



WWW.TIPRMK.TJ/  
JOURNAL



ТИПОГРАФИЯ  
ООО «АЗИЯ-ПРИНТ»

Редактор:  
Р.Р.Рофиев  
Технический редактор:  
С. Юлдашева  
Зав. редакцией:  
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

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

Сдано в набор 25.06.2016 г.  
Подписано в печать 10.07.2016 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 баъдидипломи соҳаи тандурустӣ

Вестник последипломного образования  
в сфере здравоохранения

Выходит один раз в 3 месяца

Основан в 2011 г.

2 • 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.), **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

**2 • 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), **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

**Болтуев К.Х.**  
 Видеолaparоскопическое лечение острого аппендицита, осложнённого перитонитом 5

**Джабарова Т.С., Мухиддинов Н.Д., Одинаев Ф.И.**  
 Основные тенденции формирования кадрового потенциала системы здравоохранения в Республике Таджикистан 9

**Кадыров З.А., Ишонаков Х.С., Сайдуллоев Л.**  
 Результаты трансректального исследования простаты у больных с хроническими воспалительными заболеваниями прямой кишки и предстательной железы 15

**Касымова З.Н.**  
 Тактика ведения родов у женщин с заболеваниями сердечно-сосудистой системы по Согдийскому областному родильному дому 19

**Касымова С.Д., Турдалиева Н.М.**  
 Влияние йодного дефицита на половое развитие подростков 23

**Махмудова Р.У., Закирова К.А., Махмудова П.У.**  
 Распространенность туберкулеза среди ВИЧ-инфицированных лиц 26

**Муллоджанов Г.Э., Каримов С.М., Гурезов М.Р., Ёраков Ф.М.**  
 Клинико-рентгенологические результаты протетического лечения соматических больных с использованием дентальной имплантации 29

**Муминов С., Курбонов К.М., Расулов Н.А., Рафиков С.Р., Ховари Н.**  
 Ультразвуковые признаки при желчном перитоните 37

**Мухиддинов Н.Д., Джабарова Т.С., Джурракулова Ф.М.**  
 Оптимизация роли медицинских сестер в оказании первичной медико-санитарной помощи населению 42

**Рахимов Н.Г., Амонова Ш.Ш., Давлятова Г.К., Мурадов А.М., Мурадов А.А., Амонова Ш.Ш.**  
 Особенности центральной и легочной гемодинамики у беременных с пре- и эклампсией 46

**Нозиров Дж.Х., Шокиров Т.М., Нарзулаева А.Р.**  
 Особенности распространения кардиоваскулярных факторов риска среди неорганизованной популяции Турсунзадевского района РРП по результатам скрининговых исследований и вопросы их профилактики 53

**Boltuev K.H.**  
 Videolaparoscopic treatment of acute appendicitis complicated by peritonitis 5

**Dzhabarova T.S., Mukhiddinov N.D., Odinaev F.I.**  
 Main tendencies of formation of personnel potential of the healthcare system in the Republic of Tajikistan 9

**Kadyrov Z.A., Ishonakov H.S., Saydulloev L.**  
 Results of transrectal research of prostate in patients with chronic inflammatory diseases of the rectum and prostate gland 15

**Kasymova Z.N.**  
 Tactics of holding of childbirth in women with diseases of cardio-vascular system in Sogd regional maternity hospital 19

**Kasymova S.D., Turdalieva N.M.**  
 Influence of iodine deficiency on the sexual maturation of teenagers 23

**Makhmudova R.U., Zakirova K.A., Makhmudova P.U.**  
 The prevalence of tuberculosis among HIV-infected persons 26

**Mullodzhanov G.E., Karimov S.M., Gurezov M.R., Yorakov F.M.**  
 Clinical and X-ray results of protetic treatment of somatic patients by dental implantation 29

**Muminov S., Kurbonov K.M., Rasulov N.A., Rafikov S.R., Khovari N.**  
 Ultrasound signs at choleperitonitis 37

**Mukhiddinov N.D., Dzhabarova T.S., Dzjurakulova F.M.**  
 Optimization of the role of nurses in assisting of primary health care to the population 42

**Rakhimov N.G., Amonova Sh.Sh., Davlyatova G.K., Muradov A.M., Muradov A.A., Amonova Sh.Sh.**  
 Features of central and pulmonary hemodynamics in pregnant women with pre- and eclampsia 46

**Nozirov J.Kh., Shokirov T.M., Narzulaeva A.R.**  
 Extended features of cardiovascular risk factors among the unorganized population of Tursunzade district according to the results of screening studies and their prevention 53

**Нуров Д.И., Ашууров Г.Г.**

Взаимообуславливающие изменения уровня эмалевой резистентности, интенсивности кариеса и реминерализирующей способности ротовой жидкости у соматических больных

60

**Ортикова М.М., Мирзоева З.А., Гуломова М.О., Давлятова Д.Д.**

Изучение и анализ факторов риска распространения гельминтных заболеваний среди членов семей, проживающих в городе Истаравшан, Аштском районе Согдийской области, районе Хамадони Хатлонской области, городе Душанбе Республики Таджикистан

64

**Садиков Ф.О., Каримов С.М., Ашууров Г.Г.**  
Критерии оценки качества композитных реставраций зубов

71

**Самадова Г.А., Додобаева Б.С., Шарипова Ш.Т., Муллоев А.М.**

Некоторые социально-экономические аспекты таджикских семей

75

**Сироджов К.Х., Холов Д.И., Рахимов А.Т., Сафаров А.**

Оптимизированный подход к лечению больных с сочетанными переломами конечностей с учетом нарушений некоторых аспектов липидного спектра

80

**Хайридинов М.Т., Сафаров М.И., Хайридинов Д.М., Курбанова Х.А.**

Коррекция инсулинорезистентности у больных инсулинонезависимым сахарным диабетом с полным метаболическим синдромом

85

## ОБЗОР

**Салимов Б.М., Касымов О.И., Муниева С.Х.**  
Иммунологические нарушения при онхомикозах

89

## СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

**Джамолов Ф.П., Очилзода А.А., Муталибов А.З., Бободжанов Р.У.**

Случай хоанального полипа, спускающегося в гипофарингс, у ребенка в возрасте семи месяцев

95

## В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

**Муродова Ш.М., Мухиддинов Н.Д., Саидов А.С.**

Оптимизация хирургического лечения больных с долихосигмой эндовидеохирургическим способом

98

## ЮБИЛЕЙ

В память об учёном, враче и учителе (к 80-летию профессора Мурадова Мухтара Кадыровича)

103

**Nurov D.I., Ashurov G.G.**

Mutualconditioned change of level enamel resistance, intensities of caries and remineralization ability of oral liquid beside somatic patient

**Ortikova M.M., Mirzoeva Z.A., Gulomova M.O., Davlyatova D.D.**

Investigation and analysis of risk factors of prevalence of helminth diseases among family members residing in the city of Istaravshan, Asht region, Sogd region, Hamadoni region, Khatlon region, Dushanbe of Tajikistan

**Sadikov F.O., Karimov S.M., Ashurov G.G.**  
Quality criterias of evaluation tooth restoration

**Samadova G.A., Dadabaeva B.S., Sharipova Sh.T., Mulloev A.M.**

Some socio-economic aspects of tajik families

**Sirodzhov K.H., Kholov D.I., Rakhimov A.T., Safarov A.**

Optimized approach for the treatment of patients with associated fractures of extremities with abnormality of some aspects of lipid spectrum

**Khayridinov M.T., Safarov M.I., Khayridinov D.M., Kurbanova Kh.A.**

Correction of insulin resistance in patients with insulin-independent diabetes mellitus with full metabolic syndrome

## REVIEW

**Salimov B.M., Kasymov O.I., Munieva S.Kh.**  
Immunological disorders in onihomikosis

## CASE FROM PRACTICE

**Dzhamolov F.P., Ochilzoda A.A., Mutalibov A.Z., Bobodzhanov R.U.**

Case of descended into the hypopharynx choanal polyp, beside child aged seven months

## IN ASSIST TO PRACTICAL PHYSICIAN

**Murodova Sh.M., Mukhiddinov N.D., Saidov A.S.**

Optimization of surgical treatment with dolichosigma by endovideosurgical method

## ANNIVERSARY

In remembrance of scientists, doctors and teachers (on the 80th anniversary of Professor Muradov Mukhtar Kadyrovich)

## ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА МЕДИЦИНЫ

© К.Х. Болтуев, 2016

УДК 617.07;616.346.2-002

*Болтуев К.Х.*

### ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА, ОСЛОЖНЁННОГО ПЕРИТОНИТОМ

Кафедра хирургических болезней и эндохирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ  
ГКБ №5 г. Душанбе

*Boltuev K.H.*

### VIDEOLAPAROSCOPIC TREATMENT OF ACUTE APPENDICITIS COMPLICATED BY PERITONITIS

Department of surgical diseases and endosurgery of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan»  
City Clinical Hospital № 5 c. Dushanbe

**Цель исследования.** Изучить результаты и эффективность использования минимально инвазивной технологии у больных с острым деструктивным аппендицитом, осложнённым перитонитом.

**Материал и методы.** В Городской клинической больнице № 5 г. Душанбе видеолaparоскопическому вмешательству были подвергнуты 130 пациентов с острым деструктивным аппендицитом, осложнённым перитонитом, в возрасте от 18 до 70 лет (средний возраст 36,4 года). Мужчин было 56, женщин - 74. Диагностика острого аппендицита, осложнённого перитонитом, основывалась на наличии жалоб, перитонеальных симптомов и на этапе эндовидеохирургических вмешательств.

**Результаты.** По данным морфологического исследования червеобразного отростка после лапароскопических операций выявлены следующие формы острого аппендицита: флегмонозный – у 88 (67,7%), гангренозный – у 28 (21,5%), гангренозно-перфоративный – у 14 (10,8%) пациентов. При этом местный перитонит диагностирован у 81 больного, диффузный – у 32, разлитой – в 17 случаях. Все больные оперированы эндовидеохирургическим способом под эндотрахеальным наркозом. Объём операции заключался в удалении червеобразного отростка, санации брюшной полости растворами антисептиков и дренировании брюшной полости.

**Заключение.** Главными преимуществами минимально инвазивных вмешательств является существенное снижение тяжести хирургической агрессии, частоты гнойно-септических осложнений, меньшая травматизация внутренних органов и снижение вероятности спаикообразования. Также минимизируются затраты на лечение и реабилитацию этих больных.

**Ключевые слова:** видеолaparоскопия, острый аппендицит, перитонит

**Aim.** To examine the results and effectiveness of the use of minimally invasive technologies to patients with acute destructive appendicitis complicated by peritonitis.

**Materials and methods.** In the city hospital 5 the department of General surgery 1 video laparoscopic intervention were subjected 130 patients with acute destructive appendicitis complicated by peritonitis aged 18 to 70 years. Men 56, women 74. Diagnosis of acute appendicitis complicated by peritonitis was based on the presence of complaints of patients, the peritoneal symptoms and the stage of endovideosurgical interventions.

**Results.** According to the morphological study of the vermiform appendix after laparoscopic operations performed for acute appendicitis, local peritonitis diagnosed 81 patients 32 diffuse, generalized in 17 cases. All patients were operated using endovideosurgical method under endotracheal anesthesia. The volume of operations was the removal of the appendix, hygiene, methodical lavage of the abdominal cavity with an antiseptic solution. Drainage of the abdominal cavity.

**Conclusion.** Minimally invasive intervention in peritonitis of appendicular origin, are performed according to indications have undeniable advantages over traditional methods the main advantages of minimally invasive procedures is a significant reduction in the severity of surgical aggression, the frequency of purulent – septic complications, less trauma of internal organs and the probability of adhesion formation. The cost of treatment and rehabilitation of patients with peritonitis of appendicular origin is much lower when minimally invasive interventions.

**Key words.** videolaparoscopy, acute appendicitis, peritonitis

### Актуальность

Среди острой патологии органов брюшной полости диагностика и лечение острого деструктивного аппендицита, осложнённого перитонитом, до настоящего времени остаются одними из наиболее актуальных проблем хирургии, что обусловлено высокой частотой послеоперационных осложнений и летальности [1, 5].

Главным компонентом комплексного лечения распространённого перитонита аппендикулярного происхождения по-прежнему является санация брюшной полости, от качества выполнения которой во многом зависит динамика развития патологического процесса, а также необходимость проведения последующих обработок брюшной полости [6, 7].

Несмотря на определённые достижения в диагностике и лечении острого деструктивного аппендицита, осложнённого перитонитом, связанные с внедрением новых технологий, количество послеоперационных осложнений остаётся достаточно высоким, в пределах 5-9% [2, 4]. Частота случаев летальных исходов в России по поводу острого аппендицита на протяжении последних лет сохраняется на уровне 0,05-0,7%, а при осложнённых формах заболевания достигает 4,3-5,8% [3, 8].

Несмотря на достижения современной медицины, ряд проблем, касающихся адекватной санации брюшной полости, остаётся решённым не до конца, что делает целесообразным продолжение исследований в указанном направлении с целью улучшения результатов хирургического лечения больных с перитонитом аппендикулярного происхождения.

### Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением в ГКБ №5 г. Душанбе находилось 130 пациентов (основная группа) с острым деструктивным аппендицитом, осложнённым перитонитом, подвергнутых видеолaparоскопическому вмешательству, и 110 больных (контрольная группа), которым операция была проведена традиционным методом. Среди больных большинство составили женщины – 74, мужчин было 56. Возраст пациентов колебался от 18 до 70 лет (в среднем 36,4 года). Из общего количества больных 62 (47,6%) поступили в сроки от 12 до 24 часов, 42 (32,3%) – от 24 до 48 часов и 26 (20,1%) – позже 48 часов от начала заболевания.

Всем пациентам были проведены: лабораторные и инструментальные методы диагностики, УЗИ, рентгенография брюшной полости, диагностическая лапароскопия и морфологическое исследование червеобразного отростка.

На этапе эндовидеолaparоскопии выявлены следующие морфологические формы острого аппендицита: флегмонозный – 88 (67,7%) случаев, гангренозный – 28 (21,5%), гангренозно-перфоративный – у 14 (10,8%) больных. При этом местный перитонит был диагностирован у 81 (62,3%), диффузный – у 32 (24,6%) и разлитой – у 17 (13,1%) больных. Все пациенты оперированы лапароскопически, по стандартной общепринятой методике с использованием трёх троакаров (два рабочих и один для лапароскопа).

Статистическая обработка материала произведена по методу Ньюмена – Кейлса.

### Результаты и их обсуждение

Больные, подвергшиеся видеолaparоскопическому вмешательству (130), оперированы под эндотрахеальным наркозом. Оценку состояния брюшной полости начинали на этапах введения троакаров и обзорной видеолaparоскопии. Уточняли источник перитонита, степень распространённости воспалительного процесса в брюшной полости и определяли дальнейшую тактику лечения.

Для изучения эффективности минимально инвазивных хирургических вмешательств был выполнен сравнительный анализ непосредственных результатов лечения больных с острым аппендицитом, осложнённым перитонитом, прооперированных эндовидеохирургическим и традиционным способами. При анализе результатов лечения пациентов с перитонитом аппендикулярного происхождения становится очевидным, что главными преимуществами эндовидеохирургического вмешательства являются: существенное снижение тяжести хирургической агрессии, частоты гнойно-септических и раневых осложнений, а так же меньшая травматизация передней брюшной стенки, внутренних органов.

Продолжительность видеолaparоскопической операции в среднем составила  $60 \pm 5,3$  минут, традиционной –  $87 \pm 6,1$  минут.

С целью изучения влияния доступа на частоту развития осложнений были проанализи-

рованы результаты лечения 2 групп больных, сопоставимых по полу, возрасту, частоте и характеру процесса и тяжести состояния. Харак-

тер и частота послеоперационных осложнений при традиционных и миниинвазивных доступах показаны в таблице 1.

Таблица 1

*Частота послеоперационных осложнений при остром аппендиците, осложнённом перитонитом*

<i>Послеоперационные осложнения</i>	<i>Основная группа (n=130)</i>	<i>Контрольная группа (n=110)</i>
	<i>число больных</i>	<i>число больных</i>
<i>Нагноение раны</i>	8	17
<i>Инфильтраты брюшной полости</i>	3	6
<i>Абсцессы брюшной полости</i>	–	2
<i>Подкожная эвентрация</i>	–	2
<i>Ранняя спаечная кишечная непроходимость</i>	–	1
<b>Всего</b>	<b>11(8,5%)</b>	<b>28 (25,5%)</b>

Как следует из таблицы, в основной группе послеоперационные осложнения наблюдались в 3 раза реже, чем в контрольной, что свидетельствует о высокой эффективности применения минимально-инвазивной технологии в лечении острого деструктивного аппендицита, осложнённого перитонитом.

Для сравнительного анализа выбраны следующие параметры: сроки нахождения пациентов в реанимационном отделении после выполнения оперативного вмешательства, длительность антибактериальной и инфузионной терапии, температурная реакция, выраженность болевого синдрома, а также сроки нормализации функции

желудочно-кишечного тракта, характер и частота развития послеоперационных осложнений.

Самым затратным этапом стационарного лечения больных является продолжительность курса интенсивной терапии в реанимационном отделении. Сроки нахождения пациентов в реанимационном отделении представлены в таблице 2. Показанием к пребыванию пациентов в реанимационном отделении является тяжесть состояния больного и патологического процесса в брюшной полости, необходимость нормализации функции дыхательной и сердечно-сосудистой систем после наркотической депрессии, тяжесть самого оперативного вмешательства.

Таблица 2

*Продолжительность лечения больных в реанимационном отделении*

<i>Сроки лечения в реанимации</i>	<i>Традиционные вмешательства (n=110)</i>	<i>Миниинвазивные вмешательства (n=130)</i>
<i>До 6 часов</i>	–	7 (5,0%)
<i>6-12 часов</i>	5 (4,6%)	3 (2,3%)
<i>12-24 часа</i>	15 (14,6%)	2 (1,5%)
<i>24-48 часов</i>	11 (10,0%)	–
<i>48-72 часа и более</i>	3 (2,7%)	–
<b>Всего</b>	<b>34 (30,9%)</b>	<b>12 (9,2%)</b>

Как видно из таблицы, больных, прооперированных малоинвазивным способом и находившихся в палате интенсивной терапии до 6 часов, было 7 (5,4%). Оперированных традиционным способом и нуждавшихся в получении курса интенсивной терапии в течение минимум 24 часов оказалось 15 (13,6%) пациентов.

Длительность инфузионной терапии в группе больных, оперированных традиционным способом, составила  $5 \pm 1,5$  дня. На полное энтеральное питание пациенты переводились на 3–5 сутки в зависимости от тяжести и распространённости воспалительного процесса в брюшной полости. Дисфункция желудочно-кишечного тракта в виде

сброса застойного содержимого по желудочному зонду и угнетения кишечной перистальтики в течение трёх суток сохранялась у 8, четырёх суток – у 5 и более пяти суток – у 3 больных. При миниинвазивных вмешательствах длительность инфузионной терапии в среднем составила один день, после чего все больные были переведены на энтеральное питание.

Следовательно, существенным фактором развития послеоперационной энтеральной недостаточности, наряду с повреждением внутренних органов, является травматичность применяемого доступа, т.е. тяжесть хирургической агрессии. Продолжительность антибактериальной терапии зависела от температурной реакции, сохранения пареза кишечника и наличия различных послеоперационных осложнений. Продолжительность антибактериальной терапии при видеолaparоскопических вмешательствах составила в среднем  $3,8 \pm 1$  день. При этом необходимости смены антибиотиков не возникало. При традиционных вмешательствах сроки антибактериальной терапии составили  $8,2 \pm 2$  дня. В связи с неэффективностью применяемой терапии 15 больным этой группы была произведена смена антибиотиков на препараты из группы цефалоспоринов IV поколения.

Болевой синдром при эндовидеоскопических вмешательствах отмечался лишь в первые сутки и купировался введением баралгина, тогда как во второй группе все больные в первые трое суток получали обезболивающие препараты. Температура более  $38^\circ\text{C}$  в течение 2 суток отмечена только у 2 больных, оперированных миниинвазивным способом. При традиционных вмешательствах температура выше  $38^\circ\text{C}$  в течение 3-7 дней наблюдалась у 28 (25,4%) пациентов.

Средний срок стационарного лечения больных после минимально инвазивных вмешательств составил  $4,5 \pm 1,9$  суток, после традиционных вмешательств –  $10,5 \pm 2,1$  суток. Послеоперационные осложнения в группе больных, оперированных минимально инвазивным способом, были лишь в 11 (8,5%) случаях. Необходимости в выполнении повторных операций не возникало. После традиционных вмешательств возникновение таких осложнений, как подкожная эвентрация в двух случаях и ранняя спаечная кишечная непроходимость в одном, потребовало проведения повторной операции.

Таким образом, главными преимуществами минимально инвазивных вмешательств являются: существенное снижение тяжести хирургической агрессии, частоты возникновения гнойно-септических осложнений, меньшая травматизация внутренних органов и снижение вероятности спайкообразования. Затраты на лечение и реабилитацию больных с перитонитом аппендикулярного происхождения значительно ниже при

минимально инвазивных вмешательствах.

## Выводы

1. Видеолaparоскопия при остром аппендиците, осложнённом перитонитом, позволяет правильно оценить наличие и распространённость процесса в брюшной полости и выбрать адекватный операционный доступ.

2. Эндовидеохирургическое вмешательство при остром аппендиците, осложнённом перитонитом, является эффективным методом, обеспечивающим санацию с полным удалением экссудата из всех отделов живота и адекватное дренирование брюшной полости.

3. Применение видеолaparоскопии при аппендикулярном перитоните позволяет уменьшить число послеоперационных осложнений с 25,4% до 8,4%, по сравнению с традиционным способом.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Арутюнян Ю.А. Возможности лапароскопической хирургии в лечении заболеваний, осложнённых перитонитом // Вестник хирургии Армении. 2001. № 1. С. 33-36.

2. Брискин Б.С., Демидов Д.А. Энтеросорбция пектин-содержащим препаратом в лечении перитонита // Хирургия. 2005. № 4. С. 14-19.

3. Комаров Н.В., Маслагин А.С., Комаров Р.Н. Хирургическое лечение больных с осложнениями язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Вестн. хир. 2001. Т.160, №2. С.104-106.

4. Рязузов И.А. Видеолaparоскопическая диагностика и лечение больных с острым аппендицитом: автореферат дисс. ... канд. мед. наук. Воронеж, 2004. 33с.

5. Савельев В.С., Кубышкин В.А. Панкреонекроз, состояние и перспектива // Хирургия. 2000. № 6. С.22-29.

6. Савельев В.С., Кригер А.Г. Лапароскопические вмешательства в неотложной хирургии: состояние, проблемы и перспективы // Эндоскопическая хирургия. 1999. № 3. С. 3-6.

7. Шелестюк П.И., Благитко Е.М., Ефремов А.В. Перитонит. Новосибирск: Наука, 2000. 302 с.

8. Шогенов А.А., Ржебаев К.Э., Кригер А.Г. Лапароскопия в диагностике острого аппендицита // Хирургия. 2000. №8. С. 14-19.

## REFERENCES

1. Arutyunyan Yu. A. Vozmozhnosti laparoskopicheskoy khirurgii v lechenii zabolevaniy, oslozhnennykh peritonitom [The possibilities of laparoscopic surgery in the treatment of diseases complicated by peritonitis]. *Vestnik khirurgii Armenii – Herald of Armenia surgery*, 2001, No. 1, pp. 33-36.

2. Briskin B. S., Demidov D. A. Enterosorbtsiya pektin-soderzhashchim preparatom v lechenii peritonita [Enterosorption pectin-containing medicines in the treatment of peritonitis]. *Khirurgiya – Surgery*, 2005, No. 4, pp. 14-19.

3. Komarov N. V., Maslagin A. S., Komarov R. N. Khirurgicheskoe lechenie bolnykh s oslozhneniyami yazvennoy bolezni zheludka i dvenadtsatiperstnoy kishki [Surgical treatment of patients with complications of gastric ulcer and



duodenal ulcer]. *Vestnik khirurgii – Herald of surgery*, 2001, Vol. 160, No. 2, pp.104-106.

4. Ryaguzov I. A. *Videolaparoskopicheskaya diagnostika i lechenie bolnykh s ostrym appenditsitom*. Avtoreferat diss. kand. med. nauk [Videolaparoscopic diagnosis and treatment of patients with acute appendicitis. Extended abstract of candidate's of medical sciences thesis]. Voronezh, 2004. 33 p.

5. Savelev V. S., Kubyshkin V. A. Pankreonekroz, sostoyanie i perspektiva [Pancreatonecrosis, state and prospects]. *Khirurgiya – Surgery*, 2000, No. 6, pp.22-29.

6. Savelev V. S., Kriger A. G. Laparoskopicheskie vmeshatelstva v neotlozhnoy khirurgii: sostoyanie, problemy i perspektivy [Laparoscopic intervention in emergency surgery: state, problems and prospects]. *Endoskopicheskaya khirurgiya – Endoscopic surgery*, 1999, No. 3, pp. 3-6.

7. Shelestyuk P. I., Blagitko E. M., Efremov A. V. *Peritonit* [Peritonitis]. Novosibirsk, Nauka Publ., 2000, 302 p.

8. Shogenov A. A., Rzhebaev K. E., Kriger A. G. Laparoscopiya v diagnostike ostrogo appenditsita [Laparoscopy in the diagnosis of acute appendicitis]. *Khirurgiya – Surgery*, 2000, No. 8, pp. 14-19.

**Сведения об авторе:**

**Болтуев Комрон Хусейнович** – аспирант кафедры хирургических болезней и эндохирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

**Контактная информация:**

**Болтуев Комрон Хусейнович** – тел.: +992 934-53-77-55

© Коллектив авторов, 2016

УДК 614.2.07

*Джабарова Т.С., Мухиддинов Н.Д., Одинаев Ф.И.*

## ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ФОРМИРОВАНИЯ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

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

*Dzhabarova T.S., Mukhiddinov N.D., Odinaev F.I.*

## MAIN TENDENCIES OF FORMATION OF PERSONNEL POTENTIAL OF THE HEALTHCARE SYSTEM IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

Department of public health, economics, health care management with the course of medical statistics of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan»

**Цель исследования.** Изучение позиций, которые оказывают существенное влияние на формирование качественного потенциала медицинских кадров, независимо от типа учреждения и уровня его финансирования.

**Материал и методы.** Для анализа основных тенденций формирования кадрового потенциала медицинских учреждений проведено анкетирование среди руководителей учреждений здравоохранения районов (754 человека, из них 251 главный врач, 302 заместители главных врачей и 201 заведующий отделениями), врачей ЛПУ (1258 врачей, в том числе 223 заведующих отделениями и 1035 врачей-специалистов), медицинских сестер (всего 2578, из них главных и старших медсестер – 254, 564 акушерки, 1760 медицинских сестер) с последующим SWOT-анализом.

**Результаты.** Меняли место работы 58,3% опрошенных медицинских работников (врачебный персонал 49,8±1,4%, средние медицинские работники 67,3±0,8% случаев). Причины смены работы: 40,2±0,9% – рекомендации знакомых,

30,8±0,7% – по объявлению, 5,8±0,2% – по распределению после окончания учебного заведения, 24,7±0,6% – ранее работали в этом учреждении и вернулись обратно, 66,8±0,8% – другие причины. Ни один из участвующих в исследовании не был направлен службой занятости населения.

**Заключение.** На формирование качества персонала оказывает существенное влияние ряд особенностей: недостаточное привлечение при приеме на работу специалистов отдела кадров учреждений здравоохранения; отдел кадров в новых экономических условиях остается недоиспользованной и малоэффективной структурой в ЛПУ; отсутствует система отбора кандидатов на должность, проявляющаяся в разнообразии специалистов, участвующих в отборе, а также в приеме в учреждение специалистов на основании только собеседования, а иногда и без него.

**Ключевые слова:** кадровая служба, руководители учреждений здравоохранения, врачи, медицинские сестры

**Aim.** Studying positions that significantly influence on the formation of high-quality potential of health personnel, regardless of the type of institution and level of funding.

**Materials and methods.** To analyze the major trends shaping the human resource capacity of medical institutions, we conducted a survey among the heads of district health facilities (754 people, including 251 chief physicians, 302 deputy chief physicians and 201 heads of departments), medical health facilities (1258 doctors, including 223 heads of departments and 1035 medical specialists), nurses (of 2578, of which the principal and senior medsester – 254, 564 midwives, nurses, 1760) followed by SWOT analysis.

**Results.** That the change of work place, 58.3% of the polled health workers. Among the medical staff, the number was 49,8±1,4%, the average medical workers changed jobs in 67,3±0,8% cases. The frequency change of the place of work is different. 40,2 ± 0,9% of health professionals were looking for a new job on the recommendation of friends, 30,8±0,7% came to a medical facility on the ad, 5,8±0,2% for distribution after graduation, 24,7±0,6% previously worked in this institution and returned, 66,8±0,8% indicated other reasons. Neither was not involved in the study aims Employment Service.

**Conclusion.** On the formation of quality of personnel significantly influence a number of features: lack of involvement in hiring HR specialists of health care institutions, human resources department in the new economic environment remains underutilized and inefficient structure in health facilities, lack of system of selection of candidates for the position, which manifests itself in a variety of professionals involved in the selection and admission to an institution of experts on the basis of only the interview, and sometimes without it.

**Key words:** personnel service, heads of healthcare institutions, physicians, nurses

---

### **Актуальность**

Подготовка медицинских кадров, обеспечение ими медицинских учреждений здравоохранения являются начальными этапами формирования качества кадрового потенциала здравоохранения. Особого внимания требует работа с кадрами медицинских учреждений, направленная изначально на формирование их качества, а в дальнейшем - на сохранение и развитие.

На уровне органов и учреждений здравоохранения связь между выполнением непосредственной кадровой работы и управлением кадровыми ресурсами в широком смысле этого термина характеризуется большой гибкостью, так как любое изменение в выполняемой работе требует соответствующей квалификации, обеспечивающей достаточно быстрое принятие решения, оценки ситуации, если это необходимо – пересмотра некоторых нормативных документов, инструкций. Вышесказанное в немалой степени зависит от квалификации сотрудников службы в области кадрового менеджмента (отдела кадров, заместителя менеджера медицинского учреждения по кадровой политике).

Формирование структуры медицинских кадров учреждения включает ряд этапов [1, 2, 6].

Набор персонала означает: 1) выбор сотрудников в соответствии с необходимой квалификацией и утвержденным штатным расписанием; 2) создание определенного резерва кандидатов на работу в соответствии с планом.

Кандидатов обычно находят с помощью объявлений, помещаемых в газетах, через биржи труда, пользуясь устными источниками распространения информации и контактами с колледжами и университетами.

Целью набора кадров является обеспечение группы кандидатов, достаточно значительной по объему, чтобы предоставить организации возможность выбрать сотрудников нужной ей квалификации. Общий набор, используемый для оперативного персонала, осуществляется, когда организации требуется группа работников определенной категории, например, медицинские сестры. Это осуществляется с помощью сравнительно простых стандартных процедур из выпускников колледжей, училищ или университетов. До того, как будет осуществлен набор, должно быть четко установлено, для исполнения каких обязанностей, какой деятельности должны быть набраны сотрудники. Считают, что в связи с этим набору должен предшествовать анализ характера работ [3, 4, 5].

Отбор персонала осуществляется с помощью рассмотрения заявлений, характеристик, интервью, тестирования профессиональных умений, запросов и подробной информации, представляемой руководителями для решения вопроса найма на работу.

Таким образом, все основные функции деятельности отдела кадров – планирование человеческих ресурсов, набор персонала, отбор, социализация (введение в работу и в коллектив), обучение и развитие, оценка деятельности и продвижение, переводы, понижение и увольнения находятся во взаимной зависимости, подчинены логической последовательности и являются важнейшими составляющими процесса управления кадрами.

В этом плане нами изучены позиции, которые оказывают существенное влияние на формирование кадрового потенциала медицинских учреждений.

#### Материал и методы исследования

Нами проведено анкетирование среди руководителей (754 человека) учреждений здравоохра-

нения районов (в том числе 251 главный врач, 302 заместителя главных врачей и 201 заведующий отделениями), рядовых врачей (1258 человек) медицинских учреждений (в том числе 223 заведующих отделениями и 1035 врачей-специалистов), медицинских сестер (всего 2578, из них главных и старших медсестер – 254, 564 акушерки, 1760 медицинских сестер).

В работе применялись следующие методы исследования:

- контент-анализ;
- социологический (анкетирование медицинских работников);
- аналитический.

Анализ полученных материалов осуществлялся с применением статического анализа, ранжирования и SWOT-анализа.

#### Результаты и их обсуждение

Полученные материалы показали, что меняли место работы 58,3% опрошенных медицинских работников.

Таблица 1

*Пути трудоустройства медицинских работников  
(на 100 лиц соответствующей должности)*

Должность	Нашли место настоящей работы				
	по объявлению	по распределению	раньше работали в этом учреждении	по рекомендации знакомых	другие пути
Врачи	16,1±1,4	5,2±0,8	32,1±1,8	23,4±1,8	23,2±1,7
Руководители-врачи	–	–	64,3±8,4	–	51,2±8,8
Врачи-специалисты	18,6±1,5	6,3±0,8	28,9±1,8	28,1±1,9	30,1±1,7
Средние медработники в общем	23,4±0,9	35,9±1,0	5,9±0,5	24,9±1,1	9,9±0,8
Старшие мед. сестры	18,9±3,5	–	19,2±3,8	18,2±3,5	37,8±4,3
Медсестры	16,7±0,9	42,7±1,2	5,3±0,6	48,7±1,2	89,8±0,7
Акушерки	–	30,4±5,0	–	32,9±5,1	33,8±5,1
Фельдшера	89,7±2,0	–	–	–	44,6±3,5

Среди врачебного персонала настоящее место работы чаще всего нашли по рекомендациям своих знакомых – в 23,4±1,8 случаев, в 32,1±1,8 случаев раньше работали в данном учреждении; средние медицинские работники попали на новую работу чаще по распределению – 35,9±1,0 и по рекомендациям своих знакомых – 24,9±1,1 случаев. При этом частота смены места работы у врачей специалистов различна: 18,6±1,5% пришли в медицинское учреждение по объявлению, 6,3±0,8% – по распределению после окончания вуза, 28,9±1,8% ранее работали в этом учреждении и вернулись обратно, 30,1±1,7% указали на другие причины. Ни один из уча-

ствующих в исследовании не был направлен службой занятости населения (табл. 1).

Анализ механизма поиска нового места работы показал, что медицинские работники со средним образованием чаще, чем врачи, искали место работы по распределению (35,9±1,0% против 6,3±0,8% соответственно,  $p < 0,01$ ). Врачи чаще выбирают механизм поиска места работы по знакомству и по опыту работы в данном учреждении, а медицинский персонал со средним образованием – по знакомству и по объявлению, при этом ответы среднего медперсонала сильно различаются у медицинских сестер медучреждений, акушерок и фельдшеров.

Среди иных причин врачи-руководители указали устройство на работу по опыту в работы в данном учреждении – 64,3%, по другим причинам – 51,2%. У врачей в число данных механизмов вошли: сокращение ставок в больнице, семейные обстоятельства – по 2,9% соответственно, перевод – 1,9%; у медицинских сестер – семейные обстоятельства, смена места жительства – 7,6%, перевод – 4,2%, самообращение – 3,9%; у фельдшеров семейные обстоятельства отмечались в 4,3% случаев, смена места жительства в 12,7%.

В нашем исследовании в учреждениях здравоохранения наиболее распространенным способом отбора кандидатов на вакантные должности заведующего отделением, врача, старшей медсестры (табл. 1) является собеседование – 100%, в 3,1±0,5% проводили психологическое тестирование у врачей, в 2,8±0,4% ничего не проводили (табл. 2). Аналогичная ситуация прослеживается в самых различных типах учреждений; в городских больницах чаще, по сравнению с другими учреждениями, проводят собеседование (97,4% и 59,6% соответственно).

Таблица 2

*Методы отбора медработников в ЛПУ  
(на 100 лиц, работающих в данном учреждении)*

Должность	Методы отбора на должность				
	собеседование	тестирование с исп. анкет	психол. тестирование	сочетание	ничего не проводили
Зав. отдел.	97,4	–	2,6±0,3	–	–
Врачи	91,8	2,3±0,3	3,1±0,5	–	2,8±0,4
Старшие м/с	17,5	28,9±2,8	27,8±3,2	25,8±3,0	–
Мед. сестры	59,6±0,7	12,8±0,7	9,8±0,5	17,8±0,8	–
Акушерки	88,8±1,8	–	11,2±1,9	–	–
Фельдшера	93,7±1,7	–	–	–	6,3±1,4

В специализированных учреждениях третьего уровня (кардиохирургия, отделения реконструктивной хирургии и др.), в отличие от других, проводят тестирование, в том числе и психологическое, а также отбирают хирургических медсестер в результате стажировки. Однако, 1,2±0,3% медицинских работников указали, что с ними не проводили даже собеседования, т.е. после простого знакомства и непродолжительного разговора они были приняты на работу. Выше всего эти показатели в ЦРБ, СЦЗ – 13,7% и 12,2% соответственно, что связано с нехваткой кадров, особенно в условиях сельской местности.

По результатам наших исследований, в целом по всем категориям медицинского персонала собеседование является ведущим методом отбора кандидата. Тестирование проходят всего 6,3±1,4% фельдшеров, психологическое тестирование – в 6,5±1,4%, в целом тестирование проводится в 11,8% случаев. Чаще оно выполняется у медицинских сестер, особенно старших, по сравнению с врачебными кадрами. У 11,2±1,9 акушерок при приеме на работу проводили психологическое тестирование. Практически не используется тестирование при приеме на работу заведующих отделениями, а также фельдшеров. Сочетание методов отбора отмечается в 6,3±0,4% случаев.

Обращает на себя внимание тот факт, что с 2,8±0,4% врачей при приеме на работу не проводили даже собеседования. Также не было никаких методов отбора при приеме на работу 6,3±1,4% фельдшеров.

Анализ опроса медицинского персонала учреждений здравоохранения показал, что 73,5% сотрудников считают, что вопросами приема на работу должны заниматься руководители (главный врач или заведующий отделением в крупной больнице) и специалисты отдела кадров. 65,7% опрошенных находят необходимым проведение тестирования при приеме на работу. 78,5% сотрудников учреждений здравоохранения считают, что круг вопросов, решаемых отделами кадров, слишком узок. Из числа тех, кто считает необходимым расширение полномочий кадровой службы, 46,5% полагают, что в обязанности службы персонала необходимо включить разработку мероприятий по охране здоровья и гарантиям безопасности труда сотрудников. 40,5% опрошенных считают, что отдел кадров должен участвовать в наборе кадров и заниматься введением сотрудников в работу (проведение беседы, представление места работы, введение в коллектив и др.) 35,5% сотрудников отметили, что отделам кадров необходимо более активно проводить работу по планированию мероприятий повышения направленного на квалификацию медицинского персонала.

В участии сотрудников кадровой службы при разрешении возникающих в коллективе конфликтов заинтересованы 17,7% медицинских работников. Лишь 7,5% опрошенных считают, что сотрудники отделов кадров могут участвовать в оценке деятельности медицинского персонала.

Среди опрошенных 20,2% не удовлетворены сроками продвижения по службе, причем 24,5% врачей не устраивает их карьера. 15,5% врачей

считают, что ответственность за нормальный климат и благоприятную атмосферу в коллективе несут сотрудники отдела кадров.

В собеседовании при приеме на работу врачей в 58,1±1,5% случаев принимает участие непосредственно руководитель, в 6,9±0,8% случаев – сотрудник отдела кадров, главный врач принимает участие почти у половины всех случаев отбора кадров (табл. 3).

Таблица 3

*Должностные лица, принимающие участие в собеседовании с кандидатами при приеме на работу (на 100 опрошенных медицинских работников)*

Должность	Участвуют в собеседовании			
	сотрудник отдела кадров	руководитель учреждения	непосредственно будущий руководитель	сочетание
Зав. отделениями	–	78,5±3,5	–	21,5±3,5
Врачи	6,9±0,8	58,1±1,5	11,8±1,0	23,2±1,0
Старшие мед. сестры	2,6±3,4	44,5±3,4	35,9±3,4	17,0±3,5
Медсестры	11,0±0,9	38,2±1,1	37,5±1,1	13,3±0,8
Акушерки	9,7±1,8	53,4±3,3	36,9±3,1	
Фельдшера	9,2±3,0	23,7±2,7	40,2±3,1	26,9±2,7

При этом главный врач чаще принимает участие в отборе заведующих отделениями (78,5±3,5%). Естественно, доля их участия в собеседовании со средними медицинскими работниками значительно ниже ( $p < 0,01$ ). В то же время акушерки и фельдшера указали, что главные врачи принимали участие в собеседовании с ним чаще, чем непосредственно будущие руководители или сотрудники отдела кадров.

Значимую роль в отборе кадров играет непосредственный будущий руководитель учреждения, участвующий в исследованиях, – в 11,8±1,0% случаев отбора при собеседовании с врачами. Чаще

участие в собеседовании принимает непосредственный руководитель среднего медицинского персонала, чем врачебного: 35,9±3,4% против 11,8±1,0% ( $p < 0,01$ ). Однако следует отметить, что в собеседовании с кандидатами на должность врача их будущий непосредственный руководитель, а это, как правило, заведующий отделением, принимает участие лишь в 11,8±1,0 случаев. В работе с медицинскими сестрами это обстоит значительно лучше: участие будущего непосредственного руководителя медицинской сестры отметили 33-38% респондентов, а 23,7% указали на собеседование с главной и старшей медицинскими сестрами.

Таблица 4

*Мнение медработников о необходимости участия в отборе должностных лиц (на 100 опрошенных соответствующей должности)*

Должность	Необходимо участие в отборе				
	сотрудник отдела кадров	главный врач	гл. врач и сотрудник отд. кадров	зав. отделением	наличие всех
Зав. отдел.	97,4	–	2,6±0,3	–	–
Врачи	91,8	2,3±0,3	3,1±0,5	–	2,8±0,4
Старшие м/с	17,5	28,9±2,8	27,8±3,2	25,8±3,0	–
Мед. сестры	59,6±0,7	12,8±0,7	9,8±0,5	17,8±0,8	–
Акушерки	88,8±1,8	–	11,2±1,9	–	–
Фельдшера	93,7±1,7	–	–	–	6,3±1,4

Мнение медработников о том, кто же должен проводить с ними собеседование при поступлении на работу, показывает отношение к приему медицинских работников (табл. 4). При этом у 23,1% врачей и у значительной части (11,1%) средних медицинских работников этот вопрос вызвал затруднение.

Заведующие отделениями намного чаще, чем другие должностные лица, считают обязательным участие главного врача в отборе кандидатов – 32,8±2,5% ( $p < 0,01$ ), а 10,9±2,5% считают, что собеседование должен проводить сотрудник отдела кадров вместе с главным врачом, 23,1±3,2% считают, что в это сочетание необходимо добавление и заведующего отделением.

Врачи чаще указывали на участие главного врача учреждения при отборе кандидата – 66,9±3,9%, на совместное проведение собеседования сотрудниками отдела кадров и главного врача указали 30,6±3,9% лиц, а изолированные роли самого отдела кадров сведены ими до минимума – 2,1±0,5%. Вместе с тем, невысок процент ответивших о сочетанной команде при проведении собеседования. Это свидетельствует о том, что роль отдела кадров принижена, ему не придается значения в столь серьезном вопросе. Возможно, речь должна идти о реформировании данного процесса, так как сам персонал не видит в отделе кадров данного предназначения.

