleten po narkoticheskim sredstvam - Bulletin on Narcotics*, 1995, Vol. 48, No. 1-2, pp. 1-19.
17. Shipilov Yu. A. *Klinika i techenie opiynoy narkomanii u zhenshchin*. Avtoref. diss. kand. med. nauk [Clinic and current of opiate addiction in women. Extended abstract of candidate's of medical sciences thesis]. Moscow, 1991. 25 p.
18. Yuldashev V. L. *Formirovanie narkomaniy i toksikomaniy u devochek-podrostkov*. Avtoref. diss. kand. med. nauk [Formation of addiction and substance abuse in adolescent girls. Extended abstract of candidate's of medical sciences thesis]. Moscow, 1990. 23 p.
19. Yuldashev V. L. *Sotsialno-psikhologicheskie i biologicheskie faktory formirovaniya addiktivnogo povedeniya podrostkov*. Avtoref. diss. dokt. med. nauk [Socio-psychological and biological factors of addictive behavior in adolescents. Extended abstract of Doctor's of medical sciences thesis]. Moscow, 1997. 41 p.
20. Anglin M. D., Hser Y. I., McGlothlin. Sex Differences in Addict Careers. 2. Becoming Addicted. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 1987, No. 13, (1&2), pp. 59-71.
21. Baker Phyllis L. I didn't know: Discoveries and identity transformation of women addicts in treatment. *Journal of Drug Issues*, 2000, Vol. 30, No. 4, pp. 863-880.
22. Borges G., Walters E. E., Kessler R. C. Association of Substance Use, Abuse and Dependence with Subsequent Suicidal Behavior. *American Journal of Epidemiology*, 2000, No. 151 (8), pp. 781-789.
23. Brook J. S. Childhood and Precursors to Drug Use. *NIDA NIH Publication*, 1998, No. 98, Vol. 4289, pp. 74-76.
24. Buss T. F., Abdu R., Walker J. R. Alcohol, Drugs, and Urban Violence in a Small City Trauma Center. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1995, No. 12 (2), pp. 75-83.
25. Chatham L. R., Hitler M. L., Rowan-Szal G. A., Joe G. W., Simpson D. D. Gender Differences at Admission and Follow-Up in a Sample of Methadone Maintenance Clients. *Substance Use & Misuse*, 1999, No. 34 (8), pp. 1137-1165.
26. Collins R. L. Stress and Coping Among Women. *NIDA NIH Publication*, 1998, No. 98, Vol. 4289, pp. 83-85.
27. Cottier L. B. Psychiatric Sequelae of Drug Abuse. *NIDA NIH Publication*, 1998, No. 98, Vol. 4289. P.96-98.
28. Ellinwood E. H., Smith W. G., Vaillant G. E. Narcotic Addiction in Males and Females: A Comparison. *The International journal of the addictions*, 1966, No. 1, pp. 33-45.
29. Farre-Albaladejo M. Neurologic complications of Drug Addiction. General Aspect. Complications Caused By Cannabis, Designer Drugs and Volatile Substances. *Arch. Neurobiol. Madr.*, 1989, No. 52, Suppl. 1, pp. 143-148.
30. Facy F., Rosch D., Angel P., Touzeau D., Cordonnier J.P., Petit F. Drug Addicts Attending Specialized Institutions: Towards a Drug Addiction Data Bank? *Drug and Alcohol Dependence*, 1991, No. 27 (1), pp. 43-50.
31. Florentine R., Anglin M. D., Gil-Rivas V. Taylor E. Drug Treatment: Explaining the Gender Paradox. *Substance Use & Misuse*, 1997, No. 32 (6), pp. 653-678.