#### Заключение

Проведенный анализ процесса формирования кадрового потенциала в ЛПУ РТ имеет ряд особенностей, оказывающих существенное влияние на формирование качества персонала:

– недостаточное привлечение при приеме на работу специалистов отдела кадров учреждений здравоохранения, хотя миссия отдела кадров – это подбор, интеграция и координация кадровых ресурсов для достижения целей организации и обеспечения их успешного продвижения в направлении целей организации. Эта деятельность имеет в своей основе управленческий процесс, соотносящийся непосредственно с людьми, работающими в организации, которая им предоставила работу;

– состояние управления кадрами, которое делит с руководством и кадровой службой ответственность за развитие и эффективное использование персонала, не удовлетворяет требованиям современного коллектива, не отвечает в достаточной степени истинному назначению каждой структуры. Отдел кадров в новых экономических условиях остается недоиспользованной и малоэффективной структурой в ЛПУ;

– отсутствует система отбора кандидатов

на должность, проявляющаяся в разнообразии специалистов, участвующих в отборе, а также при приеме в учреждение специалистов на основании только собеседования, а иногда и без него. Этот недостаток может быть и следствием недостаточной квалификации руководителя конкретного учреждения в области управления здравоохранением аппарата отдела кадров.

Вышеизложенные аспекты следует учесть при разработке рекомендаций по оптимизации системы подготовки управленческих кадров здравоохранения.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов*

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Алавердов А. Р. Управление человеческими ресурсами организации. М.: Синергия, 2012. 656 с.
2. Анисимова И. Концепция формирования системы аудита управления персоналом в организации // *Кадровик*. 2010. №11. С.19-24.
3. Бабурин А., Грызенкова Ю. Технология управленческого мониторинга // *Кадровик*. 2010. №8. С.24-29.
4. Ветошкина Т. Формирование менеджмента качества персонала // *Кадровик*. 2010. № 1. С. 42-47.
5. Вартанян Г.Е. Некоторые проблемы подготовки, расстановки и использования врачебных кадров в Армянской ССР: автореф. дис... к.м.н. Ереван, 1971.
6. Дырин С. Управление персоналом: от кадрового подхода – к многоаспектному // *Кадровик*. 2010. №9. С. 5-10.
7. Знаменский Д. Ю., Омельченко Н. А. Кадровая политика и кадровый аудит организации. М.: Юрайт, 2013. 368 с.
8. Хачатурян А.А. Управление человеческими ресурсами в бизнес-организации. Стратегические основы. М.: ЛКИ, 2010. 272 с.

#### REFERENCES

1. Alaverdov A. R. *Upravlenie chelovecheskimi resursami organizatsii* [Management of human resources of organization]. Moscow, Sinergiya Publ., 2012. 656 p.
2. Anisimova I. Kontseptsiya formirovaniya sistemy audita upravleniya personalom v organizatsii [Concept of formation of the audit system of personnel management in organization]. *Kadrovik – Kadrovik*, 2010, No.11, pp.19-24.
3. Baburin A., Gryzenkova Yu. Tekhnologiya upravlencheskogo monitoringa [Management monitoring technology]. *Kadrovik – Kadrovik*, 2010, No. 8, pp.24-29.
4. Vetoshkina T. Formirovanie menedzhmenta kachestva personala [Formation of quality personnel management]. *Kadrovik – Kadrovik*, 2010, No. 1, pp. 42-47.
5. Vartanyan G. E. *Nekotorye problemy podgotovki, rasstavovki i ispolzovaniya vrachebnykh kadrov v Armyanskoy SSR*. Avtoref. diss. kand [Some problems of training, placement and use of medical staff in the Armenian SSR. Extended abstract of candidate's of medical sciences thesis]. Erevan, 1971.

6. Dyrin S. Upravlenie personalom: ot kadrovogo podkhoda – k mnogoaspektnomu [Personnel management: from personnel approach - to multidimensional]. *Kadrovik – Kadrovik*, 2010. No. 9, pp. 5-10.

7. Znamenskiy D. Yu., Omelchenko N. A. *Kadrovaya politika i kadrovyy audit organizatsii* [Personnel policy and personnel audit of organization]. Moscow, Yurayt Publ., 2013. 368 p.

8. Khachatryan A. A. *Upravlenie chelovecheskimi resursami v biznes-organizatsii. Strategicheskie osnovy* [Human resource management in business-organization. Strategic bases]. Moscow, LKI Publ., 2010. 272 p.

**Сведения об авторах:**

*Джабарова Тахмина Салиджановна* – проректор по учебной работе, и.о. зав. кафедрой общественного здоровья, экономики, управления здравоохранением с курсом медицинской статистики ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

*Мухиддинов Нуриддин Давлаталиевич* – ректор ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н.

*Одинаев Фарход Исматуллаевич* – профессор кафедры терапии ТГМУ имени Абуали ибн Сино, д.м.н.

**Контактная информация:**

*Мухиддинов Нуриддин Давлаталиевич* – тел.: +992 919-24-69-16

© Коллектив авторов, 2016

УДК 161.65-002;616-07

*Кадыров З.А., Ишонаков Х.С., Сайдуллоев Л.*

## РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСРЕКТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОСТАТЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРЯМОЙ КИШКИ И ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра эндоскопической урологии факультета повышения квалификации медицинских работников  
медицинского института РУДН, Москва  
Кафедра урологии и андрологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

*Kadyrov Z.A., Ishonakov H.S., Saydulloev L.*

## RESULTS OF TRANSRECTAL RESEARCH OF PROSTATE IN PATIENTS WITH CHRONIC INFLAMMATORY DISEASES OF THE RECTUM AND PROSTATE GLAND

Department of endoscopic urology of the faculty of qualification improvement of health care workers of the  
medical institute PFUR, Moscow  
Department of Urology and Andrology of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate  
Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan»

**Цель исследования.** Проанализировать результаты трансректального исследования простаты у больных с хроническими воспалительными заболеваниями прямой кишки и предстательной железы.

**Материал и методы.** В исследование включены 140 больных мужского пола с хроническими воспалительными заболеваниями прямой кишки и предстательной железы. Больных разделили на 4 группы: I группа – 61 (43,6%) пациент с хроническим геморроем (ХГ), II группа – 55 (39,3%) пациентов с хроническим простатитом, III группа – 12 (8,6%) со свищем прямой кишки (СПК), IV группа – 12 (8,6%) больных с хронической анальной трещиной (ХАТ). Возраст пациентов от 20 до 69 лет (в среднем 42,5±0,5 года). Всем больным проведено комплексное клинико-лабораторное исследование, ТРУЗИ, урофлоуметрия, инструментальные исследования прямой кишки и др.

**Результаты.** У 88 (62,9%) пациентов размеры простаты были увеличены, у 20 (14,3%) – уменьшены и у 32 (22,9) – нормальные. У 18 (12,9%) пациентов увеличение предстательной железы было связано с доброкачественной гиперплазией. Эхогенность была повышена у 66 пациентов, у 24 (17,1%) – понижена и у 50 (35,7%) – неоднородна. Гипоэхогенные изменения различных отделов простаты обнаружены у 28 (17,9%) больных.

**Заключение.** Полученные данные результатов ТРУЗИ демонстрируют, у большинства больных с хроническими заболеваниями прямой кишки имеются сочетанные поражения.

**Ключевые слова:** предстательная железа, прямая кишка, хронические воспалительные заболевания, исследование

**Aim.** To analyze the results of transrectal research of prostate in patients with chronic inflammatory diseases of the rectum and prostate gland.

**Materials and methods.** The study included 140 male patients with chronic inflammatory diseases of the rectum and prostate gland. Patients were divided into 4 groups: I group – 61 (43,6%) patient with chronic hemorrhoids (CH), II group – 55 (39,3%) patients with chronic prostatitis, III group – 12 (8,6%) with fistula of the rectum (FR), IV group – 12 (8,6%) patients with chronic anal crack (CAC). Patients age was from 20 to 69 years (mean age 42,5±0,5 years). All patients underwent a complex clinical and laboratory research, transrectal ultrasound research, uroflowmetry, instrumental research of the rectum and others.

**Results.** In 88 (62,9%) patients sizes of prostate were increased, in 20 (14,3%) - were reduced, and in 32 (22,9) – were normal. In 18 (12,9%) patients the increase of prostate gland was connected with benign hyperplasia. Echogenity was increased in 66 patients, in 24 (17,1%) – was reduced and in 50 (35,7%) – was heterogeneous. Hypoechoic changes in various parts of the prostate were detected in 28 (17,9%) patients.

**Conclusion.** The data of results of transrectal ultrasound research show the associated defeats in most patients with chronic diseases of the rectum.

**Key words:** prostate gland, rectum, chronic inflammatory diseases, research

---

### Актуальность

Хронические заболевания прямой кишки и предстательной железы являются самыми распространенными заболеваниями у мужчин, им посвящено огромное количество научных работ. Известно, что в последние десятилетия все воспалительные заболевания органов малого таза, брюшной полости и забрюшинного пространства объединены термином «хроническая тазовая боль» (ХТБ), считаются мультидисциплинарной проблемой, и в рамках этого диагноза проводится дифференцированный подход к диагностике и лечению этих заболеваний [1-4]. С другой стороны, несмотря на огромное количество исследований, посвященных проблеме ХТБ, интенсивность научных работ в этом направлении нарастает. Главной причиной является отсутствие какого-либо заболевания у части обследованных пациентов или, наоборот, наличие целого «букета» различных заболеваний, включая психосоциальные, малая эффективность проводимой терапии [3, 5].

Учитывая наличие множества симптомов синдрома хронической тазовой боли, которые чаще всего обусловлены заболеваниями органов малого таза, для оценки симптомов в практике начали широко использовать систему UPOINT (Urinary – Мочевой, Psychosocial – Психологический, Organ specific – Органоспецифический, Infection – Инфекция, Neurologic/systemic – Неврологический/системный и Tenderness of skeletal muscle – Состояние скелетной мускулатуры – МПОИНС),

которая дает возможность индивидуально подходить к диагностике и специфическому лечению этих больных [6, 7].

### Материал и методы исследования

Обследовали 140 больных мужского пола с хроническими воспалительными заболеваниями прямой кишки и предстательной железы (ХЗППП) с анамнезом заболевания более 3-х лет, проходивших обследование и лечение. Больных разделили на 4 группы. В I группу включили 61 (43,6%) пациента, которые страдали хроническим геморроем (ХГ), во II группу – 55 (39,3%) пациентов с хроническим простатитом, в III группу – 12 (8,6%) со свищем прямой кишки (СПК) и IV группу составили 12 (8,6%) больных с хронической анальной трещиной (ХАТ). Возраст пациентов варьировал от 20 до 69 лет (средний возраст 42,5±0,5 года).

Всем больным проведено комплексное клинико-лабораторное исследование, включая оценки качества жизни, микроскопию и посев секрета простаты, ТРУЗИ, урофлоуметрию, инструментальное исследование прямой кишки и др., чтобы выявить клинико-лабораторные и инструментальные признаки основного и сопутствующего заболевания прямой кишки и предстательной железы.

### Результаты и их обсуждение

Одним из основных методов исследования явилось ТРУЗИ предстательной железы, которое проведено всем больным. Учитывая малую информативность наружного ультразвукового сканирования, основное внимание уделили ТРУЗИ, которое более четко показывает эхоструктуру предстательной железы. При этом внимание обратили не только на форму и размеры простаты,



но и структурные изменения её паренхимы. При ультразвуковой диагностике мы только обращали внимание не только на признаки хронического простатита, но и исследовали прямую кишку, семенные пузырьки. Среди 12 пациентов со свищами прямой кишки у 9 (75%) по данным ТРУЗИ диагностировали свищ, оценили его длину, ширину и состояние окружающих тканей. При исследовании предстательной железы учитывали размеры, эхогенность, контуры, состояние семенных пузырьков и др., изменения гиперэхогенного характера, которые указывают на рубцово-дистрофические участки.

При проведении ТРУЗИ зафиксировали, что у 88 (62,9%) пациентов размеры простаты

были увеличены, у 20 (14,3%) – уменьшены и у 32 (22,9) – нормальные. У 18 (12,9%) больных увеличение предстательной железы больше было связано с доброкачественной гиперплазией. Эхогенность была повышена у 66 пациентов, у 24 (17,1%) – понижена и у 50 (35,7%) – неоднородна. Гипоэхогенные изменения различных отделов простаты обнаружены у 28 (17,9%) больных. Эти изменения у 18 (12,9%) человек носили очаговый характер и у 10 (7,1%) – диффузный. Контуры простаты у 118 (84,3%) больных были ровные, у остальных – неровные. Микрокальцинаты в паренхиме простаты выявлены у 34 (22,9%) пациентов (табл. 1).

Таблица 1

*Данные ТРУЗИ предстательной железы у всех обследованных больных*

УЗ-признаки	Частота (n=140)	
	абс.	%
Размеры предстательной железы		
– нормальные	32	22,9
– увеличены	88	62,9
– уменьшены	20	14,3
Эхогенность:		
– повышена	66	47,1
– понижена	24	17,1
– неоднородна	50	35,7
Гипоэхогенные участки:		
– очаговые	18	12,9
– диффузные	10	7,1
Контуры:		
– ровные	118	84,3
– неровные	22	15,7
Микрокальцинаты	34	24,3
Семенные пузырьки:		
– расширены	45	32,1
– нерасширены	95	67,9
– снижение эхогенности внутренней структуры	38	27,1

Расширение семенных пузырьков зафиксировано у 45 (32,1%) пациентов, снижение эхогенности внутренней структуры – у 38 (27,1%).

Что касается результатов ТРУЗИ (табл. 2) по группам, у 14 (23%) пациентов ХГ размеры простаты были нормальными, у 38 (62,3%) – увеличены и у 9 (14,8%) – уменьшены. Из больных с ХП только у 4 (7,3%) пациентов зафиксировали нормальные размеры простаты, у 40 (72,7) – увеличенные и у 9 (16,4%) – уменьшенные. У больных СПК и ХАТ нормальные размеры зафиксировали по 6 (50%) случаев, увеличенные – у 1 (8,3%) и 6 (50%), уменьшенные – у 4 (33,3%) и 1 (8,3%) соответственно.

Эхогенность была повышена у 22 (36,6%) пациентов ХГ, у 36 (65,5%) – ХП, у 5 (41,7%) – СПК и у 3 (25%) – ХАТ. Пониженную эхогенность зафиксировали соответственно у 8 (13,1%), 12 (21,8%), 3 (25%) и 1 (8,3%) пациента и неоднородную – у 16 (26,2%), 26 (47,3%), 5 (41,7%) и 3 (25%) больных. Гипоэхогенные изменения различных отделов простаты обнаружены у 28 (17,9%) обследованных. Эти изменения чаще наблюдались у больных ХП – 16 (29,1%), чем при ХГ (9,8%), СПК (16,4%) и ХАТ (16,4%). Контуры простаты также чаще всего были неровными у больных ХП – 37 (67,3%), по сравнению с больными ХГ – 36,1%, СПК – 50%

и ХАТ – 41,2%. Микрокальцинаты чаще всего зафиксированы у больных ХП – 24 (43,6%). У больных ХГ микрокальцинаты обнаружили у 7 (11,5%), при СПК – у 1 (8,3%) и при ХАТ – у 2 (16,6%). Кроме того, у больных ХП чаще всего выявлено расширение семенных пузырьков – у 26 (47,3%), по сравнению с 15 (25%) при ХГ, 2 (16,6%) – при СПК и 2 (16,6%) больными с ХАТ.

Таблица 2

Данные ТРУЗИ предстательной железы по группам

УЗ-признаки	Группы							
	ХГ (n=61)		ХП (n=55)		СПК (n=12)		ХАТ (n=12)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Размеры предстательной железы								
– нормальные	14	23	4	7,3	6	50	6	50
– увеличены	38	62,3	40	72,7	6	50	4	33,3
– уменьшены	9	14,8	9	16,4	1	8,3	1	8,3
Эхогенность:								
– повышена	22	36,1	36	65,5	5	41,7	3	25
– понижена	8	13,1	12	21,8	3	25	1	8,3
– неоднородна	16	26,2	26	47,3	3	25	5	41,6
Гипоэхогенные участки:								
– очаговые	4	6,6	10	18,2	2	16,7	2	16,7
– диффузные	2	3,3	6	10,9	2	16,7	–	–
Контур:								
– ровные	118	84,3	18	32,7	6	50	7	58,3
– неровные	22	26,7	37	67,3	6	50	5	41,7
Микрокальцинаты	7	11,5	24	43,6	1	8,3	2	16,7
Семенные пузырьки:								
– расширены	15	24,6	26	47,3	2	16,7	2	16,7
– не расширены	46	75,4	29	52,7	10	83,3	10	83,3
– снижение эхогенности внутренней структуры	8	13,1	26	47,3	2	16,7	2	16,7

### Заключение

Анализ полученных результатов ТРУЗИ у больных с хроническими заболеваниями прямой кишки показывает, что большинство пациентов имеют сочетанные поражения.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

### ЛИТЕРАТУРА (пп. 3-7 см. в REFERENCES)

1. Белова А.Н., Крупина В.Н. Хроническая тазовая боль: руководство для врачей. М.: Антидор, 2007. С. 15-16.
2. Савельева В.С., Кириенко А.И. Клиническая хирургия. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. Т. III. 960 с.

### REFERENCES

1. Belova A. N., Krupina V. N. *Khronicheskaya tazovaya bol: rukovodstvo dlya vrachey* [Chronic pelvic pain: a guide for physicians]. Moscow, Antidor Publ., 2007. 15-16 p.

2. Saveleva V. S., Kirienko A. I. *Klinicheskaya khirurgiya. Natsionalnoe rukovodstvo* [Clinical Surgery. National guide]. Moscow, GEOTAR–Media Publ., 2010. V. III, 960 p.

3. Benjamin-Pratt A. R., Howard F. M. Management of chronic pelvic pain. *Minerva Ginecologica*, 2010, Vol. 62 (5), pp. 447-465

4. Nickel J. C., Patel M., Cameron M. Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: finding a way forward. *Reviews in Urology*, 2008, Vol. 10 (2), pp.1

5. Riegel B., Bruenahl C. A., Ahyai S. J., Assessing psychological factors, social aspects and psychiatric co-morbidity associated with Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome (CP/CPPS) in men - A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 2014, Vol. 30, pp. 36.

6. Shoskes D. A., Nickel J. C. Classification and treatment of men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome using the UPOINT system. *World Journal of Urology*, 2013, Vol. 31, No. 4, pp. 755-760.

7. Zhang Z. C., Peng J. UPOINT system: a new diagnostic/therapeutic algorithm for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *National journal of andrology*, 2013, Vol. 19, No. 7, pp. 579-582.

**Сведения об авторах:**

**Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич** – зав. кафедрой эндоскопической урологии факультета повышения квалификации медицинских работников медицинского института РУДН, д.м.н., профессор

**Ишонаков Хикматулло** – кафедра урологии и андрологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н.

**Сайдуллоев Лутфулло** – зав. кафедрой урологии и андрологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н..

**Контактная информация:**

**Сайдуллоев Лутфулло** – тел.: +992 918 92 45 25; e-mail: slutfullo@yandex.ru

© Касымова З.Н., 2016

УДК 618-1

**Касымова З.Н.**

## ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ РОДОВ У ЖЕНЩИН С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПО СОГДИЙСКОМУ ОБЛАСТНОМУ РОДИЛЬНОМУ ДОМУ

Курс акушерства и гинекологии Худжандского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ  
Согдийский областной родильный дом

**Kasymova Z.N.**

## TACTICS OF HOLDING OF CHILDBIRTH IN WOMEN WITH DISEASES OF CARDIO-VASCULAR SYSTEM IN SOGD REGIONAL MATERNITY HOSPITAL

The course of Obstetrics and Gynecology of Hujands department of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan»  
Sogd Regional Maternity Hospital

**Цель исследования.** Изучить методы введения и исход родов у женщин с заболеваниями сердечно-сосудистой системы по данным Согдийского областного родильного дома (СОРД).

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ 77 историй родов женщин с заболеваниями сердечно-сосудистой системы по данным СОРД за период с 2014 по 2016 год.

**Результаты.** Всего за данный период госпитализировано 77 женщин с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Среди них преобладали повторнородящие – 56 (72,7%), первородящих было 21 (27,3%). Средний возраст составил 25,4 лет. Женщин сельской местности было 69 (89,6%), городских – 8 (10,4%). В 11,7% случаях роды были преждевременные, в 88,3% – срочные. Из числа госпитализированных преобладали беременные с приобретенными пороками сердца (58,4%), после коррекции врожденных пороков было 18% женщин. При преобладании акушерских показаний и выраженной патологии сердца в 72,7% роды завершены путем кесарева сечения, в 27,3% случаях – через естественные родовые пути. Отмечен один случай материнской смертности из-за острой сердечной недостаточности в раннем послеоперационном периоде. В 5 случаях из-за состояния незрелости новорожденных отмечалась ранняя неонатальная смертность.

**Заключение.** Своевременное обследование женщин до беременности с выявлением патологии сердца и вида порока, полноценный антенатальный уход и дородовая госпитализация с определением акушерской тактики, профилактикой осложнений в послеродовом периоде значительно улучшают исход родов у данной категории женщин.

**Ключевые слова:** заболевания сердечно-сосудистой системы, беременность, роды, врожденные и приобретенные пороки сердца

**Aim.** To study methods of holding and birth outcomes in women with diseases of cardio-vascular system according to data of the Sogd regional maternity hospital (SRMH).

**Materials and methods.** A retrospective analysis of 77 stories of women childbirth with diseases of the cardiovascular system according to data SRMH during the period from 2014 to 2016 was conducted.

**Results.** During this period there were 77 hospitalized woman with the disease of cardiovascular system. Between them there was multiparous – 56 (72,7%), nulliparous – 21 (27,3%). Average age of women was 25,4 years old. There were 69 (89,6%) woman from village, from city 8 (10,4%). In 11,7% of cases childbirth was premature, in 88,3% – term. Prevalent among the hospitalized pregnant women with acquired heart disease (58,4%). Women after the correction of defects were 18% cases. With a predominance of obstetric indications and severity of heart disease in 72,7% delivers finished by operation in 27,3% the delivers finished by physiological way. Noted one case of maternal mortality due to acute heart failure in the early postoperative period. In 5 cases due to the immaturity state of the newborn early neonatal mortality was observed.

**Conclusion.** Timely inspection of women to pregnancy, with a nosometry and type of vices heart, valuable to antenatal care and predelivery hospitalization with the decision of obstetric tactics, prophylaxis of complications in a down-lying, far improve the end of luing-ins of this category of women.

**Key words:** diseases of cardio vascular system, pregnancy, childbirth, congenital and purchased defects

---

### Актуальность

В соответствии с гемодинамическими сдвигами в организме при заболеваниях сердечно-сосудистой системы беременность имеет свои особенности. Спектр сердечно-сосудистых заболеваний у беременных меняется и отличается в разных странах. В западных странах риск развития сердечно-сосудистых осложнений повысился вследствие увеличения возраста первородящих женщин и распространения сердечно-сосудистых факторов риска, в том числе сахарного диабета, артериальной гипертонии и ожирения. Кроме того, улучшились результаты лечения врожденных пороков сердца, что привело к увеличению числа пациенток с пороками сердца, способных иметь детей. В западных странах заболевания сердца сегодня стали основной причиной материнской смертности во время беременности [2].

Около полувека назад летальность беременных и рожениц от заболеваний сердца находилась в диапазоне от 0,4% до 22% [1]. Существенное снижение смертности от заболеваний системы кровообращения (до 22,5%), в структуре неблагоприятных гестационных исходов на сегодняшний день определяется рядом причин: ранней диагностикой заболеваний сердца, расширением показаний к сохранению беременности, увеличением группы женщин, оперированных на сердце, а также больных, уверенных в успехе медицинской науки и практики, решающих сохранить беременность [1, 3]. В последнее десятилетие в мире успешно развивалось изучение вопросов кардиологии в акушерстве, в том числе и акушерской тактики при заболеваниях сердечно-сосудистой системы [4]. Достигнуты значительные успехи в диагностике, использовании современных

средств терапии, определены противопоказания для беременности, разработаны рекомендации по ведению беременности и родов у данного контингента женщин. Все это позволило существенно уменьшить материнскую и перинатальную смертность. Количество пациенток с тяжелой кардиальной патологией, поступающих в специализированные родильные дома, достигает на сегодняшний день 25% от общего поступления, но при этом лишь 3% пациенток дают согласие на прерывание беременности [1]. Структура больных с поражением сердечно-сосудистой системы постоянно меняется. Соотношение беременных с врожденными и приобретенными пороками сердца, составлявшее ранее 1:20, в настоящее время соответствует 1:1. Прогрессивно увеличивается и группа пациенток после реконструктивных операций на сердце [1, 3]. Основные формы заболеваний сердечно-сосудистой системы, которые часто встречаются при беременности, – приобретенные и врожденные пороки сердца, гипертоническая болезнь.

Акушерская тактика у беременных с заболеваниями сердца в значительной мере определяется наличием и степенью выраженности недостаточности кровообращения и активности ревматизма. Эти вопросы, как и диагноз порока сердца, должны быть уточнены в раннем сроке беременности [2, 4].

### Материал и методы исследования

Был произведен ретроспективный анализ 77 историй родов у женщин с заболеваниями сердечно-сосудистой системы по данным СОРД за период с 2014 по 2016 год.

Согласно приказу МЗ РТ № 443 от 7.09.2012 г. о «Порядке организации оказания госпитальной помощи в родовспомогательных учрежде-

ниях» женщин с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями, с осложнениями течения беременности, а также беременные свыше 24 недель (до 34 недель) перенаправляются в Согдийский областной родильный дом со всей области, так как он является учреждением третьего уровня.

### Результаты и их обсуждение

Всего за этот период было госпитализировано 77 женщин с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Среди них преобладали повторнородящие – 56 (72,7%), первородящих было 21 (27,3%). Возраст варьировал от 20 до 36 лет, в среднем 25,4 года. Из них женщин из сельской местности было 69 (89,6%), городских – 8 (10,4%). В 11,7% случаев роды были преждевременные, в 88,3% – срочные. Интервал между родами у двоих составил не более 2-х лет, во всех остальных случаях он соблюдался.

Из числа всех поступивших на родоразрешение женщин с врожденными пороками сердца было 32 (41,6%), с приобретенными – 45 (58,4%). Из них женщин после коррекции врожденных пороков было 18 (56,2%). По структуре пороков: врожденный дефект межжелудочковой перегородки – у 11 беременных, дефект межпредсердной перегородки – у 7, стеноз устья легочной артерии – у 8 женщин, коарктация аорты – у 2, тетрада Фалло – у 3, открытый аортальный порок – у 1 женщины.

У беременных с приобретенными пороками сердца в анамнезе отмечался ревматический процесс. По структуре приобретенных пороков у 12 женщин выявлена недостаточность митрального клапана, у 11 женщин – аортальный стеноз, у 4 – фиброз митрального клапана, в других случаях – по одному стенозу и пролапсу митрального клапана. У 8 женщин отмечалось сочетание приобретенного порока с нарушением ритма сердца. Сочетание 2-х и 3-х пороков (митрально-трикуспидальный, митрально-аортальный, митрально-аортально-трикуспидальный) отмечалось у 8 беременных.

Все женщины, страдающие врожденными и приобретенными пороками сердца, находились под наблюдением врачей акушеров-гинекологов лечебно-профилактических учреждений. 11 женщинам с врожденными пороками сердца один раз в каждые 3 месяца проводилось ЭхоКГ исследование с доплеровским картированием в кардиологическом диспансере. Проводилось наблюдение и лечение со стороны врача-кардиолога. В критические периоды беременности 94% женщин были госпитализированы в акушерские и кардиологические стационары, где им обследован соматический статус, проведена симптоматическая терапия, даны рекомендации по тактике ведения беременности и родов.

Все беременные, госпитализированные в СОРД, независимо от времени суток, обязательно были консультированы врачом-кардиологом, проведены клиничко-лабораторные исследования (биохимические анализы крови, мочи, ЭКГ, УЗИ сердца с доплеровским картированием) с последующим родоразрешением. Консультация врача-кардиолога в некоторых случаях проводилась повторно с определением конкретного диагноза и тактики введения родов. Роды велись также при участии врача-кардиолога. Течение родов в 2 (9,5%) случаях осложнилось легочной гипертензией, в 1 случае – недостаточностью кровообращения и в 1 случае – отеком легких, которые были своевременно купированы. В одном случае ранний послеоперационный период осложнился острой сердечной недостаточностью, реанимационные меры были неэффективны, зарегистрирован летальный исход.

Тактика родоразрешения определялась консилиумом врачей акушеров-гинекологов с учетом рекомендаций врача-кардиолога. В 56 (72,7%) случаях роды завершены операцией кесарева сечения, в 21 (27,3%) случае роды велись через естественные родовые пути. Операция вакуум-экстракции плода проведена в двух случаях по показаниям со стороны плода. Роды велись под адекватным обезболиванием. В послеродовом периоде в одном случае по причине дефекта плацентарной ткани отмечалось гипотоническое кровотечение (общая кровопотеря 700 мл), под обезболиванием произведено ручное обследование полости матки.

При обезболивании во время выполнения кесарева сечения у 54,5% женщин с заболеваниями сердца методом выбора было региональное обезбоживание. Осложнений при проведении данного вида наркоза не наблюдалось. В случаях преобладания стеноза или при легочной гипертензии методом анестезии был эндотрахеальный наркоз – 45,5%. Объем общей кровопотери при кесаревом сечении у женщин с заболеваниями сердечно-сосудистой системы не отличался от здоровых родильниц.

Все новорожденные были оценены по шкале Апгар от 6 до 9 баллов после 1 минуты. Состояние 7,8% новорожденных оценено, как асфиксия средней степени тяжести. В 5 случаях из-за состояния незрелости новорожденных отмечалась ранняя неонатальная смерть, в основном у матерей с врожденными пороками сердца. Длительно существующие гипоксия и сердечная недостаточность у этих женщин способствуют формированию осложнений беременности и родов. Среди доношенных детей в 10,3% случаях и среди недоношенных в 50% случаев отмечалась гипотрофия плода. Период адаптации новорожденных проходил без осо-

бенностей. Новорожденные выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Послеродовой период у данного контингента женщин ввиду особенностей адаптации сердечно-сосудистой системы велся с учетом его критических сроков. Постельный режим соблюдался в пределах 3 суток, осуществлялись профилактические мероприятия в отношении возможных тромбозных осложнений, лечение основного заболевания. Все родильницы выписаны на 14-16 день послеродового периода после повторной консультации кардиолога с рекомендациями дальнейшего лечения по месту жительства.

#### **Заключение**

У женщин с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в соответствии с гемодинамическими сдвигами в организме беременность имеет свои особенности. Поэтому их своевременное обследование до беременности, с выявлением наличия патологии сердца, вида порока, полноценный антенатальный уход и дородовая госпитализация с правильным подбором акушерской тактики, профилактикой осложнений в послеродовом периоде намного улучшают исход родов у данной категории женщин.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Затикиан Е.П. Врожденные и приобретенные пороки сердца у беременных (функциональная и ультразвуковая диагностика). М., 2004.
2. Рекомендации европейского общества кардиологов по лечению сердечно-сосудистых заболеваний у беременных. // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2012. Прил. 3.

3. Репина М.А., Кузьмина-Крутецкая С.Р. Приобретенные пороки сердца и беременность. В помощь практическому врачу. // Журнал акушерства и женских болезней. 2008. № 1. С. 100-108.

4. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. М.: Триада-Х, 2005. С. 40-74.

#### **REFERENCES**

1. Zatikyan E. P. *Vrozhdennyye i priobretennyye poroki serdtsa u beremennykh* (funktsionalnaya i ultra-zvukovaya diagnostika) [Congenital and acquired heart defects in pregnant women (functional and ultra-sound diagnostics)]. Moscow, 2004.
2. Rekomendatsii evropeyskogo obshchestva kardiologov po lecheniyu serdechno-sosudistykh zabolevaniy u beremennykh [Recommendations of the european society of cardiology for the treatment of cardiovascular diseases in pregnancy]. *Ratsionalnaya farmakoterapiya v kardiologii – Rational pharmacotherapy in cardiology*, 2012, Pril. 3.
3. Repina M. A., Kuzmina-Krutetskaya S. R. Priobretennyye poroki serdtsa i beremennost. V pomoshch prakticheskomu vrachu [Acquired heart diseases and pregnancy. To help the practical doctor]. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney – Journal of Obstetrics and Women's Diseases*, 2008, No. 1, pp. 100-108.
4. Shekhtman M. M. *Rukovodstvo po ekstragenitalnoy patologii u beremennykh* [Guide for extragenital pathology in pregnant women]. Moscow, Triada-Kh Publ., 2005. 40-74 p.

#### **Сведения об авторе:**

**Касимова Замира Назаровна** – зав. курсом акушерства и гинекологии Худжандского отделения ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

#### **Контактная информация:**

**Касимова Замира Назаровна** – e-mail: [Kasimova-z2015@mail.ru](mailto:Kasimova-z2015@mail.ru); тел.: +992927700703

*Касымова С.Д., Турдалиева Н.М.*

## ВЛИЯНИЕ ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА НА ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ ПОДРОСТКОВ

Курс эндокринологии ГОУ ИПОвСЗ РТ  
Республиканский клинический центр эндокринологии

*Kasymova S.D., Turdalieva N.M.*

## INFLUENCE OF IODINE DEFICIENCY ON THE SEXUAL MATURATION OF TEENAGERS

Course on Endocrinology of the State Educational Institution of “Institute of Postgraduate Studies” in the Health Sector of the Republic of Tajikistan  
Republican Clinical Center of Endocrinology

**Цель исследования.** Оценить характер тиреоидной патологии у подростков и её влияние на их половое развитие в условиях йодного дефицита.

**Материал и методы.** После проведенного профилактического осмотра учащихся 3-10 классов (216 девочек и 228 мальчиков) отобраны подростки с увеличенной щитовидной железой для дальнейшего обследования. У исследованных 69 девочек и 58 мальчиков оценивалось половое развитие по Таннеру, проводилось УЗИ щитовидной железы, определялись уровни ТТГ, Т<sub>3</sub>, Т<sub>4</sub>.

**Результаты.** Эндемический зоб выявлен у 28,9% мальчиков и 36,8% девочек. Отклонения в структуре щитовидной железы по данным УЗИ чаще встречались у девочек в пубертатном периоде и раннем репродуктивном возрасте. В 92,7% случаев у девочек выявлена эутиреоидная гиперплазия щитовидной железы, в 7,3% – субклинический гипотиреоз. Каждая 3-я девочка и 4-й мальчик имели отклонения в половом развитии.

**Заключение.** Результаты исследований свидетельствуют об отрицательном влиянии йододефицита на половое развитие подростков. Лечение нарушений полового развития в условиях йододефицита необходимо начинать с патогенетической терапии заболеваний щитовидной железы.

**Ключевые слова:** йододефицит, половое развитие подростков

**Aim.** Assessment of the nature of thyroid pathology of teenagers and its impact on sexual maturation under the conditions of iodine deficiency.

**Materials and methods.** After conducted preventive examination of pupils of 3-10 grades (216 girls and 228 boys), the teenagers with thyroid body increased growth were selected for further examination. Sexual maturation of 69 girls and 58 boys under research was assessed according to Tanner, ultrasonography of thyroid body, level of thyrotropic hormone, T<sub>3</sub>, T<sub>4</sub>.

**Results.** Endemic goiter was revealed for 28.9% of boys and 36.8% of girls. According to ultrasonography data, girls more often had deviations in the structure of thyroid body in puberty period and reproductive age. In 92.7% of cases, girls had euthyroid hyperplasia of thyroid body, and 7.3% had sub-clinic thyroid deficiency. Each 3rd girl and each 4th boy had deviations in sexual maturation.

**Conclusion.** The results of the research show the negative impact of iodine deficiency on the sexual maturation of teenagers. It is necessary to start the treatment of impaired puberty under the condition of iodine deficiency with pathogenetic therapy of thyroid body diseases.

**Key words:** iodine deficiency, sexual maturation of teenagers

### Актуальность

В Республике Таджикистан, 93% которой занимает горная местность с характерной недостаточностью йода в окружающей среде,

проблема йододефицитных заболеваний (ЙДЗ) не теряет своей актуальности последние 25 лет [1]. В Таджикистане на фоне йододефицита наблюдается полиморфизм в структуре тирео-

идной патологии. Наиболее часто встречается эндемический зоб, реже – аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз и диффузный токсический зоб.

Влиянию йододефицита подвержены все слои населения республики, но детская популяция, особенно в подростковом периоде, а также беременные и кормящие женщины страдают в первую очередь в связи с тем, что у этого контингента населения отмечена физиологически повышенная потребность в йоде. ЙДЗ у детей и подростков отрицательно влияют не только на их физическое развитие, но и сопровождаются отклонениями в половом развитии [3-5]. Несмотря на положительные сдвиги в налаживании профилактики йодного дефицита в Таджикистане в последние 10 лет путём обеспечения населения республики качественной йодированной солью, проблема ЙДЗ в стране далека от её полного решения.

Одно из важных мест в охране здоровья детей занимает профилактика эндокринных заболеваний и нарушений полового развития. Многие этапы процесса созревания репродуктивной системы подростков, дисгармоничность полового созревания зависят не только от генетических факторов, но и от наличия у подростков эндокринной и неэндокринной патологии. Актуальность проблемы определяется также часто встречающейся тиреоидной патологией и отклонениями в половом развитии подростков в условиях йодного дефицита.

#### Материал и методы исследования

Проведены профилактические осмотры учащихся 3-10 классов школ г. Душанбе. Осмотрено 216 девочек и 228 мальчиков в возрасте 9-17 лет. Подростки, у которых было обнаружено

увеличение щитовидной железы, были направлены и дообследованы в условиях Республиканского клинического центра эндокринологии. У подростков был тщательно собран анамнез, оценивались антропометрические данные, половое развитие (по Таннеру), проведено ультразвуковое исследование щитовидной железы и половых органов. Изучение тиреоидного статуса включало исследование ТТГ, свободно  $T_3$ , свободного  $T_4$  и антител к тиреоидной пероксидазе (ТПО). При необходимости исследовали уровни ЛГ и ФСГ.

#### Результаты и их обсуждение

Эндемический зоб по результатам пальпации щитовидной железы был выявлен у 66 (28,9%) мальчиков и у 79 (36,8) девочек. В Республиканский клинический центр эндокринологии для дальнейшего обследования и наблюдения обратились 58 мальчиков и 69 девочек (табл. 1).

По результатам УЗИ щитовидной железы отклонения в структуре щитовидной железы чаще встречались в пубертатном и раннем репродуктивном возрастах. Так, в препубертатном периоде нормальная структура щитовидной железы встречалась у 10 (45,4%) девочек, в пубертате нормальная структура щитовидной железы отмечена у 8 (30,8%), а в раннем репродуктивном возрасте - лишь у 4 (19%) девочек. Встречаемость узловых и кистозных изменений в щитовидной железе отмечена у 4 (1,9%) девочек в пубертате и у 3 (4,2%) - в раннем репродуктивном возрасте от общего числа обследованных. Узловые и кистозные изменения в структуре щитовидной железы встречались только у 1,7% мальчиков. Эти данные согласуются с исследованиями В.Г Селятицкой, Герасимова И.Ш., Пальчикова Н.А. и др. [2].

Таблица 1

Распределение подростков по группам

<b>Девочки - 69</b>	1 группа – препубертат	22
	2 группа – пубертатный период	26
	3 группа – ранний репродуктивный возраст	21
<b>Мальчики - 58</b>	1 группа – препубертат	16
	2 группа – пубертатный период	30
	3 группа – ранний репродуктивный возраст	12

Исследования ТТГ у девочек выявил эутиреоз у 64 (92,7%) обследованных, средний уровень ТТГ составил  $2,67 \pm 1,19$  мМЕ/л. В 5 случаях (7,3%) у девочек выявлен субклинический гипотиреоз с колебаниями уровня ТТГ в пределах 5,4-6,8 мМЕ/л. Установлено, что каждая 3-я девочка с тиреоидной патологией имела нарушения полового развития, частота которых не была связана со степенью увеличения щитовидной железы. Нарушения менстру-

ального цикла (нерегулярный менструальный цикл, опсоменорея) выявлены у 22 (31,7%) девочек, включая все случаи субклинического гипотиреоза. Отставание в развитии молочных желёз выявлено у 27,9%, лобкового оволосения – у 7,8% обследованных.

Эти данные согласуются с исследованиями Якубовой З.Х., Умаровой М.Ф [5], выявивших нарушения менструального цикла у 28% девочек, страдающих тиреоидной патологией, со



склонностью к ювенильным кровотечениям у 10,1% больных.

В группе обследованных подростков-мальчиков эндемический зоб 1-2 степеней сопровождался преимущественно эутиреоидной гиперплазией щитовидной железы. Уровень ТТГ, исследованного у 24 подростков колебался в пределах  $2,2 \pm 1,3$  мМЕ/л. Относительно соответствующего возраста задержка пубертата (степень полового созревания по Таннеру) выявлена у 15 (25,8%) подростков. У подростков выявлен достаточно высокий процент дисгармоничного полового развития – снижение росто-весовых показателей, уровня лобкового и аксиллярного оволосения, уменьшение размеров полового члена и яичек.

Нами проведено динамическое наблюдение совместно с детским гинекологом в течение 6 месяцев за 12 девочками с нарушениями менструального цикла и эутиреоидной гиперплазией щитовидной железы, которым был назначен в качестве патогенетической терапии препарат йодида калия «Йодбаланс» в суточной дозе 150-200 мкг. В 9 из 12 случаев проведенная терапия дала положительный результат. В остальных случаях необходимо было дополнительное лечение сопутствующих заболеваний (хронического тонзиллита, глистной инвазии).

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют об отрицательном влиянии йододефицита на половое развитие подростков.

#### Выводы

1. Лечение нарушений полового развития у подростков в условиях йододефицита необходимо начинать с патогенетической терапии заболеваний щитовидной железы, на фоне которой у части детей отмечается нормализация функции гонад.

2. Известно, что на дефицит йода щитовидная железа преимущественно реагирует однородной гипертрофией фолликулов, что соответствует картине природного йододефицита. Прогностически неблагоприятным является обнаружение у детей и подростков перерождения ткани щитовидной железы с образованием узлов и кист, которые можно обнаружить при УЗИ щитовидной железы.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов*

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Касымова С.Д. Йодная недостаточность населения Республики Таджикистан и её профилактика // Материалы Всероссийского конгресса эндокринологов «Актуальные проблемы современной эндокринологии». СПб, 2001, С. 309

2. Селятицкая В.Г., Герасимова И.Ш., Пальчикова Н.А., Одинцова С.В., Кузнецова И.Ю. Распространенность нарушения структуры щитовидной железы у детей в городах Сибири // Материалы Всероссийского конгресса эндокринологов «Актуальные проблемы современной эндокринологии». СПб, 2001. С. 628

3. Хусаинова А.Р., Коляденко В.Ф., Свиначев М.Ю. Влияние йодного дефицита на половое развитие мальчиков // Материалы Всероссийского конгресса эндокринологов «Актуальные проблемы современной эндокринологии». СПб, 2001. С. 648

4. Шеплягина Л.А. Медико-социальные последствия роста напряженности эндемии для детей и подростков // Тиреоид. 1997. №1. С. 41-42

5. Якубова З.Х., Умарова М.Ф. Репродуктивное здоровье девочек с нетоксическим зобом //Мать и дитя. 2012. №2. С. 40-41.

#### RESERENSES

1. Kasymova S. D. [Iodine deficiency of population of the Republic of Tajikistan and its prevention]. Materialy Vserossiyskogo kongressa endokrinologov "Aktualnye problemy sovremennoy endokrinologii" [Materials of All-Russian Congress of Endocrinologists «Actual problems of modern endocrinology»]. St. Petersburg, 2001. pp. 309. (In Russ.)

2. Selyaticckaya V. G., Gerasimova I. Sh., Palchikova N. A., Odintsova S. V., [The prevalence of thyroid gland structure disorders among children in cities of Siberia]. Materialy Vserossiyskogo kongressa endokrinologov "Aktualnye problemy sovremennoy endokrinologii" [Materials of All-Russian Congress of Endocrinologists «Actual problems of modern endocrinology»]. St. Petersburg, 2001, pp. 628. (In Russ.)

3. Khusainova A. R., Kolyadenko V. F., Svinarev M. Yu. Vliyanie yodnogo defitsita na polovoe razvitie malchikov [Influence of iodine deficiency on the sexual development of boys]. Materialy Vserossiyskogo kongressa endokrinologov "Aktualnye problemy sovremennoy endokrinologii" [Materials of All-Russian Congress of Endocrinologists «Actual problems of modern endocrinology»]. St. Petersburg, 2001. pp. 648. (In Russ.)