32. Galen L. W., Brower K. J., Gillespie B. W., Zucker R. A. Sociopathy, Gender and Treatment Outcome among Outpatient Substance Abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 2000, No. 61(1), pp. 23-33.
33. Grella C. H., Joshi V. Gender Differences in Drug Treatment Careers Among Clients in the National Drug Abuse Treatment Outcome Study. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 1999, No. 25 (3), pp. 385-406.
34. Hall W., Darke S., Ross M., Wodak A. Patterns of Drug Use and Risk-taking Among Injecting Amphetamine and Opioid Drug Users in Sydney, Australia. *Addiction*, 1993, No. 88 (4), pp. 506-516.
35. Hossain K. J., Ahsan M. Sexual Life Style, Drug Habit and Socio-Demographic Status of Drug Addicts in Bangladesh. *Public Health*, 2000, No. 114(5), pp. 389-392.
36. Hser Y. I., Anglin M. D., Booth M. W. Sex Differences in Addict Careers. 3. Addiction. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 1987, No. 13 (3), pp. 231-251.
37. Hser Y. I., Anglin M. D., McGlothlin W. Sex Differences in Addict Careers. 1. Initiation of Use. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 1987, No. 13 (1&2), pp. 33-57.
38. Ickovics J., Rodin J. Women and AIDS in the United States: Epidemiology, Natural History, and Medicating Mechanisms. *Journal of Health Psychology*, 1992, No. 11, pp. 1-16.
39. Juana T. M., Vlahov D., Anthony J. C. Association Between Intravenous Drug Use and Early Misbehavior. *Drug and Alcohol Dependence*, 1990, No. 25, pp. 79-89.
40. Kettinger L. A., Naiz P., Shuler M. E. Exposure to Environmental Risk Factors and Parenting Attitudes Among Substance-Abusing Women. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 2000, No. 26 (1), pp. 1-11.
41. Klingemann K. H., Efonayi-Mader D. How Much Treatment Does a Person Need? Addiction, Spontaneous Remission and "Family" as Biographical as Leitmotiv. *Schweizerische Rundschau fur Medizin Praxis*, 1994, No. 83 (34), pp. 937-949.
42. Levy S., Doyle K. Attitudes toward Women in a Drug Abuse Treatment Program. *Journal of Drug Issues*, 1974, No. 4, pp. 428-434
43. Marsh K. L., Simpson D. D. Sex Differences in Opioid Addiction Careers. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 1986, No. 12, pp. 309-329.
44. Moon D.G., Hecht M.L., Jackson K.M., Spellers R.E. Ethnic and Gender Differences and Similarities in Adolescent Drug Use and Refusals of Drug Offers. *Substance Use and Misuse*, 1999, No. 34 (8), pp. 1059-1084.
45. Moras K. Psychological and Behavioral Treatments for Women. *NIDA NIH Publication*, 1998, No. 98, Vol. 4289, pp. 49-51.
46. Petry N. M., Bickel W. K. Gender Differences in Hostility of Opioid-Dependent Outpatients: Role in Early Treatment Termination. *Drug and Alcohol Dependence*, 2000, No. 58 (1-2), pp. 27-33.
47. Robles R. R. Social and Behavioral Consequences. *NIDA NIH Publication*, 1998, No. 98, Vol. 4289, pp. 90-92.
48. Rosenbaum M. When Drugs Come into the Picture, Love Flies Out the Window: Women Addicts' Love Relation-