4. Sheplyagina L. A. Mediko-sotsialnye posledstviya rosta napryazhennosti endemii dlya detey i podrostkov [Medical and social consequences of the growth of endemic tension for children and teenagers]. *Tireoid – Thyroid*, 1997, No. 1, pp. 41-42

5. Yakubova Z. Kh., Umarova M. F. Reproduktivnoe zdorove devochek s netoksicheskim zobom [Reproductive health of girls with no toxic goiter]. *Mat i ditya – Mother and child*, 2012, No. 2, pp. 40-41.

#### Сведения об авторах:

*Касымова Саломат Джамоловна – зав. курсом эндокринологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.*

*Турдалиева Нафиса Мирзоалиевна – врач-эндокринолог Республиканского клинического центра эндокринологии*

#### Контактная информация:

*Касымова Саломат Джамоловна – тел.: +992907744657*

*Махмудова Р.У., Закирова К.А., Махмудова П.У.*

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ

Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

*Makhmudova R.U., Zakirova K.A., Makhmudova P.U.*

## THE PREVALENCE OF TUBERCULOSIS AMONG HIV-INFECTED PERSONS

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

---

**Цель исследования.** Изучить распространенность коинфекции ТБ/ВИЧ и разработать меры профилактики по раннему выявлению туберкулеза среди ВИЧ-инфицированных лиц.

**Материал и методы.** Изучена и проанализирована распространенность туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, на основании утвержденной учётно-отчетной документации Республиканских Центров по борьбе с туберкулезом и СПИДом за период 2006-2014 годов.

**Результаты.** Сравнительный анализ эпидемиологических данных по республике за период 2006-2014 годов по сочетанной инфекции показывает ежегодный рост числа ВИЧ-инфицированных среди обследованных туберкулезных больных.

**Заключение.** Проблема распространенности туберкулеза и ВИЧ-инфекции по республике остается напряженной. С целью снижения распространенности ВИЧ-инфекции среди больных туберкулезом необходимо усиление интеграции не только центров по борьбе с туберкулезом и СПИДом, но и привлечение наркологических Центров, ПМСП, ГСЭН, НПО, кожно-венерологических учреждений и всех слоев населения.

**Ключевые слова:** туберкулез, ВИЧ-инфекция, распространенность, ранняя диагностика, профилактика

**Aim.** To study the prevalence of co-infection of TB/HIV, and to develop preventive measures for the early detection of tuberculosis among HIV-infected persons.

**Materials and methods.** Studied and analyzed prevalence of tuberculosis combined with HIV-infection, on the grounds of approved accounting and reporting documents of the Republican Center on struggle against tuberculosis and AIDS during the period of 2006-2014 years.

**Results.** Comparative analysis of epidemiological data over the country during the period of 2006-2014 years on co-infection shows an annual increase in the number of HIV-infection among surveyed tuberculosis patients.

**Conclusion.** The problem of prevalence of tuberculosis and HIV-infection in the country remains tense. In order to reduce the prevalence of HIV-infection among tuberculosis patients is necessary to strengthen the integration of centers on struggle against tuberculosis and AIDS, attraction of Narcological Centres, PHC, SSES, NGOs, dermatovenerologic institutions and all segments of the population.

**Key words:** tuberculosis, HIV-infection, prevalence, early diagnosis, prevention

---

### Актуальность

Туберкулез и ВИЧ-инфекция – два часто взаимосвязанных заболевания, являющихся ведущими причинами смерти среди неинфекционных заболеваний во всем мире [1-4]. По данным Всемирной организации здравоохранения, 1/3 населения мира (2 миллиарда людей) инфицированы МБТ и 60 млн. – ВИЧ-инфекцией, 4,4 млн. коинфицированы

МБТ и вирусом ВИЧ. Сочетание ВИЧ-инфекции и туберкулеза представляет серьёзную проблему для здравоохранения, так как эти две болезни взаимно отягощают друг друга [1, 2, 5].

Нарастающее неблагополучие эпидемиологической ситуации по туберкулезу (ТБ) в республике связано с одной из актуальных проблем современной медицины – проблемой оппортунистических

инфекций (ОИ), которая является одной из приоритетных в здравоохранении [1, 3, 5]. Особенно тревожны рост и распространенность ВИЧ/СПИДа среди больных туберкулезом. Развитие активного ТБ среди людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), является одной из основных причин, приводящих к смерти. ВИЧ-инфекция влияет на клиническое прогрессирование ТБ и даёт низкую эффективность в его лечении [1, 2, 3, 5].

Процент больных с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом колеблется от 1% в странах с низкой распространенностью ВИЧ до 50-70% в странах с самой высокой распространенностью (главным образом, в странах, расположенных к югу от Сахары). В то же время истинная распространенность ВИЧ-ассоциированного туберкулеза среди детей во всем мире неизвестна, что связано с трудностями диагностики туберкулеза у них [4, 5].

Хотя уровень ТБ/ВИЧ-сочетанной инфекции в Таджикистане считается довольно низким, однако, данные последних исследований свидетельствуют о высокой распространенности ВИЧ-инфекции среди населения, входящего в группу риска (ПИН, трудовые мигранты, заключенные и работники коммерческого секса), где уровень распространенности ТБ достаточно высок.

### Материал и методы исследования

Изучена и проанализирована распространенность туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, на основании утвержденной учетно-отчетной документации Республиканских Центров по борьбе с туберкулезом и СПИДом за период 2006-2014 годов.

### Результаты и их обсуждение

Анализ показателя заболеваемости туберкулезом за период 2005-2012 годов снизился с 74,3 до 65,6 случаев на 100 тысяч населения, а показатель распространенности ВИЧ-инфекции в Республике Таджикистан среди населения за этот период возрос с 7,6 до 50,7 случаев на 100 тысяч населения, или более чем в 6 раз.

По данным 2007 года, среди стран Центральной Азии Республика Таджикистан занимает третье место по заболеваемости туберкулезом. ВИЧ-инфекция может внести свои коррективы в формирование эпидемиологического процесса в стране и снизить эффективность проводимых противотуберкулезных мероприятий.

Программа по сочетанной инфекции в республике началась с 2006 г. на уровне пилотных районов – г. Душанбе и района Рудаки (рис. 1).

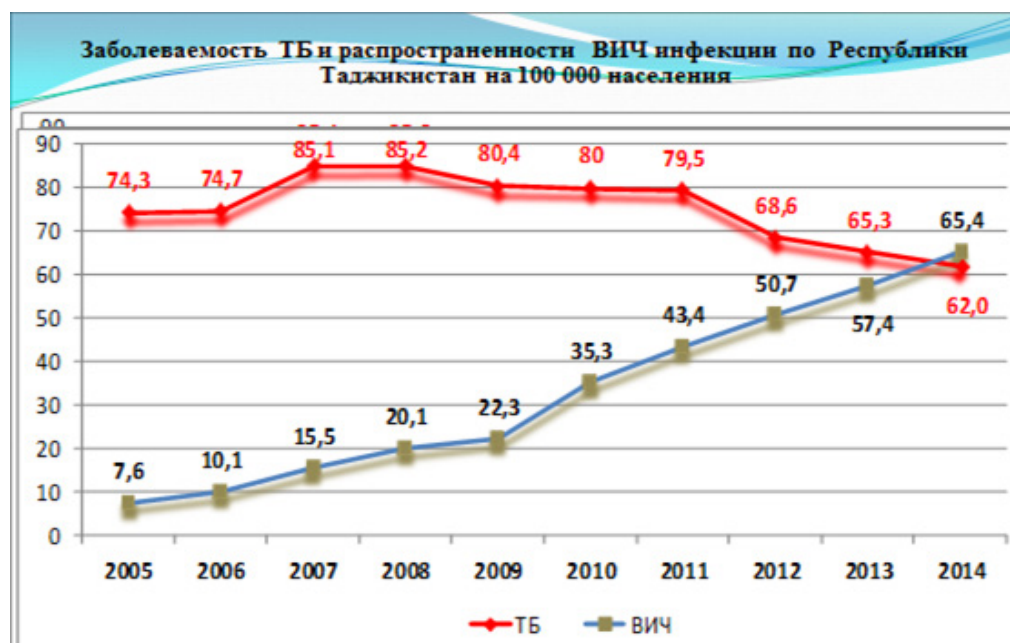


Рис. 1. Сравнительный анализ заболеваемости ТБ и распространенности ВИЧ в Республике Таджикистан на 100 000 населения

Всего по республике было зарегистрировано 5086 туберкулезных больных, а по пилотным районам (г. Душанбе и район Рудаки) – 1868 больных туберкулезом, из них на ВИЧ-инфекцию обследовано 1008 (54,0%) человек, что позволило выявить 17 ВИЧ-инфицированных (0,9%) от общего числа обследованных больных ТБ.

В 2007 году уровень пилотных районов расширен, были включены еще 8 городов республики, где зарегистрировано 6078 туберкулезных больных, из них обследовано на ВИЧ 2227 (36,6%) и выявлено 49 ВИЧ-инфицированных (2,2%) от общего числа обследованных больных ТБ (рис. 2).



Рис. 2. Динамика распространённости ТБ, ассоциированного с ВИЧ-инфекцией, по РТ

В 2008 году всего по республике зарегистрировано 6115 туберкулезных больных, из них обследовано на ВИЧ 3949 (64,6%), выявлено 48 (1,2%) ВИЧ-инфицированных от общего числа обследованных больных ТБ.

В 2010 году всего зарегистрировано 5864 туберкулезных больных, из них обследовано на ВИЧ 5356 (91,3%), выявлено 64 (1,2%) ВИЧ-инфицированных.

С 2011 по 2013 годы обследование больных туберкулезом на ВИЧ-инфекцию составляет

более 98%, и ежегодно отмечается увеличение выявляемых ВИЧ-инфицированных: 66 человек в 2011 г., 88 – в 2012 г. и 112 – 2013 году.

В 2014 году всего впервые выявленных и зарегистрированных больных туберкулезом по республике составило 5133 человека, некоторые обследованы 2 раза с учетом периода окна; обследованных на ВИЧ-инфекцию составляет 5803 человека, среди которых выявлено 75 ВИЧ-инфицированных лиц, что, по сравнению с 2013 годом, ниже на 32,5% (рис. 3).



Рис. 3. Динамика обследования и выявления лиц с ТБ по РТ

### Заключение

Таким образом, ежегодное количество обследованных больных туберкулезом на ВИЧ-инфекцию увеличилось с 54% в 2006 до 98,3% в 2014 году. А количество больных туберкулезом,

сочетанным с ВИЧ-инфекцией, увеличилось с 17 до 161 человека в течение года, т.е. более чем в 9 раз в 2014 году, по сравнению с 2006 годом. С целью снижения распространённости ВИЧ-инфекции среди больных туберкулезом

необходимо усиление интеграции не только центров по борьбе с туберкулезом и СПИДом, но и привлечение наркологических Центров, ПМСП, ГСЭН, НПО, кожно-венерологических учреждений и всех слоев населения.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов*

ЛИТЕРАТУРА (пп. 4-6 см. в REFERENCES)

1. Писак О.Б., Петренко В.И. Состояние туберкулеза и ВИЧ-инфекции в мире, в Украине и в Киеве // Интегрированный подход к проблемам туберкулеза и ВИЧ-инфекции: сборник материалов. Гомель, 2011. С. 13-14

2. Покровский В.В., Ладная Н.Н., Соколова Е.В. ВИЧ-инфекция и туберкулез в России - «оба хуже» // Туберкулёз. 2014. №6. С. 3-8.

3. Фролова О.П., Полесский В.А. и др. Туберкулёз у больных ВИЧ-инфекцией как национальная проблема // Туберкулёз. 2013. № 10. С.9.

RESERENSES

1. Pisak O. B., Petrenko V. I. [State of of tuberculosis and HIV-infection in the world, in Ukraine and in Kiev]. *Integrirovanyu podkhod k problemam tuberkuleza i VICH-infektsii: sbornik materialov* [An integrated approach to problems of tuberculosis and HIV-infection: a collection of materials], Gomel, 2011, pp. 13-14. (In Russian)

2. Pokrovskiy V. V., Ladnaya N. N., Sokolova E. V. VICH-infektsiya i tuberkulez v Rossii - «oba khuzhe» [HIV-infection and tuberculosis in Russia - “both are worse”]. *Tuberkulez – Tuberculosis*, 2014, No. 6, pp. 3-8.

3. Frolova O. P., Poleskiy V. A., Tuberkulez u bolnykh VICH-infektsiey kak natsionalnaya problema [Tuberculosis in patients with HIV-infection as a national problem]. *Tuberkulez – Tuberculosis*, 2013, No. 10, pp. 9.

4. Bass J. B. Tuberculosis in the 1990. *Alcoholism Clinical and Experimental Research Journal*, 1995, Vol. 19, pp. 3-5.

5. World Health Organization. Global Tuberculosis Control. Geneva, WHO, 1998. p. 273.

6. Eropcan Centre for Epidemiological Monitoring of AIDS. HIV/AIDS surveillance in Europe: quarterly report no 52. Saint-Maurice, France: ECEMAIDS, 1998. p. 11.

**Сведения об авторах:**

**Махмудова Рухсора Ульмасовна** – асс. кафедры фтизиопульмонологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

**Зокирова Курбонгуль Акрамовна** – зав. кафедрой фтизиопульмонологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

**Махмудова Парвина Ульмасовна** – соискатель кафедры фтизиопульмонологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

**Контактная информация:**

**Зокирова Курбонгуль Акрамовна** – тел.: +992372277440; +992935985917; e-mail: dr.zakirova@gmail.com

© Коллектив авторов, 2016

УДК 616.314-08:616

*Муллоджанов Г.Э., Каримов С.М., Таиров У.Т.*

## КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОТЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

*Mullodzhanov G.E., Karimov S.M., Tairov U.T.*

## CLINICAL AND X-RAY RESULTS OF PROTETIC TREATMENT OF SOMATIC PATIENTS BY DENTAL IMPLANTATION

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

**Цель исследования.** Оценить возможность улучшения качества стоматологического аспекта здоровья соматических больных с дефектами зубных рядов при использовании имплантационных ортопедических конструкций.

**Материал и методы.** Изучено состояние стоматологического статуса и системного здоровья 275 соматических больных (134 мужчины и 141 женщина) в возрасте от 20 до 60 лет и старше с частичной вторичной адентией. Всем первично обратившимся пациентам проведены: комплексное стоматологическое обследование по ВОЗ с расчетом показателей распространенности и интенсивности кариеса зубов, а также заболеваний пародонта, гигиены полости рта; классифицирование дефектов зубных рядов по Кеннеди; рентгенологическое (3D КТ) и общеклиническое обследование. Пациенты в зависимости от избираемого метода лечения были распределены на 2 группы: основную (протезирование с использованием дентальных имплантатов) и группу сравнения (традиционное съемное и несъемное протезирование). В основную группу вошли 103 больных адентией (54 мужчины и 49 женщин). Группа сравнения была представлена 89 пациентами (42 мужчины и 47 женщин) с дефектами зубных рядов.

**Результаты.** В ближайшие сроки после установки дентальных имплантатов у соматических больных хорошие результаты имплантационного лечения отмечены в 86,2% случаев, удовлетворительные и неудовлетворительные – соответственно в 10,7% и 3,1% случаев. В отдаленные сроки наблюдения среди обследованного контингента больных оценочные критерии по трем позициям соответствовали 81,7%, 12,9% и 5,4%.

**Заключение.** Более высокая степень удовлетворенности качеством протезирования была выявлена у соматических больных, имеющих имплантационные протезы, в сравнении с теми, кто пользовался традиционно изготовленными съемными и несъемными протезами.

**Ключевые слова:** окклюзионный дефект, имплантационное лечение, трехмерная дентальная рентгендиагностика, соматическая патология

**Aim.** Estimation the possibility of the improvement quality of dentistry aspect's health among somatic patients with defect of the teeth rows by implant's orthopedic design.

**Materials and methods.** Studied condition of dentistry status and system health of 275 somatic patients (134 men and 141 women) from 20 to 60 years and senior with partial secondary anodontia. All primary addressed patient organized: complex dentistry examination with calculation of the factors of prevalence and intensities of caries, as well as parodontal diseases, hygiene oral cavity; classification defect of the teeth rows on Kennedy; x-ray (3D CT) and common's clinical examination. Patients in depending of elected method of the treatment were portioned on 2 groups: main (prosthesis with using of dental implants) and group of the comparison (traditional with fixed and removable partial denture). Main group consist of 103 patients with anodontia (54 men and 49 women). Group of the comparison was presented by 89 patients (42 men and 47 women) with defect of the teeth rows.

**Results.** At nearest periods after installing of dental implants beside somatic patients good results of implantology treatments noted in 86,2% events, satisfactory and unsatisfactory – accordingly in 10,7% and 3,1% events. At remote periods of the observation amongst examined contingent patients merit criteria on three positions corresponded 81,7%, 12,9% and 5,4%.

**Conclusion.** More high degree of satisfactory by quality of the prosthesis was revealed beside somatic patients having implantation prosthetic devices, in comparison with one, used traditionally made with fixed and removable partial prosthetic device.

**Key words:** occlusion defect, implantology treatment, three-dimensional dental x-ray, somatic pathology

---

### Актуальность

Многочисленные исследования [3, 6] свидетельствуют о высоком уровне нуждаемости населения в протетическом лечении по поводу частичного или полного отсутствия зубов. Потеря зубов неизбежно нарушает структурно-функциональный и эстетический оптимум не только челюстно-лицевой области, но и многих систем организма [4].

Современная стоматология представляет широкий спектр высокотехнологичных методов лечения при полной и частичной адентии, среди которых дентальная имплантация обоснованно занимает наиболее приоритетные позиции [1, 5]. В сравнении с традиционными методами съемного и несъемного протезирования остеинтегрированные дентальные имплантаты гарантируют оптимальную устойчивость и высокую эстетичность зубных протезов, их успешное и

долговременное функционирование, лучшую удовлетворенность пациентов результатами протезирования. Позитивные исходы дентальной имплантации, описанные в многочисленных публикациях [2, 4], обоснованы результатами объективных клинико-функциональных исследований.

С учетом вышеизложенного поиск и разработка оптимальных методов лечения пациентов с дефектами зубных рядов при разнонаправленных межсистемных нарушениях, позволяющих с учетом полиморбидного характера их соматического статуса осуществлять мониторинг состояния здоровья полости рта в динамике имплантационного протетического лечения, составляют актуальную задачу отечественной стоматологии.

### Материал и методы исследования

Проанализировано состояние стоматологического статуса и системного здоровья 275

соматических больных (134 мужчины и 141 женщина в возрасте от 20 до 60 лет и старше) с частичной вторичной адентией, обратившихся в ортопедическое отделение стоматологической клиники «Smile» г. Душанбе. Всем первично обратившимся пациентам проведены: комплексное стоматологическое обследование по ВОЗ с расчетом показателей распространенности (%) и интенсивности кариеса зубов (индекс КПУ) и заболеваний пародонта (индекс РМА по Parma и CPITN), гигиены полости рта (индекс ОНI-S по Green-Vermillion); классифицирование дефектов зубных рядов по Кеннеди и общеклиническое обследование.

В конце декабря 2015 г. на клинической базе кафедры терапевтической стоматологии Государственного образовательного учреждения «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» (клиника «Smile») был установлен первый в Таджикистане трехмерный дентальный компьютерный томограф 3D КЛКТ (фирма «Morita», Япония). В обязательном порядке среди соматических больных проводилось компьютерное обследование, что позволило определить индивидуальный выбор диаметра и длину имплантатов, также провести дополнительные хирургические этапы, такие как аугментация и синус-лифтинг. До настоящего времени на 3D КЛКТ прошли обследование 275 больных с сопутствующей соматической патологией на разных этапах подсаживания дентальных имплантатов и функционирования имплантационных протезов.

Среди обследованного контингента 5,0% пациентов, получивших предложение принять участие в клинко-социологическом исследовании, по разным причинам не прошли первичный этап анкетирования, поэтому выборка социологического исследования составила 261 респондента. Впоследствии уровень отказов от динамического испытания составил 21,8% (57 человек), а также 13 пациентов были исключены из исследования по критериям общесоматического и стоматологического статусов. По итогам первичных клинко-рентгенологических и социологических исследований из 221 пациента с различными дефектами зубных рядов, выразивших желание принять участие в клинко-рентгенологическом и социологическом исследованиях по оценке эффективности протезирования с использованием дентальной имплантации и без нее, при формировании сопоставимых групп наблюдения были исключены еще 29 пациентов. Таким образом, в проведении контролируемого исследования приняли участие 192 пациента (98 мужчин и 94 женщины в возрасте от 20 до 65 лет), в зависимости от избираемого метода лечения распределенных в 2 группы: основную (протезирование с использованием дентальных

имплантатов) и группу сравнения (традиционное съемное и несъемное протезирование). В основную группу вошли 103 больных адентией (54 мужчины и 49 женщин). Группа сравнения была представлена 89 пациентами (42 мужчины и 47 женщин) с дефектами зубных рядов.

Оценку общесоматического статуса, наличие, характер и степень компенсации системной патологии у пациентов в группах наблюдения определяли по заключениям врачей общих специальностей. При планировании дентальной имплантации дополнительно проводили общий и биохимический анализы крови с определением уровня глюкозы, маркеров гепатита А, В и С, RW, ВИЧ и С-реактивного белка, показателей коагуло- и иммунограмм. При наличии в анамнезе аллергических реакций на протезные материалы, лекарственные препараты, средства гигиены полости рта определяли переносимость конструкционных, в том числе имплантационных, материалов с помощью слизисто-десневого теста.

Пациентам также проведен анализ контрольно-диагностических моделей и компьютерных томограмм, в том числе с расчетом показателя эффективности функционирования имплантатов по М.З. Миргазизову (2008) у соматических больных основной группы. Успешность хирургического этапа дентальной имплантации при разнонаправленных межсистемных нарушениях оценивалась по критериям Сергеева А.А. (2005). В отдаленные сроки наблюдения эффективность протезирования с использованием дентальной имплантации у соматических больных проанализирована через 3-5 лет. Оценка степени удовлетворения больных качеством протезирования проведена также на основе психометрического метода по 5-балльной шкале Global Rating Satisfaction (GRS): от 1 балла - при абсолютном удовлетворении результатами протезического лечения до 5 баллов – при абсолютной неудовлетворенности исходом протезирования (Allen P.F. et al., 2006). Эффективность протезического лечения у больных с сопутствующей соматической патологией изучена на следующих точках отчета: через месяц после дентальной имплантации (в основной группе), через 2-3, 6-12 месяцев, 2, 3 и более года после протезирования (в обеих группах).

Статистическую обработку данных осуществляли с помощью стандартного пакета программ Statistics 17.0. Вычисляли  $M$  - среднее арифметическое и  $m$  - ошибку среднего арифметического; на основании расчета критерия Стьюдента для двух вариационных рядов устанавливали  $p$ -вероятность их отличия. Выявленные закономерности и связи изучаемых параметров между группами и признаками считали статистически значимыми при вероятности безошибочного прогноза  $P=95\%$  и более ( $p<0,05$ ).

**Результаты и их обсуждение**

На первом этапе исследования проведена структурная оценка общесоматического статуса стоматологических пациентов. Полученные материалы позволяли отметить, что от общего количества обследованных (192 человека) подавляющее большинство (93,2%) пациентов имели 2 и более сопутствующих общесоматических заболеваний, в том числе – заболевания сердечно-сосудистой (88,6%), пищеварительной (61,2%), эндокринной (12,1%), бронхолегочной (44,7%) систем, а также хроническую патологию верхних дыхательных путей (41,9%). Аллергическая реакция на медикаментозные препараты, продукты питания, средства гигиены полости рта выявлена у 6 (3,1%) больных от общего количества обследованного контингента (192 человека)

На втором этапе клинического исследования проведен углубленный анализ ортопедического статуса соматических больных, в ходе которого у них было выявлено 710 различных по топографии дефектов зубных рядов (табл. 1).

Как свидетельствуют данные таблицы 1, у соматических больных чаще всего (58,5%) выявляли концевые дефекты, причем преимущественно (34,1%) односторонние (II класс по Кеннеди) и реже (24,4%) – двухсторонние. Односторонние концевые дефекты чаще (19,8%) локализовались на нижней челюсти. Далее по частоте встречаемости последовали включенные дефекты во фронтальном отделе челюстей (IV класс по Кеннеди - 24,5%) и двухсторонние концевые (I класс по Кеннеди - 24,4%). Включенные дефекты в боковых отделах челюстей (III класс по Кеннеди) диагностировали у 17,0% соматических больных.

Таблица 1

*Топографическая характеристика дефектов зубных рядов по Кеннеди у первично обратившихся соматических больных*

Класс дефектов по Кеннеди	Количество дефектов зубных рядов					
	верхняя челюсть		нижняя челюсть		всего	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
<b>I</b>	53	7,5	120	16,9	173	24,4
<b>II</b>	101	14,3	141	19,8	242	34,1
<b>III</b>	58	8,1	63	8,9	121	17,0
<b>IV</b>	114	16,0	60	8,5	174	24,5
<b>Всего</b>	<b>326</b>	<b>45,9</b>	<b>384</b>	<b>54,1</b>	<b>710</b>	<b>100</b>

Эстетически значимые включенные дефекты во фронтальном отделе чаще всего (16,0%) локализовались на верхней, чем на нижней (8,5%) челюсти. Двухсторонние концевые дефекты достоверно чаще (16,9%) выявляли на нижней, чем на верхней челюсти (7,5%). Включенные боковые дефекты диагностировали на верхней и нижней челюстях (соответственно 8,1% и 8,9%) в практически приближенном проценте случаев. У 155 (80,7%) соматических больных с частичной вторичной адентией диагностировали ортогнатический прикус, у 17 (8,9%) – прямой, у 12 (6,3%) – глубокий и у 8 (4,1%) – перекрестный прикусы.

Большая часть соматических больных (79,6%) ранее пользовались съемными и несъемными зубными протезами, причем качество 63,2% конструкций не соответствовало необходимым требованиям. Степень удовлетворенности больных ранее изготовленными протезами была низкой и составила в среднем 8,42±1,22 балла по шкале GRS.

Исходное состояние гигиены полости рта у 30,1% соматических больных было плохим (индекс ОНI-S превышал 2,6 балла), у 54,2% – неудовлет-

ворительным (индекс ОНI-S=2,6±0,19), у 14,2% – удовлетворительным (индекс ОНI-S=1,2±0,29) и только у 1,5% больных (преимущественно молодого возраста) соответствовало хорошему состоянию.

При анализе пародонтологического статуса пациентов с сопутствующей соматической патологией при анализе не было выявлено ни одного субъекта, имеющего интактный пародонт. Из общего количества обследованных пациентов с неудовлетворительной гигиеной полости рта в 15,4% случаев выявили признаки хронического генерализованного гингивита, в 85,6% – симптомы хронического генерализованного пародонтита. В структуре последнего доминировала (54,5%) средняя степень тяжести заболевания (РМА=54,8±3,9), в 39,8% случаев клинко-рентгенологически диагностировали легкую степень тяжести (РМА=38,7±4,8), а в 5,7% случаев – тяжелый пародонтит (РМА=64,9±2,5).

Вариабельные значения показателя интенсивности кариеса зубов (от 14,1±1,2 до 25,1±3,0) и его компоненты «У» (от 4,6±1,4 до 19,8±1,9), дифференцированные в различных возрастных группах,



учитывали для планирования объемов консервативного и протетического лечения. При углубленном обследовании слизистой оболочки полости рта у соматических больных с дефектами зубных рядов были выявлены: хронический катаральный стоматоглоссит на фоне хронической патологии желудочно-кишечного тракта, преимущественно легкой степени тяжести (54,1%); травматические поражения слизистой полости рта – 15,2%; эксфолиативный хейлит в сухой форме – 6,5%; диффузный гиперкератоз и лейкоплакия – 10,2%; красный плоский лишай – 3,9%; простой glandулярный хейлит – 1,5%. Признаки дисфункции височно-нижнечелюстного сустава выявлены у 7,9% больных, у 0,7% отмечен бруксизм.

Следовательно, у соматических больных с вторичной адентией выявляли различные структурно-функциональные и эстетические нарушения в полости рта и челюстно-лицевой области. Подобные отклонения в состоянии зубочелюстной системы со всей очевидностью могли сопровождаться ухудшением физического и социального функционирования соматических больных.

Оценка эффективности различных методов ортопедического лечения окклюзионных дефектов при разнонаправленных межсистемных нарушениях проведена в ближайшие и отдаленные сроки наблюдения с применением клинико-рентгенологических критериев и использованием удовлетворенности пациентов результатами протезирования.

Для конкретизации показаний к дентальной имплантации, а также в процессе подготовки к ней пациентам проводили соответствующее терапевтическое, пародонтологическое, хирургическое и ортопедическое лечение, а также компьютерно-томографическую визуализацию имплантационной области (рис. 1, 2), после чего окончательно определялись с возможностью применения дентальной имплантации. Принимали во внимание и степень мотивированности пациента (высокая, средняя, низкая) к проведению дентальной имплантации, также конкретные мотивы, определяющие личностный интерес к протезированию на имплантатах.

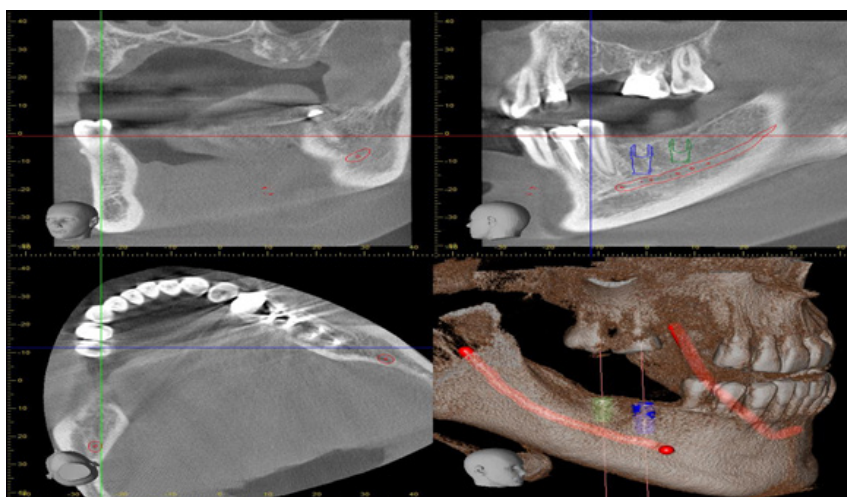


Рис. 1. КТ-изображение зубного ряда и челюстно-лицевой области в трех плоскостях

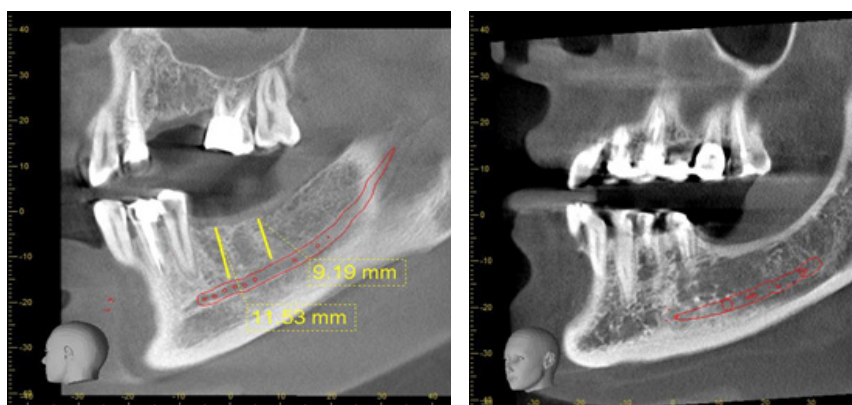


Рис. 2. КТ-изображение кортикальной пластинки дна верхнечелюстной пазухи и нижнечелюстного канала

Окончательный анализ показаний и противопоказаний к проведению ортопедического протезирования окклюзионных дефектов с этапом дентальной имплантации, проведенный у 275 соматических больных с учетом реальных возможностей комплексной санации полости рта перед протезированием, определил потребность в соответствующем лечении у 192 (69,8%) из

обследованных соматических больных с дефектами зубных рядов.

Распределение соматических больных в основной (протезирование с использованием дентальных имплантатов) и контрольной (традиционное съемное и несъемное протезирование) группах наблюдения по классам дефектов зубных рядов представлено в таблице 2.

Таблица 2

*Распределение соматических больных в группах наблюдения по классам дефектов зубных рядов*

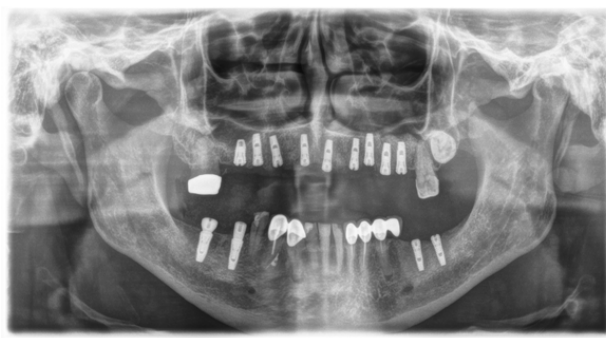
Класс дефекта	Основная группа (n=103)				Группа сравнения (n=89)			
	Пациенты		дефекты		пациенты		дефекты	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<b>I</b>	24	23,3	75	33,5	28	31,5	43	24,0
<b>II</b>	51	49,5	88	39,3	38	42,6	69	38,5
<b>III</b>	8	7,8	29	12,9	12	13,5	35	19,6
<b>IV</b>	20	19,4	32	14,3	11	12,4	32	17,9
<b>Всего</b>	<b>103</b>	<b>100</b>	<b>224</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	<b>179</b>	<b>100</b>

Дентальная имплантация проводилась под местной анестезией с использованием стандартной двухэтапной методики. Всего соматическим пациентам основной группы (103 человека) было установлено 326 имплантатов. Количество дентальных имплантатов, установленных на верхнюю и нижнюю челюсти, выглядит следующим образом: при локализации дефектов на нижней челюсти – 213 единиц имплантатов (65,3%), на верхней – 113 единиц (4,7%).

При двухсторонних концевых дефектах у лиц с сопутствующей соматической патологией установили 86 дентальных имплантатов, причем чаще на нижней (57 ед.), чем на верхней (29 ед.) челюсти. При односторонних концевых дефектах установлено 145 дентальных имплантатов на верхней (54 ед.) и нижней (91 ед.) челюстях. При включенных дефектах в боковых отделах челюстей установили 50 дентальных имплантатов, в т.ч. на верхней челюсти – 26 ед., на нижней – 24 ед. У соматических больных с включенными дефектами во фронтальном отделе челюстей установлено 45 винтовых имплантатов, причем преимущественно на верхней челюсти (86,7%, 39 ед.), чем на нижней (13,3%, 6 ед.).

Качество хирургического этапа дентальной имплантации оценивали в сроки до 2-х недель непосредственно после операции, отмечая преимущественно хорошие (89,7%) и удовлетворительные (8,7%) результаты. В ближайшие (до 3-х месяцев) сроки после оперативного вмешательства хорошие результаты отмечены в 281 клиническом случае дентальной им-

плантации (86,2%), удовлетворительные - в 35 (10,7%) клинических случаях, неудовлетворительные – в 10 (3,1%) случаях. В отдаленные сроки наблюдения (до 3-5 лет) оценочные критерии по трем позициям соответствовали 81,7%, 12,9% и 5,4%. Ближайшие и отдаленные клинические результаты дентальной имплантации были подтверждены рентгенологически с использованием 3D КТ по правильности позиционирования имплантата, наличию первых признаков остеоинтеграции и функционирования ортопедической конструкции (рис. 3, 4, 5).



*Рис. 3. КТ-изображение позиционирования дентальных имплантатов и остеоинтеграционных признаков в отдаленные сроки наблюдения*

Возможность просмотра КТ-изображения в трех проекциях, разворот аппарата под различными углами к полости челюстной дуги, возможность получения изображения внутренней структуры и наружной поверхности костных образований и мягких тканей в зоне предпола-

гаемой имплантации, ротация изображения вверх и вниз в околоимплантной зоне позволяли нам наиболее достоверно определить объем имплантологического вмешательства и наметить тактику предстоящего оперативного лечения у больных с неблагоприятным соматическим фоном.



*Рис. 4. КТ-изображение больной А. после установки дентальных абатментов*

Эффективность протетического лечения соматических больных была также подтверждена динамикой показателя эффективности функционирования дентальных имплантатов в сроки через 2, 6-12 месяцев, 1-3 года и более после проведения дентальной имплантации. Так, через 2 месяца после установки имплантационных протезов используемый показатель в 87,6% клинических ситуаций составил единицу, что отражало высокую эффективность функционирования конструкций. В 9,9% случаев показатель не превышал 0,75 баллов за счет погрешностей гигиены полости рта, развития локализованного периимплантатного мукозита, которые купировали медикаментозной и гигиенической коррекцией на этапе реабилитации. Аналогичная положительная динамика клинико-рентгенологических показателей выявлялась через 6-12 месяцев после фиксации имплантационных протезов. По прошествии 1-2 лет проанализирована успешность функционирования 320 имплантационных протезов. Высокие значения показателя эффективности функционирования соответствующих протезов выявлены в 83,4% случаев, а его значения в пределах 0,75 балла – у 12,8% обследованных. На этом этапе достоверно возросло число соматических больных с неудовлетворительной гигиеной полости рта, явлениями гиперплазии слизистой полости рта и десен (в форме гипертрофического гингивита, периимплантатного мукозита), механическими повреждениями имплантационных конструкций, что нами было объективизировано низкими (0,5; 0,25; 0 балла) значениями показателя эффективности функционирования имплантационных протезов. Потеря дентальных имплантатов отмечена в 5,2% (17 ед.) случаев, преимущественно

за счет тяжелых форм дентального периимплантита, развившегося в период функционирования имплантационных протезов. Этим больным было проведено альтернативное протетическое лечение.



*Рис. 5. КТ-изображение больной А. после протезирования*

Профессиональная оценка успешности протезирования с этапом имплантации была подтверждена результатами самооценки больных. Достоверно более высокая степень удовлетворенности соматических больных качеством протезирования по шкале Глобальной рейтинговой удовлетворенности (GRS) была выявлена у соматических больных, имеющих имплантационные протезы ( $2,97 \pm 0,36$  балла), в сравнении с теми, кто пользовался традиционно изготовленными съемными и несъемными протезами ( $4,53 \pm 0,20$  балла). Наиболее высокий градиент значения шкалы GRS у соматических больных сравниваемых групп был выявлен через 2-3 месяца после завершения периода адаптации к ношению новых протезов. Очень важно, что 89,9% больных основной группы, имеющих опыт предшествующего протезирования, отметили, что степень их удовлетворенности качеством новых, т.е. имплантационных протезов, возросла в 2,9 раза.

#### **Выводы**

1. По результатам комплексного обследования соматических больных с вторичной частичной адентией, с учетом положительной динамики показателей их стоматологического и общесоматического здоровья в процессе подготовки к протезированию потребность в протетическом лечении с использованием дентальных имплантатов составила 37,7% больных.

2. Через 2 месяца после установки имплантационных протезов значение показателя эффективности функционирования дентальных имплантатов в 87,6% клинических ситуаций составило единицу, что свидетельствует о высокой эффективности их функционирования. За счет погрешностей гигиены полости рта и развития локализованного периимплантатного мукозита в 9,9% случаев значение исследуемого показателя не превышало 0,75 баллов.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов*

ЛИТЕРАТУРА (пп.5, 6 см. в REFERENCES)

1. Гветадзе Р.Ш., Абрамян С.В., Шарова Е.В. Клинико-рентгенологические обоснование тактики ортопедического лечения и определение сроков предполагаемой имплантации // Материалы XXI и XXII Всероссийских научно-практических конференций. М., 2009. С. 240-241

2. Железный С.П., Маслов И.А., Иванов В.А. Клинико-рентгенологическая характеристика периимплантатных тканей протезов, фиксированных на внутрикостных имплантатах // Стоматология для всех. 2007. № 4. С. 35-37

3. Кулаков А.А., Амхадова М.А., Королев В.М. Развитие дентальной имплантологии в ЦНИИС // Материалы IX ежегодного научного форума «Стоматология 2007», посвященного 45-летию ЦНИИС. М., 2007. С. 19-21

4. Кулаков А.А., Подорванова С.В., Гунько М.В. Особенности клинико-рентгенологического обследования и подготовки пациентов к операции дентальной имплантации // Материалы IX ежегодного научного форума «Стоматология 2007», посвященного 45-летию ЦНИИС. М., 2007. С. 269-272.

REFERENCES

1. Gvetadze R. Sh., Abramyan S. V., Sharova E. V. [Clinical and x-ray motivation of tactics of the orthopedic treatment and determination of the periods supposed implantations]. *Materialy XXI i XXII Vserossiiskikh nauchno-practicheskikh konferentsiy* [Materials of XXI and XXII All-Russian scientific-practical conferences]. Moscow, 2009, pp. 240-241. (In Russ.)

2. Zheleznii S. P., Maslov I.A., Ivanov V.A. Kliniko-rentgenologicheskaya kharakteristika periimplantatnykh tkaney protezov, fiksirovannykh na vnutrikostnykh implantatakh [Clinical and x-ray feature of periimplantate tissues of prosthetic fixed on innerbone's implants]. *Stomatologiya dlya vsekh – Dentistry for all*, 2007, No. 4, pp. 35-37.

3. Kulakov A. A., Amkhadova M. A., Korolev V. M. [Development of dental implantology in

the Central Scientific Research Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery]. *Materialy IX ezhegodnogo nauchnogo foruma “Stomatologiya 2007”*, posvyashchennogo 45-letiyu Tsentralnogo Nauchno-issledovatel'skogo Instituta Stomatologii i Chelyustno-litsevoy Khirurgii [Materials of the IX Annual Scientific Forum “Stomatology 2007”, dedicated to the 45th anniversary of the Central Scientific Research Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery]. Moscow, 2007, pp. 19-21. (In Russ.)

4. Kulakov A. A., Podorvanova S. V., Gunko M. V. [Particularities of clinical and x-ray examination and preparation of patients to operations of dental implantation]. *Materialy IX ezhegodnogo nauchnogo foruma “Stomatologiya 2007”*, posvyashchennogo 45-letiyu Tsentralnogo Nauchno-issledovatel'skogo Instituta Stomatologii i Chelyustno-litsevoy Khirurgii [Materials of the IX Annual Scientific Forum “Stomatology 2007”, dedicated to the 45th anniversary of the Central Scientific Research Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery]. Moscow, 2007, pp. 269-272. (In Russ.)

5. Smith D. E., Zarb G. A. Criteria for success for osseointegrated endosseous implants. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 2009, Vol. 62, pp. 567-572.

6. Chaytor D. W. Clinical criteria for determining implant success: Bone. *The International Journal of Prosthodontics*, 2013, Vol. 6, pp. 145-152.

**Сведения об авторах:**

**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.

**Таиров Умар Таирович** – директор ООО «Диёр», д.м.н., профессор

**Контактная информация:**

**Муллоджанов Гайрат Элмурадович** – моб.: +992 918-61-99-55

<sup>1</sup>Муминов С., <sup>2</sup>Курбонов К.М., <sup>1</sup>Расулов Н.А., <sup>1</sup>Рафиков С.Р., <sup>2</sup>Ховари Н.

## УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ ПРИ ЖЕЛЧНОМ ПЕРИТОНИТЕ

<sup>1</sup>Кафедра хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

<sup>2</sup>Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

<sup>1</sup>Muminov S., <sup>2</sup>Kurbonov K.M., <sup>1</sup>Rasulov N.A., <sup>1</sup>Rafikov S.R., <sup>2</sup>Khovari N.

## ULTRASOUND SIGNS AT CHOLEPERITONITIS

<sup>1</sup>Department of Surgery of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan»

<sup>2</sup>Department of Surgical Diseases №1 of the Tajik State Medical University named after Abuali ibn Sino

**Цель исследования.** Изучить возможности ультразвукового исследования у больных желчнокаменной болезнью и выявить графические признаки, позволяющие заподозрить желчный перитонит.