ship. The International journal of the addictions, 1981, No. 16 (7), pp. 1197-1206.

49. Rosenbaum M., Murphy S. Always a Junkie? The Arduous Task of Getting Off Methadone Maintenance. *Journal of Drug Issues*, 1984, No. 14, pp. 527-552.

50. Veach L. J., Remley Theodore P., Kippers S. M. Retention predictors related to intensive outpatient programs for substance use disorders. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 2000, Vol. 26, No. 3, pp. 417-428.

Сведения об авторах:

Байбабаев Абдувахид Абдулвахобович – зав. курсом психиатрии и наркологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н., доцент
Саидмуродов Дамир Умедович – ассистент курса психиатрии и наркологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Контактная информация:

Байбабаев Абдувахид Абдулвахобович – тел.: +992 918 676846

© Коллектив авторов, 2016

УДК 616.314-08:616

Муллоджанов Г.Э., Ашуров Г.Г.

АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ ВЗГЛЯДОВ НА ПРОЦЕССЫ ИНТЕГРАЦИИ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ В КОСТНУЮ ТКАНЬ

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Mullodzhanov G.E., Ashurov G.G.

ANALYSIS OF MODERN LOOK AT PROCESSES OF THE INTEGRATION OF DENTAL IMPLANTS IN BONE TISSUES

Department of therapeutically dentistry of the State Education Establishment “Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan”

Аннотация

Настоящее сообщение посвящено анализу современных взглядов на процессы интеграции дентальных имплантатов в костную ткань, в том числе при модификации их поверхности. Анализ показал, что за последнее время взгляды исследователей на процессы, протекающие в области контакта «имплантат-костная ткань», претерпели разительные и принципиально важные изменения. Эти изменения в значительной мере явились результатом развития научных технологий в биологии и фундаментальной медицине и их внедрения в практику научных исследований по проблемам стоматологии. Изменения во взглядах на природу процессов, протекающих в системах организма, живых тканях, и на их взаимоотношения с объектами костной материи происходят столь быстро, что уже в течение 1-2 лет мы можем наблюдать появление новых концепций и новых парадигм, опровергающих наши теперь уже устаревшие представления и заставляющие нас пересматривать то, что было привычной и хорошо заученной истиной. Сказанное выше не в меньшей степени относится и к проблеме интеграции дентальных имплантатов в костную ткань. Интеграция дентального имплантата в прилежащую костную ткань представляет собой процесс его включения во взаимодействие, при котором не наступает эффекта отторжения. Дентальный имплантат целенаправленно вводится в систему, в которой, являясь по сути мертвым телом, он сосуществует с живым субстратом костной ткани и берет на себя функциональную нагрузку, соответствующую целевому назначению замещенного им зуба.

Ключевые слова: дентальный имплантат, костная ткань, остеоинтеграция, фибрин, фибронектин, макрофаг

This communication devoted to the analysis of modern views on the process of integration of dental implants into bone tissue, including the modification of their surface. The analysis showed that in recent years the views of researchers on the processes taking place in the area of contact «implant-bone tissue», have undergone striking and fundamentally important changes. These changes to a large extent arose from the development of scientific technology in fundamental biology and medicine, and their practical application scientific research in stomatology problems. Changes in views on the nature of the processes occurring in of organism systems, living tissues, and their relationships with objects of bone matter is so rapid that we can have 1-2 years to observe the emergence of new concepts and new paradigms to refute our now obsolete submission and forcing us to reconsider what was familiar and well a learned truth. What was said above is no less true of the problem of the integration of dental implants into bone tissue. The integration of the dental implant in the adjacent bone tissue is a process of inclusion in the interaction, which does not occur effect of rejection. A dental implant is intentionally introduced into a system in which, as a matter of fact a dead body, it coexists with the living bone and the substrate takes on the functional load corresponding to the intended purpose of substituted tooth.

Key words: dental implant, bone tissue, osseointegration, fibrin, fibronectin, macrophage

С точки зрения биологии интеграцию дентального имплантата в тканевую среду следует рассматривать, как динамический процесс взаимодействия живого и мертвого, при котором на уровне локальных обменных процессов достигается равновесие компенсаторно-приспособительных процессов и комплекса гомеостатических реакций, процессов ассимиляции и диссимиляции, делающих возможным существование системы мертвое-живое, как единого целого. Процессы ассимиляции и диссимиляции, или самообновления, протекают при участии металлопротеаз [13], а также щелочной и кислой фосфатаз, активность которых коррелирует с интенсивностью процессов самообновления в тканевых элементах периимплантационной зоны [16].

Интенсивность процессов самообновления, далее подчеркивают авторы, со временем постепенно снижается, но может поддерживаться активными и адекватными нагрузками на ортопедической конструкции. По мере снижения устойчивости ортопедической конструкции в периимплантационной области начинают развиваться негативные процессы, являющиеся предвестниками наступления фазы дезинтеграции.

Позитивное течение процессов интеграции дентального имплантата в кость характеризуется по меньшей мере 3 неоспоримыми критериями: отсутствием реакций отторжения, выражающихся в развитии воспаления в прилежащих тканях, местных некротических изменений, а также системных проявлений, таких как аллергические и иммунные реакции; формированием в области контакта «имплантат-тканевая среда» морфофункциональных детерминант интеграционного процесса: костного либо костеподобного вещества при остеоинтеграции; относительной стабильностью (в том числе механической) на определенном отрезке времени вышеупомянутых морфофункциональных детерминант, как отражения динамического равновесия, наступающего в системе «имплантат-тканевый субстрат» [1].

Общепризнано, что при интеграции имплантата и костной ткани в случае оптимального течения этого процесса между дентальным имплантатом и прилежащими костными структурами формируется непосредственный контакт без участия промежуточной соединительнотканной прослойки. Такой тип соединения имплантата и костной ткани называют остеоинтеграцией. В случае менее благоприятного течения интеграции между костью и дентальным имплантатом формируется тяж фиброзной соединительной ткани. Такой вариант контакта называют фиброинтеграцией, а промежуточный тип соединения – фиброостеоинтеграцией [1].

Исследователи дальнего зарубежья [4] указывали на 6 факторов, определяющих эффективность дентальной имплантации: дизайн имплантатов; характеристики самого имплантационного материала; характеристики поверхности дентального имплантата; состояние прилежащей кости; хирургическая техника и нагрузка на имплантат. При этом решающее значение придается топографии, физическим и химическим характеристикам поверхности дентальных имплантатов [26].

На сегодня у исследователей [24] доминирует представление, согласно которому остеоинтеграция представляет собой форму заживления костной раны и подчиняется всем закономерностям течения раневого процесса.

Важнейшей характеристикой поверхности дентального имплантата, определяющей его остеоинтеграционный потенциал, считается смачиваемость, или гидрофильность. Этой характеристике исследователи [22, 24] придают большое значение. В настоящее время этот вопрос ими активно изучается, благодаря чему накапливается опыт целенаправленного повышения смачиваемости поверхности дентальных имплантатов из титана и его сплавов.

Наряду с этим к факторам, играющим важную роль в успешном развитии остеоинтеграции, относятся химические характеристики поверхности дентального имплантата, которые определяют

интегрированный энергетический потенциал (заряд поверхности) имплантата и его реакционные параметры [24].

Следующим и в высшей степени определяющим остеointеграционный потенциал дентального имплантата фактором является развитость поверхности, ее топография [9].

Наиболее значимые достижения последних лет в области повышения эффективности дентальных имплантатов, как правило, связаны с развитием технологий обработки их поверхности. Значение этого фактора трудно переоценить, поскольку направленное использование связанных с ним возможностей открывает неисчерпаемые перспективы для поиска оптимальных режимов обработки поверхности имплантатов в соответствии с ожидаемыми конкретными условиями их функционирования [1].

F. Rupp et al. [23] в экспериментах *in vitro* и *in vivo* были продемонстрированы преимущества комплексной обработки поверхности дентальных имплантатов: пескоструйный метод, машинное нанесение штриха и кислотное травление поверхности.

Динамику процесса заживление костной раны вокруг дентального имплантата, установленного в подготовленном ложе, и его функционирования можно представить таким образом. Сначала из механического повреждения сосудов происходит кровоизлияние. Далее, из плазмы крови осаждаются тромбоциты и белки, в частности фибриноген, при диссоциации которого освобождаются биологически активные сигнальные молекулы комплементарной системы и кинины [25].

В ходе имплантации фибрин является оптимальной адгезионной средой, на которой происходят прикрепление остеогенных стволовых клеток, их пролиферация и миграция по направлению к поверхности дентального имплантата. Пролиферация клеточных элементов в кровяном сгустке вызывает его ретракцию. Именно по этой причине топография поверхности дентальных имплантатов, наличие сложного микрорельефа являются решающим фактором закрепления белкового матрикса на его поверхности [28].

Подсаживание дентального имплантата в кость вызывает на первых этапах некроз прилежащих к нему костных клеток, умеренно выраженную резорбцию костного вещества и развитие реактивного воспаления (при адекватной технике имплантации), при которых происходят высвобождение воспалительных факторов и заселение периимплантационного пространства макрофагами. Макрофагальные элементы экспрессируют факторы роста. К тому же в результате резорбции костного вещества на фоне острой воспалительной реакции периимплантационной зоны происходит высвобождение морфогенетического белка

и ряда других факторов роста. В последующем с развитием процессов ремоделирования макрофагальные элементы очищают пространства от остатков некротического дендрита [13].