**Материал и методы.** Настоящее исследование основано на опыте комплексной диагностики и хирургического лечения 87 пациентов с желчным перитонитом, находившихся на лечении в Городской клинической больнице скорой медицинской помощи г. Душанбе. Ультразвуковое исследование (УЗИ) проведено 64 (73,5%) пациентам для диагностики желчного перитонита (ЖП) и причин его возникновения.

**Результаты.** При проведении комплексного УЗИ наряду с выявлением различной степени деструктивных изменений в желчном пузыре и протоках выявляли различные признаки ЖП. В 8 наблюдениях диагностировали наличие «пузырьков» воздуха в просвете желчного пузыря. При распространенном ЖП в 59 (67,8%) наблюдениях на ультрасонограммах определяли наличие свободной жидкости в брюшной полости.

Высокое прогностическое значение имеет одновременное определение двух ультрасонографических симптомов: признаки паралитической кишечной непроходимости и наличие свободной анэхогенной жидкости в просвете кишки.

В 32 (36,8%) наблюдениях причиной ЖП явились деструктивные формы острого калькулезного холецистита, в 12 (13,8%) – холедохолитиаз, в 10 (11,5%) – гнойный холангит.

**Заключение.** Проведение комплексного УЗИ наряду с выявлением различной степени деструктивных изменений в желчном пузыре и протоках позволяют выявить графические признаки желчного перитонита.

**Ключевые слова:** УЗ-признаки, желчный перитонит

**Aim.** Explore the possibilities of ultrasound research in patients with cholelithiasis and identify graphical signs, allowing suspect bile peritonitis.

**Materials and methods.** The present study is based on the experience of complex diagnostics and surgical treatment of 87 patients with bile peritonitis treated at the City Hospital ambulance Dushanbe. It was held 64 US (73.5%) patients for the diagnosis of gallbladder and its causes.

**Results.** During the ultrasound integrated along with the identification of various degrees of destructive changes in the gall bladder and ducts identified various signs of bile peritonitis (DGP). During ultrasound in 8 cases diagnosed with the presence of «bubbles» of air in the lumen of the gall. When released JP in 59 (67,8%) observations on ultrasonograms determined the presence of free fluid in the abdominal cavity.

Of great importance in the diagnosis of gallbladder is defined as two simultaneous ultrasonographic symptoms such as symptoms of paralytic ileus and availability anechoic fluid in the lumen of the intestine.

The study found that 32 (36,8%) cases the cause of the gallbladder is destructive forms of acute calculouscholecystitis in 12 (13,8%) choledocholithiasis in 10 (11,5%) - suppurative cholangitis.

**Conclusion.** Implementation of an integrated ultrasound, along with the identification of various degrees of destructive changes in the gall bladder and ducts revealed graphic signs, allowing suspected bile peritonitis.

**Key words:** signs of ultrasound, bile peritonitis

### Актуальность

В настоящее время отмечается рост числа больных с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) и, как следствие, её осложнений – острого деструктивного холецистита, желчного перитонита, среди которых истечение желчи в брюшную полость занимает далеко не последнее место [2, 3, 5].

Скрытое течение и трудность диагностики желчного перитонита и в связи с этим запоздалое хирургическое вмешательство способствуют увеличению случаев осложнений и летальности. Вышеизложенное настоятельно требует необходимости комплексного изучения течения и совершенствования методов диагностики больных с данной патологией.

Следует отметить, что, начиная с конца прошлого века, многочисленные современные методы диагностики – УЗИ, видеолапароскопия, КТ, МРТ и др., несомненно, внесли определенный вклад в решение проблемы диагностики и лечения перитонита. Однако диагностика и лечение послеоперационного перитонита у лиц пожилого и старческого возрастов остаётся до конца не решенной проблемой [1, 4].

За последние годы предлагались различные методики диагностики желчного перитонита, в том числе и ультразвуковые методы исследования органов брюшной полости [2]. Тем не менее, желчнокаменная болезнь, осложненная желчным перитонитом, диагностируется поздно, и резуль-

таты оперативного лечения не всегда оказываются эффективными, возникает ряд осложнений в послеоперационном периоде, что требует повторных вмешательств. Желчные перитониты, возникающие как осложнение после плановых операций на желчном пузыре и желчевыводящих путях при желчнокаменной болезни, также диагностируются с опозданием, так как хирургам психологически трудно решиться на выполнение повторных вмешательств.

### Материал и методы исследования

В основу настоящего исследования положен опыт комплексной диагностики и хирургического лечения 87 пациентов с желчным перитонитом, находившихся на лечении в Городской клинической больнице скорой медицинской помощи г. Душанбе. Среди наблюдавшихся больных мужчин было 39 (44,8%), женщин – 48 (55,2%). Среди всех обследованных большинство пациентов – 57 (65,5%) – были старше 50 лет, имели сопутствующие заболевания, в значительной степени затрудняющие комплексное лечение.

Для диагностики ЖП и причин его возникновения динамическое УЗИ проведено 64 (73,6%) пациентам из 87.

### Результаты и их обсуждение

При проведении комплексного УЗИ наряду с выявлением различной степени деструктивных изменений в желчном пузыре и протоках выявляли разные признаки ЖП (рис. 1).

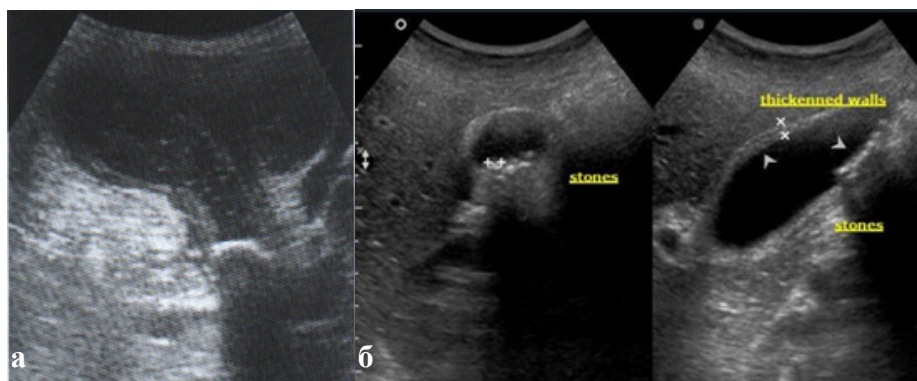


Рис. 1. УЗИ: а) острый гангренозный холецистит; б) острый калькулезный холецистит, наличие конкрементов в желчном пузыре.

Во время УЗИ в 8 наблюдениях диагностировали наличие «пузырьков» воздуха в просвете желчного пузыря, напоминающих пузырьки в бокале с шампанским – симптом «шипучего» желчного пузыря (рис. 2).

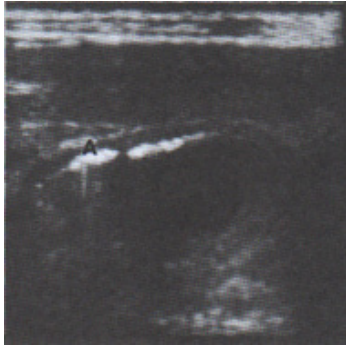
Полученные УЗ–признаки были характерными для анаэробного гангренозного холецистита.

В 22 наблюдениях причиной ЖП являлся бескаменный холецистит на фоне деструктивного процесса в его стенке (рис. 3).

При пролежнях, вызванных камнями желчного пузыря и общего желчного протока, у пациентов с

прободным ЖП наблюдается некроз стенки в области пролежня. На УЗ-сонограммах выявляются дефекты стенки желчного пузыря или холедоха с формированием паравертикального или парахоледохеального анэхогенного образования, сообщающегося с просветом холедоха или желчного пузыря и содержащего подвижные гиперэхогенные включения (рис. 4).

Наличие конкрементов в просвете желчных протоков, а также явления гнойного холангита способствовали возникновению перфорации или пропитывания желчи через стенки с развитием ЖП (рис. 2-4).



**Рис. 2. УЗИ: пузырьки газа в просвете желчного пузыря**



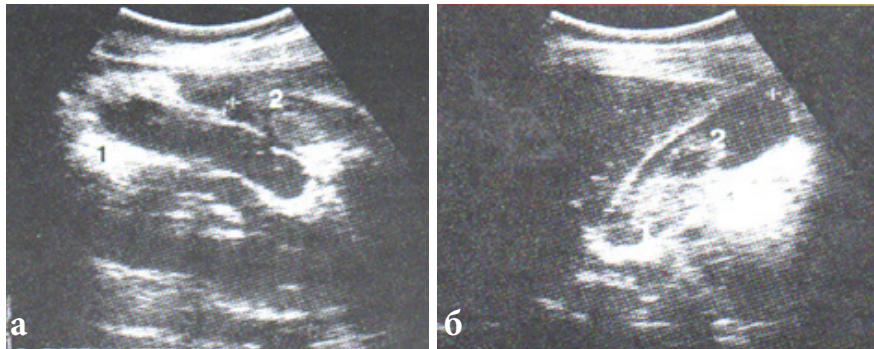
**Рис. 3. УЗИ: бескаменный гангренозный холецистит**



**Рис. 4. УЗИ: двухстенный желчный пузырь с пролежнями**

При УЗИ пациентов с травмами желчного пузыря визуализировались двухконтурные стенки желчного пузыря с признаками расслоения и

возникновения в толще стенки желчного пузыря гипоэхогенных гетерогенных включений за счёт возникновения гематом (рис. 5).



**Рис. 5. УЗИ: а) двухконтурные стенки желчного пузыря. Наличие свободной жидкости; б) отрыв желчного пузыря. Неравномерное утолщение стенки желчного пузыря (1), сгустки крови в просвете желчного пузыря (2)**

При субсерозных надрывах (разрывах) внепеченочных желчных путей и желчного пузыря при УЗИ выявляется свободная жидкость вокруг пузыря (косвенный признак разрыва). При разрыве и отрыве желчный пузырь небольшого размера, содержимое в нём практически не определяется. Таким образом, невозможность визуализировать желчный пузырь при наличии свободной жидкости в брюшной полости, что указывает на наличие разрыва его стенки (рис.5).

К эхографическим признакам, указывающим на деструкцию и повреждение желчного пузыря, относятся:

1. минимальное количество свободной жидкости в подпечёночном пространстве;
2. фрагментарное утолщение и расслоение передней стенки желчного пузыря при нормальных его размерах;
3. наличие узкой жидкостной зоны в ложе желчного пузыря, которая при динамическом

контроле может увеличиваться, с деформацией внешнего контура пузыря;

4. наличие структур средней и пониженной эхогенности в просвете желчного пузыря, которые выпячиваются при контрольном УЗИ (сгустки крови).

5. уменьшение желчного пузыря при проникающем ранении с наличием минимального количества свободной жидкости под печенью.

Комплексное УЗИ позволило выявить группу симптомокомплексов, указывающих на наличие ЖП:

1. наличие свободной жидкости (желчи) в подпечёночном пространстве;

2. наличие свободной жидкости в остальных отделах брюшной полости, прежде всего по правому латеральному каналу, в малом тазу, в поддиафрагмальном пространстве справа и между петлями кишечника;

3. характер свободной жидкости однородный (желчь) или неоднородный с анэхогенными включениями (гной);

4. возможно наличие дилатации тонкой кишки более 3 см, с другими признаками нарушения пассажа по кишечнику (утолщение стенки, визуализация кишечных складок, наличие и характер перистальтики, наличие и характер содержимого в просвете тонкой кишки);

5. наличие включений (конкременты, газ) в просветах желчного пузыря и протоков.

При распространенном ЖП в 59 (67,8%) наблюдениях на ультрасонограммах определяли наличие свободной жидкости в брюшной полости.

Большое значение в диагностике ЖП имеет определение одновременно двух ультрасонографических симптомов: признаки паралитической кишечной непроходимости и наличие свободной анэхогенной жидкости в просвете кишки (рис. 6).



**Рис. 6. УЗИ: распространенный желчный перитонит; расширение петель тонкой кишки с неоднородным анэхогенным содержимым**

ЖП развивался после различных по характеру и течению заболеваний желчного пузыря и протоков, а также вследствие травматических их повреждений (табл.).

**Характер патологии, вызвавшей ЖП (n=87)**

<i>Заболевания и травмы</i>	<i>Количество</i>	<i>%</i>
<b>Острый деструктивный калькулезный холецистит</b>	32	36,8
<b>Острый деструктивный (бескаменный) холецистит</b>	28	32,2
<b>Холедохолитиаз</b>	12	13,8
<b>Гнойный холангит</b>	10	11,5
<b>Травмы желчного пузыря:</b>		
<i>открытые</i>	3	3,4
<i>закрывшие</i>	2	2,3
<b>Всего</b>	<b>87</b>	<b>100 %</b>

Исследование показало, что в 32 (36,8%) наблюдениях причиной ЖП явились деструктивные формы острого калькулезного холецистита, в 28 (32,2%) – острый деструктивный бескаменный холецистит, в 12 (13,8%) – холедохолитиаз, в 10 (11,5%) – гнойный холангит и в 5 (5,7%) – травматические повреждения желчного пузыря.

Операции на желчных путях на фоне ЖП связаны с большими техническими сложностями, что требует выбора оптимального объема оперативного вмешательства.

### **Выводы**

1. Диагностика желчного перитонита и его причин основывается на результатах УЗИ, позволяет индивидуализировать подход в лечении больных ЖП.

2. Внедрение предложенных эхографических признаков позволяет вовремя заподозрить повреждение желчного пузыря и тем самым сократить сроки диагностики и выполнения своевременного оперативного вмешательства.



**Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов**

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Абдуллаев У.М. Диагностика, профилактика и лечение послеоперационного распространенного перитонита у больных пожилого и старческого возрастов: автореф. дисс... к.м.н. М., 2008. 30 с.

2. Дибирови М.Д. и др. Миниинвазивная санация брюшной полости различной локализации под контролем УЗИ // Материалы III международного хирургического конгресса. М., 2008. С. 89.

3. Курбонов К.М., Даминова Н.М. Диагностика и тактика лечения послеоперационного желчного перитонита // Хирургия. 2007. № 8. С. 38-42.

4. Мустафаев Р.Д.О. Современные лазерные технологии в лечении перитонита: дисс. ... д.м.н. М., 2014. 228 с.

5. Токин А.Н. Миниинвазивные технологии в лечении желчнокаменной болезни и ее осложнений: автореф. дисс... д.м.н. М., 2008. 35 с.

**RESERENSES**

1. Abdullaev U. M. *Diagnostika, profilaktika i lechenie posleoperatsionnogo rasprostranennogo peritonita u bolnykh pozhilogo i starcheskogo vozrastov*. Avtoref. diss. kand. med. nauk [Diagnosis, prevention and treatment of postoperative diffuse peritonitis in patients of elderly and senile age. Extended abstract of candidate's of medical sciences thesis]. Moscow, 2008. 30 p.

2. Dibirovi M. D., [Minimally invasive sanitation of abdominal of different localization under ultrasound control]. Materialy III mezhdunarodnogo khirurgicheskogo kongressa [Materials of the III International Surgical Congress]. Moscow, 2008, pp. 89. (In Russ.)

3. Kurbonov K. M., Daminova N. M. *Diagnostika i taktika lecheniya posleoperatsionnogo zhelchnogo peritonita* [Diagnosis and treatment tactics of postoperative bile peritonitis]. *Khirurgiya – Surgery*, 2007, No. 8, pp. 38-42.

4. Mustafaev R. D. O. *Sovremennye lazernye tekhnologii v lechenii peritonita*. Diss. dokt. med. nauk [Modern laser technology in the treatment of peritonitis. Doctor's of medical sciences thesis]. Moscow, 2014. 228 p.

5. Tokin A. N. *Miniinvazivnye tekhnologii v lechenii zhelchnokamennoy bolezni i ee oslozhneniy*. Avtoref. diss. dokt. med. nauk [Minimally invasive technologies in the treatment of gallstone disease and its complications. Extended abstract of Doctor's of medical sciences thesis]. Moscow, 2008. 35 p.

**Сведения об авторах:**

**Муминов Сийёвуш** – аспирант кафедры хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

**Курбонов Каримон Муродович** – академик АМН РТ, заслуженный деятель науки и техники РТ, зав. кафедрой хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, д.м.н., профессор

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

**Рафиков Сухроб Рахимович** – асс. кафедры хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

**Ховари Намози** – студент 6-го курса кафедры хирургических болезней №1 ТГМУ имени Абуали ибн Сино

**Контактная информация:**

**Муминов Сийёвуш** – тел.: +992 93 885 58 05; e-mail: [sioyvush@gmail.com](mailto:sioyvush@gmail.com)

*Муриддинов Н.Д., Джабарова Т.С., Джуракулова Ф.М.*

## ОПТИМИЗАЦИЯ РОЛИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

ГОУ ИПОвСЗ РТ

*Mukhiddinov N.D., Dzhabarova T.S., Dzhurakulova F.M.*

## OPTIMIZATION OF THE ROLE OF NURSES IN ASSISTING OF PRIMARY HEALTH CARE TO THE POPULATION

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

---

**Цель исследования.** На основании изучения основных показателей статистики кадровых ресурсов, особенно средних медицинских работников, выявлять их ответственность в оказании первичной медико-санитарной помощи, рассмотреть перспективные подходы к оптимизации условий работы с целью повышения их роли в оказании качественных услуг населению.

**Материал и методы.** Изучены данные официальной статистики и проведено анкетирование семейных медсестер в двенадцати городских центрах здоровья г. Душанбе с последующим их статистическим анализом.

**Результаты исследования.** В Республике Таджикистан на 2015 год работают 43 677 средних медицинских работников, из них фельдшеров – 1477, акушерок – 4533 и медицинских сестер – 37667. Обеспеченность ими на 10 000 населения составляет 51,6, в том числе помощниками врачей – 1,8, акушерками – 5,4 и медицинскими сестрами – 32,8.

Обеспеченность населения Республики Таджикистан медицинскими кадрами со средним образованием имеет тенденцию к росту с 46,1 на 10 тыс. в 2010 г. до 51,8 на 10 тыс. населения в 2015 году.

Укомплектованность средним медицинским персоналом – 85-95%, однако, эта укомплектованность достигается за счет совместительства.

Развитие роли медсестер в сфере обслуживания населения предусмотрено Национальной стратегией здоровья населения на 2010-2020 гг., разработанной в соответствии с основными задачами концепции развития системы здравоохранения.

**Заключение.** Организация самостоятельной деятельности медицинской сестры семейного врача на уровне учреждений ПМСП способствует повышению доступности населения к качественным медицинским услугам и росту значимости специалистов со средним медицинским образованием в системе здравоохранения.

**Ключевые слова:** *средний медицинский работник, обеспеченность сестринским персоналом, первичная медико-санитарная помощь, анкетирование, динамика обеспеченности медицинскими кадрами*

**Aim.** Based on the study of basic statistical indicators of human resources, especially nurses to identify their responsibility in the provision of primary health-care, consider the promising approaches to optimize their working conditions in order to increase their role in providing quality services to the population.

**Materials and methods.** Studied the data of official statistics conducted in 12 of city health centers in Dushanbe questioning FHN and their subsequent statistical analysis.

**Results.** In the Republic of Tajikistan for 2015 are working in all 43 677 nurses, including a paramedic, 1477 and 4533 midwives, nurses 37667. Provision of 10 000 inhabitants is 51,6, including 1,8 – physician assistants, 5,4 – midwives and nurses – 32,8.

Provision of population with medical personnel with secondary education tends to rise on the Republic of Tajikistan from 46,1 to 10 thousand. In 2010, to 51,8 per 10 thousand. Population in 2015.

The completeness nursing – 85-95%, but the staffing is achieved through the combination.

Development of the role of nurses in the field of public services provided by the National Strategy for health for 2010-2020, developed in accordance with the main objectives of the health system development concept.

**Conclusion.** The organization of independent activity of the family doctor nurses at PHC facilities, promotes public accessibility to quality health care and the growth of the importance of specialists with secondary medical education in the health system.

**Key words:** *nurses, statistics, the availability of nursing staff, primary health care, questioning, the dynamics of medical personnel*

---

**Актуальность**

Роль медицинских сестер в оказании первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) населению является одной из главных составляющих в работе среднего медицинского персонала в сети учреждений первичного звена.

Оказание ПМСП населению является одной из основных задач учреждений первичного уровня в оздоровлении населения, раннем выявлении заболеваний, профилактики, реабилитации после выписки из стационара, и сестринский персонал считается ведущим звеном в этой службе.

Семейная медицинская сестра – это равноправный сотрудник учреждений ПМСП, наряду с семейными врачами оказывающий все виды лечебно-профилактической помощи прикрепленному населению. В соответствии со стандартами семейная медицинская сестра в работе с пациентами должна уметь выявлять проблемы пациента, в том числе внутрисемейные, координировать и

оказывать первичную медицинскую помощь всем членам семьи в течение всей их жизни. Хорошая работа семейного врача и семейной медицинской сестры в команде – это залог снижения заболеваемости и улучшения показателя здоровья населения [1, 5].

**Материал и методы исследования**

По данным РЦМСИИ МЗ СЗН РТ, в Республике на 2015 год работают всего 43 677 средних медицинских работников, в том числе фельдшеров – 1477, акушерок – 4533 и медицинских сестёр – 37667. Обеспеченность ими на 10 000 населения составляет 51,6, в том числе помощниками врачей – 1,8, акушерками – 5,4 и медицинскими сестрами – 32,8 на 10 000 населения.

Как показывает анализ, обеспеченность населения медицинскими кадрами со средним образованием имеет тенденцию к росту по Республике Таджикистан с 56,7 на 10 тыс. в 2010 г. до 61,6 на 10 тыс. населения в 2015 году.

Таблица 1

*Динамика обеспеченности населения Республики Таджикистан медицинскими кадрами на 10 000 населения за 2007-2015 годы*

Регионы	Обеспеченность средними медицинскими работниками								
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
По Республике	49,4	50,1	52,4	56,7	57,3	58,4	60,0	60,8	61,6
г. Душанбе	60,2	62,9	68,8	73,7	74,7	76,7	78,9	81,8	82,1
Районы республиканского подчинения	29,5	28,6	30,1	31,9	32,2	33,3	33,0	33,7	33,9
Хатлонская область	30,1	31,0	32,7	36,1	37,6	39,9	42,1	43,5	45,6
Согдийская область	53,8	53,1	55,2	56,5	58,2	57,9	56,9	57,2	58,2
ГБАО	73,4	74,9	73,9	85,5	83,8	84,5	89,2	88,1	88,3

Укомплектованность средним медицинским персоналом составляет 85-95%, однако, она до-

стигается в основном за счет совместительства (табл. 2).

Таблица 2

*Укомплектованность работниками со средним образованием (в % к штатным единицам)*

Регионы	Всего		В том числе					
			фельдшерами		акушерками		медицинскими сестрами	
	2012	2015	2012	2015	2012	2015	2012	2015
Г. Душанбе	92,5	91,9	89,9	90,8	97,5	94,2	90,2	90,9
РРП	94,3	94,6	93,9	91,3	95,5	96,3	93,7	96,3
Сойгдийская область	95,5	95,3	94,9	94,3	96,4	96,2	95,4	95,4
Хатлонская область	89,5	89,9	91,5	90,9	90,1	90,0	87,0	88,9
ГБАО	98,4	98,4	98,3	95,9	99,3	99,3	97,6	94,3
Республика	94,0	94,0	93,7	92,6	95,7	95,2	92,8	93,1

В системе здравоохранения республики коренные изменения в оценке деятельности лечебно-профилактических учреждений и модернизации услуг начинаются с принятия Концепции реформирования системы здравоохранения страны в 2002 году. На сегодняшний день в республике проводится активная целенаправленная работа по установлению значимости роли медицинских сестер в оказании услуг населению.

Развитие роли медсестер в сфере обслуживания населения предусмотрено Национальной стратегией здоровья населения на 2010-2020 гг., разработанной в соответствии с основными задачами концепции развития системы здравоохранения.

Для достижения поставленной цели в Стратегии планируется пересмотр и совершенствование существующей нормативно-правовой базы, определяющей компетенции и ответственность, создание хороших условий труда на рабочих местах и социальной защищенности, повышение статуса профессии специалистов сестринского дела. Продолжается активная работа по информированию управленческих кадров и врачей лечебно-профилактических учреждений о новых подходах к совершенствованию сестринской практики. Активно внедряются современные сестринские технологии в практическое здравоохранение страны.

В ходе проводимых реформ в области сестринского дела повышается роль среднего медицинского персонала в организации профилактических, лечебных, диагностических, реабилитационных мероприятий на всех уровнях медицинского обслуживания населения независимо от профиля оказания медицинской помощи [3, 6].

Первичная медико-санитарная помощь выступает наиболее важным звеном здравоохранения, так как данный вид помощи является основным, наиболее доступным, экономически и социально приемлемым видом медицинской помощи населению [2, 3]. В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Республики Таджикистан от 12.01.2006 г. № 13 «О развитии общей врачебной помощи» первичная медико-санитарная помощь оказывается амбулаторно, а также в условиях дневного стационара, в том числе стационара на дому. Основными видами первичной медико-санитарной помощи являются: первичная доврачебная, врачебная и специализированная медико-санитарная на уровне учреждений ПМСП. В оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи главная роль принадлежит специалистам со средним медицинским образованием в домах здоровья, сельских, районных и городских центрах здоровья. Особое значение сестринского персонала в условиях первичной медико-санитарной помощи заключается в использовании современных технологий профилактики, в том числе по формированию медицинской активности населения [3, 4, 6].

В Республике Таджикистан сестринский персонал в отличие от западных стран не ведёт самостоятельный прием пациентов. В большей степени медицинские сестры в центрах здоровья работают совместно с семейным врачом или специалистом узкого профиля. Это обстоятельство свидетельствует о традиционно сложившемся представлении о медицинской сестре только как о помощнике врача, выполняющем лишь вспомогательные функции. При этом в условиях дефицита кадров на медицинскую сестру зачастую возлагаются функции помощника врача и младшего медицинского персонала. Подобное расширение круга деятельности за счет выполнения работы, не входящей в прямые обязанности семейной медицинской сестры, отрицательно сказывается на качестве оказания медицинской помощи сестринским персоналом населению и не проведению профилактической работы с прикрепленным населением.

Также реорганизация оказания медицинской помощи по принципу семейного врача, проводимая в последние годы, отводит средним медицинским работникам гораздо более значительную роль, чем ранее. В условиях увеличения объема работы семейного врача медицинская сестра не может оставаться лишь на вспомогательной работе, а будет являться исполнительницей врачебных назначений и неотъемлемым участником координации и организации медицинских услуг на уровне ПМСП. Она берет на себя определенный объем самостоятельной работы и выполняет ее профессионально и с полной ответственностью.

Учитывая современный уровень профессиональной подготовки сестринских кадров, а именно возможность получения хорошего до- и последипломного образования, необходимо активное привлечение медицинских сестер к организации различных форм внебольничной помощи: дневных стационаров, стационаров на дому, центров здоровья и медико-социальной помощи, амбулаторно-диагностических служб и паллиативной помощи больным, престарелым и антенатальному уходу за беременными на дому.

В центрах здоровья районов и городов республики большую часть работы выполняют медицинские сестры: беседуют с пациентом, заполняют медицинскую документацию (амбулаторную карту), измеряют АД, температуру тела, осуществляют психологическую поддержку больных до манипуляций и после выписки их на дому и т.п. В процессе своей деятельности семейные медицинские сестры руководствуются протоколами, специально разработанными для сестринского персонала учреждений ПМСП [1, 2, 6].

В настоящее время в обслуживании сельского населения особая роль принадлежит медицинским сестрам. Так, например, активный патронаж больных на дому является важной частью самостоятельной работы медицинской сестры. В задачу медицин-

ской сестры при патронаже входит наблюдение за динамикой состояния больного, контроль соблюдения им диеты и режима, правильностью приема лекарственных препаратов. Кроме стандартных мероприятий (выполнение инъекций, процедур, измерение физиологических показателей, осмотра), уровень профессиональной подготовки медицинской сестры позволяет поручать ей выполнение на дому таких видов деятельности, как взятие биологических материалов для исследования, снятие электрокардиограммы, проведение физиотерапевтических процедур. Важным компонентом сестринского патронажа является обучение пациента самоконтролю за своим состоянием и оказанию самопомощи при его ухудшении. Членов семьи больного медицинская сестра обучает приемам и правилам ухода, выполнению несложных медицинских манипуляций и оказанию доврачебной помощи при ухудшении состояния.

В Республике Таджикистан длительное время деятельность сестринского персонала рассматривалась в качестве второстепенной, не имеющей самостоятельного значения. Основным критерием её оценки являлось правильное выполнение манипуляций, врачебных назначений. На сегодняшний день признается тот существенный вклад, который вносит данная профессиональная группа в реализацию мероприятий, направленных на охрану здоровья населения, и более полно осознается необходимость совершенствования сестринского дела. От работы медицинского персонала в немалой степени зависит результат деятельности всей системы здравоохранения, качество и количество предоставляемых медицинских услуг, объемы финансовых и материально-технических источников.

Качественное осуществление сестринского ухода облегчает врачебную задачу, оптимизирует лечебно-диагностический процесс и сокращает его сроки. Врачи и медицинские сестры имеют общие цели и стратегические задачи и реализуют их, применяя специальные методы и технологии, которыми они владеют в силу полученного ими образования [3, 4, 5].

#### **Заключение**

Организация самостоятельной деятельности медицинской сестры семейного врача на уровне учреждений ПМСП, способствует повышению доступности населения к качественным медицинским услугам и росту значимости специалистов со средним медицинским образованием в системе здравоохранения.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов*

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Апраксина К. Роль сестринского персонала в медико-социальном учреждении типа хоспис // Главная медицинская сестра. 2003. № 3. С. 11-15.

2. Белякова Н.В. Функции медицинской сестры при оказании паллиативной помощи // Главная медицинская сестра. 2008. №11. С. 12-18.

3. Бирюкова И.В. Использование сестринского потенциала в работе участковой службы по оптимизации профилактики рака молочной железы // Главная медицинская сестра. 2013. № 7. С. 38-51.

4. Винникова Т.И., Тимкова С.А. Организация сестринской помощи в городской поликлинике № 107 // Медицинская сестра. 2006. № 3. С. 16.

5. Вахитов Ш.М., Нуриева Э.В. Роль медицинских сестер в современном здравоохранении // Казанский медицинский журнал. 2010. Т. 91, № 2. С. 260-263.

6. Вардосанидзе С.Л., Лихота А.И. Контроль качества и внедрение медицинских стандартов в лечебно-диагностический процесс // Здравоохранение. 1999. № 9. С. 61-65..

#### **RESERENSES**

1. Apraksina K. Rol sestrinskogo personala v mediko-sotsialnom uchrezhdenii tipa khospis [The role of nursing personnel in medical and social institutions such as the hospice]. *Glavnaya meditsinskaya sestra – Main nurse*, 2003, No. 3, pp. 11-15.

2. Belyakova N. V. Funktsii meditsinskoy sestry pri okazanii palliativnoy pomoshchi [Functions of nurses in palliative care]. *Glavnaya meditsinskaya sestra – Main nurse*, 2008, No. 11, pp. 12-18.

3. Biryukova I. V. Ispolzovanie sestrinskogo potentsiala v rabote uchastkovoy sluzhby po optimizatsii profilaktiki raka molochnoy zhelezy [Using a nursing capacity in the local service to optimize the prevention of breast cancer]. *Glavnaya meditsinskaya sestra - Main nurse*, 2013, No. 7, pp. 38-51.

4. Vinnikova T. I., Timkova S. A. Organizatsiya sestrinskoy pomoshchi v gorodskoy poliklinike No. 107 [Organization of nursing care in the city polyclinic № 107]. *Meditsinskaya sestra – Nurse*, 2006, No. 3, pp. 16.

5. Vakhitov Sh. M., Nurieva E. V. Rol meditsinskikh sester v sovremennom zdravookhranении [The role of nurses in health care today]. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal – Kazan Medical Journal*, 2010, Vol. 91, No. 2, pp. 260-263.

6. Vardosanidze S. L., Likhota A. I. Kontrol kachestva i vnedrenie meditsinskikh standartov v lechebno-diagnosticheskiy protsess [Quality control and the introduction of medical standards in diagnostic and treatment process]. *Zdravookhranenie – Health care*, 1999, No. 9, pp. 61-65.

#### **Сведения об авторах:**

*Мухиддинов Нуриддин Давлаталиевич – ректор ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н.*

*Джабаров Тахмина Салиджановна – проректор по учебной работе ГОУ ИПОвСЗ РТ, и.о. зав. кафедрой общественного здоровья, экономики, управления здравоохранением с курсом медицинской статистики, к.м.н.*

*Джуракулова Фируза Махкамовна – декан факультета сестринского дела ГОУ ИПОвСЗ РТ*

#### **Контактная информация:**

*Мухиддинов Нуриддин Давлаталиевич – тел.: +992 919-24-69-16*

<sup>1</sup>Рахимов Н.Г., <sup>1</sup>Амонова Ш.Ш., <sup>2</sup>Давлятова Г.К., <sup>1</sup>Мурадов А.М., <sup>1</sup>Мурадов А.А., <sup>2</sup>Амонова Ш.Ш.

## ОСОБЕННОСТИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ЛЕГОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕ- И ЭКЛАМПСИЕЙ

<sup>1</sup>Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ

<sup>2</sup>ГУ Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии МЗиСЗ РТ

<sup>1</sup>Rakhimov N.G., <sup>1</sup>Amonova Sh.Sh., <sup>2</sup>Davlyatova G.K., <sup>1</sup>Muradov A.M., <sup>1</sup>Muradov A.A., <sup>2</sup>Amonova Sh.Sh..

## FEATURES OF CENTRAL AND PULMONARY HEMODYNAMICS IN PREGNANT WOMEN WITH PRE- AND ECLAMPSIA

<sup>1</sup>Department of Efferent Medicine and Intensive Care of State Education Establishment “Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan”

<sup>2</sup>Scientific-Research Institute of Obstetrics and Gynecology

---

**Цель исследования.** Изучить особенности центральной и легочной гемодинамики у беременных с пре- и эклампсией для определения режима кровообращения и взаимосвязи с нарушениями гипокоагулирующей функции легких.

**Материал и методы.** Проанализированы результаты лечения 88 беременных в третьем триместре, разделенных на 3 группы: 1 группа - беременные с умеренной преэклампсией; 2 группа – с тяжелой преэклампсией; 3 группа – с эклампсией. Контрольную группу составили 10 женщин с физиологическим течением беременности. Изучали гемодинамику в системе «мать–плацента–плод» эхокардиографическим методом; сердечную, центральную гемодинамику – доплерографически по основным параметрам.

**Результаты.** Выявлена гемодинамическая неоднородность у беременных с пре- и эклампсией в 3 триместре. У 25 (71,4%) беременных из 1 группы с умеренной преэклампсией отмечены нарушения в виде гиперкинетического, у 10 (28,6%) – эукинетического типа кровообращения. У 20 (64,5%) беременных с тяжелой преэклампсией (2 группа) выявлен гипокINETический, у 7 (22,6%) – эукинетический, у 4 (12,9%) – гиперкинетический типы кровообращения с повышением внутрилегочного давления и усилением работы левого и правого желудочков сердца. В 3 группе гипокINETический, эукинетический и гиперкинетический типы кровообращения выявлены у 13 (59,1%), 5 (22,7%) и 4 (18,2%) пациенток соответственно. Это сопровождалось повышением внутрилегочного давления, усилением работы левого и правого желудочка сердца во всех группах больных, при гипокINETическом типе (2 и 3 группы) – их недостаточностью.

**Выводы.** Беременным с пре- и эклампсией при выборе тактики лечения необходимо определять тип гемодинамики, уровень его нарушения с целью индивидуального подбора гипотензивных препаратов, воздействующих на конкретный механизм нарушения – возбудимость или сократимость миокарда, артериальный тонус.

**Ключевые слова:** беременность, преэклампсия, эклампсия, тип кровообращения, гипотензивные средства

**Aim.** Study features of central and pulmonary hemodynamics in pregnant women with pre- eclampsia to determine the mode of circulation and the relationship with impairment hypocoagulating lung function.

**Materials and methods.** Results of treatment of 88 pregnant women in the third trimester, divided into 3 groups: 1 group - pregnant women with mild pre-eclampsia; Group 2 – with severe pre-eclampsia; Group 3 – with eclampsia. The control group consisted of 10 women with physiological pregnancy. We studied hemodynamics in the system of «mother-placenta-fetus» by echocardiographic method; heart, central hemodynamics – doppler on the basic parameters.

**Results.** Hemodynamic revealed heterogeneity in pregnant women with pre- and eclampsia in 3 trimester. In 25 (71,4%) of pregnant women 1 group with mild preeclampsia marked disturbances in the form of hyperkinetic, in 10 (28,6%) - eukinetik type circulation. In 20 (64,5%) pregnancy with severe preeclampsia (group 2) revealed a hypokinetic, in 7 (22,6%) - eukinetik, in 4 (12,9%) - hyperkinetic type of circulation with an increase in pulmonary pressure and strengthening the work of the left and right ventricles of the heart. In the group 3 hypokinetic, eukinetik and hyperkinetic circulation types were detected in

13 (59,1%), 5 (22,7%) and 4 (18,2%) patients, respectively. This was accompanied by an increase in pulmonary pressure, strengthening of the work of the left and right ventricle of the heart in all groups of patients with the hypokinetic type (2 or 3 groups) – they are not enough.

**Conclusion.** Pregnant women with pre- and eclampsia in selecting treatment strategies need to determine the type of hemodynamics, the level of its infringement with the aim of individual selection of antihypertensive drugs that act on a specific mechanism – anxiety or myocardial contractility, arterial tone.

**Key words:** pregnancy, pre-eclampsia, eclampsia, type of blood circulation, antihypertensive drugs

### Актуальность

В клинической практике акушерства, анестезиологии и реаниматологии многими исследователями доказывается, что основой функциональных расстройств при пре- и эклампсии является генерализованный артериолоспазм, вызванный различными патогенетическими рисками и приводящий к сложным нарушениям гемодинамики на фоне снижения ОЦК, развития интерстициальных отеков, нарушения гемостаза, реологии и других органных расстройств [1].

Одновременно имеются сообщения об артериолодилатации, как компенсаторной реакции, возникающей при беременности и прогрессирующей с увеличением её срока. На основании этого исследователями выявлена стадийность изменений гемодинамики при тяжёлых формах пре- и эклампсии, также определено современное понимание механизма ауторегуляции системы кровообращения при беременности между нормой и патологией. Некоторые исследования, проведенные в Таджикистане, подтвердили гемодинамическую неоднородность не только среди здорового населения, а также при нормально протекающей беременности и при различной патологии [3]. Приводимые в клинических протоколах по ведению беременных с пре- и эклампсиями стандарты не учитывают особенностей гипотензивной терапии в зависимости от типа гемодинамики, что, по мнению многих ведущих клиницистов, является ключевым фактором правильного подбора медикаментозной коррекции гипертензивных нарушений у этого контингента больных [3].

### Материал и методы исследования

Проведено исследование 88 беременных в третьем триместре, разделенных на 3 группы: 1 группа - 35 (39,8%) беременных с умеренной преэклампсией (УПЭ); 2 группа – 31 (35,2%) с тяжёлой преэклампсией (ТПЭ); 3 группа – 22 (25,0%) с эклампсией. Контрольную группу составили 10 женщин с физиологическим течением беременности (ФТБ). Возраст всех обследованных находился в пределах от 18 до 35 лет.

При поступлении беременных в клинику для определения степени и тяжести пре- и эклампсии использовали рекомендации ВОЗ и классификацию МКБ 10-го пересмотра (1998), где они занимают место в классификации гипертони-

ческой болезни беременных женщин, а также рекомендации Ассоциации акушер-гинекологов Таджикистана и Российской Федерации [4].

Критерием отбора для исследования было: информированное согласие, сравнимый возраст, паритет родов и сопутствующая патология, которая могла повлиять на систему гемостаза и гемодинамику.

Гемодинамику «мать – плацента - плод» изучали эхокардиографическим методом; сердечную, центральную гемодинамику (ЦГ) (Шиллер Н., Осипов М.А., 1993; Feigenbaum Н., 1996) по общепринятым методикам в одномерном и двухмерном режимах на аппарате «Аллока-650-SSD» с доплеровским блоком пульсирующей волны (частотный фильтр Гц, конвексный датчик 3,5 МГц). Основные измерения проводили в соответствии с рекомендациями Американской ассоциации Эхо-КГ по стандартным методикам, т.к. данный метод неинвазивный, простой и доступный, нетрудоёмкий, беременным в критических состояниях обеспечивает полную безопасность, имеется возможность динамического контроля при дополнительной информативности.

Показатели ЦГ и ЛГ оценивали по показателям:

*частота сердечных сокращений* (ЧСС) по R-R интервалу;

*сердечный выброс* (СВ) или МОК (л/мин):

$$\text{ЧСС} \times \text{УО};$$

*ударный индекс* (УИ) (удар. инд., мл/м<sup>2</sup>):

$$\text{УО (мл)} / \text{поверхность тела (м}^2\text{)};$$

*сердечный индекс* (СИ) (серд. инд., л/мин/м<sup>2</sup>):

$$\text{МОК (л/мин)} / \text{поверхность тела (м}^2\text{)};$$

*общее периферическое сосудистое сопротивление* (ОПСС):

$$\text{САД} \times 80 / \text{МОК (л/мин)};$$

*работа левого желудочка* (РЛЖ) (кгм/мин):

$$\text{МОК (мл/мин)} \times 1,055 \times \text{АДср (мм рт. ст.)} \times 13,5 / 1000;$$

*работа правого желудочка* (РПЖ) (кгм/мин):

$$\text{МОК (мл/мин)} \times 1,055 \times \text{ДЛАср (мм рт. ст.)} \times 13,5 / 1000;$$

ударный объем (УО):

**КДО-КСО** – по доплерографическим показателям.

При отсутствии возможности определения УО доплерографически, мы использовали адаптированную формулу Старра, рекомендованную Зильбером А.П. у больных тяжёлыми формами преэклампсии:

$$УО = 113,3 - 0,58 ПД - 0,29 ДД - 9,4 Р/В$$

где: ПД - пульсовое давление, ДД - диастолическое давление, Р/В - соотношение роста (см) и массы (кг).

Коэффициент корреляции между фактически (эхокардиография) и ожидаемыми (формула) величинами равен 0,63.

Фракция выброса (ФВ) левого желудочка оценивалась по Симпсону. Кровоток в легочной артерии (ЛА) оценивали по методике, описанной А. Dabestani. Среднее давление в ЛА (СрДЛА) рассчитывали по формуле А. Kitabatake и соавт. СрДЛА рассчитывали, как сумму систолического трансстрикуспидального градиента давления и давления в правом предсердии, которое определяли по диаметру нижней полой вены и ее реакции на вдох. Так, если оно было равно 15 мм рт. ст. или меньше, к градиенту давления прибавляли 10 мм рт. ст.; при большей его величине расчет производили по формуле:

$$СрДЛА = 20 + 1,1 AP$$

где: AP – систолический градиент давления в мм рт.ст.

Легочное сосудистое сопротивление (ЛСС):

$$ЛСС \text{ (дин/с/см}^5\text{)} = (\text{ср ДЛА} - \text{ДЗЛК})/\text{СВ}$$

Критерии гемодинамических профилей беременных определены тремя типами: гиперкинетический режим кровообращения (ГиперРК) – СИ свыше 4,2 л/мин/м<sup>2</sup> и ОПСС менее 2500 дин•см•сек<sup>-5</sup>; эукинетический режим кровообращения (ЭРК) – СИ 2,5-4,2 л/мин/м<sup>2</sup> и ОПСС в пределах 1500-2000 дин•см•сек<sup>-5</sup>; гипокинетический режим кровообращения (ГипоРК) – СИ до 2,0 л/мин/м<sup>2</sup> и менее и ОПСС до 5000 дин•см•сек<sup>-5</sup>.

Полученные результаты обработаны разностной, вариационной статистикой (А.И. Ойвин 1966) с вычислением  $M \pm m$  и с определением показателя статистической значимости различий (t). Разница считалась достоверной, если вероятность возможной ошибки (P), определенная по таблице Стьюдента, была меньше 0,05.

#### Результаты и их обсуждение

Нами выявлена гемодинамическая неоднородность у беременных с пре- и эклампсией в 3 триместре перед родами, которая явилась базисной

основой для разработки индивидуально направленной антигипертензивной терапии и дальнейшей тактики ведения родов и послеродового периода.

Исследование гемодинамики при ФТБ подтверждает данные, что основной механизм компенсации системы кровообращения при повышенных требованиях матери и плода – это снижающееся ОПСС при увеличении СВ и при необходимости ЧСС, при этом СД, ДД и СДД остаются в пределах нормы, а в некоторых случаях отмечается тенденция к их снижению. Рост ОЦК во время физиологического течения беременности вследствие гемодилуции сопровождается изменением производительности сердца, увеличением УО и СВ, на фоне снижения СДЛА и ЛСС происходит расширение лёгочных сосудов и увеличение их ёмкости со снижением сопротивления кровотоку, по сравнению с практически здоровыми женщинами, что позволяет достаточно снабжать кровь кислородом, питательными веществами и доставлять их плаценте и плоду (табл. 1).

Исследования показателей гемодинамики у 35 (53,1%) беременных 1 группы с УПЭ выявили, что в основном нарушения протекают в виде ГиперРК у 25 (71,4%) и ЭРК у 10 (28,6%) пациенток. ЭРК у беременных с УПЭ характеризовался недостоверным учащением и увеличением ЧСС, СИ, РЛЖ, но при этом выявлялось достоверное увеличение показателей СД на 22,6% (P<0,001), ДД на 22,8% (P<0,001), СДД на 20,5% (P<0,001) мм рт.ст., а также ОПСС на 41,8% (P<0,001) и снижением СВ на 14,3% (P<0,05), по сравнению с физиологическим течением беременности (табл. 1). ГиперРК характеризовался максимальными показателями работы сердца, где выявлялось достоверное увеличение показателей СД на 43,2% (P<0,001), ДД на 39,6% (P<0,001), СДД на 38,6% (P<0,001) мм рт.ст., также СИ на 20,0% (P<0,01), ОПСС на 52,2% (P<0,001) и усиление работы левого желудочка РЛЖ на 30,6% (P<0,001), по сравнению с физиологическим течением беременности. При ГиперРК и ЭРК у беременных с УПЭ выявлялись нарушения легочной гемодинамики в виде повышения СДЛА на 20,5% (P<0,001) и 42,2% (P<0,001) соответственно и недостоверном увеличении показателей ЛСС на 1,3% и 6,2%, а также ИУРПЖ на 13,2 и 33,7% (P<0,05), при том, что давление в правом желудочке, лёгочной артерии и лёгочных капиллярах снижается при ФТБ и остаётся без изменений в течение всей беременности.

Исследования, проведенные во 2 группе беременных с ТПЭ, у 31 (46,9%) пациентки выявили значительные нарушения центральной и легочной гемодинамики: у 20 (64,5%) выявлен ГипоРК; у 7 (22,6%) – ЭРК; у 4 (12,9%) – ГиперРК с повышением внутрилегочного давления и усилением работы левого и правого желудочков сердца.



Таблица 1

## Показатели режима кровообращения и типа гемодинамики у беременных с умеренной и тяжелой преэклампсией

Показатели	1 группа УПЭ n=35 (53,1%)			2 группа ТПЭ n=31 (46,9%)		
	ЭК n=10 (28,6%)	ГиперЭК n=25 (71,4%)	ГипоЭК n=20 (64,5%)	ЭК n=7 (22,6%)	ГиперЭК n=4 (12,9%)	
ЧСС, уд. в мин	75,5±2,2 (+2,5%)	82,3±2,6 (+9,0%)	100,3±2,4 (32,8%)*	87,2±2,8 (+15,5%)*	86,4±1,6 (+14,4%)*	
СД, мм рт.ст.	135,1±2,5 (+22,6%)*	157,8±1,8 (+43,2%)*	185,4±5,3 (+68,2%)*	168,0±2,7 (+52,5%)*	155,8±2,5 (+41,2%)*	
ДД, мм рт.ст.	86,5±2,0 (+22,8%)*	98,3±2,2 (+39,6%)*	117,6±2,2 (+67,1%)*	113,8±2,2 (+61,6%)*	108,3±1,9 (+53,8%)*	
СДД, мм рт.ст.	102,7±1,8 (+20,5%)*	118,1±1,6 (+38,6%)*	140,2±2,4 (+64,5%)*	131,8±2,0 (+54,7%)*	125,1±1,5 (+46,8%)*	
УО, мл	70,5±4,2 (-15,8%)*	75,2±3,8 (-10,3%)	42,8±3,9 (-48,9%)*	50,7±4,3 (-39,5%)*	57,3±3,2 (-31,6%)*	
СВ, л/мин	5,4±0,2 (-14,3%)*	6,1±0,3 (-3,2%)	4,2±0,25 (-33,3%)*	4,4±0,24 (-30,2%)*	5,1±0,28 (-19,1%)*	
СИ, л/мин/м <sup>2</sup>	3,3±0,14 (-5,7%)	4,2±0,28 (+20,0%)*	1,9±0,26 (-45,7%)*	2,7±0,14 (-22,8%)*	4,1±0,16 (+17,2%)*	
ОПСС, дин/с•см <sup>-5</sup>	1535,5±44,6 (+41,8%)*	1648±56,2 (+52,2%)*	2666±94,4 (+146,2%)*	2081,5±105,7 (+92,2%)*	1960,8±36,8 (+81,1%)*	
РЛЖ, кгм/мин	7,7±0,24 (+2,6%)	9,8±0,23 (+30,6%)*	8,3±0,5 (+10,6%)	8,2±0,37 (+9,3%)	9,1±0,24 (+21,3%)*	
СДДА, мм рт. ст	33,4±3,2 (+42,2%)*	28,31±2,8 (+20,5%)*	52,8±3,6 (+124,7%)*	48,4±3,2 (+105,9%)*	37,4±2,8 (+59,2%)*	
ЛСС, дин/с/см <sup>5</sup>	136,4±3,4 (+6,2%)	130,2±2,3 (+1,3%)	205,6±6,6 (+60,0%)*	178,5±5,3 (+38,9%)*	145,4±5,4 (+13,2%)*	
ИУРПЖ, кгм/м <sup>2</sup>	23,4±2,1 (+33,7%)*	19,8±2,4 (+13,2%)	14,4±2,2 (-17,7%)	26,4±2,3 (+50,8%)*	22,9±2,4 (+30,8%)*	

Примечание: \* – P&lt;0,05; \*\* – P&lt;0,01; \*\*\* – P&lt;0,001; проценты группы ФТБ и группам больных

При тяжелом течении эклампсии выявилось значительное количество беременных с гиподинамическим типом кровообращения, которого при умеренной преэклампсии мы не встречали, при этом снизилось количество беременных с ЭРК и ГиперРК. ГирерРК выявлен у 12,9% беременных с ТПЭ, который характеризовался достоверным увеличением СД на 41,2% ( $P < 0,001$ ), ДД на 53,8% ( $P < 0,05$ ), СДД на 46,8%, по сравнению с ФТБ. Выявлены компенсаторные механизмы в виде достоверного увеличения ЧСС на 14,4% ( $P < 0,05$ ), ОПСС на 81,1% ( $P < 0,001$ ) и РЛЖ на 21,3% ( $P < 0,01$ ), также отмечено снижение УО на 31,6% ( $P < 0,01$ ), СВ на 19,1% ( $P < 0,05$ ) и увеличение СИ на 17,2% ( $P < 0,05$ ), по сравнению с ФТБ. При гиперкинетическом типе кровообращения у беременных с ТПЭ выявляется повышение СДЛА на 59,2% ( $P < 0,001$ ), ЛСС на 13,2% ( $P < 0,05$ ) и ИУРПЖ на 30,8%, по сравнению с ФТБ, и достоверно выше, чем при УПЭ с данным режимом кровообращения (табл. 1).

ЭРК выявлен у 22,6% беременных с ТПЭ, которое характеризовался достоверным увеличением СД на 52,5% ( $P < 0,001$ ), ДД на 61,6% ( $P < 0,05$ ), СДД на 54,7%, по сравнению с ФТБ. Выявлено компенсаторное статистически достоверное увеличение ЧСС на 15,5% ( $P < 0,05$ ) и ОПСС на 92,2% ( $P < 0,001$ ), но также отмечено снижение УО на 48,9% ( $P < 0,001$ ), СВ на 33,3% ( $P < 0,05$ ) и СИ на 22,8% ( $P < 0,001$ ), по сравнению с ФТБ. Отмечена повышенная контрактильная работа левого желудочка сердца на 9,3%. При эукинетическом типе кровообращения у беременных с ТПЭ выявляется повышение СДЛА на 105,9% ( $P < 0,001$ ), ЛСС на 38,9% ( $P < 0,001$ ) и ИУРПЖ на 50,8%, по сравнению с ФТБ и достоверно выше, чем при УПЭ с данным режимом кровообращения (табл. 1).

ГипоРК выявлен у 64,5% беременных ТПЭ, который характеризовался значительным повышением давления СД на 68,2% ( $P < 0,001$ ), ДД на 67,1% ( $P < 0,05$ ), СДД на 64,5%, по сравнению с ФТБ. Выявлено также значительное снижение УО на 48,9% ( $P < 0,001$ ) СВ на 33,3% ( $P < 0,001$ ) и СИ на 45,7% ( $P < 0,001$ ), при значительном увеличении ОПСС на 146,2%, по сравнению с ФТБ. Выявляется усиление РЛЖ на 10,6%, что выше, чем при УПЭ и ГиперРК и ЭРК беременных с ТПЭ.

При гипокинетическом типе кровообращения у беременных с ТПЭ также выявляется значительное повышение СДЛА на 124,7% ( $P < 0,001$ ), ЛСС на 60,0% ( $P < 0,001$ ) и снижение ИУРПЖ на 17,7%, по сравнению с ФТБ, и достоверно выше, чем при УПЭ с данным режимом кровообращения (табл. 1).

Исследования, проведенные в 3 группе беременных с ЭП - 22 (25,0%) пациентки, показали

глубокие нарушения центральной и легочной гемодинамики: ГипоРК выявлен у 13 (59,1%); ЭРК у 5 (22,7%); ГиперРК у 4 (18,2%), что сопровождалось повышением внутривенного давления и усилением работы левого и правого желудочка сердца, а при ГипоРК - их недостаточностью.

При эклампсии также выявилось значительное количество беременных с гиподинамическим типом кровообращения, который выявлялся и при тяжелой преэклампсии, при этом количество ЭРК и ГиперРК встречается в статистически в одинаковых пределах.

ГиперРК выявлен в 18,2% случаев у беременных с ЭП, который характеризовался достоверным увеличением СД на 37,5% ( $P < 0,001$ ), ДД на 56,9% ( $P < 0,001$ ), СДД на 45,8%, по сравнению с ФТБ. Отмечено снижение УО на 41,0% ( $P < 0,001$ ), СВ на 23,4% ( $P < 0,01$ ) и увеличение СИ на 14,3%, по сравнению с ФТБ. Выявлены компенсаторные механизмы в виде достоверного увеличения ЧСС на 27,8% ( $P < 0,001$ ), ОПСС на 91,2% ( $P < 0,001$ ) и РЛЖ на 14,7% ( $P < 0,01$ ). Также при гиперкинетическом типе кровообращения у беременных ЭП выявляется значительное повышение СДЛА на 102,1% ( $P < 0,001$ ), ЛСС на 22,5% ( $P < 0,001$ ) и компенсаторная контрактильная работа правого желудочка, что выражается в увеличении ИУРПЖ на 34,3%, по сравнению с ФТБ (табл. 2).

ЭРК выявлен у 22,7% беременных с ЭП, который характеризовался достоверным увеличением СД на 46,0% ( $P < 0,001$ ), ДД на 61,6% ( $P < 0,001$ ), СДД на 51,7%, по сравнению с ФТБ. Выявлено снижение УО на 46,5% ( $P < 0,001$ ), СВ на 35,9% ( $P < 0,05$ ) и СИ на 28,6% ( $P < 0,001$ ), по сравнению с ФТБ. Компенсаторные механизмы реализуются за счет статистически достоверного увеличения ЧСС на 19,7% ( $P < 0,05$ ) и ОПСС на 126,8% ( $P < 0,001$ ), но также выявлено снижение сократительной способности левого желудочка на 4,0%, по сравнению с ФТБ. При эукинетическом типе кровообращения у беременных с ЭП выявляется повышение СДЛА на 127,2% ( $P < 0,001$ ), ЛСС на 42,0% ( $P < 0,001$ ), по сравнению с ФТБ, что достоверно выше, чем при УПЭ, а также увеличился ИУРПЖ на 45,1% ( $P < 0,05$ ), что ниже, чем при УПЭ с данным режимом кровообращения (табл. 2).

ГипоРК выявлен у 59,1% беременных ЭП, который характеризовался значительным повышением давления СД на 71,3% ( $P < 0,001$ ), ДД на 65,6% ( $P < 0,001$ ), СДД на 65,6% по сравнению с ФТБ. Отмечено более значительное снижение УО на 40,6% ( $P < 0,001$ ) СВ на 40,6% ( $P < 0,001$ ) и СИ на 42,8%

( $P < 0,001$ ), при значительном увеличении ОПСС на 148,1%, по сравнению с ФТБ. Выявляется недостоверное увеличение РЛЖ на 1,3%

Таблица 2

## Показатели режима кровообращения и типа гемодинамики у беременных 3 группы с ЭП n=22 (25,0%)

Показатели	ФТБ n=10 (контрольная)	Всего исследованных 3 группы с ЭП n=22 (25,0%)		
		ГипоРК n=13 (59,1%)	ЭРК n=5 (22,7%)	ГиперРК n=4 (18,2%)
ЧСС, уд. в мин	75,5±2,2	105,5±4,5 (+39,7%)*	90,4±4,8 (+19,7%)*	96,5±3,6 (+27,8%)*
СД, мм рт.ст.	110±1,2	188,5±6,3 (+71,3%)*	160,6±4,7 (+46,0%)*	150,8±5,5 (+37,5%)*
ДД, мм рт.ст.	70,4±1,3	116,6±2,2 (+65,6%)*	113,8±4,5 (+61,6%)*	110,5±3,8 (+56,9%)*
СДД, мм рт.ст.	85,2±1,1	141,1±2,2 (+65,6%)*	128,8±2,6 (+51,7%)*	124,2±2,5 (+45,8%)*
УО, мл	85,6±2,2	40,1±3,9 (-53,1%)*	45,8±4,3 (-46,5%)*	50,5±3,2 (-41,0%)*
СВ, л/мин	6,4±0,3	3,8±0,22 (-40,6%)*	4,1±0,24 (-35,9%)*	4,9±0,28 (-23,4%)*
СИ, л/мин/м <sup>2</sup>	3,5±0,12	2,0±0,18 (-42,8%)*	2,5±0,16 (-28,6%)*	4,0±0,22 (+14,3%)
ОПСС, дин/с•см <sup>-5</sup>	1082,8±11,2	2686±105,2 (+148,1%)*	2455,6±98,6 (+126,8%)*	2070,4±86,6 (+91,2%)*
РЛЖ, м/мин	7,5±0,14	7,6±0,21 (+1,3%)	7,2±0,26 (-4,0%)	8,6±0,24 (+14,7%)*
СДЛА, мм рт.ст.	23,5±1,3	62,2±4,7 (+164,7%)*	53,4±3,8 (+127,2%)*	47,5±3,6 (+102,1%)*
ЛСС, дин/с/см <sup>5</sup>	128,5±2,1	225,6±7,2 (+75,6%)*	182,5±6,3 (+42,0%)*	157,4±4,8 (+22,5%)*
ИУРПЖ, кгм/м <sup>2</sup>	17,5±1,3	13,7±2,2 (-21,7%)*	25,4±2,6 (+45,1%)*	23,5±2,3 (+34,3%)*

Примечание: \* – P<0,05; \*\* – P<0,01; \*\*\* – P<0,001; проценты группы ФТБ и группам больных

и достоверное снижение ИУРПЖ на 21,7%, по сравнению с ФТБ, что является следствием значительного повышения СДЛА на 164,7% ( $P < 0,001$ ), ЛСС на 75,6% ( $P < 0,001$ ) (табл. 2).

Таким образом, проведенные исследование показали, что ФТБ вызывает в системе кровообращения многообразные изменения для обеспечения нормального развития плода и матери. При ФТБ резко увеличивается преднагрузка, что приводит к увеличению СВ и УО, что связано с увеличением скорости кровотока в матке, который в третьем триместре составляет 700-800 мл/мин, объема внутрисосудистой жидкости и ОЦК, направленного на поддержание нормальных функций матери и растущего плода, а также снижение ОПСС.

У беременных с пре- и эклампсией выявляются нарушения центральной и легочной гемодинамик, имеющие прямую связь с тяжестью течения основного заболевания и влияющие на регуляцию регионарного и маточно-плацентарного кровотока. Как известно из литературных источников, одним из патогенетических звеньев нарушения ЦГ и ЛГ являются нарушения гипокоагулирующей функции лёгких (ГФЛ), которые также имеют стадийность нарушения [2]. В 3 триместре беременных с ТПЭ у 41,9% и с ЭП у 50,0% имеются субкомпенсированные и 31,3% - декомпенсированные нарушения ГФЛ, которые лабораторно и клинически проявляются ДВС- синдромом и микротромбообразованием в легких и в бассейнах легочных сосудов, по тяжести проявлений зависят от многих факторов. Нарушения ЦГ, ЛГ и ГФЛ имеют прямую корреляционную зависимость, эти нарушения взаимно зависимы и взаимно отягощают друг друга, что усугубляет течение и лечение пре- и эклампсии, а также перинатальные исходы и материнскую смертность.

#### Заключение

Беременным с пре- и эклампсией при определении степени тяжести и выбора тактики лечения необходимо определять реальный тип гемодинамики, уровень его нарушения, так как в зависимости от типа гемодинамики необходим индивидуальный целевой подбор антигипертензивных средств и препаратов, воздействующих преимущественно на конкретный механизм нарушения – возбудимость или сократимость миокарда, артериальный тонус.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов*

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Агеева М.И., Озерская И.А., Никифорова Е.А., Москвина Т.Г., Белоусов М.А., Королев М.К. Характер развития и нормативные параметры плацентарного кровообращения // Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2004. № 3. С. 35-43

2. Амонова Ш.Ш. Гипокоагулирующая функция лёгких у женщин, перенесших тяжелые формы гестозов во время беременности и после родов, и её коррекция: дисс... канд.мед. наук. - Душанбе, 2002. - 132с.

3. Зильбер А.П., Шифман Е.М. Акушерство глазами анестезиолога. Петрозаводск: изд-во ПГУ, 1997. 171 с.

4. Сухих Г.Т., Серов В.Н., Адамян Л.В. и др. Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия. Клинические рекомендации (протокол).- Москва, 2013.

#### RESERENSES

1. Ageeva M. I., Ozerskaya I. A., Nikiforova E. A., Moskvina T. G., Belousov M. A., Korolev M. K. Kharakter razvitiya i normativnye parametry platsentarnogo krovoobrashcheniya [Character of development and regulatory parameters of placental blood circulation]. *Ultrazvukovaya i funktsionalnaya diagnostika – Ultrasound and functional diagnostics*, 2004, No. 3, pp. 35-43

2. Amonova Sh. Sh. Gipokoaguliruyushchaya funktsiya lyogkikh u zhenshchin, perenesshikh tyazhelye formy gestozov vo vremya beremennosti i posle rodov, i eyo korrektsiya. Diss. kand. med. nauk [Hypocoagulating lung function in women who have undergone severe forms of gestosis during pregnancy and after childbirth, and its correction.]. Dushanbe, 2002. 132 p.

3. Zilber A. P., Shifman E. M. *Akusherstvo glazami anesteziologa* [Obstetrics in the eyes of anesthesiologist]. Petrozavodsk, PGU Publ., 1997. 171 p.

4. Sukhikh G. T., Serov V. N., Adamyan L. V. *Gipertenzivnye rasstroystva vo vremya beremennosti, v rodakh i poslerodovom periode. Preeklampsiya. Ekklampsiya. Klinicheskie rekomendatsii (protokol)* [Hypertensives disorders in pregnancy, during childbirth and the postpartum period. Preeclampsia. Eclampsia. Clinical guidelines (Minutes)]. Moscow, 2013.

#### Сведения об авторах:

**Рахимов Нурмахмад Гульмахмадович** – заочный аспирант кафедры эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ

**Амонова Шоира Шодиевна** – заочный аспирант кафедры эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ

**Давлатова Гулджахон Кобилджоновна** – директор НИИ Акушерства и гинекологии МЗиСЗН РТ, к.м.н.

**Мурадов Алишер Мухтарович** – зав. кафедрой эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н., профессор

**Мурадов Амишер Алишерович** – врач-интерн кафедры анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

**Амонова Шахло Шодиевна** – старший научный сотрудник НИИ Акушерства и гинекологии МЗиСЗН РТ, к.м.н.

#### Контактная информация:

**Мурадов Алишер Мухтарович** – 734026, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. И. Сомони, 59; E-mail: AlisherMuradov@mail.ru

Нозиров Дж.Х., Шокиров Т.М., Нарзулаева А.Р.

## ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ НЕОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ ТУРСУНЗАДЕВСКОГО РАЙОНА РРП ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СКРИНИНГОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ВОПРОСЫ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Nozirov J.Kh., Shokirov T.M., Narzulaeva A.R.

## EXTENDED FEATURES OF CARDIOVASCULAR RISK FACTORS AMONG THE UNORGANIZED POPULATION OF TURSUNZADE DISTRICT ACCORDING TO THE RESULTS OF SCREENING STUDIES AND THEIR PREVENTION

Department of Cardiology with a course of clinical pharmacology of State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan"

**Цель исследования.** Изучить особенности распространения кардиоваскулярных факторов риска среди населения Турсунзадевского района РРП.

**Материал и методы.** Одномоментные скрининговые исследования включали анкетирование 1912 обследуемых (794 мужчин и 1118 женщин) в возрасте от 15 до 59 лет. Опрос для выявления ишемической болезни сердца (ИБС), артериальной гипертензии (АГ) и их факторов риска (ФР) проводился по стандартной методике, согласно рекомендациям ВОЗ (опросник Роуза). Выполняли общеклинические антропометрические, лабораторно-биохимические, функциональные и статистические методы исследования.

**Заключение.** С целью повышения эффективности профилактических мероприятий необходимо разработать и внедрить информационные материалы о методах выявления и интегрированной многофакторной профилактики ССЗ с широким привлечением образовательных учреждений, махаллинских советов, средств массовой информации, неправительственных организаций с учетом опыта международных организаций.

**Ключевые слова:** кардиоваскулярные болезни, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, скрининг, факторы риска

**Aim.** Study features of spread of cardiovascular risk factors among the population of Tursunzoda district.

**Materials and methods.** One-stage screening research included a survey of 1912 surveyed (794 men and 1118 women) aged 15 to 59 years. The survey to identify coronary artery disease of heart, hypertension and risk factors was carried out according to standard procedures and to the WHO recommendations. Carried out general clinical anthropometric, biochemical laboratory, functional and statistical methods.

**Conclusion.** In order to increase the effectiveness of preventive measures necessary to develop and implement information materials on the methods of detection and an integrated multi-CVD prevention with broad involvement of educational institutions, mahalla councils, the media, non-governmental organizations based on the experience of international organizations.

**Key words:** cardiovascular disease, coronary heart disease, hypertension screening, risk factors

### Актуальность

Кардиоваскулярные болезни, в частности ишемическая болезнь сердца (ИБС) и артериальная гипертензия (АГ) являются ведущими причинами нетрудоспособности, инвалидно-

сти и смертности населения многих развитых и развивающихся стран мира [1, 4-10, 12-14, 16, 18-22], и по прогнозам ожидается рост смертности от кардиоваскулярных болезней в странах с низким и средним уровнями доходов,

что до 2030 г. достигнет 23,3 млн. человек за год [7, 22].

В Республике Таджикистан в структуре причин смертности от неинфекционных заболеваний сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) неизменно занимают лидирующее положение, значительно опережая аналогичный показатель смертности от болезней органов дыхания (в 3,5 раза), злокачественных новообразований (в 6,8 раза), травм, отравлений, инфекционных и паразитарных заболеваний (более чем в 7 раз) [11].

Установлено, что большинство случаев возникновения ССЗ связано с образом жизни и модифицируемыми ФР, на долю которых приходится большинство случаев смертности в мире: высокое артериальное давление (13%); курение (9%); гипергликемия (6%); низкую физическую активность (6%); избыточную массу тела и ожирение (5%); дислипидемию (5%) [WHO, 2009]. Несвоевременное выявление ФР и их неадекватная коррекция являются одной из важнейших причин высокой смертности от ССЗ [17].

Модификация и видоизменение основных ФР в любом возрасте снижают распространенность заболеваний и смертности вследствие начальных и рецидивирующих ССЗ. Первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний должна быть направлена на раннее выявление тех факторов, которые вскоре можно будет устранить, т.е. модифицируемые ФР [2, 3].

#### Материал и методы исследования

Объектами исследования явились 1913 человек (794 мужчин и 1119 женщин) в возрасте от 15 до 59 лет.

Одномоментные скрининговые исследования включали анкетирование 1913 обследуемых. Опрос для выявления ИБС, АГ и их ФР проводился по стандартной методике, согласно рекомендациям ВОЗ (опросник Роуза), включающей 6 адаптированных опросников [10-12].

Измерение массы тела производилось с точностью до 0,1 кг, измерение роста – с помощью линейного ростомера с точностью до 0,5 см. Массу тела оценивали по индексу Кетле (ВОЗ, 1995), расчет которого проводился по формуле:

$$\text{ИМТ} = \text{масса тела (кг)} / \text{рост (м)}^2$$

Биохимическое исследование проведено у 184 человек (9,6%) и включало: определение уровня общего холестерина (ОХС); холестерина (ХС) липопротеидов низкой плотности (ЛПНП); ХС липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) и триглицеридов (ТГ).

Для анализа липидного спектра использован набор лабораторных реактивов компании «Витал Девелопмент Корпорэйшн» (Германия), имеющий

маркировку CE и соответствующий Европейской Директиве 98/79/CE по медицинским изделиям в сфере in Vitro Диагностики.

С целью верификации ИБС и АГ были использованы инструментальные методы скринингового обследования: электрокардиография (1912), эхокардиография (48), велоэргометрия (162), флюорография грудной клетки (22).

Статистические расчеты осуществлялись методом вариационной статистики с расчетом параметрических критериев. Распределение количественных показателей оценивали с помощью процентильного анализа. Достоверность изученного явления определяли с помощью его средней ошибки, которую вычисляли по формуле:

$$m_2 = \pm \sqrt{p \times q / n},$$

где:  $p$  – соответствует величине коэффициента;  
 $q$  – коэффициент равный  $100-p$ ;  
 $n$  – число наблюдений.

Связь между уровнем заболеваемости ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензии и распространенностью их факторов риска определяли с помощью расчета коэффициента корреляции (метод Пирсона) по формуле:

$$r_{xy} = \frac{\sum dx \cdot dy}{\sqrt{\sum d^2x} \cdot \sqrt{\sum d^2y}}$$

где:  $r$  – коэффициент корреляции;  
 $x$  и  $y$  – коррелируемые ряды;  
 $d$  – отклонение от средней чисел этих рядов.

Расчеты первичной заболеваемости ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензии осуществлялись по методическим рекомендациям последних публикаций, основанных на эпидемиологических методах исследования. Рассчитывались такие общепринятые показатели, как CVD-incidence, CVD-prevalence.

#### Результаты и их обсуждение

Из общего числа обследованных 84,9±1,6% не предъявляли жалоб на боли в груди и, соответственно, были признаны здоровыми. У 10,1±1,4% обследованных боли в груди имели коронарогенный генез, им, соответственно, был выставлен диагноз ишемической болезни сердца, стенокардии напряжения (у 11,8±2,3% мужчин и у 8,9±1,7% женщин). У 5,0±1,0% респондентов (6,0±1,7% мужчин и 4,3±1,2% женщин) боли в груди расценены, как кардиалгия.

В поло-возрастном аспекте ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения до 24 лет у мужчин и до 34 лет у женщин не обнаружены (таб.).

**Количество выявленных больных с ИБС, стенокардией напряжения  
среди обследованного населения Турсунзадевского района РРП  
в зависимости от пола и возраста (P±2σ)**

Диагноз	Пол	Возраст (годы)				
		15-24	25-34	35-44	45-54	55-59
Стенокардия напряжения	М %	–	n=1 0,9±1,8	n=6 4,7±3,7	n=22 18,5±7,1	n=65 37,0±7,3
	Ж %	–	–	n=9 4,9±3,2	n=36 15,1±4,6	n=54 33,0±7,3
Кардиалгия	М %	n=12 4,6±2,6	n=8 7,3±5,0	n=18 13,9±6,1	n=6 5,0±4,0	n=3 1,7±1,9
	Ж %	n=9 3,0±2,0	n=21 9,1±3,8	n=8 4,4±3,0	n=6 2,5±2,0	n=4 2,5±2,0
Результат отри- цательный	М %	n=248 95,4±2,6	n=101 31,8±8,9	n=105 81,4±6,9	n=91 76,5±7,8	n=108 61,3±7,3
	Ж %	n=293 97,0±2,0	n=209 90,9±3,8	n=166 90,7±4,3	n=197 82,4±4,9	n=106 64,6±7,5
Всего обследовано	М %	n=260 100	n=110 100	n=129 100	n=119 100	n=176 100
	Ж %	n=302 100	n=230 100	n=183 100	n=239 100	n=164 100

Из таблицы видно, что ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения чаще всего страдали мужчины и женщины возрастных интервалов 55-59 (37,0±7,3% мужчин и 33,0±7,3% женщин соответственно) и 45-54 лет (18,5±7,1% мужчин и 15,1±4,6% женщин соответственно). При этом отмечено незначимое преобладание уровня мужчин с ишемической болезнью сердца в этих же возрастных интервалах.

Повышение артериального давления различной степени выявлено у 29,1±2,1% обследованных (27,8±3,2% мужчин и 30,0±2,7% женщин соответственно).

Среди выявленных с артериальной гипертензией более половины составляли лица с первой степенью артериальной гипертензии (53,2±4,2%), со второй и третьей степенью соответственно в 1,7 и в 4,9 раза меньше (36,0±4,1% и 10,8±2,6% соответственно).

Скрининговые обследования населения в поло-возрастном аспекте показали, что среди выявленных больных с АГ преобладали лица женского пола во всех возрастных группах, за исключением возрастного интервала 45-54 лет, где уровень мужчин с АГ (56,3±6,6%) превышал таковые показатели у женщин (44,4±5,4%).

У мужчин до 54 лет отмечен рост числа выявленных с I степенью АГ, далее (в 55-59 лет) отмечено снижение их числа почти наполовину. У обследованных лиц женского пола отмечена прямая возрастная корреляция с наибольшей частотой

её обнаружения в возрастных группах 55-59 лет (28,6±7,1%) и 45-54 лет (22,2±5,4%).

У мужчин II степень АГ начала выявляться в 25 лет и старше и её частота коррелировала с возрастом. Среди женщин частота артериальной гипертензии II степени также коррелировала с возрастом, однако, в отличие от мужчин, её частота после 54 лет стала уменьшаться.

Артериальная гипертензия III степени обнаружена у мужчин и женщин в возрасте 35 лет и старше. При этом мужчины страдали артериальной гипертензией чаще всего в возрасте 45-54 лет (10,9±5,7%), а женщины – в 55-59 лет (16,5±5,8%). Различия в показателях мужчин и женщин в этих возрастных группах являются достоверными (P<0,005).

Результаты исследования населения Турсунзадевского района выявили у преимущественного большинства из них нормальные показатели индекса массы тела.

У 12,3±1,5% обследованных (16,2±2,6% мужчин и 9,6±1,8% женщин) ИМТ оказался ниже нормы. У 39,9% (37,6% – мужчин и 41,4% – женщин) лиц были выявлены показатели массы тела, превышающие норму (ИМТ>25 кг/м<sup>2</sup>).

Избыточная масса тела обнаружена у 24,7±2,0% обследованных, в том числе у 26,3±3,1% мужчин и у 23,6±2,5% женщин.

Среди выявленных с ожирением различной степени подавляющее большинство составили лица женского пола – 17,8±2,3%, значительно чаще – респонденты с I степенью ожирения (72,7±5,2%),

а среди них (в 1,6 раза) чаще выявлялись лица женского пола.

Ожирение II степени выявлено у  $24,9 \pm 5,1\%$  обследованных: у  $23,6 \pm 6,0\%$  женщин и у  $27,8 \pm 9,4\%$  мужчин.

Ожирение III степени установлено у  $2,4 \pm 1,8\%$  респондентов, в том числе у  $3,0 \pm 2,4\%$  женщин и у  $1,1 \pm 2,2\%$  мужчин.

Поло-возрастной анализ показал, что у мужчин чаще, чем у женщин выявляется избыточная масса в возрастных диапазонах: 45-54 года ( $P < 0,005$ ), 55-59 лет ( $P < 0,005$ ) и 25-34 года ( $P < 0,005$ ). У женщин преобладание избыточной массы (в 4,7 раза) отмечено в возрастной группе 15-24 лет ( $P < 0,005$ ).

В целом ожирение различной степени имело возрастную корреляцию и чаще обнаруживалось

у женщин возрастных групп 35-44 года ( $P < 0,005$ ), 45-54 года ( $P < 0,005$ ) и 55-59 лет ( $P < 0,005$ ).

Обследование населения на табакокурение выявило  $19,6 \pm 1,8\%$  курящих, среди которых в 2,5 раза преобладали потребители бездымного табака ( $P < 0,005$ ). Среди лиц, употребляющих табак в той или иной форме, преобладали мужчины ( $P < 0,005$ ). Среди женщин табакокурение встречалось значительно реже ( $1,9 \pm 0,8\%$ ), а основной формой потребления табака у них оказался «насвай». У мужчин самыми курящими в той или иной форме оказались лица в возрасте 45-54 ( $93,3 \pm 4,6\%$ ) и 35-44 ( $85,3 \pm 6,2\%$ ) лет.

Аналогичные скрининговые исследования выявили наибольшие уровни распространения пьющих мужчин –  $23,8 \pm 3,0\%$ . Женщин, употребляющих алкоголь, среди контингента обследованных нами не обнаружено (рис. 1).

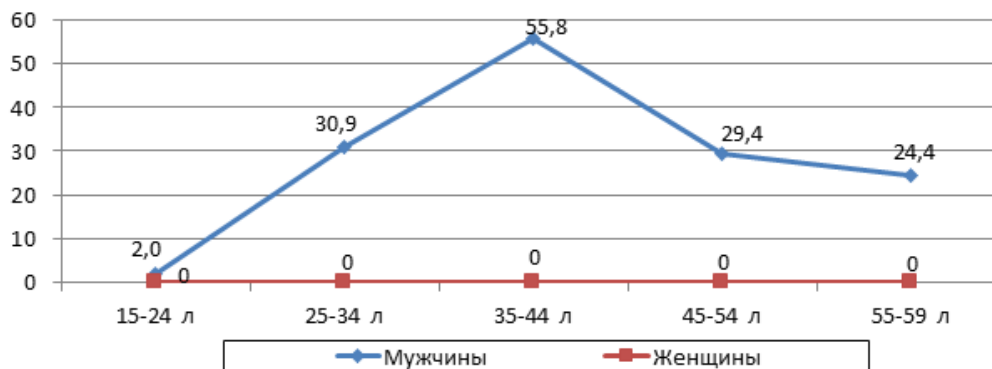


Рис. 1. Показатели частоты употребления алкоголя среди обследованного населения Турсунадевского района РРП в зависимости от пола и возраста

Мужчин, употребляющих алкоголь, более всего оказалось в возрастной группе 35-44 года ( $55,8 \pm 8,8\%$ ). Несколько меньше употребляли алкоголь мужчины в возрасте 25-34 и 45-54 лет ( $30,9 \pm 8,8\%$  и  $29,4 \pm 8,4\%$  соответственно), а ещё реже – в 15-24 года –  $2,0 \pm 1,7\%$ .

Скрининговые исследования населения на распространенность гиподинамии показали, что в целом  $48,4 \pm 2,3\%$  респондентов из числа

обследованных вели малоподвижный образ жизни. При этом у мужчин и женщин этого региона обнаружены одинаково высокие уровни гиподинамии:  $46,4 \pm 3,5\%$  и  $49,8 \pm 3,0\%$  соответственно.

В зависимости от пола и возраста высокая распространенность гиподинамии как у лиц мужского, так и женского пола наблюдалась уже в возрасте 15-24 лет (рис. 2).

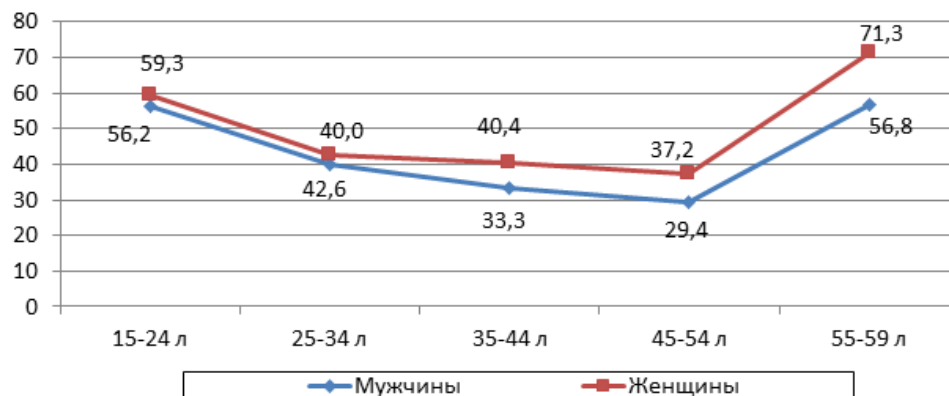


Рис. 2. Показатели зависимости частоты гиподинамии от возраста и пола среди обследованного населения Турсунадевского района РРП



Сравнительный анализ показал, что число женщин более старших возрастных групп с малоподвижным образом жизни преобладает над таковыми показателями у мужчин.

Среди обследованного контингента влияние хроническое психоэмоциональное напряжения (ХПЭН) испытывали 48,9±2,3% обследованных (36,1±3,4% – мужчин и 58,0±3,0% – женщин). Женщины в 1,6 раза чаще подвергались воздействию стресса, чем мужчины (P<0,005). Высокий уровень ХПЭН обнаружен у мужчин в диапазонах 55-59 и 45-54 лет, у женщин – в возрастных группах 25-34 и 45-54 года.

Среди обследованных Турсунзадевского района у подавляющего большинства обследованных обнаружено наличие одного ФР – 41,8±2,3%, несколько чаще у женщин. С двумя ФР достоверно чаще (в 1,5 раза) выявлялись лица женского (P<0,005), а с тремя и четырьмя ФР (в 1,4 и 3,2 раза соответственно) – мужского пола (P<0,005; P<0,005).

Результаты исследования выявили ГХ у 33,2±6,9% обследованных: у 32,0±10,5% мужчин и у 34,0±9,2% женщин. При этом легкая степень ГХ отмечена у 22,4±6,1% обследованных: у 24,3±9,7% мужчин и у 22,7±8,1% женщин.

Умеренная ГХ выявлена у 7,6±3,9% обследованных, в том числе у 6,4±2,8% лиц мужского и 8,5±5,4% лиц женского пола.

С высокой ГХ выявлено 2,2±2,2% лиц: 1,3±2,6% мужчин и 2,8±3,2% женщин.

Анализ гиперхолестеринемии в поло-возрастном аспекте выявил легкое превышение уровня общего холестерина у обследованных мужчин и женщин всех возрастных групп.

При этом она имела наибольшее распространение у мужчин в возрастных интервалах 15-24 года (в 1,2 раза), 25-34 года (в 1,5 раза) и 55-59 лет (в 1,3 раза), а у женщин – в 35-44 года (в 1,5 раза) и в 45-54 лет (в 1,2 раза).

Гиперхолестеринемия умеренной степени у лиц обоих полов до 35 лет нами не была выявлена. В 35-44 лет ею в 1,6 раза чаще страдали лица мужского (P<0,005), а в 45-54 и 55-59 лет, соответственно в 1,8 раза, – чаще лица женского пола (P<0,005).

Гиперхолестеринемия высокой степени обнаружена у мужчин в возрасте 55-59 лет – у 6,7±12,9%, а у женщин – в возрасте 45-54 и 55-59 лет: 4,8±9,3% и 5,9±11,4% соответственно.

Исследование населения на ХС ЛПНП выявило высокие его значения у 33,7±7,0% обследованных, в том числе у 32,0±10,5% мужчин и у 34,9±9,2% женщин.

С легким превышением ХС ЛПНП выявлено всего 18,0±5,7% респондентов, причем несколько чаще лица мужского пола – 20,5±9,1% (у женщин – 16,0±7,1%).

Умеренное превышение ХС ЛПНП выявлено у 8,7±4,2% лиц, в том числе у 5,1±5,0% мужчин и у 11,3±6,2% женщин.

Высокие значения ХС ЛПНП установлены у 7,0±3,8% обследованных: у 6,4±5,5% мужчин и у 7,6±5,1% женщин.

Отмечена возрастная зависимость уровня ХС ЛПНП с наибольшим его уровнем в самой старшей возрастной группе – 55-59 лет (73,3±22,8% у мужчин и 70,6±22,0% у женщин).

Определение уровня ХС ЛПВП позволило выявить низкий его уровень у 20,1±5,9% лиц: у 16,7±8,4% мужчин и у 22,6±8,1% женщин.

Наиболее уязвимыми по отношению к гипо-α-холестеринемии возрастными группами оказались диапазоны 25-34 и 45 лет и старше у мужчин и 15-24 и 35 лет и старше у женщин.

Установлено, что низкий уровень ХС ЛПВП во всех возрастных группах, за исключением диапазона 25-34 лет, диагностирован чаще у лиц женского пола в: 15-24 лет в 2,5 раза (P<0,005); в 35-44 года в 2,4 раза (P<0,005); в 45-54 года в 1,4 раза (P<0,005) и в 55-59 лет в 1,2 раза.

Изучение уровня триглицеридов крови у обследованного населения региона выявило высокие их уровни в целом у 27,7±6,6% лиц, в том числе у 26,9±10,0% мужчин и у 28,3±8,8% женщин.

С легкой степенью ГТГ выявлено 23,9±6,3% лиц, в том числе 21,8±9,4% мужчин и 25,5±8,5% женщин.

С умеренной ГТГ выявлено всего 3,8±2,8% респондентов, в 1,8 раза чаще лица мужского пола (5,1±5,0% у мужчин и 2,8±3,2% у женщин).

Результаты исследования выявили уровни ТГ, превышающие норму, у лиц обоих полов в возрасте 25 лет и старше.

С ГТГ легкой степени в возрастных интервалах 24-34 и 35-44 лет (в 1,5 и 1,4 раза соответственно) преобладали лица мужского, а в 45-54 и 55-59 лет (в 1,4 и 1,6 раза соответственно) – лица женского пола с достоверным различием в диапазоне 55-59 лет (P<0,005).

Умеренная ГТГ обнаруживалась у мужчин в возрастной группе 35 лет и старше, а у женщин – в 44 года и старше. При этом в возрастном диапазоне 45-54 лет её распространенность в 2,2 раза преобладала у лиц мужского (P<0,005), а в 55-59 лет в 1,7 раза – у женского пола (P<0,005).

Выявленные нами особенности в распространенности кардиоваскулярных факторов риска с учетом пола и возраста обследованных следует учесть при разработке целевых программ профилактики кардиоваскулярной патологии конкретного региона. При этом с целью повышения эффективности профилактических мероприятий необходимо разработать и внедрить информационные материалы о методах

выявления и интегрированной многофакторной профилактики ССЗ с широким привлечением образовательных учреждений, махаллинских советов, средств массовой информации, неправительственных организаций с учетом опыта международных организаций.