По сведениям M. Clark [7], адсорбция на поверхности дентальных имплантатов таких белков, как фибронектин и противовоспалительные медиаторы, представляет собой цитокинрегулируемый процесс, который сопровождается дифференциацией, пролиферацией и миграцией предшественников остеогенных клеток и формированием на поверхности имплантата внеклеточного матрикса. Все описанные выше процессы, по мнению автора, протекают под влиянием макрофагов, которые экспрессируют факторы роста фибробластов (FGF-1, FGF-2, FGF-4), трансформирующий фактор роста и морфогенетический белок (BMP-5). Конечным результатом этого каскада событий является заживление костной раны.

Важными для понимания биологических механизмов, лежащих в основе интеграционных процессов, протекающих в области периимплантационного тканевого комплекса дентального имплантата, представляются данные о характере располагающихся здесь клеток. H. Kawaguchi et al. [14] и K.M. Mona et al. [18] установлено, что самое непосредственное участие в процессах интеграции, помимо резидентных клеток с фенотипом остеобластов, принимают мультипотентные остеогенные предшественники, т.е. мезенхимальные стволовые клетки. Эти данные, на наш взгляд, представляются чрезвычайно важными, поскольку они раскрывают реальные механизмы возникновения бифуркаций в клеточной дифференцировке и демонстрируют один из биологических механизмов многовариантности процессов интеграции по степени и направленности их развития.

По мнению А.А. Кулакова с соавт. [1] взаимодействие тканей, прилежащих к дентальному имплантату, с поверхностью имплантата представляет собой динамический процесс, включающий в себя нижеследующие тканевые реакции: непосредственные посттравматические; явления стабилизации, при которых через динамические процессы ремоделирования (вторичная перестройка) костной ткани в области интерфейса реализуются гомеостатические функции динамического равновесия обменных процессов (ассимиляция и диссимиляция); процессы дезинтеграции, которые по своей сути и последовательности связаны с предыдущими проявлениями самообновления (ассимиляция и диссимиляция), оставаясь в то же время вне позитивного развития локальных процессов.

Из проведенного анализа следует, что одним из ведущих факторов, обуславливающих эффективность дентальной имплантации, является

топография поверхности, а именно – степень ее развитости, которая определяет общую площадь области контакта «имплантат-костная ткань».

Чрезвычайно важной особенностью структурной организации мягкотканых элементов (эпителий, пучки коллагеновых волокон), расположенных в области абатмента, считается практически полное отсутствие прямого эпителиального и фибриллярного контакта между дентальным имплантатом и расположенными здесь тканевыми элементами [6, 18]. Вопрос в указанном аспекте, по мнению Н. Kawaguchi et al. [14], – очень важный момент, поскольку формирование в данной области микробной биопленки обуславливает прямое повреждающее воздействие продуктов жизнедеятельности патогенных микроорганизмов на расположенные здесь тканевые элементы.

Исследователями [18] доказано, что патогенные агенты в области абатмента дентальных имплантатов относятся к тем же типам, которые вегетируют в области шейки зуба при пародонтите (грамположительные факультативы). При развитии мукозита и периимплантита появляются также грамотрицательные анаэробы, в частности фузиформные бактерии, спирохеты и *Prevotella intermedia*.

Бурное развитие клеточных технологий не могло не коснуться весьма специфичной проблемы интеграционного потенциала дентальных имплантатов. В печати появились многочисленные сообщения [8, 10, 11, 12, 15, 17, 19, 20, 21] о выделении стволовых клеток, детерминирующих формирование области контакта периодонт-периодонтальная связка. С учетом этого факта в настоящее время осуществляется разработка метода воссоздания прямого контакта «имплантат-мягкотканые элементы» в области абатмента имплантата, что, по мнению авторов [5, 27], возможно, приблизит решение проблемы инфицирования тканевого комплекса периимплантационной зоны в данной области.

Таким образом, анализ основных тенденций, преобладающих в современных взглядах на процессы интеграции при дентальной имплантации и использовании ортопедических конструкций, позволяет сделать следующие выводы.

1. Процессы интеграции и остеоинтеграции, как оптимальные варианты, являются по своему биологическому содержанию и механизмам развития проявлением регенераторной реакции костной ткани на ее повреждение.