#### Заключение

Таким образом, отличительной особенностью обследованной популяции является несколько большая распространенность ИБС среди обследованных мужчин, особенно возрастных групп 45-54 и 55-59 лет и АГ, в частности первой степени, среди женщин всех возрастов, за исключением возрастного интервала 45-54 лет, где число выявленных мужчин с первой степенью АГ преобладало над женщинами. В 1,5 раза чаще выявлена распространенность ожирения различных степеней среди лиц женского пола, особенно в возрасте 35 лет и старше, а также преобладание лиц, потребляющих табак, методом его подъязычного использования (в 2,5 раза), в основном мужчин. Высокие уровни потребления алкоголя среди мужчин в возрасте 25 лет и старше, особенно в интервале 35-44 лет, гиподинамии почти одинаковы у каждой второй обследованной мужчины и женщины и ХПЭН с несколько преобладанием в целом (в 1,6 раза) у женщин, особенно в диапазонах 25-34 и 45-54 лет, а у мужчин высокая его частота обнаружена в 55-59 и 45-54 лет.

Результаты исследования липидного спектра выявили значительное число лиц с ГХ легкой степени, несколько меньше – с умеренной ГХ старших возрастов. Также отмечено превышение уровня ХС ЛПНП, в основном легкой степени. С умеренным и высоким повышением ХС ЛПНП выявлялись сравнительно чаще лица женского пола. Патологически низкий уровень ХС ЛПВП определялся у каждого шестого мужчины, но чаще у женщин (каждой пятой). Легкой ГТГ чаще страдали лица женского, а умеренной – мужского пола.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов*

#### ЛИТЕРАТУРА (пп.17-21 см. в REFERENCES)

1. Акимова Е. В. Риск сердечно-сосудистой смерти и социальное положение в Тюменской когорте: результаты 12-летнего проспективного исследования // Кардиология. 2010. № 7. С.43-48.
2. Беляев Ф. И. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и хроническая почечная недостаточность // Кардиология. 2005. Т.45, № 7. С. 87-92.
3. Беляев О.В., Кузнецова З.М. Комплексный анализ факторов риска артериальной гипертонии у лиц, занятых

управленческим трудом // Кардиология. 2006. Т. 46, № 4. С. 20-24.

4. Бойцов С.А. Механизмы снижения смертности от ишемической болезни сердца в разных странах мира // Профилактическая медицина. 2013. № 5. С.9-19.

5. Бокерия О.Л., Биниашвили М.Б. Внезапная сердечная смерть и ишемическая болезнь сердца //Анналы аритмологии. 2013. № 2. С.69-79.

6. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе за 2012. ЕРБ ВОЗ. Копенгаген, 2012. С. 21-23.

7. Европейское региональное бюро ВОЗ «План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012-2016 гг. Европейское Региональное бюро: <http://www.euro.who.int/pubrequest>, 2012.

8. Здоровье населения и здравоохранения в РТ в 2014 году. Министерство здравоохранения Республики Таджикистан. Республиканский центр медицинской статистики и информации. Душанбе, 2015. С. 68.

9. Оганов Р.Г., Константинов В.В., Тимофеева Т.Н. и др. Эпидемиология артериальной гипертонии в России. Результаты федерального мониторинга 2003-2010 гг. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2011. №1. С. 9-14.

10. Постановление Правительства РТ от 3 декабря 2012 г., № 676 об утверждении стратегического плана «Перспективы профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Республике Таджикистан на 2013-2023 годы». Душанбе, 2012.

11. Рекомендации Европейского общества по гипертонии (ESH) и Европейского общества кардиологов (ESC), 2013. 228 с.

12. Российское медицинское общество по артериальной гипертонии, Всероссийское научное общество кардиологов. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (4 пересмотр) // Системные гипертензии. 2010. №3. С.5-26.

13. Сон И.М., Леонов С.А., Огрызко Е.В. Современные особенности заболеваемости взрослого населения //Здравоохранение Российской Федерации. 2010. №1. С.3-6.

14. Чукаева И.И. Что такое приверженность к лечению и что можно сделать для её улучшения (на примере артериальной гипертензии) // Лечебное дело. 2012. № 2. С. 21-27.

15. Шальнова С.А. и др. Ишемическая болезнь сердца. Современная реальность по данным всемирного регистра CLARIFY // Кардиология. 2013. № 8. С. 28-33.

16. Щепин О.П., Медин Г.Я. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2011. 592с.

#### REFERENCES

1. Akimova E. V. Risk serdechno-sosudistoy smerti i sotsialnoe polozhenie v Tyumenskoy kogorte: rezultaty 12-letnego prospektivnogo issledovaniya [Risk of cardiovascular death and social situation in the Tyumen cohort: results of a 12-year prospective study]. *Kardiologiya – Cardiology*, 2010, No. 7, pp. 43-48.
2. Belyaev F. I. Faktory riska serdechno-sosudistyx zabolovaniy i khronicheskaya pochechnaya nedostatochnost [Risk factors of cardiovascular disease and chronic renal failure]. *Kardiologiya – Cardiology*, 2005, Vol.45, No. 7, pp. 87-92.

3. Belyaev O. V., Kuznetsova Z. M. Kompleksnyy analiz faktorov riska arterialnoy gipertonii u lits, zanyatykh upravlencheskim trudom [Comprehensive analysis of hypertension risk factors in persons employed in managerial work]. *Kardiologiya – Cardiology*, 2006, Vol. 46, No. 4, pp. 20-24.

4. Boytsov S. A. Mekhanizmy snizheniya smertnosti ot ishemicheskoy bolezni serdtsa v raznykh stranakh mira [Mechanisms reducing deaths from coronary heart disease in different countries]. *Profilakticheskaya meditsina - Preserving medicine*, 2013, No. 5, pp. 9-19.

5. Bokeriya O. L., Biniashvili M. B. Vnezapnaya serdechnaya smert i ishemicheskaya bolezni serdca [Sudden cardiac death and coronary heart disease]. *Annaly aritmologii - Annals of arrhythmology*, 2013, No. 2, pp. 69-79.

6. ERB VOZ. *Doklad o sostoyanii zdavookhraneniya v Evrope za 2012* [The report on health in Europe in 2012]. Copenhagen, 2012. 21-23 p.

7. Evropeyskoe regionalnoe byuro VOZ. “Plan deystviy po realizatsii Evropeyskoy strategii profilaktiki i borby s neinfektsionnymi zabolevaniyami 2012-2016” [“Action Plan for the implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012-2016”]. Available at: [www.euro.who.int/pubreguest](http://www.euro.who.int/pubreguest)

8. *Zdorove naseleniya i zdavookhraneniya v RT v 2014 godu. Ministerstvo zdavookhraneniya Respubliki Tadjikistan. Respublikanskiy tsentr meditsinskoy statistiki i informatsii* [Public health and health care in the Republic of Tajikistan in 2014. The Ministry of Health of the Republic of Tajikistan. Republican Centre for Medical Statistics and Information]. Dushanbe, 2015. 68 p.

9. Oganov R. G., Konstantinov V. V., Timofeeva T. N. Epidemiologiya arterialnoy gipertonii v Rossii. Rezultaty federalnogo monitoringa 2003-2010 gg [Epidemiology of arterial hypertension in Russia. Federal Monitoring Results of 2003-2010]. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika - Cardiovascular therapy and prevention*, 2011, No. 1, pp. 9-14.

10. *Postanovlenie Pravitelstva RT ot 3 dekabrya 2012, No. 676* [Resolution of the Government of the Republic of Tajikistan from December 3, 2012, No. 676]. Dushanbe, 2012.

11. *Rekomendatsii Evropeyskogo obshchestva po gipertonii (ESN) i Evropeyskogo obshchestva kardiologov (ESC)* [Recommendations of the European Society of Hypertension and the European Society of Cardiology]. 2013. 228 p.

12. Rossiyskoe meditsinskoe obshchestvo po arterialnoy gipertonii, Vserossiyskoe nauchnoe obshchestvo kardiologov. Diagnostika i lechenie arterialnoy gipertenzii. Rossiyskie rekomendatsii (4 peresmotr) [Russian Medical Society for Arterial Hypertension, All-Russian scientific society of cardiology. Diagnosis and treatment of hypertension. Russian recommendations (revision 4)]. *Sistemnye gipertenzii – Systemic hypertension*, 2010, No. 3, pp. 5-26.

13. Son I. M., Leonov S. A., Ogryzko E. V. Sovremennye osobennosti zaboлеваemosti vzroslogo naseleniya [Modern characteristics of disease of adult population]. *Zdavookhranenie Rossiyskoy Federatsii - Healthcare of the Russian Federation*, 2010, No. 1, pp. 3-6.

14. Chukaeva I. I. Chto takoe priverzhennost k lecheniyu i chto mozhno sdelat dlya eyo uluchsheniya (na primere arterialnoy gipertenzii) [What is adherence to treatment and what can be done to improve it (for example on hypertension)]. *Lechebnoe delo - Medical business*, 2012, No. 2, pp. 21-27.

15. Shalnova S. A. Ishemicheskaya bolezni serdtsa. Sovremennaya realnost po dannym vseirnogo registra CLARIFY [Coronary artery disease. Modern reality according to the World Register CLARIFY]. *Kardiologiya – Cardiology*, 2013, No. 8, pp. 28-33.

16. Shchepin O. P., Medin G. Ya. *Obshchestvennoe zdorove i zdavookhraneniye: uchebnik* [Public health and health care: a textbook]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2011. 592 p.

17. Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Journal of Hypertension*, 2013, No. 31 (7), pp. 1281-1357.

18. Nery A. B., Mesquita E. T., Lugon J. R. et al. *European Journal of Preventive Cardiology*, 2011, Vol. 18, No. 2, pp. 233-239.

19. The European health report 2012: charting the way to well being: World Health Organization; 2013. Available from: <http://www.euro.who.int/ru/whatwedo/datd> and <http://www.euro.who.int/ru/whatwedo/evidence/european> health report 2012.

20. World health organization. cardiovascular diseases Fact sheet, 2011, No. 17.

21. World No Tobacco Day website. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013.

**Сведения об авторах:**

**Нозиров Джамшиед Ходжиевич** – и.о. доцента кафедры кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, докторант кафедры общественного здоровья, экономики, управления (менеджмента) здравоохранением с курсом медицинской статистики, к.м.н.  
**Шокиров Таджиддин Мироджидинович** – заочный аспирант кафедры кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

**Нарзулаева Адолат Рахматуллаевна** – зав. кафедрой кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

**Контактная информация:**

**Нозиров Джамшиед Ходжиевич** – тел.: +992 909-69-70-02; E-mail: [doctor-Vahdat@mail.ru](mailto:doctor-Vahdat@mail.ru)

*Нуров Д.И., Ашуоров Г.Г.*

## **ВЗАИМОУСЛОВЛИВАЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ ЭМАЛЕВОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ, ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА И РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩЕЙ СПОСОБНОСТИ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

*Nurov D.I., Ashurov G.G.*

## **MUTUALCONDITIONED CHANGE OF LEVEL ENAMEL RESISTANCE, INTENSITIES OF CARIES AND REMINERALIZATION ABILITY OF ORAL LIQUID BESIDE SOMATIC PATIENT**

Department of therapeutically dentistry of State Education Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»

---

**Цель исследования.** Изучить закономерности ассоциированного изменения уровня резистентности эмали, интенсивности кариеса зубов и реминерализирующей способности ротовой жидкости у больных с неблагоприятным соматическим фоном.

**Материал и методы.** Объектом исследования служили интактные зубы 97 добровольцев с неблагоприятным соматическим фоном в возрасте от 20 до 50 лет и старше. Применяя экспресс-метод, среди обследованного контингента определяли структурно-функциональную резистентности эмали зубов. Скорость восстановления дефекта кислотной протравки эмали измерялась через 1, 2, 3, 5 и 7 суток.

**Результаты.** У соматических больных с компенсированным стоматологическим статусом исходная шероховатость, выражаемая интенсивностью окрашивания эмали поверхности, составила 50%. На следующие сутки величина исследуемого показателя была равна 40%, на 3-й день – 20% и на 5-й день наблюдения интенсивность окраски эмали доходила до минимального значения (10%). Самая низкая реминерализирующая активность ротовой жидкости с вариацией от 60% до 90% обнаружена среди обследованных лиц с декомпенсированным уровнем стоматологического статуса.

**Заключение.** Сравнительное изучение скорости восстановления рельефа поврежденной поверхности эмали подтверждает мнение о самой низкой реминерализирующей способности ротовой жидкости у соматических больных.

**Ключевые слова:** *резистентность эмали, интенсивность кариеса, ротовая жидкость, реминерализация, кислотная протравка*

**Aim.** Study regularities of the associated change of level enamel resistance, intensities of caries and remineralization's ability of oral liquid beside patient with disadvantage somatic background.

**Materials and methods.** Object of the study served the intact teeth between 97 volunteers with disadvantage somatic background at age from 20 before 50 years and senior. Using express-method, amongst examined contingent defined structured-functional resistance of enamel teeth. Velocity of the defect by acid etching of enamel was measured through 1, 2, 3, 5 and 7 day.

**Results.** Beside somatic patient with compensate dentistry status source roughness, expressed in the form of intensity coloration enamel surface, has formed 50%. On the following day value under investigation factor was is 40%, on 3 day - 20% and on 5 day of the observation intensity coloration of enamel got to minimum importance (10%). Most low remineralization's activity of oral liquid with variation from 60% before 90% is discovered amongst examined persons with decompensate level of dentistry status.

**Conclusion.** Comparative study reset rate relief of damaged surfaces of enamel confirms the opinion about the most low remineralization ability of oral liquid beside somatic patients.

**Key words:** *resistance of enamel, intensity of caries, oral liquid, remineralization, acid etching*

---

**Актуальность**

Для стоматологии чрезвычайно актуальна практическая ценность понятия «резистентность» эмали, так как ее формирование связано с образованием эмали, как ткани, и происходит, как правило, в период закладки временных и постоянных зубов. Влияние критических факторов, действующих на организм, сказывается на формировании сниженного уровня резистентности тканей зуба [1, 3, 5]. Структурно-функциональная резистентность эмали может меняться в зависимости от общего состояния организма и экосистемы полости рта. В полости рта при идеальных условиях диффузное залечивание химического микроповреждения поверхности эмали протекает активнее благодаря перенасыщенности ротовой жидкости ионами кальция [2, 4, 6].

С учетом вышеизложенного, значительный интерес представляет выяснение роли эндогенных неблагоприятных факторов в восстановлении поврежденной эмали, а также выявление различий в скорости восстановления дефекта кислотной протравки поврежденной эмали у соматических больных в зависимости от интенсивности кариеса зубов и реминерализующей способности ротовой жидкости. Все это делает актуальным исследование, направленное на параллельное изучение эмалево-резистентности, интенсивности кариеса и реминерализующей активности смешанной слюны в зависимости от общего состояния организма.

**Материал и методы исследования**

Объектом исследования служили интактные зубы 97 добровольцев с неблагоприятным соматическим фоном в возрасте от 20 до 50 лет и старше. Для определения структурно-функциональной резистентности эмали зубов у соматических больных применяли экспресс-метод, разработанный Л.И. Косаревой с соавт. (1989), который состоит в следующем. На очищенную от налета, высушенную и изолированную от слюны вестибулярную поверхность верхнего центрального резца на расстоянии 2 мм от режущего края по центральной линии наносили каплю хлористоводородной кислоты в концентрации

1 Н диаметром 1-2 мм. Через 30 секунд каплю смывали ватным тампоном. Затем наносили каплю 1% раствора метиленового синего. Далее краситель снимали сухим ватным тампоном. В возрастных группах 20-29, 30-39, 40-49 и старше 50 лет было проведено 113 проб (соответственно 26, 31, 24 и 32).

На поверхности эмали участок протравки прокрашивался в синий цвет, интенсивность которого зависит от его шероховатости. Окраска зуба сравнивалась с 10-польной типографской шкалой и каждому полю присваивались условные значения в баллах. Так, интенсивность окрашивания 1-3 балла свидетельствует о высокой структурно-функциональной кислотоустойчивости эмали, 4-5 баллов – о среднем её уровне, 6-7 баллов – о низком и 8-9 баллов – о крайне низком уровне кислотоустойчивости эмали.

С целью изучения реминерализующей способности ротовой жидкости среди обследованного контингента больных также был использован тест восстановления поврежденной поверхности эмали, предложенный академиком В.К. Леонтьевым (1986). Скорость восстановления дефекта кислотной протравки эмали, определяемая снижением интенсивности окрашивания, измерялась через 1, 2, 3, 5 и 7 суток. Оценку интенсивности окрашивания протравленного участка эмали у соматических больных проводили в условиях дневного освещения с использованием 10-польной типографской оттеночной шкалы синего цвета.

**Результаты и их обсуждение**

Полученные результаты свидетельствуют о том, что полное восстановление рельефа поверхности эмали интактных зубов без каких-либо внешних воздействий у соматических больных всех возрастных групп, устойчивых к кариесу (КПУЗ=0), происходило в сравнительно короткие сроки. Как представлена характеристика скорости восстановления дефекта эмали в таблице 1, определяемая снижением интенсивности окрашивания, уже на второй день интенсивность окраски составляла 10%, что свидетельствует о высокой реминерализующей способности ротовой жидкости.

Таблица 1

*Скорость восстановления микроповреждения эмали у соматических больных в зависимости от уровня интенсивности кариеса зубов*

Интенсивность кариеса	Число проб	Интенсивность окрашивания эмали, %					
		после хеляции	1-й день	2-й день	3-й день	5-й день	7-й день
КПУЗ = 0	26	30	20	10	< 10	–	–
КПУЗ = 1-3	31	50	40	30	20	10	< 10
КПУЗ = 4-7	24	65	55	40	35	30	25
КПУЗ = 8 и >	32	90	80	80	70	70	60

При протравлении эмали у соматических больных с компенсированным стоматологическим статусом (КПУ<sub>3</sub>=1-3), проводимом тотчас после хеомстимуляции, установлено, что исходная шероховатость, выражаемая интенсивностью окрашивания, составила 50% по оттеночной типографской шкале синего цвета. На следующие сутки она была равна 40%, на 2-й день – 30%, на 3-й день – 20% и лишь на 5-й день интенсивность окраски эмали доходила до минимального значения (10%). Следовательно, для обследованных лиц с низкой интенсивностью кариеса характерна относительно высокая реминерализирующая способность слюны.

Как видно из приведенных данных, шероховатость поверхности эмали после её протравления у соматических больных с наличием субкомпенсированного уровня интенсивности кариеса (КПУ<sub>3</sub>=4-7) оказалась больше. Напротив, скорость восстановления микроповреждения эмали достоверно снижается. Так, у больных этой группы в течение первых суток интенсивность окраски поврежденного участка уменьшалась до 55%, на 2-й день – до 40%, на 3-й – до 35%, на 5-й и 7-й день – соответственно до 30% и 25%. Следовательно, за исследуемый период не происходило полного восстановления рельефа поверхности эмали, что свидетельствует о низкой реминерализирующей способности ротовой жидкости.

Самая низкая реминерализирующая активность ротовой жидкости обнаружена среди обследованных лиц основной группы с декомпенсированным уровнем стоматологического статуса (КПУ<sub>3</sub>=8 и выше). Интенсивность окрашивания участков шероховатости эмали у них снижается с исходного значения (90%) до 80% на 2-й день обследования и до 70% и 60% – соответственно на 5-й и 7-й день обследования. У этих больных восстановление искусственно деминерализованного участка эмали шло медленно и только через 20 дней лишь у 12% из них наблюдалось минимальное окрашивание исследуемого участка (10%).

Наличие эндогенных неблагоприятных факторов у соматических больных мы рассматривали как провоцирующий основополагающий фактор, вызывающий поражения зубов, о чем свидетельствует, в частности, показатель естественной реминерализирующей способности ротовой жидкости. С целью подтверждения такого мнения нами изучена скорость восстановления химического микроповреждения эмали интактного зуба среди контрольной группы пациентов (без соматической патологии). По результатам нашего исследования исходные значения интенсивности окрашивания деминерализованного участка эмали после воздействия кислоты составили 30%, 50%, 65% и 90% соответственно при нормальном, компенсированном, субкомпенсированном и декомпенсированном стоматологическом статусах (табл. 2).

Таблица 2

*Скорость восстановления химического микроповреждения эмали интактного зуба среди контрольной группы пациентов*

КПУ <sub>3</sub>	Число проб	Интенсивность окрашивания эмали, %					
		после хеляции	1-й день	2-й день	3-й день	5-й день	7-й день
0	25	30	20	10	< 10	-	-
1 – 3	29	50	35	15	10	< 10	-
4 – 7	20	65	50	30	20	10	< 10
8 и >	24	90	75	60	50	40	40
Р*			< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001

*Примечание:* \* – достоверность по сравнению с пациентами основной группы.

Как свидетельствуют данные таблицы 2, у лиц контрольной группы на первый день наблюдения интенсивность окрашивания поврежденной эмали по оттеночной шкале синего цвета снижалась соответственно до 20%, 35%, 50% и 75%, на 2-й день – до 10%, 15%, 30% и 60%. У лиц с нормальным уровнем интенсивности кариеса зубов на 2-й день наблюдения интенсивность окрашивания поврежденного участка доходила до минимального значения (10%). Такие цифровые значения у лиц с компенсированным и

субкомпенсированным уровнями стоматологического статуса наблюдались соответственно на 3-й и 5-й дни осмотра. Вместе с тем, у пациентов контрольной группы с декомпенсированным уровнем стоматологического статуса на 7-й день наблюдения интенсивность окрашивания в зоне поврежденного участка эмали доходила до 40%

#### **Выводы**

1. При окраске участка поврежденной эмали интенсивностью 1-3 балла обследованных следует отнести к группе с высокой карие-

резистентностью, 4-5 – к группе умеренной резистентности эмали, 6-7 – пониженной устойчивости к кариесу и интенсивность окраски эмали выше 8 баллов позволяет говорить об очень низкой кариесрезистентности зуба.

2. Уменьшение интенсивности окрашивания поверхности деминерализованного участка эмали через определенный промежуток времени у соматических больных следует расценивать как показатель естественной реминерализующей способности смешанной слюны.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов*

#### ЛИТЕРАТУРА (пп. 4-6 см. в REFERENCES)

1. Алимский А.В., Лемберг И.А. Показатели пораженности кариесом зубов среди взрослого коренного населения г. Раменское // Материалы X ежегодного научного форума «Стоматология 2008» и научно-практическая конференция «Современные технологии в стоматологии». М., 2008. С. 28-31.

2. Кунин А.А., Беленова И.А., Попова Т.А., Кудрявцев О.А. Индивидуальная профилактика кариеса у взрослых // Материалы XI ежегодного научного форума «Стоматология 2009». Инновации и перспективы в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. М., 2009. С. 91-95.

3. Луцкая И.К., Запашник Е.К., Андреева В.А., Клишко И.А. Динамика теста эмалевого резистентности под влиянием зубных паст // Современная стоматология. 2008. № 2. С. 22-24.

#### RESERENSES

1. Alimskiy A. V., Lemberg I. A. [Indicators of prevalence of dental caries in the adult indigenous population of Ramenskoye]. Materialy X ezhegodnogo nauchnogo foruma "Stomatologiya 2008" i nauchno-prakticheskaya konferentsiya

"Sovremennye tekhnologii v stomatologii" [Proceedings of the X Annual Scientific Forum "Stomatology 2008" and scientific-practical conference "Modern technologies in dentistry"]. Moscow, 2008, pp. 28-31. (In Russ.)

2. Kunin A. A., Belenova I. A., Popova T. A., Kudryavtsev O. A. [Individual prevention of dental caries in adults]. Materialy XI ezhegodnogo nauchnogo foruma "Stomatologiya 2009". Innovatsii i perspektivy v stomatologii i chelyustno-litsevoy khirurgii [Materials of XI Annual Scientific Forum "Stomatology 2009". Innovations and perspectives in dentistry and maxillofacial surgery]. Moscow, 2009, pp. 91-95. (In Russ.)

3. Luckaya I. K., Zapashnik E. K., Andreeva V. A., Klimko I. A. Dinamika testa emalevoy rezistentnosti pod vliyaniem zubnyh past [Dynamics of enamel resistance test under the influence of toothpastes]. *Sovremennaya stomatologiya - Modern dentistry*, 2008, No. 2, pp. 22-24.

4. Kotsanos N. An intraoral study of caries induced on enamel in contact with fluoride-releasing restorative materials. *Caries Research*, 2010, Vol. 35, pp. 200-202.

5. Larsen M.J., Richards A. The influence of saliva on the formation on human dental enamel. *Caries Research*, 2011, Vol. 35, pp. 57-59.

6. Slade G. D., Sanders A.E., Bill C.J. Risk factors for dental caries in the five-year-old South Australian population. *Australian Dental Journal*, 2009, Vol. 51, No. 2, pp. 130-132.

#### *Сведения об авторах:*

**Нуров Дилишод Истамович** – соискатель кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

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

#### *Контактная информация:*

**Нуров Дилишод Истамович** – тел.: +992 918 83 20 97

*Ортикова М.М., Мирзоева З.А, Гуломова М.О., Давлятова Д.Д.*

**ИЗУЧЕНИЕ И АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА  
РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ГЕЛЬМИНТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
СРЕДИ ЧЛЕНОВ СЕМЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОРОДЕ  
ИСТАРАВШАН, АШТСКОМ РАЙОНЕ СОГДИЙСКОЙ ОБЛАСТИ,  
РАЙОНЕ ХАМАДОНИ ХАТЛОНСКОЙ ОБЛАСТИ, ГОРОДЕ  
ДУШАНБЕ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**

Кафедра семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ

*Ortikova M.M., Mirzoeva Z.A, Gulomova M.O., Davlyatova D.D.*

**INVESTIGATION AND ANALYSIS OF RISK FACTORS  
OF PREVALENCE OF HELMINTH DISEASES AMONG FAMILY  
MEMBERS RESIDING IN THE CITY OF ISTARAVSHAN, ASHT  
REGION, SOGD REGION, HAMADONI REGION, KHATLON  
REGION, DUSHANBE OF TAJIKISTAN**

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

---

**Цель исследования.** Изучение и анализ факторов риска распространенности гельминтных заболеваний среди членов семей, проживающих в городе Истаравшан Аштского района Согдийской области, районе Хамадони Хатлонской области, городе Душанбе Республики Таджикистан.

**Материал и методы.** Исследованы 7050 человек с учётом климата и источников водоснабжения в городе Душанбе, районе Хамадони Хатлонской области, Аштском районе, городе Истаравшан Согдийской области. Опрошено 4005 жителей района Хамадони, 1000 жителей Аштского района, 1000 жителей города Истаравшан (в которых жители используют арычную воду) и 1045 жителей города Душанбе (источник водоснабжения - централизованная водопроводная вода). Объектом исследования являлись члены семьи с рождения до пожилого возраста. Анкеты детей в возрасте до 7 лет заполнялись родителями.

**Результаты.** Распространенность гельминтов среди населения зависит от профессии, количества членов в семье, уровня материального достатка семьи. Основными факторами распространенности глистной инвазии являются популяционно-демографические – 87,9%, медико-социальные причины: количество членов в семье (в 52,4% семья состоит из 6-10 человек), характер источника водоснабжения и состояние канализации (лишь 53,3% обследованных имеют доступ к постоянной холодной воде), информированность населения о глистных инвазиях и путях передачи (владеют информацией 32,2%).

**Заключение.** Низкий уровень санитарной культуры населения, неудовлетворительные санитарно-гигиенические и бытовые условия способствуют высокой распространенности гельминтных заболеваний, поэтому необходимо усиление проведения первичной и вторичной профилактики среди членов семей.

**Ключевые слова:** *изучение, факторы распространенности семейный врач, гельминтозы, профилактика*

**Aim.** Investigation and analysis of risk factors of prevalence of helminth diseases among family members residing in the city of Istaravshan, Asht region, Sogd region, Khamadoni region, Khatlon region, Dushanbe of Tajikistan.

**Materials and methods.** Were investigated 7050 people in view of the climate and water sources in the city of Dushanbe, Khatlon region, Khamadoni region, Asht region, Istaravshan city of Sughd region. Were interviewed 4005 residents of Khamadoni region, 1000 residents of Asht region, 1000 residents of Istaravshan (in which people use water from irrigation ditch), and 1045 the inhabitants of Dushanbe (the source of water supply – centralized tap water). Object of study were members of the family from birth to old age. Questionnaires of children under 7 years were filled by parents.



**Results.** The prevalence of helminths in the population depends on the profession, the number of members in a family, level of material wealth of the family. The main factors of the prevalence of helminthic infestations are population-demographic - 87.9%, health and social reasons: the number of members in a family (52.4% in household consists of 6-10 people), the nature of the water supply and sewerage condition (only 53.3 % of the patients have access to permanent cold water), awareness of the parasitic infestations and transmission (32.2% have information).

**Conclusion.** Low level of sanitary culture of the population, poor sanitation and living conditions contribute to the high prevalence of helminth diseases, so we need to strengthen of primary and secondary prevention among family members.

**Key words:** study, prevalence factors, family doctor, helminth infections, prevention

### Актуальность

Проблема распространённости глистной инфекции, к сожалению, остро стоит в Таджикистане. Практика показывает, что уровень информированности членов семей о путях передачи глистной инвазии низкий [3, 5].

Гельминтозы – обширная группа болезней, вызываемых паразитами, которые в значительной степени определяют состояние здоровья населения в целом. Всемирная Организация Здравоохранения обнародовала доклады, из которых следует, что до 80% всех существующих заболеваний человека либо напрямую вызывается паразитам, либо являются следствием их жизнедеятельности в нашем организме [5, 7].

В недалеком прошлом в Республике Таджикистан в результате роста благосостояния и культурного уровня населения, благоустройства городов и сел, повышения культуры ведения сельского хозяйства, а также проведения целенаправленных мероприятий по оздоровлению населения страны от гельминтозов с использованием эффективных методов диагностики и лечения отмечалось значительное снижение как общего уровня поражённости населения гельминтозами, так и отдельными нозологическими формами. Однако за последние 10-15 лет в связи с изменением общественно-политической и социально-экономической ситуации в республике эпидемиологическая обстановка по паразитарным болезням, особенно гельминтозам, вновь стала ухудшаться и ежегодно наносит огромный экономический ущерб республике [3, 5, 7].

Аскаридоз распространён повсеместно, однако особенно интенсивно он поражает людей, живущих в тропиках, районах с плохими санитарными условиями, в местах, где применяют человеческие фекалии в качестве удобрения. Если человек не получает лечение, то взрослая особь может прожить в кишечнике 12-18 месяцев. При этом заражённый выделяет во внешнюю среду огромное количество яиц [1, 2, 4, 6, 8, 9].

Лямблиоз встречается во всех странах. Человек поражается прямым путём (когда цисты с загрязнёнными частицами кала рук попадают в рот) или опосредованно (при употреблении заражённой пищи или воды). Большинство эпидемий, охватывающих население, становятся результатом

заражения источника водоснабжения. Вспышки, нарастающие за счет контакта человека с человеком, регистрируют в детских учреждениях и учреждениях для лиц с отставанием в умственном развитии [1, 2, 4, 6, 8, 9].

Энтеробиоз распространён во всех странах, и чаще всего это заболевание поражает нескольких членов семьи. Распространённость выше среди детей дошкольного и школьного возрастов. Заражение может произойти случайно через обсеменённые руки или предметы (общие игрушки, постельные принадлежности, одежду) и при мытье в ванне. Яйца сохраняют жизнеспособность в условиях жилого помещения в течение 2-3 недель. Человек – единственный хозяин паразита [1, 2, 4, 6, 8, 9].

Основные причины распространения глистной инвазии: плохие социально-бытовые условия, необеспеченность постоянной проточной холодной водой и центральной канализацией, использование природных необеззараженных удобрений, недоступность антигельминтных препаратов, их высокие цены, несвоевременное лечение, здоровое носительство, низкая информированность населения о путях передачи глистной инвазии, низкий эпидемиологический надзор со стороны ответственных ведомств [5, 7].

Широкому распространению глистных инвазий способствуют: низкий уровень санитарных условий, невысокое социально-экономическое развитие страны, скученность людей и особенности культурных традиций [3, 5, 7].

### Материал и методы исследования

Для изучения распространённости глистной инвазии в семьях разработана анкета. Исследованы 7050 человек с учётом климата и источников водоснабжения в городе Душанбе, районе Хамадони Хатлонской области, Аштском районе, городе Истаравшан Согдийской области. Было опрошено 4005 жителей района Хамадони, 1000 жителей Аштского района, 1000 жителей города Истаравшан, где жители используют арычную воду, и 1045 жителей города Душанбе, где источник водоснабжения – централизованная водопроводная вода. Опрос проводился по следующей анкете: «Распространённость часто встречаемых глистных инвазий в Республике Таджикистан

и пути совершенствования профилактической деятельности на уровне ПМСП». Объектом исследования явились члены семьи с рождения до пожилого возраста. Анкеты детей в возрасте до 7 лет заполнялись родителями. Статистическая обработка данных проводилась методом одномерного анализа.

**Результаты и их обсуждение**

Анализ возрастной структуры позволил установить, что по городу Душанбе наиболь-

шее количество анкетированных соответствуют возрасту 30-39 лет, что составило 248 человек (23,7%); по району Хамадони наибольшее число анкетированных соответствует возрасту 40-49 лет – 809 человек (20,2%), по Аштскому району 30-39 лет – 210 (21%), по городу Истаравшан 20-29 лет – 321 (32,1%). Самый низкий процент отмечен среди детей 0-3 лет (1,9%), с 4 до 6 лет (3,3%) (вместо респондентов на вопросы анкеты отвечали их родители) (табл. 1).

Таблица 1

*Распределение всех опрошенных лиц по полу*

Пол	Адрес								Всего	
	Душанбе		Хамадони		Ашт		Истаравшан		к-во	%
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%		
М	438	41,9	2710	67,7	518	51,8	397	39,8	4063	57,6
Ж	607	58,1	1295	32,3	482	48,2	601	60,2	2985	42,4
	1045	100,0	4005	100,0	1000	100,0	998	100,0	7048	100,0

Из общего числа анкетированных по полу опрошенных: по городу Душанбе мужчин 438 (41,9%), женщин 607 человек (58,1%); по району Хамадони мужчин 2710 (67,7%), женщин 1295 (32,3%); по Аштскому району мужчин 518 (51,8%), женщин 482 (48,2%), по городу Истаравшан мужчин 397 (39,8%), женщин 601 (60,2%).

Из общего числа опрошенных женщины составили 42,4%, мужчины – 57,6%.

Во время исследования установлено, что по городу Душанбе семей, состоящих из 2-3 человек, было 106 (10,1%), 4-5 человек – 328 семей

(31,4%), 6-10 человек – 428 семей (41,0%). По городу Истаравшан семей, состоящих из 2-3 человек, нет, семей из 4-5 человек – 14 (1,4%), 6-10 человек – 707 (70,7%), свыше 10 человек – 141 (14,1%). Показатели по району Хамадони: семья из 2-3 человек – 221 (5,5%), 4-5 человек – 460 (11,5%); большая семья, состоящая из 6-10 человек – 2139 семей, что составило 53,4%; свыше 10 человек – 656 (16,4%). Показатели по Аштскому району: семей из 2-3 человек нет, 4-5 человек – 172 (17,2%); больших семей, состоящих из 6-10 человек, 42,3%; свыше 10 человек – 39 (3,9%) (табл. 2).

Таблица 2

*Распределение опрошенных лиц по количеству членов в семье*

Количество проживающих лиц в семье	Адрес								Всего	
	Душанбе		Хамадони		Ашт		Истаравшан		к-во	%
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%		
2-3	106	10,1	221	5,5					327	4,6
4-5 человек	328	31,4	460	11,5	172	17,2	14	1,4	974	13,8
до 5 человек	164	15,7	529	13,2	366	36,6	138	13,8	1197	17,0
10 человек	428	41,0	2139	53,4	423	42,3	707	70,7	3697	52,4
Свыше 10 человек	19	1,8	656	16,4	39	3,9	141	14,1	855	12,1
<b>Всего</b>	<b>1045</b>	<b>100,0</b>	<b>4005</b>	<b>100,0</b>	<b>1000</b>	<b>100,0</b>	<b>1000</b>	<b>100,0</b>	<b>7050</b>	<b>100,0</b>

Одной из основных причин заражения кишечными паразитами в Таджикистане является использование некачественной воды, загрязнённой канализационными стоками, поэтому изучался такой фактор, как водоснабжение семьи.

Задавался вопрос: «Какой у Вас тип водоснабжения?» Учитывая, что жилищно-бытовые условия также влияют на распространение кишечных паразитов, в анкету был включен вопрос: «Тип канализации Вашего дома?» (рис. 1).

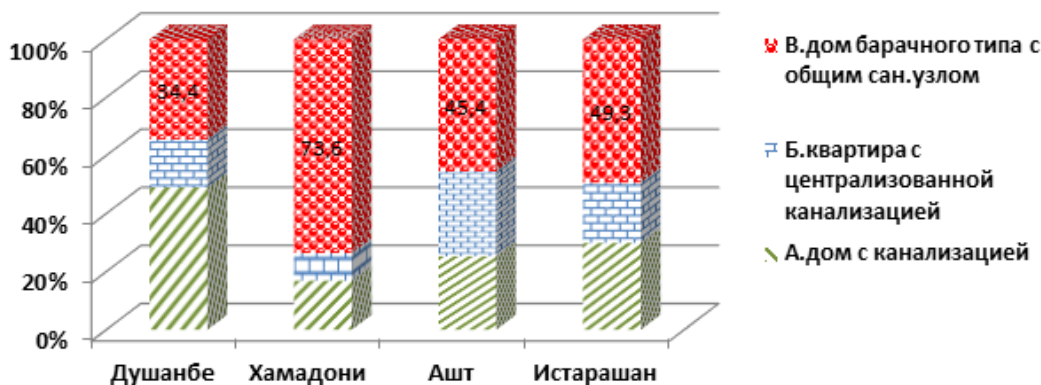


Рис.1. Санитарно-гигиенические условия проживания опрошенных лиц

Как свидетельствуют данные рисунка, в городе Душанбе 65,6% опрошенных лиц и 29,9% опрошенных лиц по городу Истаравшан живут в квартирах с централизованной канализацией; по району Хамадони – 73,6%, в Аштском районе 45,4% опрошенных лиц живут в домах барачного типа с почасовой подачей холодной воды. Поэтому риск инфицированности среди населения районов больше, чем в условиях города.

На вопрос: «Какой у Вас тип источника водоснабжения?» исследуемые ответили: по городу Душанбе у 557 человек (53,3%) вода холодная, постоянная; по району Хамадони из общего числа опрошенных 4005 респондентов у 365 человек (9,1%) вода холодная, постоянная; у 821 человека (20,5%) – вода холодная, непостоянная. Воду из скважины с насосом используют по городу Душанбе 170 семей (16,3%), по району Хамадони – 2819 (70,4%). По городу Истаравшан вода холодная постоянная у 331 (33,2%), по Аштскому району у 226 (22,6%) человек. Вода холодная непостоянная

по городу Истаравшан у 363 (36,4%), по Аштскому району у 748 (74,8%), источник воды в виде скважины с насосом по городу Истаравшан у 302 (30,3%), по Аштскому району у 26 (26,6%) человек.

Таким образом, по источнику водоснабжения 21% опрошенных лиц указали на воду холодную постоянную, 31,9% – воду холодную непостоянную и 47,1% используют воду из скважины с насосом. Источник водоснабжения постоянный удовлетворительный у 53,3% опрошенных в городе Душанбе, Истаравшан – у 33,2%, подача воды непостоянная в Аштском районе у 74,8% опрошенных лиц.

В результате проведенного интервью по санитарно-гигиеническим навыкам выявилось следующее. На вопрос: «Есть ли в Вашей семье у каждого члена отдельные полотенца для рук и принятия ванны?» по Аштскому району 88,1%, по городу Истаравшан 78,3%, по району Хамадони 59,9% опрошенных лиц ответили «нет», по городу Душанбе – 49,6% (рис. 2).

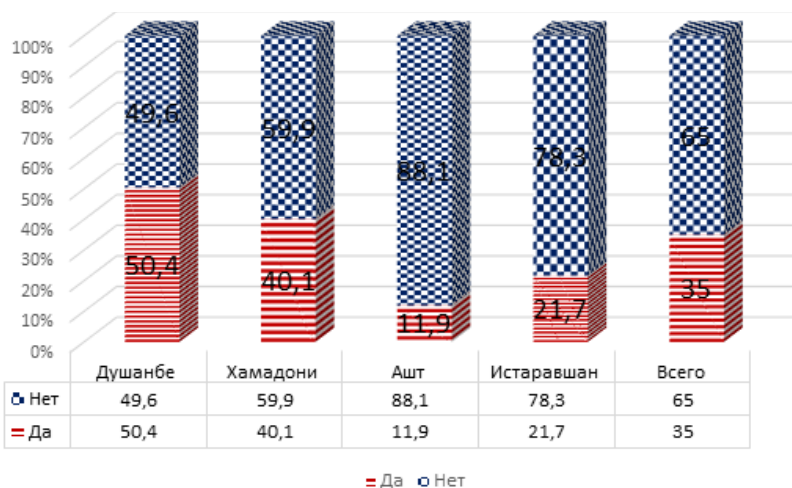


Рис. 2. Результаты ответов опрошенных лиц на наличие индивидуальных полотенец у каждого члена семьи

Опрос показал, что из общего числа обследованных в городах Душанбе, Истаравшан, Хатлонской и Согдийской областях у 65,0% населения нет отдельного полотенца, только 35,0% опрошенных лиц имеют отдельные полотенца.

В результате исследования была получена и проанализирована информация о числе работающих, неработающих, роде занятий (профессия), социально-гигиеническом состоянии, месячном доходе, применении средств защиты во время земельных работ, термической обработке (глажке) нижнего белья каждого члена семьи.

Общеизвестно, что на распространение глистной инвазии влияет профессия (образованность семьи), уровень дохода, информированность членов семьи о путях передачи глистной инвазии.

По данным социологического опроса, распределение членов семьи по роду занятий по городу Душанбе составило: неработающие 28,9%, студенты – 11,9%, ученики – 29,3%, служащие – 58,3%, работники сельского хозяйства – 25,3%, продавцы мясных продуктов – 3,3%, пищевики – 7,0%.

Показатели по городу Истаравшан: неработающие составили 24,9%, студенты – 19,9%, ученики – 21,2%, служащие – 50,0%, работники сельского хозяйства – 14,9%, продавцы мясных продуктов – 10,5%, пищевики – 5,2%.

Показатели опроса по району Хамадони: неработающих – 29,0%, студентов – 8,0%, учеников – 42,5%, служащих – 22,5%, работников сельского хозяйства – 63%, продавцов мясных продуктов – 1,4%, пищевиков 6,8%.

По Аштскому району неработающие составили 27,2%, студенты – 31,0%, ученики – 38,8%, служащие – 62,3%, работники сельского хозяйства – 4,5%, продавцы мясных продуктов – 10,7%, пищевики – 3,1%.

Таким образом, среди опрошенных лиц по городу Душанбе больше служащих – 58,3%; по городу Истаравшан – 50,0%, Аштскому району – 62,3%.

По району Хамадони больше работников сельского хозяйства – 63,0%, это вызвано тем, что на этих территориях нет промышленных предприятий, из-за чего местное население занимается в основном огородным хозяйством, ловом рыбы, скотоводством.

Практика показывает, что уровень информированности членов семьи о путях передачи глистной инвазии низкий. Большое внимание уделялось профилактике глистной инвазии, в связи с чем в анкету был включен вопрос: «Знаете ли Вы пути передачи глистной инвазии?» Во время исследования установлено, что по городу Душанбе 814 (77,9%) членов семей занимаются общей стиркой, только 231 (22,1%) стирку белья осуществляют отдельно, полоскание под про-

точной водой выполняют 340 (32,5%), непосредственно в тазу без проточной воды – 705 (67,5%). Показатели по городу Истаравшан: общая стирка – 854 (86,3%), стирка раздельная – 146 (13,7%), полоскание под проточной водой – 137 (9,2%), непосредственно в тазу без проточной воды – 863 (90,8%). Показатели по району Хамадони: общая стирка – 3814 (95,2%), стирка раздельная – 191 (4,8%), полоскание под проточной водой – 206 (5,1%), непосредственно в тазу без проточной воды – 3799 (94,0%). По Аштскому району общая стирка 944 (94,4%), стирка раздельная – 56 (5,6%), полоскание под проточной водой – 40 (4,0%), непосредственно в тазу без проточной воды – 960 (96,0%). Таким образом, из общего числа опрошенных лиц 91,3% занимаются в быту общей стиркой и полоскают бельё в проточной воде 9,6%; только 8,7% стирают раздельно; 90,4% опрошенных лиц полоскают бельё без проточной воды, что увеличивает риск передачи глистной инвазии среди членов семьи.

Важным фактором служит употребление сырой воды, заражённой личинками или яйцами гельминтов; мытьё в ней овощей, фруктов, посуды [1].

Изучался вопрос «Пробуете ли Вы продукты на вкус во время покупки без предварительного мытья на базаре?», на который по городу Душанбе ответили «да» 370 опрошенных лиц (35,4%), «нет» – 675 (64,6%). По району Хамадони 995 опрошенных лиц пробуют на вкус продукты во время покупки без предварительного мытья (24,8%), не пробуют 3010 опрошенных лиц (75,2%). По городу Истаравшан ответили «да» 377 опрошенных лиц (37,7%), «нет» – 623 (62,3%). По Аштскому району 270 опрошенных лиц пробуют на вкус продукты во время покупки без предварительного мытья (27,0%), не пробуют 730 опрошенных лиц (73,0%). Таким образом, из общего числа опрошенных лиц 28,5% пробуют фрукты на базаре на вкус без мытья водой, 71,5% не пробуют.

Изучался вопрос информированности опрошенных лиц о передаче возбудителей глистной инвазии через грязные руки. Так, по городу Душанбе 605 лиц (57,9%) всегда моют руки перед едой и приготовлением пищи, забывают мыть 195 лиц (18,7%), не всегда моют 245 лиц (23,4%). Показатели по району Хамадони: всегда моют руки перед едой и приготовлением пищи 3101 лицо (77,4%), забывают мыть 271 лицо (6,8%), не всегда моют 633 лица (15,8%). Показатели по Аштскому району: всегда моют руки перед едой и приготовлением пищи 173 лица (17,3%), забывают мыть 310 лиц (31,0%), не всегда моют 517 лиц (51,7%). По городу Истаравшан: 300 лиц (30,0%) всегда моют руки перед едой и приготовлением пищи, забывают мыть 288 лиц (28,8%), не всегда моют 412 лиц (41,2%).

Таким образом, исследование гигиенических навыков, таких как мытьё рук перед приготовлением пищи, показало, что в городе Душанбе, Истаравшан, районах Хамадони, Ашт моют руки только 59,3%, остальные 15,1% забывают мыть или не всегда моют, что свидетельствует о низком уровне информированности членов семьи о путях передачи глистной инвазии.

Также изучался вопрос: «О наличии огорода или палисадника около дома» по городу Душанбе 602 опрошенных лица (57,6%) ответили «есть», 443 опрошенных лица (42,4,0%) ответили «нет». Показатели по району Хамадони: 1565 (39,1%) ответили «есть», 2440 (60,9%) опрошенных лиц ответили «нет». Показатели по Аштскому району: 759 опрошенных лиц (75,8,%) ответили «есть», 242 опрошенных лица (24,2%) ответили «нет». По городу Истаравшан ответили «есть» 650 (65,0%), 350 опрошенных лиц (35,0%) ответили «нет».

Членам семей, у кого имеется огород или палисадник около дома, задавался вопрос «Используете ли Вы рукавицы во время земляных работ?» По городу Душанбе 183 опрошенных лица (30,4%) ответили «да», 419 опрошенных лиц (69,6%) ответили «нет». Показатели по рай-

ону Хамадони: 539 опрошенных лиц (34,4%) ответили «да», 1026 опрошенных лиц (65,6%) ответили «нет».

Показатели по Аштскому району: 241 опрошенный (24,1%) ответили «да», 759 опрошенных лиц (75,9%) ответили «нет». По городу Истаравшан 368 опрошенных лиц (36,8%) ответили «да», 632 опрошенных лиц (63,2%) ответили «нет».

Таким образом, из общего числа опрошенных лиц наибольший – 75,8% – процент опрошенных лиц по Аштскому району имеют огород или палисадник около дома, наименьший процент – 21,7% – в городе Истаравшан. Из общего числа опрошенных удельный вес не использующих нарукавники во время земельных работ больше – 68,1%, чем использующих – 31,9%. Эти показатели по регионам одинаковы как в городах, так и в районах.

Данные рисунка 3 указывают, что 27,2% опрошенных лиц по городу Душанбе во время уборки используют пылесос, 72,8% используют веник. Показатели по району Хамадони: 3,6% используют пылесос, 96,4% используют веник. Показатели по Аштскому району: 3,6% используют пылесос, 96,4% веник. По городу Истаравшан используют пылесос 21,8%, веник – 78,2%.

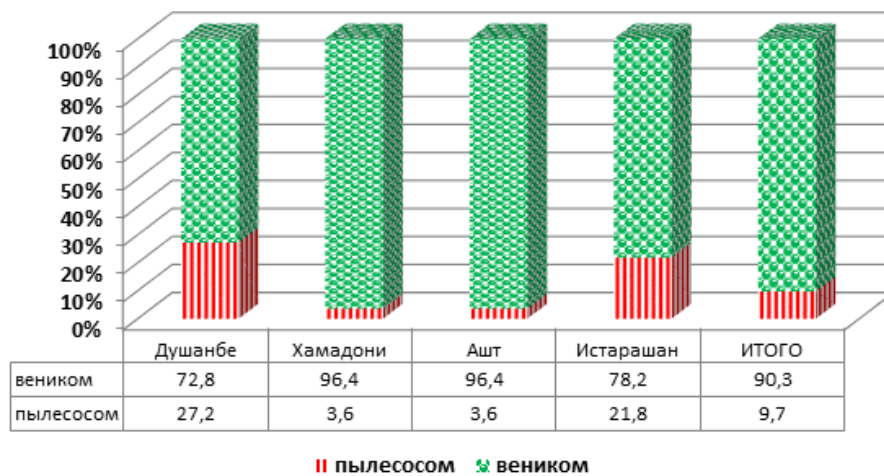


Рис. 3. Ответы опрошенных лиц по способам проведения уборки в квартире

Таким образом, только 9,7% из общего числа опрошенных лиц во время уборки используют пылесос, остальные 90,3% во время уборки используют веник

**Заключение**

Здоровье населения зависит от влияния социально-гигиенических и экономических факторов. Проблема распространенности глистной инвазии среди семей в Таджикистане заслуживает бдительного внимания семейного врача. Проведённый опрос показывает, что распространенность среди населения гельминтов зависит от профессии, количества членов в се-

мье, уровня материального достатка семьи. Исследования показало, что основными факторами распространенности глистной инвазии являются: популяционно-демографические (87,9%), медико-социальные (52,4% случаев зависит от количественного состава семьи - 6-10 человек), бытовые (постоянный источник водоснабжения и доступ к канализации имеют только 53,3% обследованных), низкая информированность населения о глистных инвазиях и путях их передачи имеют (32,2%). Низкий уровень санитарной культуры населения, неудовлетворительные санитарно-гигиенические и бытовые условия

способствуют высокой распространенности гельминтных заболеваний.

Все вышесказанное обосновывает необходимость усиления первичной и вторичной профилактики, их четкое и целенаправленное осуществление позволит снизить распространенность гельминтозов среди членов семьи.

Таким образом, проведенные исследования позволили представить влияние социально-гигиенических и экономических факторов на распространенность глистной инвазии. Существенным компонентом качества профилактики больных, страдающих глистной инвазией, является проведение махалинских советов, консультирование членов семей. Успех профилактики зависит от потенциального влияния семейного врача на качество жизни населения. Система профилактических мероприятий будет несовершенной без компетентности семейных врачей, их ответственности, высокого профессионализма, а также государственных программ, направленных на предупреждение и снижение заболеваемости среди населения.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов*

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Адоева Е.Я., Баранова А.М., Бронштейн А.М. Паразитарные болезни человека. Москва, 2006. 589с.
2. Генис Д.Е. Медицинская паразитология. Москва, 1991. 490с.
3. Камардинов Х.К. Инфекционные паразитарные болезни. Душанбе: Главная научная редакция Таджикской национальной энциклопедии Душанбе, 2009. С. 556-560.
4. Покровский В.И., Пак С.Г., Бритко Н.И., Данилкин Б.К. Инфекционные болезни и эпидемиология. Москва: ГЭОТАР- Медиа, 2009. С. 738-787.
5. Приказ Министерства здравоохранения Республики Таджикистан от 7.09.2010 г. (№519) «Программа по борьбе с гельминтозами в Республике Таджикистан на период с 2011 по 2015 год». Душанбе, 2010. 37 с.
6. Рахимова К.В. Глистные инвазии у детей: диагностика, лечение, диспансеризация. Алматы, 2006. С. 1- 44.
7. Стратегия Республики Таджикистан по охране здоровья населения в период до 2010 года: Постановление Правительства Республики Таджикистан № 436 от 5 ноября 2002г. Душанбе, 2010.

8. Учайкин В.Ф. Атлас инфекционных заболеваний. Москва: ГЭОТАР- Медиа, 2009. 465с.

9. Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я. Инфекционные болезни. Москва: Медицина, 2003. 544 с.

#### REFERENCES

1. Adoeva E. Ya., Baranova A. M., Bronshteyn A. M. *Parazitarnye bolezni cheloveka* [Parasitic disease in humans]. Moscow, 2006. 589 p.
2. Genis D. E. *Meditsinskaya parazitologiya* [Medical parasitology]. Moscow, 1991. 490 p.
3. Kamardinov Kh. K. *Infektsionnye parazitarnye bolezni* [Infectious parasitic diseases]. Dushanbe, Glavnaya nauchnaya redaktsiya Tadjhikskoy natsionalnoy entsiklopedii Publ., 2009. 556- 560 p.
4. Pokrovskiy V. I., Pak S. G., Britko N. I., Danilkin B. K. *Infektsionnye bolezni i epidemiologiya* [Infectious diseases and epidemiology]. Moscow, GEOTAR- Media Publ., 2009. 738-787 p.
5. *Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya Respubliki Tadjikistan ot 7.09.2010, No. 519* [Order of the Ministry of Health of the Republic of Tajikistan from 7.09.2010, No. 519]. Dushanbe, 2010. 37 p.
6. Rakhimova K. V. *Glistnye invazii u detey: diagnostika, lechenie, dispanserizatsiya* [Worm infestation in children: diagnosis, treatment, clinical examination]. Almaty, 2006. 1-44 p.
7. *Postanovlenie Pravitelstva Respubliki Tadjikistan ot 5.11.2002, No. 436* [Resolution of the Government of Tajikistan from 05.11.2002, No. 436]. Dushanbe, 2010.
8. Uchaykin V. F. *Atlas infektsionnykh zabolevaniy* [Atlas of infectious diseases]. Moscow, GEOTAR- Media Publ., 2009. 465 p.
9. Yushchuk N. D., Vengerev Yu. Ya. *Infektsionnye bolezni* [Infectious diseases]. Moscow, Meditsina Publ., 2003. 544 p.

#### Сведения об авторах:

**Ортикова Мунира Мамуржоновна** – аспирант кафедры семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ

**Мирзоева Зухра Амондуллоевна** – д.м.н., профессор

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

**Давлятова Дильбар Джаборовна** – доцент кафедры семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

#### Контактная информация:

**Ортикова Мунира Мамуржоновна** – тел.: +992919251777;  
E-mail: [Ortikovam@mail](mailto:Ortikovam@mail)

Садиқов Ф.О., Каримов С.М., Ашууров Г.Г.

## КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА КОМПОЗИТНЫХ РЕСТАВРАЦИЙ ЗУБОВ

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Sadikov F.O., Karimov S.M., Ashurov G.G.

## QUALITY CRITERIAS OF EVALUATION TOOTH RESTORATION

Department of therapeutically dentistry of State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan"

**Цель исследования.** Провести ретроспективную оценку качества пломбирования зубов в государственных и частных стоматологических учреждениях.

**Материал и методы.** Среди 96 обследованных лиц проведена экспертиза 250 ранее поставленных пломб. С целью оценки состояния пломб была использована многокритериальная методика экспертной оценки, которая включала 3 градации: отличную, удовлетворительную, неудовлетворительную.

**Результаты.** При клинической оценке краевой адаптации состояние пломбы оценивали как отличное в 51,3% случаев, удовлетворительное – в 42,9%, неудовлетворительное – в 5,8%. Анатомическая форма пломбы в 40% наблюдений была оценена на «отлично», в 53,6% – на «удовлетворительно» и в 6,4% как неудовлетворительная. Удельный вес отличных оценок составлял 88,2% для пломб, наложенных в течение последнего года, и только 1,8% – для пломб более 5 лет. Если в первом случае неудовлетворительные оценки отсутствовали, то во втором их доля составляла 8,8%.

**Заключение.** Доля неудовлетворительных оценок пломб, наложенных в государственных стоматологических учреждениях, была в 2 раза больше, по сравнению с коммерческими структурами (14,0% и 6,8% соответственно). Если пломбы из светоотверждаемых материалов в 60% были оценены как отличные, то при наложении пломбы из материалов химической полимеризации данный показатель составлял только 3,6%, а из традиционных материалов как отличные, так и удовлетворительные оценки отсутствовали.

**Ключевые слова:** светоотверждаемая пломба, химическая пломба, полимеризационная усадка, краевая адаптация, вторичный кариес

**Aim.** Conduct a retrospective evaluation of the quality of dental fillings in public and private dental offices.

**Materials and methods.** Among 96 surveyed persons has been examined 250 previously supplied seals. In order to assess the state of the seals multi-criteria method peer review was used, which included 3 gradations: excellent, satisfactory, unsatisfactory.

**Results.** In the clinical evaluation of marginal adaptation state seal was assessed as excellent in 51,3% of cases, satisfactory – in 42,9%, unsatisfactory – in 5,8%. Anatomical shape of the seal in 40% of cases was evaluated as «excellent», 53,6% – as «satisfactory» and 6,4% as unsatisfactory. Specific weight excellent ratings was 88,2% for the seals imposed during the last year, and only 1,8% – for the seals more than 5 years. In the first case there were no unsatisfactory marks, in the second, their share was 8,8%.

**Conclusion.** Percentage of unsatisfactory seals ratings imposed state in dental offices, it was 2-fold higher compared with commercial structures (14,0% and 6,8% respectively). If seals of photocurable material 60% were rated as excellent, the seal upon application of the active materials of chemical polymerization rate was only 3,6%, and from conventional materials as excellent, and no satisfactory evaluation.

**Key words:** light-curing filling, chemical filling, polymerization shrinkage, marginal adaptation, secondary caries

### Актуальность

Основным показанием к использованию пломбировочных материалов является необходимость

коррекции эстетических параметров зубов или наличие дефекта твердых тканей зуба. Важным условием эффективности реставрационных работ

является соответствие формы и дизайна полости рта прочностным характеристикам и особенностям пространственной организации исследуемых реставрационных систем [1, 3].

Все применяемые в настоящее время композитные реставрационные материалы, несмотря на высокое содержание инертных наполнителей, обладают полимеризационной усадкой. Вследствие этого возможна как остаточная краевая проницаемость на границе пломба-зуб, так и нарушение краевой адаптации с течением времени, что ведет к развитию вторичного кариеса [2, 4, 5].

Работая в указанном аспекте, нами проведен ретроспективный анализ качества композитных реставраций различных функционально-ориентированных групп зубов в государственных и частных стоматологических учреждениях республики.

#### Материал и методы исследования

С целью выявления состояния ранее поставленных пломб нами была использована методика экспертной оценки, которая включала 3 градации оценок: отличную, удовлетворительную, неудовлетворительную (а по признаку «наличия вторичного кариеса» – только отличную и неудовлетворительную). Среди 96 обследованных

лиц проведена экспертиза 250 пломб. На долю мужчин пришлось 29,2% (28 человек), женщин – 70,8% (68 человек). Лица до 30 лет составили 17,7%, 30-39 лет – 35,4%, 40-49 лет – 19,8%, 50-59 лет – 20,8%, 60 лет и старше – 6,3%.

#### Результаты и их обсуждение

По результатам исследования было обнаружено, что среди обследованных лиц почти в равных долях (50,5% и 49,5%) были запломбированы зубы верхней и нижней челюстей. По давности наложения пломбы распределились следующим образом: в 13,6% случаев – в течение последнего года; в 40,8% – от 1 года до 5 лет; в 45,6% – свыше 5 лет. Почти в половине случаев (45,6%) пломбирование зубов проведено в государственной стоматологической поликлинике, в 33,6% – в базовой коммерческой организации (общество с ограниченной ответственностью); в 20,8% – в других коммерческих организациях. Доля случаев наложения пломбы в государственной поликлинике достигала 72% среди лиц 60 лет и старше.

Следует отметить, что в различных сравниваемых нами стоматологических учреждениях характер пломбировочного материала отличался (табл. 1).

Таблица 1

*Распределение пломб, поставленных в разных стоматологических учреждениях, по характеру пломбировочного материала (%)*

Тип учреждения	Пломбировочный материал			Всего
	светового способа отверждения	химического способа отверждения	традиционный	
Государственная стоматологическая поликлиника	12,3	60,5	27,2	100,0
Базовая коммерческая организация	70,5	11,2	18,3	100,0
Другие коммерческие организации	56,8	23,1	20,1	100,0

При клинической оценке состояния краевой адаптации состояние пломбы оценивали как отличное в 51,3% случаев, удовлетворительное – в 42,9%, неудовлетворительное – в 5,8%. Анатомическая форма пломбы в 40% наблюдений была оценена на «отлично», в 53,6% – на «удовлетворительно» и в 6,4% как неудовлетворительная. Минимальными были оценки у лиц до 30 и старше 60 лет, наиболее высокими – в возрасте 30-39 лет.

При наложении пломб из светоотверждаемых материалов доля отличных оценок составляла 67,7%, из химических композитов – 20,9%, из

традиционных пломб – 8,6%. Как и следовало ожидать, с увеличением длительности от момента наложения пломбы ее качественные характеристики ухудшаются. Так, удельный вес отличных оценок составлял 88,2% для пломб, наложенных в течение последнего года, и только 1,8% – для пломб, более 5 лет. Если в первом случае неудовлетворительные оценки отсутствовали, то во втором их доля составляла 8,8%.

Нами выявлены отличия в уровнях оценок пломб, поставленных в государственных и негосударственных стоматологических учреждениях.



Если в базовой коммерческой стоматологической организации при структурном анализе поставленных пломб неудовлетворительные оценки отсутствовали, то в других коммерческих организациях их доля составила 46,2%, а в государственной стоматологической поликлинике – 49,2%.

Выше (87,7%) была доля отличных оценок пломб из светоотверждаемых материалов по сравнению с пломбами из материалов химической полимеризации (66,4%) и традиционных (28,3%). Цветадаптацию пломбы в 32,8% случаев оценивали как отличную, в 56,6% – удовлетворительную, в 10,6% – неудовлетворительную. Удельный вес неудовлетворительных оценок среди женщин (10,1%) был достоверно ( $P < 0,05$ ) выше, чем среди мужчин (2,8%). По данному критерию наиболее высокими были оценки среди лиц 30-39 лет, минимальными – в возрасте 60 лет и старше.

Доля неудовлетворительных оценок пломб, наложенных в государственных стоматологических учреждениях, была в 2 раза больше, по сравнению с коммерческими стоматологическими (14,0 и 6,8% соответственно). Если пломбы из светоотверждаемых материалов в 60% были оценены как отличные, то при наложении пломбы из материалов химической полимеризации данный показатель составлял только 3,6%, а из традиционных материалов как отличные, так и удовлетворительные оценки отсутствовали.

Оценки, полученные по такому критерию, как наличие краевой пигментации, были следующими: отличные – в 44,6% случаев, удовлетворительные – в 31,2%, неудовлетворительные – в 24,8%. Уровень краевой пигментации пломбы, как и предыдущие критерии, отличался в зависимости от типа учреждения, где проводили пломбирование. Так, доля отличных оценок

составляла 10,5% в государственной стоматологической поликлинике, 26,9% – в других соответствующих коммерческих организациях, достигая 85,1% в базовой коммерческой стоматологической организации.

Отличались оценки уровня краевой пигментации пломбы и при использовании различных пломбирочных материалов. В частности, доля неудовлетворительных оценок исследуемой критерии составляла 7,7% при наложении светоотверждаемых пломб, 38,6% – из материалов химического способа отверждения, 93,6% – из традиционных пломбирочных материалов.

По всем оценочным критериям пломб структура суммарных оценок выглядит следующим образом: «отлично» – 38,4%, «удовлетворительно» – 27,2%, «неудовлетворительно» – 34,4%. Если доля отличных оценок почти одинакова среди мужчин и женщин, то процент неудовлетворительных пломб достоверно ( $P < 0,05$ ) выше у мужчин (47,2% при 29,2% у женщин). Минимальные оценки были среди пациентов до 30 и старше 60 лет. С увеличением длительности функционирования пломбы ее суммарная оценка резко ухудшается (доля неудовлетворительных оценок увеличивается с 5,8 до 57,9%).

Существенно отличались оценки в зависимости от того, в каких учреждениях проводили пломбирование зубов. Так, отличные оценки отмечались только в 3,5% случаев при наложении пломб в государственной стоматологической поликлинике, в 82,4% – в базовой коммерческой стоматологической организации, в 19,2% – в других коммерческих организациях.

Отличались по суммарной оценке и пломбы, наложенные из разных пломбирочных материалов (табл. 2).

Таблица 2

*Распределение пломб, поставленных в разных стоматологических учреждениях, по характеру пломбирочного материала (%)*

Вид пломбирочного материала	Суммарная оценка			Всего
	отлично	удовлетворительно	неудовлетворительно	
Светоотверждаемые пломбы	67,7	18,5	13,8	100,0
Пломбы химической полимеризации	21,1	33,2	45,7	100,0
Традиционные	–	9,8	90,2	100,0

Как свидетельствуют полученные результаты, суммарные оценки, естественно, в той или иной степени коррелировала с частными. Большей (когда при частной отличной оценке в 100% случаев отличной была и суммарная оценка) была

корреляция с такими критериями, как уровень краевой адаптации, наличие вторичного кариеса, краевая пигментация; меньшей – с анатомической формой (соответствующий показатель – 97,9% и краевой пигментацией – 79,2%).

Проведенный анализ показал, что среди обследованных лиц качество пломб оставалось недостаточно высоким и особенно страдает такая его составляющая, как уровень цветоадаптации. Более высоким является качество пломб, наложенных на зубы нижней челюсти (по сравнению с верхней). Выявленные нами отличия в качестве пломбирования у мужчин и женщин определяются во многом от того, в каком типе стоматологических учреждений проводилось пломбирование (более низкие оценки получены по государственным стоматологическим учреждениям, по сравнению с коммерческими), а также сроками наложения пломб (с увеличением длительности существования пломбы ее качественные характеристики ухудшаются). Первое обстоятельство, в свою очередь, во многом определяется различиями в характеристике пломбировочного материала, преимущественно используемого в стоматологических учреждениях разных форм собственности. При этом достоверно более высоко было оценено качество пломб из материалов светового способа отверждения, по сравнению с материалами химической полимеризации и традиционными.

#### **Выводы**

1. Доля неудовлетворительных оценок пломб, наложенных в государственных стоматологических учреждениях, была в 2 раза больше, по сравнению с коммерческим стоматологическим учреждениям.

2. Результаты использования светоотверждаемых пломб в 60% случаев были оценены как отличные, тогда как при наложении пломбы из материалов химической полимеризации данный показатель составлял только 3,6%, а среди традиционных материалов как отличные, так и удовлетворительные оценки отсутствовали.

3. Предложенный и апробированный в данном исследовании подход позволяет дать многокритериальную интегрированную систему оценки качества работы врача-стоматолога и может использоваться наряду с другими критериями контроля качества терапевтической стоматологической помощи.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов*

ЛИТЕРАТУРА (пп. 4-5 см. в REFERENCES)

1. Ряховский А.Н. Планирование эстетического результата стоматологического лечения // Панорама ортопедической стоматологии. 2008. № 2. С. 2-8.

2. Тищенко В.А. Компромисс в реставрации твердых тканей зубов. Сэндвич-метод. Общие вопросы // Проблемы стоматологии. 2007. № 6. С. 67-70.

3. Тomankevich M. Современные пломбировочные материалы в стоматологической практике / Под ред. А.В. Борисенко. Львов: ГалДент, 2011. 132 с.

#### REFERENCES

1. Ryakhovskiy A. N. Planirovanie esteticheskogo rezultata stomatologicheskogo lecheniya [Planning aesthetic result of dental treatment]. Panorama ortopedicheskoy stomatologii - Panorama of prosthetic dentistry, 2008, No. 2, pp. 2-8.

2. Tishchenko V. A. Kompromiss v restavratsii tverdykh tkaney zubov. Sendvich-metod. Obshchie voprosy [Compromise in the restoration of dental hard tissues. Sandwich method. General issues]. Problemy stomatologii - Problems of stomatology, 2007, No. 6, pp. 67-70.

3. Tomankevich M. Sovremennye plombirovochnye materialy v stomatologicheskoy praktike. Pod red. A.V. Borisenko [Modern filling materials in dental practice. Edit by A. V. Borisenko]. Lvov, GalDent Publ., 2011. 132 p.

4. Omar H., El-Badrawy E., El-Mowafy O., Atta O., Saleem B. Microtensile bond strength of resin composite bonded to caries-affected dentin with three adhesives. Operative Dentistry, 2007, Vol. 32, pp. 24-30.

5. Pashley D. H., Ciucchi B., Sano H., Horner J. A. Permeability of dentin adhesive agents. Quintessence International, 2010, Vol. 24, pp. 618-631.

#### *Сведения об авторах:*

*Садиков Фаррух Оромиддинович – соискатель кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ*

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

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

#### *Контактная информация:*

*Садиков Фаррух Оромиддинович – тел.: +992 918 83 20 97*

© Коллектив авторов, 2016

УДК:614•2:339+616-053•31/32(575•3)

Самадова Г.А., Додобаева Б.С., Шарипова Ш.Т., Муллоев А.М.

## НЕКОТОРЫЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТАДЖИКСКИХ СЕМЕЙ

Кафедра сестринского дела в семейной медицине ГОУ ИПОвСЗ РТ

Samadova G.A., Dadabaeva B.S., Sharipova Sh.T., Mulloev A.M.

## SOME SOCIO-ECONOMIC ASPECTS OF TAJIK FAMILIES

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

**Цель исследования.** Изучить некоторые социально-экономические аспекты жизни таджикских семей.

**Материал и методы.** С помощью специально разработанной анкеты опрошены 123 семьи. Изучены социальные и экономические факторы, влияющие на здоровье взрослого контингента семьи.

**Результаты.** Исследование показало, что 73,2% из 123 семей составили нуклеарные, 21,9% – расширенные, 2,5% – смешанные семьи и 2,4% – с одним родителем. Возрастной пик мужчин приходился на 30-34 года, женщин – 25-29 лет. Возрастной разницы между мужем и женой в 62 (50,4%) случаях практически не было. На долю малодетных семей приходилось 29,2%, со средним количеством – 38,3%, многодетных – 32,5%. Постоянная работа была больше у мужчин (74,2%), чем у женщин (21,2%); не работающими в семьях были женщины (75,6%). Высшее образование имелось у 57 мужчин и 23 женщин. Денежный доход семьи на одного человека в день составлял у 41,2% семей от 6 до 10 сомон, у 22,4% – 11-15 сомон, у 21,7% он был до 5 сомон. 64 (52,0%) семьи периодически обращались за медицинской помощью. По половой принадлежности к врачу обращались 37 мужчин (57,8%) и 55 женщин (85,9%). Знали о своих хронических заболеваниях 24 мужчины, 46 женщин. Среди заболеваний у мужчин частым ответом был «гастрит», у женщин – «анемия, пиелонефрит».

**Заключение.** Анкетирование таджикских семей установило, что жены, несмотря на имеющееся среднее образование, по различным причинам предпочитают быть домохозяйками и не участвовать в построении благополучия семьи. Состояние семей со стороны социально-экономических аспектов неудовлетворительное. Все респонденты были трудоспособного возраста, однако только в 24 (19,5%) семьях постоянно работающими были оба супруга. Влияние установленных социально-экономических факторов на здоровье членов семьи привело к тому, что большинство супругов (52,0%) обращаются за медицинской помощью, при этом 31,1% мужчин и женщин знают о своих хронических болезнях.

**Ключевые слова:** семья, респонденты, благополучие семьи, социальные и экономические аспекты

**Aim.** To study some socio-economic aspects of life of tajik families.

**Materials and methods.** With an aid of specially designed questionnaire 123 families were interviewed. Social and economic factors that influence health of adult members of the family were studied.

**Results.** Research has shown that 73,2% of 123 families were nuclear, 21,9% extended, 2,5% mixed families and 2,4% with one parent. Age peak of men accounted for 30-34 years, women – 25-29 years. There were practically no age difference between husband and wife in 62 (50,4%) cases. 29,2% were accounted for the small families (with few children), 38,3% middle families, 32,5% large families. 74,2% men and 21,2% women have permanent work. 75,2% women in the families are unemployed. 57 men and 23 women had higher education. Family income per person per day in 41,2% families was from 6 to 10 somon, 22,4% 11-15 somon, 21,7% it was minimal up to 5 somon. 64 (52,0%) families asked for medical help from time to time. 37 men (57,8%) and 55 women (85,9%) were asking for help. 24 men and 46 women knew about their chronic diseases. Among the diseases men frequent response was “gastritis” and women “anemia, pyelonephritis”.

**Conclusion.** Thus, a survey of tajik families found out that wives, despite having a high school education, for various reasons, prefer to be housewives and do not participate in the construction of family welfare. Families’ status from the social and economic aspects is unsatisfactory. All respondents were of working age, but only in 24 (19,5%) families both spouses were

working. Influence of socio-economic factors on the health of family members has led to that the majority of spouses (52,0%) seek medical care, and 31,1% of men and women are aware of their chronic diseases.

**Key words:** family, respondents, family welfare, social and economic aspects

### Актуальность

Во многих документах Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) отмечается, что огромной ценностью как для отдельного человека, так и для всего общества является здоровье. Определение ВОЗ «здоровье - это состояние физического, психического, социально-экономического благополучия...» даёт понимание о том, что немаловажное значение для сохранения и охраны здоровья членов семьи отводится социальным и экономическим аспектам.

Прошедшая в Таджикистане гражданская война резко ухудшила благосостояние нации. К концу 2009 года 46,7% населения страны оставалось бедным, несмотря на рост экономической стабильности. Следует добавить, что из этого числа 13,8% населения являлось крайне бедным, то есть один из трех бедных был крайне бедным. По официальным документам республики, покупательная способность человека в день равнялась около 17 сомон (ППС=2,15 доллара). В настоящий момент считается, что покупательная способность повысилась, это позволило уменьшить число беднейших слоев населения ([www.stat.tj](http://www.stat.tj)). Однако, семейные медицинские сестры (СМС), работая 80% своего времени на участке и наблюдая за жизнью таджикских семей, отмечают множество факторов риска со стороны вышеназванных аспектов, влияющих на здоровье членов семьи.

### Материал и методы исследования

Сотрудниками кафедры разработана специальная анкета социально-экономического опроса. В анкету включены вопросы, касающиеся состава семьи, пола, возраста, образования, занятости, профессии, жилищно-коммунальных условий и услуг; экономические – доход семьи, доход на одного человека в день; состояние здоровья родителей, наличие хронических заболеваний и др. С целью изучения влияния социально-экономических факторов на здоровье изучена жизнь 123 семей. Исследование проводилось непосредственно сотрудниками кафедры при участии 28 слушателей циклов «семейная медицинская сестра».

Результаты и их обсуждение

Анализ собранного материала установил, что 97,6% семей состояли из обоих родителей, в 3 семьях (2,4%) был один родитель (женщина). Распределение семей по типам позволило отметить (табл. 1), что большинство (73,2%) семей - нуклеарные, живущие самостоятельно, а 21,9% расширенные, проживающие в большинстве случаев с обоими родителями.

Таблица 1

Распределение семей по типам (n=123)

Тип семьи	Абсолютное число	%
Нуклеарная	90	73,2
Расширенная	27	21,9
Смешанная	3	2,5
Одинокий родитель	3	2,4
<b>Всего</b>	<b>123</b>	<b>100%</b>

Возраст мужчин – глав семей – колебался от 23 до 54 лет. По установленным национальным традициям, женщина в семье должна быть моложе мужчины, что подтвердилось при сравнительном анализе: возраст жены колебался от 20 до 43 лет, исключение составили 3 семьи, где женщина была старше своего мужа на 2-4 года. В большинстве других 62 (50,4%) случаях возрастной разницы между мужчиной и женщиной практически не было. Возрастная разница в 2-4 года отмечена у 6 (4,8%), 5-9 лет – у 43 (34,9%), 10-14 лет – у 9 (7,4%), более 15 лет наблюдалась в 3 (2,5%) семьях.

Таблица 2

Распределение мужчин и женщин по возрастным группам (n=243 человека)

Возрастная группа	Мужчины	%	Женщины	%
18-24 лет	5	4,2	19	15,4
25-29 лет	31	25,8	44	35,8
30-34 лет	37	30,8	30	24,4
35-39 лет	23	19,2	21	17,1
40 лет и более	24	20,0	9	7,3
<b>Всего</b>	<b>120</b>	<b>100%</b>	<b>123</b>	<b>100%</b>

По данным таблицы 2, возрастной пик у мужчин приходится на 30-34 года, у женщин – на 25-29 лет. Основная часть респондентов вступили в брак в раннем возрасте, не имея должного жизненного опыта, что может явиться фактором, влияющим на жизненный уклад семьи. Предположение «имеют жизненный опыт» исходит из представленных Агентством по статистике при Президенте Республики Таджикистан данных, где говорится, что средний возраст таджиков, вступающих в брак, равен 20,2, а мужчин – 24 годам.

Конечно, не только данный фактор может благоприятно или неблагоприятно влиять на уклад жизни семьи. Например, другим влияющим фактором является наличие детей и их количество в семье. Среди респондентов доля малодетных семей (1-2 ребенка) составила 36 (29,2%), со средним количеством (3-4 ребенка) – 47 (38,3%), а многодетных (5 и более) – 40 (32,5%). Удельный вес семей, имеющих более 3 детей, был выше у большинства (79,7%).

Одним из ведущих факторов, влияющих на уклад жизни семьи, является занятость мужчины и женщины. Анализ результатов показал, что постоянная работа была у большинства мужчин (74,2%), по сравнению с женщинами (21,2%). Другие 20% мужчин имели временную работу, 1,6% работали в России, числились мигрантами и только 5 мужчин не работали, не назвав причину.

Среди женщин только 24,3% имели постоянный заработок, 4 женщины работало на дому, большинство (75,6%) были домохозяйками. В группу работающих вошли ещё 4 женщины, зарабатывающие швейным делом дома, внося свою долю в бюджет семьи (табл. 3). Национальные традиции заставляют мужчину выполнять «обязанности» главы семьи, обеспечивая её должным материальным достатком. Даже не имея постоянную работу, 21,6% мужчин, вошедших в исследование, находились в поиске различных способов зарабатывать деньги. Большинство – 115 (95,8%) из 120 мужей – систематически приносят деньги в семью.

В прогнозе полученные нами результаты соотношения работающих (59,6%) и неработающих (40,4%) членов семей дают основание сделать предположение, что неудовлетворительное экономическое состояние семьи может являться фактором риска потери здоровья.

Необходимо заметить, что уровень благополучия тесно связан с уровнем образованности. Отмечено, что 30,8% мужчин имеют общее среднее образование, среднее техническое – 26 (21,7%) и высшее образование – 57 (47,5%). Неблагоприятная картина наблюдается у женщин: 81 (65,9%) имеет полное среднее образование, 14 (11,3%) – неполное, из числа последних найдены жены (8,9%) только с начальным образованием (табл. 3).

Таблица 3

*Занятость и образованность родителей таджикских семей (123 семьи)*

Занятость	Муж		Жена		Образование	Муж		Жена	
	n=120		n=123			n=120		n=123	
		%		%			%		%
<i>Не работает</i>	5	4,2	93	75,6	Нет образования	–		–	
<i>Временная работа</i>	24	20	–		Начальное (1-4 классы)	–		11	8,9
<i>Работа на выезде</i>	2	1,6	–		Неполное среднее	–		3	2,4
<i>Работа на дому</i>	–		4	3,3	Среднее (10-11 классов)	37	30,8	81	65,9
<i>Постоянно работает</i>	89	74,2	26	21,1	Средне-техническое	26	21,7	5	4,1
					Высшее	57	47,5	23	18,7
<b>Всего</b>	<b>120</b>	<b>100%</b>	<b>123</b>	<b>100%</b>		<b>120</b>	<b>100%</b>	<b>123</b>	<b>100%</b>

Следует добавить, что практически все эти женщины сидят дома и даже не хотят работать, несмотря на тяжелое материальное положение семьи, о чем сказано ниже. Из числа 23 женщин с высшим образованием 4 не работают, так как муж не разрешает. У 8 мужчин с высшим образованием жены были домохозяйками. Из 18 семей,

где муж и жена с высшим образованием, оба родителя работают только в 12 семьях. Подобная картина стала наблюдаться в послевоенный период, поскольку изменился менталитет населения. Гендерное неравенство, которое наблюдается в воспитании разнополых детей с самого рождения, сказывается и на их взрослой жизни. Муж,

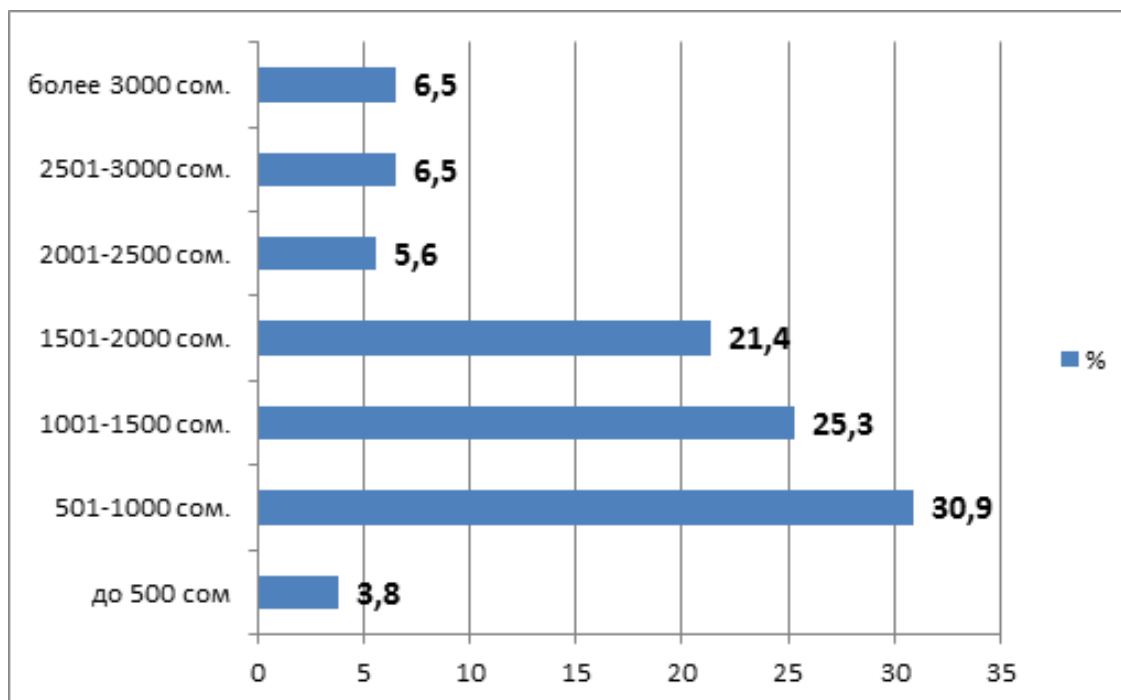
согласно своей роли, должен обеспечить семью всеми потребностями, необходимыми для жизни, а женщина выполнять роль жены и матери. Зная это, многие родители, при выборе кому дать образование – девочке или мальчику, выбирают мальчика, чтобы во взрослой жизни он смог обеспечивать семью. Это подтвердилось и при изучении данного вопроса.

Многие авторы, изучая потребности человека, утверждают, что, конечно, значительное место отводится денежным доходам, но в то же время нельзя не учитывать неденежные доходы, которые косвенно помогут провести оценку потребности. Например, важным источником неденежного дохода является условно начисленная рента при наличии у того или иного лица недвижимой собственности. По принятой в Евросоюзе оценке, данный подход позволит сократить число бедных на 1-2%. С другой стороны, оценка имущества (наличие движимого и недвижимого имущества, жилищные условия и др.), помогает дать оценку благополучия семьи.

Все 123 семьи имеют место проживания, 61 (49,6%) живут в квартирах многоэтажных домов, 40 (32,5%) – в собственных домах, 22 (17,9%)

семьи арендуют квартиры. Все респонденты имеют прописку по месту жительства, кроме семей, арендующих помещение. Дополнительно исследование установило, что дома являются собственностью главы семьи, а что касается квартир, большинство на вопрос «Квартира Ваша собственность?» ответить не смогли. Централизованная вода имеется у всех, даже в домах, куда вода была проведена собственными силами. Туалеты внутри квартир имелись у большинства, исключение составили 9 семей (7,3%), проживающих в домах. Пол в квартирах у большинства покрыт линолеумом, у других – деревянный. В собственных домах пол только деревянный.

Доходы семьи представлены на рисунке, откуда видно, что у большинства семей (26,8%) доход составляет от 501 до 1000 сомон, затем идут семьи с доходом 1001-1500 сомон – 21,9%, ниже стоят семьи с доходом 1501-2000 сомон – 18,7% (рис.). 16 (13%) семей назвать свой денежный доход отказались, они были исключены из вариационного ряда. Однако, по данным наших опросов судить о денежном достатке семьи нельзя, вследствие чего рассчитан денежный достаток на одного члена семьи в день.



Распределение денежного дохода в таджикских семьях (n=107 семей)

Расчет показал отсутствие должного денежного достатка у большинства (90,6%) семей, их доходы колебались в пределах 1-2 долларов США (при курсе 1 доллар США=7,8 сомон). Только у 10 семей (9,4%) доход составил 2-4 доллара США. 16 семей отказались назвать свои денежные доходы, в этом случае оценка уровня жизни семьи проводилась по имеющемуся движимому и не-

движимому имуществу (наличие собственности, обстановка в квартире, наличие холодильника, электроплиты или другой аппаратуры и др.). Выяснилось, что отказывающиеся назвать свои денежные доходы имели дополнительные заработки, работали в частном секторе страны, оценка их недвижимости позволила отметить, что семьи живут в достатке.

Таблица 4  
 Распределение денежного дохода семьи на одного члена на один день (n=107 семьи)

Денежный доход	Абс. число	%
До 5 сомон	29	21,7
6-10 сомон	44	41,1
11-15 сомон	24	22,4
16-20 сомон	2	1,9
21-25 сомон	5	4,7
26-30 сомон	–	
Более 30 сомон	3	2,8
<b>Всего</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

Показатели таблицы 4 говорят о том, что удельный вес денежного дохода семьи на одного человека в день от 6 до 10 сомон – наибольший (41,2%), на втором месте стоит сумма 11-15 сомон (22,4% случаев). По данным следующих строк таблицы видно, чем выше денежный доход, приходящийся на одного человека, тем меньше количество семей, имеющих его. Следует обратить внимание, что 21,7% членов семьи в день имели доход до 5 сомон. Эти семьи имеют наибольшее количество факторов риска, влияющих на здоровье.

Что касается вопросов здоровья, то при оценке ответов респондентов установлено, что супруги 59 (47,9%) семей не обращались за медицинской помощью, а супруги 64 (52,0%) семей периодически посещали своего врача в центре здоровья. Анализируя результаты опроса 64 семей, обратившихся за медицинской помощью, отмечено, что в 25 (39%) семьях оба родителя посещали центр здоровья по каким-либо заболеваниям. Чаще всего обращались к врачам женщины (55-85,9%), по сравнению с мужчинами (37-57,8%). Среди респондентов 24 мужчины знали о своих хронических заболеваниях, среди женщин знали 46. Среди заболеваний у мужчин частым ответом был «гастрит», у женщин – «анемия, пиелонефрит». О наличии сахарного диабета знали 2 человека, артериальная гипертензия диагностирована у 2 мужчин в возрасте 45, 50 лет.