2. Факторами, определяющими эффективность функционирования дентальных имплантатов, являются такие характеристики поверхности имплантатов, как химический состав, смачиваемость, степень развитости, энергетический потенциал.

ЛИТЕРАТУРА (пп. 4-28 см. в REFERENCES)

1. Кулаков А.А., Григорьян А.С., Архипов А.В. Влияние различных способов модификации поверхности дентальных имплантатов на их интеграционный потенциал // *Стоматология*. 2012. № 6. С. 75-77.
2. Матвеева А.И., Ширина Д.Д., Полякова С.В. Влияние гигиены полости рта больных на результаты ортопедического лечения с использованием имплантатов // *Труды 2-го Всероссийского конгресса по дентальной имплантологии*. Самара, 2002. С. 84-89.
3. Полякова С.В., Матвеева А.И., Гветадзе Р.Ш. Влияние вида протезной конструкции на отдаленные результаты дентальной имплантации // *Актуальные проблемы ортопедической стоматологии и ортодонтии*. М., 2002. С. 202-204.

REFERENCES

1. Kulakov A. A., Grigoryan A. S., Arkhipov A. V. Vliyaniye razlichnykh sposobov modifikatsii poverkhnosti dentalnykh implantatov na ikh integratsionnyy potentsial [Influence of different methods of modifying the surface of dental implants on their integration potential]. *Stomatologiya - Stomatology*, 2012, No. 6, pp. 75-77.
2. Matveeva A. I., Shirina D. D., Polyakova S. V. [Influence of oral health of patients on treatment using orthopedic implants]. *Trudy 2-go Vserossiyskogo kongressa po dentalnoy implantologii* [Proceedings of the 2nd All-Russian Congress on dental implantology]. Samara, 2002, pp. 84-89. (In Russ.)
3. Polyakova S. V., Matveeva A. I., Gvetadze R. Sh. Vliyaniye vida proteznoy konstruksii na otdalennyye rezultaty dentalnoy implantatsii. Aktualnyye problemy ortopedicheskoy stomatologii i ortodontii [Influence of type of prosthetic design on long-term results of dental implantation. Actual problems of prosthetic dentistry and orthodontics]. Moscow, 2002. 202-204 p.
4. Albrechtsson T. E., mBronemark P. L., Hansson H. A. Osteointegrated titanium implants. *Acta orthopeda Scandinavia*, 2009, Vol. 52, pp. 155-170.
5. Berglundh T. J., Linthe J., Ericsson I. The soft tissue barrier at implants and the teeth. *Clinical Oral Implants Research*, 2011, No. 2, pp. 81-90.
6. Byoung-Moo S., Masako M., Sara B. Multipotent postnatal stem cells from human periodontal ligament. *Lancet*, 2014, Vol. 10, pp. 15-24.
7. Clark M. Surface modification of biomedical and dental implants and the processes of inflammation. Wound healing and bone formation. *Journal of Molecular Sciences*, 2010, No. 11, pp. 336-354.
8. Duailibi MT, Duailibi SE, Young CS, Bartlett JD, Vacanti JP, Yelick PC. Bioengineered teeth from cultured rat tooth bud cells. *Journal of Dental Research*, 2004, Vol. 83, No. 7, pp. 523-528.
9. Grassy S., Piatelly A., Feres V. Histologic evaluation of early human bone response to different implants surface. *Journal of Periodontology*, 2006, Vol. 77, pp. 1736-1743.
10. Honda MJ, Tsuchiya S, Sumita Y, Sagara H, Ueda M. The sequential seeding of epithelial and mesenchymal cells for tissue-engineered tooth regeneration. *Biomaterials*. 2007, Vol. 28, No. 4, pp. 680-689.

11. Hu B, Nadiri A, Kuchler-Bopp S, Perrin-Schmitt F, Peters H, Lesot H. Tissue engineering of tooth crown, root, and periodontium. *Tissue Engineering*, 2006, Vol. 12, No. 8, pp. 2069-2075.
12. Ikeda E, Tsuji T. Growing bioengineered teeth from single cells: potential for dental regenerative medicine. *Expert Opinion on Biological Therapy*, 2008, Vol. 8, No. 6, pp. 735-744.
13. Johansson C. B., Roser K., Bolind P., Albrektsson T.E. Bone-tissue formation and integration of titanium implants: an evaluation with New-Ly developed enzyme and immunohistochemical techniques. *Clinical Implant Dentistry and Related Research*, 2009, No. 1, pp. 33-40.
14. Kawaguchi H., Harachi A., Hasegawa N. Enhancement of periodontal tissue regeneration by transplantation of bone marrow mesenchymal stem cells. *Journal of Periodontology*, 2004, Vol. 75, pp. 1281-1287.
15. Kawazoe Y, Katoh S, Onodera Y, Kohgo T, Shindoh M, Shiba T. Activation of the FGF signaling pathway and subsequent induction of mesenchymal stem cell differentiation by inorganic polyphosphate. *International Journal of Biological Sciences*, 2008, Vol. 4, No. 1, pp. 37-47.
16. Klein-Nulend J., van der Plas A., Semeins N.E., Frangos J.I., Burger E.H. Sensitivity of osteocytes to biomechanical stress in vitro. *Federation of American Societies for Experimental Biology Journal*, 2005, Vol. 9, pp. 441-445.
17. Modino SA, Sharpe PT. Tissue engineering of teeth using adult stem cells. *Archives of Oral Biology*, 2005, Vol. 50, No. 2, pp. 255-258.
18. Mona K. M., Vanal M. S. Experimental formation of periodontal structure around titanium implants utilizing bone marrow mesenchymal stem cells. A pilot study. *European Journal of Oral Implantology*, 2009, Vol. 35, pp. 107-129.
19. Nakahara T, Ide Y. Tooth regeneration: implications for the use of bioengineered organs in first-wave organ replacement. *Human Cell*, 2007, Vol. 20, No. 3, pp. 63-70.
20. Nakashima M, Akamine A. The application of tissue engineering to regeneration of pulp and dentin in endodontics. *Journal of Endodontics*, 2005, Vol. 31, No. 10, pp. 711-718.
21. Ohazama A, Modino SA, Miletich I, Sharpe PT. Stem-cell-based tissue engineering of marina teeth. *Journal of Dental Research*, 2004, Vol. 83, No. 7, pp. 518-522.
22. Park J. Y., Devis J. E. Clinical oral implants research. *Acta Orthopaedica Scandinavica*, 2010, Vol. 12, pp. 530-539.
23. Rupp F., Sheideler L., Olshanska N. Enhancing surface free energy and hydrophilicity through chemical modification of microstructured titanium implants surfaces. *Journal of Biomedical Materials Research*, 2005, Vol. 76, pp. 323-334.
24. Schliepake H., Schanveber D., Dard M. Functionalization of dental implants surface using adhesion molecules. *Journal of Biomedical Materials Research Part B*, 2005, Vol. 73, pp. 88-96.
25. Stanford C. M., Schneider G. B. Functional behaviour of bone around dental implants. *Gerontology*, 2014, Vol. 21, pp. 71-77.
26. Sul Y. T., Johansson C., Wennerberg A., Cho L.R. Optimum surface properties of oxidized implants for reinforcement of osseointegration surface chemistry? *International Journal of Oral & Maxillofacial Implants*, 2005, Vol. 20, pp. 349-359.
27. Tete S., Bianchi F., Zizzari A., Scarano V. Collagen fiber orientation around machined titanium and zirconia dental necks: an animal study. *Federation of American Society of Experimental Biology Journal*, 2011, Vol. 11, pp. 52-58.
28. Wennerberg A., Albrektsson T., Andersson B. Bone tissue response to commercially pure titanium implants blasted with fine and coarse particles of aluminium oxide. *International Journal of Oral and Maxillofacial Implants*, 2006, Vol. 11, pp. 38-45.

Сведения об авторах:

Муллоджанов Гайрат Элмурадович – соискатель-докторант кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

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

Контактная информация:

Ашуров Гаюр Гафурович – моб.: +992988710992

ЮБИЛЕЙ



МУРАДОВ АЛИШЕР МУХТАРОВИЧ (к 50-летию со дня рождения)

1 января 2016 года исполнилось 50 лет известному таджикскому ученому, анестезиологу-реаниматологу Мурадову Алишеру Мухтаровичу - доктору медицинских наук, профессору, заведующему кафедрой эфферентной медицины и интенсивной терапии Государственного образовательного учреждения «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан».

Мурадов А.М. в 1991 году с отличием окончил лечебный факультет ТГМИ им. Абуали ибн Сино. В этом же году прошёл клиническую интернатуру по анестезиологии и реаниматологии на базе ГКБ №5 г. Душанбе. С 1985 по 1988 год служил в рядах Вооружённых Сил СССР.

В 1993 году поступил в аспирантуру при кафедре анестезиологии и реаниматологии Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров и успешно защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Коррекция нарушений негазообменных функций лег-

ких у родильниц с гестозами, осложнёнными геморрагическим синдромом и острой почечной недостаточностью». С 1996 по 1999 год являлся ассистентом кафедры анестезиологии и реаниматологии ТИППМК.

В 1999 году благополучно защитил докторскую диссертацию на тему: «Нарушения нереспираторных функций легких при синдроме острых легочных повреждений у больных в критических состояниях (патогенез, клиника, диагностика и лечение)» в Санкт-Петербургской академии последипломного образования.

С 2000 г. заведовал курсом, а затем – кафедрой эфферентной медицины и интенсивной терапии. В 2002 году получил ученое звание профессора.

С 2000 по 2007 годы был директором Городского научного центра реанимации и детоксикации, который был им организован. С 2008 года и по настоящее время является научным руководителем этого центра.

С 2001 по 2015 годы работал проректором по научной и издательской деятельности ГОУ ИПОвСЗ РТ. За период работы на должности проректора при его активном участии были организованы диссертационные советы по специальностям: анестезиология и реаниматология, стоматология, а также по общественному здоровью и здравоохранению, а с 2011 года – выпуск научно-практического журнала Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров.

С 2002 года является председателем диссертационного совета по анестезиологии, реаниматологии и стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, где успешно прошли защиту кандидатских диссертаций более 80 соискателей и аспирантов.

Профессор Мурадов А.М. является автором 5 монографий («Синдром нарушения нереспираторных функций легких», «Геморрагический синдром и его осложнения у родильниц с гестозами», «Современные аспекты комплексного лечения острых легочных нагноительных заболеваний», «Новые аспекты диагностики и комплексного лечения нагноившегося эхинококкоза легких», «Диагностика и лечение закрытых сочетанных травм груди»), более 225 научных работ, 4 учебных пособий, 4 патентов на изобретения и 22 рационализаторских предложений. В руководстве «Неотложные состояния в практике семейного врача» им написаны три главы, посвященные интенсивной терапии и реанимации. Он входит в коллектив авторов книги «Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров». Является разработчиком 15 учебных программ.

Под его руководством защищены 4 докторские и 25 кандидатских диссертаций.

Алишер Мухтарович награжден Государственной премией им. И. Сомони, орденом «Шараф» 2 степени, юбилейной медалью Президентской гвардии РТ, медалью Пограничных войск Комитета национальной безопасности РТ, медалью Совета Юстиции РТ, Отличник здравоохранения РТ.

В настоящее время является заведующим кафедрой эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ ИПОвСЗ; научным руководителем ГНЦРД; членом редакционно-издательского совета АМН МЗиСЗН РТ; межкафедральных экспертных комиссий по хирургии и стоматологии, терапии и общественного здоровья и здравоохранения ГОУ ИПОвСЗ; главным внештатным специалистом МЗиСЗН РТ по вопросам эфферентной медицины и интенсивной терапии; членом Ученого Совета ГОУ ИПОвСЗ, Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии и Республиканского научного центра трансплантации органов и тканей человека; является членом редакционного совета международного журнала «Анестезиология и интенсивная терапия» Центральной Азии и Казахстана, «Здравоохранение Таджикистана», «Вестник академии медицинских наук Таджикистана», «Педиатрия и детская хирургия РТ», редакционной коллегии «Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения».

*Коллектив, редколлегия и редакция журнала
«Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения»
поздравляют дорогого Алишера Мухтаровича с юбилеем,
желают ему крепкого здоровья и творческих успехов!*