#### Заключение

Анализ опроса таджикских семей установил, что из-за гендерного неравенства, которое обусловлено национальными традициями, жены, несмотря на имеющееся среднее образование, по различным причинам предпочитают быть домохозяйками и не участвовать в построении благополучия семьи. Несмотря на экономическую стабильность в стране, как указывают официальные документы, благополучия семей со стороны социально-экономических аспектов не наблюдается: денежный доход на одного члена

семьи в день до 5 сомон отмечен у 21,7% семей, у 41,2% колебался от 6 до 10 сомон, то есть меньше официальных данных. Все респонденты были трудоспособного возраста, однако, только в 24 (19,5%) семьях постоянно работают оба супруга. Влияние социально-экономических факторов на здоровье членов семьи привело к тому, что большинство супругов (52,0%) обращаются за медицинской помощью, при этом 31,1% мужчин и женщин знают о своих хронических болезнях.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов*

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Косымова М.К. Медико-социальные аспекты демографического развития Республики Таджикистан. Душанбе, 2005. 10 с.
2. Основы сестринского дела в семейной медицине: учебное пособие. /под ред. Т.Ч. Чубакова, Э.Б. Фрике, В. Халики. Бишкек, 2005. 49 с.
3. Статистика Таджикистана. Интернет, www.Stat.tj
4. Таджикистан: медико-демографические исследования-2012. Душанбе: Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, 2013. 375 с.

#### REFERENCES

1. Kosymova M. K. *Mediko-sotsialnye aspekty demograficheskogo razvitiya Respubliki Tadjikistan* [Medical and social aspects of the demographic development of Republic of Tajikistan]. Dushanbe, 2005. 10 p.
2. Chubakov T. Ch., Frik E. B., Khalik V. *Osnovy sestriinskogo dela v semeynoy meditsine: uchebnoe posobie* [Fundamentals of nursing in family medicine: a training manual]. Bishkek, 2005. 49 p.
3. *Statistika Tadjikistana* [Statistics of Tajikistan]. Available at: www.Stat.tj
4. *Tadjikistan: mediko-demograficheskie issledovanie-2012* [Tajikistan: Demographic and Health Survey - 2012]. Dushanbe, Agentstvo po statistike pri Prezidente Respubliki Tadjikistan, 2013. 375 p.

#### Сведения об авторах:

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

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

**Шарипова Шарифа Ташириповна** – ассистент кафедры сестринского дела в семейной медицине ГОУ ИПОвСЗ РТ

**Муллов Алиберды Муллоевич** – ассистент кафедры общественного здравоохранения, экономики, управления (менеджмента) здравоохранением с курсом медицинской статистики ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

#### Контактная информация:

**Самадова Гульсара Ахадовна** – тел.: +992919332321; E-mail.samadova1953@mail.ru

*Сироджов К.Х., Холов Д.И., Рахимов А.Т., Сафаров А.*

## ОПТИМИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ КОНЕЧНОСТЕЙ С УЧЕТОМ НАРУШЕНИЙ НЕКОТОРЫХ АСПЕКТОВ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА

Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ ИПО в СЗ РТ

*Sirodzhov K.Kh., Kholov D.I., Rakhimov A.T., Safarov A.*

## OPTIMIZED APPROACH FOR THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ASSOCIATED FRACTURES OF EXTREMITIES WITH ABNORMALITY OF SOME ASPECTS OF LIPID SPECTRUM

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

---

**Цель исследования.** Оптимизация диагностики, консервативного и хирургического лечения проявлений черепно-мозговой травмы и переломов конечностей у больных с сочетанной травмой и профилактика их осложнений.

**Материал и методы.** Проанализированы результаты диагностики и лечения 183 пациентов с сочетанной черепно-мозговой травмой, которых распределили на 2 группы: основную и контрольную. Для оценки тяжести травм была использована шкала AIS, тяжесть состояния определялась по Е.К. Гуманенко, а тяжесть черепно-мозговой травмы - по шкале комы Глазго. Использовалась лучевая диагностика, клиническо- лабораторные исследования, особо изучались липиды крови.

**Результаты.** Благодаря исследованиям липидного спектра плазмы венозной крови у больных и использованию модифицированной изоволемической гемодилюции удалось оптимизировать лечение ЧМТ и переломов конечностей у больных основной группы. Достигнуто снижение количества осложнений и неудовлетворительных результатов лечения данной патологии.

**Заключение.** Модифицированная изоволемическая гемодилюция позволяет вывести больного из состояния шока, снижает гемическую гипоксию и препятствует интерстициальному отёку, минимизирует объем кровопотери и степень эндогенной интоксикации, снижает риск развития синдрома жировой эмболии и других витальных нарушений.

**Ключевые слова:** оптимизация, травма, шок, отёк, повреждение, осложнения, исход, остеосинтез

**Aim.** Optimization of diagnostics, conservative and surgical treatment of the manifestations of traumatic brain injury and fractures of extremities in patients with associated injury and prevention of complications.

**Materials and methods.** Analyze the results of diagnostics and treatment of 183 patients with concomitant brain injury, which were divided into 2 groups: the main and control. For valuation of injury severity was used AIS scale, severity of injury was determined by E.K. Gumanenko and severity of traumatic brain injury – by Glasgow coma scale. Was used X-ray diagnostics, clinical laboratory tests, with special attention paid to the study of blood lipids.

**Results.** Due to research of lipid spectrum of venous blood plasma of patients and the use of modified hemodilution isovolumic managed to optimize the treatment of head trauma and limb fractures in the main group patients. Achieved the reduction of the number of complications and unsatisfactory results in treatment of this pathology.

**Conclusion.** Modified isovolumichemo dilution allows you to view the patient's state of shock, hypoxia reduces hematic and prevents interstitial edema, minimizes blood loss and the degree of endogenous intoxication, reduces the risk of fat embolism syndrome and other vital disorders.

**Key words:** optimization, trauma, shock, edema, damage, complications, outcomes, osteosynthesis

---



**Актуальность**

Для современного травматизма свойственен высокий процент летальности и посттравматических осложнений [1-3]. Характерной особенностью травматизма является присутствие высокоэнергетического воздействия травмирующего агента, о чём свидетельствует большой удельный вес сочетанных повреждений у больных, которые составляют 17,5-28% от общего числа повреждений [4].

В структуре травматизма сочетанная черепно-мозговая травма (СЧМТ) встречается у 10% пострадавших. Наличие сопутствующих черепно-мозговой травме внечерепных повреждений не только значительно утяжеляет состояние больного, но и создаёт дополнительные трудности в диагностике, консервативном лечении и хирургической тактике. Это обусловлено возникновением синдромов взаимного отягощения и тяжелых патологических реакций ответ на сочетанную травму [4, 5].

Повреждения костей опорно-двигательного аппарата при СЧМТ составляют 10,1-49,8% [1-4]. Травма кости не только ограничивается нарушением метаболизма в месте перелома, но и способствует посттравматической активации симпатoadренальной и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой систем, что приводит к ускоренному липолизу в жировой ткани. Его также стимулируют, активируя тканевую липазу, высокие концентрации в плазме крови адренкортикотропного гормона, соматотропного гормона, катехоламинов, глюкагона, тироксина, глюкокортикоидов, торможение секреции инсулина [6].

О трудностях лечения переломов при СЧМТ свидетельствует высокий процент неудовлетворительных результатов и осложнений [5, 7]. Поэтому оптимизация лечения переломов при СЧМТ является актуальной задачей хирургии повреждений.

**Материал и методы исследования**

Работа основана на анализе наблюдения и лечения 183 больных с СЧМТ в 2002-2015 гг. Из них мужчин было 136 (74,3%), женщин – 47 (25,7%). Преобладали лица мужского пола трудоспособного возраста, что свидетельствует о социальной и экономической значимости обсуждаемой проблемы.

Больных распределили на 2 группы: основную и контрольную. В основной группе был 101 (55,2%) больной, у которых лечение ЧМТ и переломов конечностей оптимизировано с учетом тяжести травмы, состояния больного и тяжести черепно-мозговой травмы, а также показателей липидного спектра плазмы крови.

В контрольную группу были включены 82 (44,8%) больных, у которых лечение больных проведено традиционно.

В структуре травматизма доминировали: дорожно-транспортная травма (ДТП) – 51 (52,6%) пациент, уличные травмы (УТ) – у 26 (26,8%) и бытовой травматизм (БТ) – у 20 (20,6%) человек. У подавляющей части пострадавших (85,6%) имела место сочетанная ЧМТ.

Тяжесть травмы и состояние больных, степень шока и другие витальные нарушения оценены с помощью существующих объективных критериев оценок. Для оценки тяжести травм была использована шкала AIS (Abbreviated Injury Scale – сокращённая оценка травмы, 1971 г.), тяжесть состояния определяли по Е.К. Гуманенко (1992) и тяжесть черепно-мозговой травмы (ЧМТ) – по шкале комы Глазго (1974).

В программу обследования больных, кроме клинического осмотра, входила лучевая диагностика, клинические лабораторные анализы, среди которых было изучение концентрации общих липидов (по реакции с сульфифосфованилиновым реактивом), каталазы (по реакции с молибдатом аммония (Бурлакова Е.Б. и др., 1982). Концентрацию холестерина липопротеидов низкой плотности рассчитывали по формуле Фридляльда:

$$\text{ХсЛПНП} = \text{ОХс} - (\text{ТГ}/2,2 + \text{ХсЛПВП})$$

Степень жировой глобулемии определяли по Корнилову (2000).

Отдаленные результаты лечения повреждений опорно-двигательного аппарата при СЧМТ оценены по системе Маттис (2008).

Статистическая обработка материала проводилась с использованием программного обеспечения Microsoft Excel-2003. Достоверность полученных результатов оценивали для  $p < 0,05$ . Средние величины представлены в виде  $M \pm m$ , различия между средними значениями считались достоверными при значении  $p < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение**

В основной группе опасная градация для жизни по шкале AIS установлена у 17 (16,8%) пациентов, тяжёлая – у 53 (52,5%), критическая – у 31 (30,7%) больного. В контрольной группе опасная градация по шкале AIS наблюдалась у 25 (30,5%), тяжёлая – у 42 (51,2%), критическая – у 15 (28%) больных. Тяжесть состояния больных основной группы по шкале «ВПХ-СП» определялась, как средняя (14-21 баллов, вероятность развития осложнений до 25%), в 27,8% наблюдений, тяжёлая (22-32 баллов, вероятность летального исхода до 30%, осложнений – 50%) – в 46,5% и крайне тяжёлая – (33-46 баллов, вероятность летального исхода до 85%, осложнений – 90%) – в 25,7% случаев. В контрольной группе эти показатели соответственно составляли 25,6%, 52,4% и 22%. У больных основной группы уровень сознания по шкале комы Глазго составил 15 баллов у 67 (66,3%), от 14 до 12 баллов – у 21 (20,8%) чело-

века, ниже 12 баллов – у 13 (12,9%) пострадавших. В сравниваемой группе показатели уровня сознания составляли 62,2%, 18,3% и 19,5% соответственно.

С учётом тяжести повреждений, тяжести состояния и уровня сознания, а также по результатам липидного спектра больных основной группы разделили на 3 подгруппы. В 1 подгруппу входили больные, у которых тяжесть состояния составила до 20 баллов, тяжесть травмы – опасная градация, уровень сознания – 15 баллов и жировая глобулемия I степени. Во 2 подгруппе находились пострадавшие с тяжестью состояния до 30 баллов, тяжестью травмы – тяжёлая градация, уровень сознания – от 14 до 12 баллов и жировой

глобулемией II степени. В 3 подгруппе: тяжесть состояния до 45 баллов, тяжесть травмы – критическая градация, уровень сознания <12 баллов и жировая глобулемия III степени.

Липидный спектр плазмы венозной крови изучен у 43 больных основной группы: для исследования брали венозную кровь из кубитальной вены на 1-е сутки, 3-5-е дни стационарного лечения и 7-10-е сутки посттравматического периода. Критерием для исследования липидного спектра явились тяжесть травм и состояния больного, локализация и характер перелома крупных сегментов, объем кровопотери и другие витальные нарушения. Показатели липидного спектра представлены в таблице.

Результаты исследования липидного спектра в остром периоде

Показатели	Норма	1-е сутки	3-5-е сутки	7-10-е сутки
Общие липиды, г/л	5,0±0,8	3,4±0,08	3,57±0,07***	5,16±0,14***
Холестерин, ммоль/л	4,4±0,65	4,72±0,4	4,65±0,13	4,13±0,08***
Триглицериды, ммоль/л	1,21±0,26	1,38±0,03	1,4±0,05	1,42±0,03
ЛПНП, ммоль/л	2,6±0,4	3,52±0,07	3,47±0,03	3,15±0,07***
ЛПВП, ммоль/л	1,29±0,3	1,3±0,02	1,2±0,04**	1,13±0,02
Коэффициент атерогенности	2,4±0,41	2,63±0,04	2,87±0,07***	2,81±0,06
Жировые глобулы, D>6мкм, к-во п/зрения	–	+	++	–
		3,5±0,21	5,4±0,42***	2,81±0,13***

Примечание: \* - *p* достоверно изменено по отношению к предыдущим анализам (\*-*p*<0,01, \*\*- *p*< 0,05, \*\*\* - *p*< 0,001).

Из таблицы следует, что удельный вес общих липидов в первые сутки снижен на 28% по отношению к норме, на 7-10-е сутки увеличивается на 12,3% – по отношению к норме и на 57,1% – по сравнению с предыдущими днями. Концентрация триглицеридов в первые часы с момента травмы, наоборот, повышается на 13,9%, на 3-5-е сутки – на 15,8% и на 7-10-е сутки после остеосинтеза – на 17,1%, по сравнению с нормой. Если липопротеиды низкой плотности на первые сутки повышаются на 7,3%, по сравнению с нормой, то на 7-10-е сутки их содержание уменьшается на 10%, по отношению к норме. У больных в первые сутки в плазме венозной крови отмечены жировые глобулы размером >6 мкм и количеством до 5 в поле зрения, на 3-5-е сутки эти показатели увеличиваются на 25,5%, по сравнению с первым днем, а на 7-10-е сутки после остеосинтеза уменьшаются на 44,9%.

Таким образом, изменения некоторых показателей липидного спектра крови у больных в остром периоде свидетельствуют о глубоких метаболических нарушениях, которые происходит в организме больного в ответ на механическую

травму. Регрессу указанных показателей липидного спектра на 5-7-10-е сутки способствовал оптимизированный подход к лечению больных с учетом указанных закономерностей, которые свойственны сочетанной травме.

Выбору тактики лечения повреждений органов и систем предшествовало проведение соответствующей инфузионной терапии, направленной на восполнение объема циркулирующей крови, восстановление перфузии тканей, микроциркуляции, реологических свойств крови, устранение гемической гипоксии, профилактики интерстициального отека, синдрома жировой эмболии, тромбоземболии, стабилизации гемодинамических показателей, обезболивания и иммобилизации поврежденных сегментов.

Состав инфузионной терапии у больных основной группы модифицирован с учетом тяжести травм, объемом кровопотери, состояния больного, уровня сознания, тяжести доминирующего повреждения и липидного спектра плазмы венозной крови, цель которой направлена на выведение больного из шока, профилактику жизнеугрожающих осложнений острого периода. В состав

инфузионной терапии входили: гидроксиэтилкрахмал (ГЭК) 6% 400,0 мл, реамберин 1,5% – 400,0 мл, тивортин 4,2% – 100,0 мл, липофундин 10% – 500,0 мл, р-р Рингера – 400,0 мл, глюкоза 5% – 400,0 мл + инсулин 6 тыс. ЕД. Модифицированная изоволемическая гемодилюция была использована в стадии шока, в пред- и послеоперационном периодах.

При выборе тактики хирургического лечения компонентов сочетанной травмы мы руководствовались принципами ортопедического damage control (PapeH.Ch., 2002), которые заключаются в последовательности оперативных вмешательств с учетом доминирующего повреждения.

У больных основной группы в первые сутки с целью транспортировки больного и иммобилизации поврежденного сегмента конечности произведен остеосинтез аппаратами внешней фиксации в 63 (62,4%) случаях. Из них в 13 (12,9%) случаях остеосинтез проведен исключительно с целью мобилизации больного и качественного лечения повреждений жизнеугрожающих органов. У 29 (28,7%) больных остеосинтез проведен как противошоковое мероприятие без предварительной репозиции области переломов.

При доминирующих повреждениях органов брюшной полости в 7 (6,9%) случаях в экстренном порядке произведена органосохраняющая лапаротомия. В 3 (3%) случаях сочетанной травмы груди и разрыва лёгкого произведено дренирование плевральной полости, выявлен гемопневмоторакс. Экстренная декомпрессия черепа и головного мозга произведена в 2 (2%) случаях при перидуральных гематомах. У 5 (4,9%) больных с нестабильными переломами костей таза в первые сутки потребовалось наложение аппарата внешней фиксации. Пострадавшим с множественными травмами конечностей и сочетанием с переломами костей таза требовалось наложение двух и более стержневых аппаратов.

Для коррекции оставшихся деформаций после выхода больных из критического состояния и стабилизации жизненных органов производилась коррекция, закрытая репозиция отломков и перемонтаж стержневого аппарата в 13 (12,9%) случаях с переломами костей голени. Открытая репозиция перелома костей голени и накостный остеосинтез после первичного заживления ран осуществлены в 10 (9,9%) случаях, интрамедуллярный блокирующий остеосинтез – у 12 (11,9%) больных. Остеосинтез крупных сегментов конечности произведен при нормализации липидного спектра крови на 7-10-е сутки. Интрамедуллярный остеосинтез бедра произведен у 17 (16,8%) больных, накостный остеосинтез пластиной – у 6 (5,9%) и перемонтаж стержневого аппарата – в 5 (4,9%) случаях. При переломе плечевой кости

в отсроченном порядке остеосинтез пластиной произведен у 10 (9,9%) больных, аппаратами внешней фиксации – у 5 (4,9%), консервативное лечение в гипсе проведено в 4 (4%) случаях.

Тактика лечения переломов конечностей в контрольной группе в основном заключалась в применении методов консервативного лечения. В первые трое суток с момента получения травмы первичная хирургическая обработка раны при открытых переломах и внеочаговый остеосинтез стержневым аппаратом был проведен в 6 (7,3%) случаях, компрессионно-дистракционный остеосинтез аппаратами Илизарова – у 3 (3,7%), спицами – у 5 (6,1%), первичная хирургическая обработка ран мягких тканей – у 7 (8,5%) больных. В плановом порядке накостный остеосинтез пластинками произведен в 15 (18,3%) случаях, интрамедуллярный остеосинтез – в 7 (8,5%), компрессионно-дистракционный остеосинтез аппаратами Илизарова – в 4 (4,9%) пациентов, лечение больных скелетным вытяжением проведено 19 (23,2%) больным.

Одним из критериев исхода лечения больных с политравмой является большое количество осложнений, наблюдаемых в остром периоде травматической болезни. Органные дисфункции в первые сутки отмечены соответственно у 3,0% и 4,9% больных, которые в 0,9% и 2,4% случаев стали причиной летальных исходов. Венозная недостаточность конечности была соответственно у 2,0% и 3,7% больных, компартмент-синдром отмечен в 0,9% и 2,4% случаев. Функциональная задержка мочи зафиксирована соответственно у 4 (3,9%) и 4 (4,9%) больных, нагноение послеоперационных ран наблюдалось в 3,0% и 6,1% случаев, гипостатическая пневмония развилась в 2,0% и 1,2%. Синдром жировой эмболии отмечен у 1,2% больных контрольной группы.

В отдаленном периоде достигнуты следующие результаты лечения: хорошие – соответственно у 45 (44,5%) и 32 (39%) больных, удовлетворительные – у 51 (50,5%) и 37 (45,1%), неудовлетворительные – у 5 (5%) и 13 (15,9%) пациентов.

#### **Заключение**

Оптимизированный подход с учётом тяжести травм, состояния больного, уровня сознания и оценкой нарушений некоторых аспектов липидного спектра крови у больных с СЧМТ способствует проведению адекватной профилактики жизнеопасных осложнений острого периода, коррекции проявлений ЧМТ, а также качественному остеосинтезу конечностей. Модифицированная изоволемическая гемодилюция позволяет вывести больного из состояния шока, минимизировать объём кровопотери, улучшить кислородтранспортную функцию крови, снижает гемическую гипоксию и устраняет интерстициальный отёк, эндогенную интоксикацию, понижает риск

развития синдрома жировой эмболии и других витальных нарушений.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов*

ЛИТЕРАТУРА (пп. 5-7 см. в REFERENCES)

1. Блаженко А.Н., Дубров В.Э., Афаунов А.А. и др. Тактика лечения пострадавших с открытыми и закрытыми множественными переломами длинных костей нижних конечностей // Кубанский научный медицинский вестник. 2010. № 7. С. 21-27.

2. Мороз В.В., Молчанова Л.В., Щербаклова Л.Н. и др. Показатели липидного обмена у больных в критических состояниях //Анестез. и реаним. 2002.№6.С.4-6.

3. Тюляев Н.В., Воронцова Т.Н. Актуальность внеочаговой фиксации переломов у пострадавших в чрезвычайных ситуациях //Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2011. № 3. С. 27-29.

4. Яндиев С.И. Закрытый интрамедуллярный остеосинтез диафизарных переломов бедренной кости у детей с политравмой // Медицина катастроф. 2010. № 4. С. 25-29.

REFERENCES

1. Blazhenko A. N., Dubrov V. E., Afaunov A. A., Taktika lecheniya postradavshikh s otkrytymi i zakrytymi mnozhestvennymi perelomami dlinnykh kostey nizhnikh konechnostey [Tactics of treatment of patients with multiple open and closed fractures of the lower limbs long bones]. *Kubanskij nauchnyy meditsinskiy vestnik – Kuban scientific medical herald*, 2010, No. 7, pp. 21-27.

2. Moroz V. V., Molchanova L. V., Shcherbakova L. N., Pokazateli lipidnogo obmena u bolnykh v kriticheskikh sostoyaniyakh [Indicators of lipid metabolism in patients in critical states]. *Anesteziologiya i reanimotologiya – Anesthesiology and reanimatology*, 2002, No. 6, pp. 4-6.

3. Tyulyaev N. V., Vorontsova T. N. Aktualnost vneochagovoy fiksatsii perelomov u postradavshikh v chrezvychaynykh

situatsiyakh [Actuality of extrafocal fixation of fractures in victims in emergency situations]. *Mediko-biologicheskie i sotsialno-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychaynykh situatsiyakh – Medico-biological and socio-psychological problems of security in emergency situations*, 2011, No. 3, pp. 27-29.

4. Yandiev S. I. Zakrytyy intramedullyarnyy osteosintez diafizarnykh perelomov bedrennoy kosti u detey s politravмой [Closed intramedullary osteosynthesis of diaphyseal fractures of the femur in children with polytrauma]. *Meditsina katastrof – Disaster medicine*, 2010, No. , pp. 25-29.

5. Lier H., Krep H., Schochl H. Coagulation management in the treatment of multiple trauma. *Anaesthetist*, 2009, Vol. 58. (10), pp. 1010-1026.

6. Lovald S., Mercer D., Hanson J. et al. Hardware removal after fracture fixation procedures in the femur. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 2012, Vol. 72, No. 1, pp. 282-7.

7. Pape H. C. Effects of changing strategies of fracture fixation on immunologic changes and systemic complications after multiple trauma: damage control orthopedic surgery. *Journal of Orthopaedic Research*, 2008, Vol. 26, No. 11, pp. 1478-84.

*Сведения об авторах:*

**Сироджов Кутбуди Хасанович** – заведующий кафедрой травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н., доцент

**Холов Далер Имомидинович** – ассистент кафедры травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ

**Рахимов Аскар Турсунович** – соискатель кафедры травматологии и ортопедии ТИППМК

**Сафаров Амирхон** – ординатор отделения травматологии ГКБ №3

*Контактная информация:*

**Сироджов Кутбуди Хасанович** – 734026, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. И. Сомони, 59; e-mail: [sirodzhovk93529s@mail.ru](mailto:sirodzhovk93529s@mail.ru); тел.: +992935290963

© Коллектив авторов, 2016

УКД:616-036.2:616:071-08:616-005.4:616.161-00

*Хайридинов М.Т., Сафаров М.И., Хайридинов Д.М., Курбанова Х.А.*

## КОРРЕКЦИЯ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТОСТИ У БОЛЬНЫХ ИНСУЛИНОНЕЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С ПОЛНЫМ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Кафедра сестринского дела в терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ

*Khayridinov M.T., Safarov M.I., Khayridinov D.M., Kurbanova Kh.A.*

## CORRECTION OF INSULIN RESISTANCE IN PATIENTS WITH INSULIN-INDEPENDENT DIABETES MELLITUS WITH FULL METABOLIC SYNDROME

Department of sisterly business in therapy of State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan"

**Цель исследования.** Изучить возможности коррекции инсулинорезистентности при сочетанной гипотензивной и гиполипидемической терапии у больных инсулинонезависимым сахарным диабетом с полным метаболическим синдромом.

**Материал и методы.** В исследование включено 60 больных (24 мужчины и 36 женщин) в возрасте от 40 до 69 лет (средний возраст  $53,02 \pm 0,7$ ), у которых был выявлен метаболический синдром в сочетании с инсулинонезависимым сахарным диабетом. Проведено открытое исследование влияния сочетанной терапии эналаприлом 10 мг/дл и симвастином 10 мг/сутки в течение 8 недель на проявления ИР при метаболическом синдроме.

**Результаты.** В группе больных, получавших сочетанную гипотензивную и гиполипидемическую терапию, в течение 10 недель отмечалось снижение уровней САД на 13,2%, ДАД на 11,4%, ОХС на 16,2%. Двухнедельный перерыв в лечении симвастином сопровождался повышением уровня общего холестерина сыворотки до уровней, не отличимых от исходных. Лечение на этом фоне малыми дозами симвастина привело к снижению уровня общего холестерина сыворотки на 14,6%, по сравнению с исходными значениями. Эти результаты позволяют оценить эффект применения симвастина в дозе 5 мг/сутки при ГЛП у больных инсулинонезависимым сахарным диабетом, как значимые для лечения.

**Заключение.** Полученные результаты позволяют считать целесообразным комплексный подход к медикаментозной коррекции больных инсулинонезависимым сахарным диабетом с кластером метаболических факторов риска не только для воздействия на отдельные звенья единой цепи метаболических нарушений, но и для снижения риска коронарных осложнений.

**Ключевые слова:** *инсулинорезистентность, инсулинонезависимый сахарный диабет, метаболический синдром, факторы риска*

**Aim.** Explore the possibilities of correction of insulin resistance during concomitant antihypertensive and lipid-lowering therapy in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus with full metabolic syndrome.

**Materials and methods.** Study included 60 patients (24 men and 36 women) aged 40 to 69 years (mean age  $53,02 \pm 0,7$ ), who was identified metabolic syndrome in combination with insulin dependent diabetes mellitus. It was conducted an open study of the effect of combined treatment with enalapril 10 mg / dL and simvastin 10 mg / day for 8 weeks on the manifestation of IR during metabolic syndrome.

**Results.** In the group of patients receiving concomitant antihypertensive and lipid-lowering therapy, for 10 weeks, showed a reduction in systolic levels by 13,2%, DBP by 11,4%, OXC by 16,2%. The two-week break in treatment with simvastatin was associated with increased total serum cholesterol to levels indistinguishable from the original. Treatment of this background in small doses of simvastatin resulted in lower total serum cholesterol level by 14,6% compared to baseline values. These results allow us to evaluate the effect of simvastatin 5 mg / day in patients with GLP insulin dependent diabetes mellitus, treatment as significant.

**Conclusion.** These results allow to consider appropriate comprehensive approach to drug correction of patients with insulin dependent diabetes mellitus with a cluster of metabolic risk factors not only for the impact on the individual links in a single chain of metabolic disorders, but also to reduce the risk of coronary events.

**Key words:** *insulin resistance, non-insulin dependent diabetes mellitus, metabolic syndrome, risk factors*

### Актуальность

В последнем веке 2-го тысячелетия наиболее массовыми видами патологии стали атеросклероз, гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2-го типа, ожирение. Самой частой причиной инвалидизации и смертности людей зрелого творческого возраста в настоящее время являются осложнения атеросклероза и гипертонической болезни (ИБС, инфаркт миокарда, ишемический инсульт, атеросклероз сосудов нижних конечностей), в том числе у больных инсулинонезависимым сахарным диабетом (ИНСД). При этом имеется тенденция к поражению этими заболеваниями более молодых людей. XX век, не говоря о социальных потрясениях, стал веком бурного технического прогресса и цивилизации, все отрицательные воздействия которых на человека хорошо известны [2, 3]. Перечисленные заболевания вошли в группу так называемых «болезней цивилизации» и рассматриваются как клинические проявления метаболического синдрома.

Метаболический синдром является в настоящее время одной из приоритетных проблем современной медицины. Выделение метаболического синдрома (МС) имеет большое значение, поскольку это состояние лежит в основе сахарного диабета 2-го типа, эссенциальной гипертензии, основными причинами смерти во всем мире. Известно, что нарушения толерантности к глюкозе или ИНСД–сахарный диабет типа 2 часто сочетаются с артериальной гипертензией (АГ), ожирением и атерогенным липидным профилем плазмы крови [1, 3]. Reaven G.M. в 1988 году выделил инсулинорезистентность (ИР), как причинное, объединяющее звено таких сочетаний и назвал их «синдромом X». В этот синдром, получивший также название «метаболического синдрома», входят проявления тканевой ИР (базальная гиперинсулинемия, нарушение толерантности к глюкозе или ИНСД), дислипидемия, в основном, гипертриглицеридемия и гипоальфахолестеринемия и АГ. Позднее в этот кластер было включено и абдоминальное ожирение (АО) [4, 5].

Составной частью МС являются нарушения в системе свертывания/ антисвертывания крови и фибринолиза [3, 4].

Метаболический синдром играет важную роль в патогенезе как ИНСД, так и сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), обусловленных атеросклерозом. МС обладает высокой атерогенностью, т.к. каждый из его компонентов является фактором риска ишемической болезни сердца. У больных с АГ встречается как полный МС, так и сочетание двух-трех его компонентов. Но в случаях полного МС и сочетания АГ с АО и гиперлипидемией (ГЛП) суммарный риск ИБС высок [4, 5, 6]. Сочетание факторов риска обуславливает высокий риск ИБС, и поэтому

наличие кластера компонентов МС может быть ответственным за высокую атерогенность ИНСД. В связи с этим встает вопрос о целесообразности сочетанной коррекции АГ и ГЛП. При выборе медикаментозной терапии для такой коррекции предпочтение надо отдавать тем препаратам, которые не оказывают отрицательного влияния на показатели ИР. В широкомасштабных клинических исследованиях по изучению эффективности и безопасности применения гипотензивных препаратов пролонгированного действия показано, что ингибиторы АПФ оказывают либо положительный, либо нейтральный эффект на показатели углеводного и липидного обменов [5].

В исследовании 4S (1994) коррекция ГЛП у больных ИНСД, получавших симвастатин, в плацебо–контролируемом исследовании привела к тому, что наряду со значительным снижением уровня липопротеинов низкой плотности (ЛНП) и повышением уровня липопротеинов высокой плотности (ЛВП) снизилась смертность от ИБС и общая смертность больных ИНСД, даже в большей степени, чем в целом во всей группе [5].

В настоящее время препарата – панацеи, который положительно влиял бы на все его составляющие, нет, поэтому представляет интерес изучение сочетанной гипотензивной и гиполипидемической коррекции не только на АГ и ГЛП на фоне гипогликемической терапии (диета, и /или сахароснижающие препараты), при которой достигнута компенсация ИНСД, но и на проявления инсулинорезистентности.

### Материал и методы исследования

В исследование было включено 60 больных (24 мужчины и 36 женщин) в возрасте от 40 до 69 лет (средний возраст  $53,02 \pm 0,7$ ), у которых был выявлен метаболический синдром в сочетании с ИНСД.

Критериями включения в исследование были следующие: АГ диагностировали при ДАД  $\geq 90$  мм рт.ст. и/или САД  $\geq 140$  мм рт.ст. у лиц, не получавших гипотензивную терапию, либо при нормальных цифрах АД на фоне приема гипотензивных препаратов; ГЛП диагностирована при уровне в крови общего холестерина сыворотки (ОХС)  $\geq 190$  мг/дл и/или триглицеридов (ТГ)  $\geq 189$  мг/дл; АО диагностировали при избыточной массе тела (ИМТ) выше  $25 \text{ кг/м}^2$  и объема талии (ОТ) к объему бедер (ОБ)  $\geq 0,90$  для мужчин и ОТ/ОБ  $\geq 0,80$  для женщин или при ИМТ  $\geq 30 \text{ кг/м}^2$ ; критерием наличия ИНСД считали клинически диагностированный и документально подтвержденный ранее ИНСД, с анамнезом заболевания от 6 месяцев до 11 лет. Для характеристики ИР использован уровень глюкозы в сыворотке крови через 2 часа после пробного завтрака (ПЗ)  $\geq 140$  мг/дл [5, 6], который можно считать косвенным признаком, характеризующим состояние ИР. Про-

ведено открытое исследование влияния сочетанной терапии эналаприлом 10 мг и симвастатином 10 мг/сутки в течение 8 недель на проявления ИР при МС.

Статистическая обработка полученных данных проведена на компьютере с использованием пакета программ «Statistic 6a» (Stat Soft). Данные представлены в виде средних арифметических значений и стандартных отклонений ( $m \pm St$ ). Анализ отличий между двумя группами пациентов проводили с помощью непарного *t* критерия.

#### Результаты исследования

Сопряжены ли гипотензивные и гиполипидемические эффекты сочетанного лечения больных ИНСД с АГ и ГЛП ингибитором АПФ эналаприлом (10 мг/сутки) с изменениями в уровнях показателей ИР. В группе больных, получавших сочетанную гипотензивную и гиполипидемическую терапию в течение 10 недель, отмечалось снижение уровней САД на 13,2%, ДАД - на 11,4%, ОХС - на 16,2%. При суточном АД-мониторировании на фоне этого сочетанного лечения выявлено снижение уровней среднесуточного САД и ДАД, дневного САД и ДАД, ночного ДАД, индекса времени дневного САД и ДАД без значимого снижения в ночной период показателей среднего значения САД и индекса времени САД. Одновременная медикаментозная коррекция двух компонентов МС у больных ИНСД при сочетанной гипотензивной и гиполипидемической терапии привела к улучшению показателей ИР.

Полученные результаты свидетельствуют о снижении уровней глюкозы после ПЗ, повышении значения отношения глюкозы/инсулина натощак и через 2 часа после пробного завтрака (ПЗ), а также о снижении уровней глюкозы натощак. Практика применения статинов для лечения ГЛП, особенно в Республике Таджикистан, подчас наталкивается на невозможность длительного непрерывного применения обычных терапевтических доз этих препаратов по экономическим причинам. Встает вопрос о способности уменьшенных доз статинов снижать уровень гиперхолестеринемии, в том числе у больных ИНСД. В связи с этим было предпринято исследование гиполипидемической эффективности уменьшенной вдвое дозы симвастатина (5 мг/сутки) в течение 10 недель. Этот период следовал или сразу после завершения основного курса лечения симвастатином в дозе 10 мг/сутки или начинался после недельного перерыва гиполипидемического лечения. В результате 10-недельного приема симвастатина в уменьшенной дозе в этой подгруппе уровни ОХС несколько уменьшились по сравнению с достигнутыми, от исходных значений на 11,3% и 16,2% соответственно. Двухнедельный перерыв в лечении симвастатином сопровождался повышением уровней ОХС до уровней, не отличимых от

исходных. Лечение на этом фоне малыми дозами симвастатина привело к снижению уровней ОХС на 14,6%, по сравнению с исходными значениями. Эти результаты позволяют оценить эффект применения симвастатина в дозе 5 мг/сутки при ГЛП у больных ИНСД, как значимые для лечения, т.к. известно, что снижение уровня ОХС сыворотки крови на 1% приводит к снижению риска сердечно-сосудистых осложнений на 5-8%.

Полученные результаты свидетельствуют в пользу возможности применения гиполипидемических препаратов из группы статинов временно в дозе, вдвое меньшей обычно назначаемой, минимальной дозы. Это не позволит достигнуть максимального эффекта действия препарата, но поможет в определенной степени контролировать уровни ОХС, снижая риск развития ИБС у больных ИНСД.

В заключение была проанализирована динамика суммарного риска развития коронарных осложнений в группе больных ИНСД на фоне основного 10-недельного курса сочетанной терапии АГ и ГЛП. Суммарный коронарный риск после лечения снизился на 30,2%, по сравнению с исходным значением.

#### Заключение

Таким образом, вышеизложенные результаты, полученные при изучении влияния сочетанной гипотензивной и гиполипидемической терапии на показатели инсулинорезистентности, а также полученные данные по снижению суммарного риска у больных инсулинонезависимым сахарным диабетом, позволяют считать целесообразным комплексный подход к медикаментозной коррекции больных инсулинонезависимым сахарным диабетом с кластером метаболических компонентов не только для воздействия на отдельные звенья единой цепи метаболических нарушений, но и для снижения риска коронарных осложнений.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов*

#### ЛИТЕРАТУРА (пп. 5-6 см. в REFERENCES)

1. Аметов А.С. Дедов И.И. Эндокринология – вчера сегодня завтра // Русский медицинский журнал. 2005. Т. 13, № 6 (230). С. 288-294
2. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М. Кремнинская В.М. Лечение сахарного диабета и его осложнений (руководство для врачей). М: Медицина, 2005. С. 499-510
3. Бутрова С.А. Метаболический синдром: патогенез, клиника, диагностика подходы к лечению. // РМЖ. 2001. № 2 (9). С. 56-60.
4. Оганов Р.Г. Факторы риска и профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. Качество жизни // Медицина.- 2003; №2: С.10-5

REFERENCES

1. Ametov A. S. Dedov I. I. Endokrinologiya – vchera segodnya zavtra [Endocrinology - yesterday, today, tomorrow]. *Russkiy meditsinskiy zhurnal – Russian Medical Journal*, 2005, Vol. 13, No. 6 (230), pp. 288-294.
2. Balabolkin M. I., Klebanova E. M. Kreminskaya V. M. *Lechenie sakharnogo diabeta i ego oslozhneniy (rukovodstvo dlya vrachey)* [Treatment of diabetes and its complications (manual for physicians)]. Moscow, Meditsina Publ., 2005. 499-510 p.
3. Butrova S. A. Metabolicheskiy sindrom: patogenez, klinika, diagnostika podkhody k lecheniyu [Metabolic syndrome: pathogenesis, clinical treatment approaches]. *RMZh – Russian Medical Journal*, 2001, No. 2 (9), pp. 56-60.
4. Oganov R. G. Faktory riska i profilaktika serdechno-sosudistykh zabolevaniy [Risk factors and prevention of cardiovascular diseases. The quality of life]. *Kachestvo zhizni [Risk factors and prevention of cardiovascular diseases. The quality of life]. Meditsina – Medicine*, 2003, No. 2, pp. 10-5.
5. Duckworth W., Abraira C., Moritz T. et al. Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes. *New England Journal of Medicine*, 2009, Vol. 360, pp. 129-139.
6. Ismail-Beigi, Maghissi E.S. Glycemia management and Cardiovascular risk in type 2 diabetes: an evolving perspective. *Endocrine Practice*, 2008, Vol. 14(5), pp. 639-643.

**Сведения об авторах:**

**Хайридинов Мурод Темирович** – зав. кафедрой сестринского дела в терапии ГОУ ИПО в СЗ РТ, к.м.н., доцент  
**Сафаров Махмуд Иномович** – соискатель кафедры, кардиолог РКЦД

**Хайридинов Дилишод Муродович** – ассистент центра доказательной медицины ГОУ ИПО в СЗ РТ

**Қурбанова Хабиба Абдувалиевна** – врач-терапевт НМЦ РТ

**Контактная информация:**

**Хайридинов Дилишод Муродович** – тел.: +992918803132;  
E-mail: [EBM,TIPPMK@mail.ru](mailto:EBM,TIPPMK@mail.ru)



## ОБЗОР

© Коллектив авторов, 2016

УДК 616-002.828; 611.986; 616.596-002.828:(575.3)

*Салимов Б.М., Касымов О.И., Муниева С.Х.*

### ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ОНИХОМИКОЗАХ

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ ИПОСЗ РТ

*Salimov B.M., Kasymov O.I., Munieva S.Kh.*

### IMMUNOLOGICAL DISORDERS IN ONIHYOMIKOSIS

Department of Dermatology and STIs of State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan"

#### Аннотация

Дерматомикозами поражено 15-25% населения земного шара, из которых самыми частыми являются микозы стоп. Особого внимания заслуживает проблема микозов стоп с поражением ногтевых пластинок, что наблюдается у 20-55% больных микозами, особенно среди жителей городов, лиц пожилого и старческого возрастов, трудно поддается лечению, имеет склонность к рецидивированию. Кожа является первичной мишенью при различных иммунных реакциях и участвует в развитии как локальных, так и системных иммунных ответов

Дерматомикозы, особенно дерматомикозы с множественными поражениями ногтей, сопровождаются значительными нарушениями иммунной системы, затрагивающими основные звенья ее реализации – клеточную, гуморальную и фагоцитарную системы.

**Ключевые слова:** иммунологические изменения, онихомикоз

Ringworm affected 15-25% of the world population, of which the most frequent are the tinea pedis. Particular note is the problem of foot mycoses with the defeat of the nail plate, which occurs in 20-55% of patients with fungal infections, especially among urban residents, elderly people, hard treatable, has a tendency to recur. Skin is the primary target for various immune responses and participates in the development of both local and systemic immune responses.

Ringworm, especially with multiple nail ringworm lesions accompanied by significant impairment of the immune system, affecting the main elements of its implementation - cellular, humoral and phagocyte system.

**Key words:** immunological changes, onychomycosis

По данным Всемирной организации здравоохранения, свыше 1/3 населения Земли страдает грибковыми заболеваниями. Дерматомикозами поражено 15-25% населения земного шара, из которых самыми частыми являются микозы стоп [24,34]. Особого внимания заслуживает проблема микозов стоп с поражением ногтевых пластинок, которые наблюдаются у 20-55% больных микозами, особенно среди жителей городов, лиц пожилого и старческого возрастов, трудно поддаются лечению, склонны к рецидивированию [25, 40, 42].

В патогенезе микозов стоп с онихомикозом, наряду с метаболическими изменениями, факторами, снижающими физиологическую защитную функцию кожи, периферическими ангиопатиями, нарушениями сосудистого тонуса и трофики вегетативного генеза, различными деформациями стоп [7, 10, 35], важное значение придается иммунологическим нарушениям и изменению в фагоцитарной системе [1, 43].

В последние годы изменились представления о роли кожи в модуляции иммунного

ответа. Кожа является первичной мишенью при различных иммунных реакциях и участвует в развитии как локальных, так и системных иммунных ответов [6, 20, 44]. Многочисленными исследованиями у больных дерматомикозами выявлены существенные нарушения в системе иммунитета. Наиболее важная роль в элиминации микотической инфекции принадлежит клеточному иммунитету и фагоцитарной системе [8, 11, 39]. Однако, данные литературы о состоянии клеточного иммунитета у больных дерматомикозами недостаточно изучены, а в ряде случаев, противоречивы [12, 25]. Большинство авторов отмечают у больных с длительно протекающими микозами кожи и ногтей снижение общего количества Т-лимфоцитов, изменение их субпопуляций. В частности, происходит снижение Т-хелперов и повышение Т-супрессоров при экссудативных формах, а при тотальном ониомикозе - снижение и Т-хелперов, и Т-супрессоров [1, 19, 26]. Установлено также, что изменения в клеточном иммунитете коррелируют с распространенностью и давностью процесса [12, 17, 31]. О преимущественном участии в обезвреживании грибов макрофагов и Т-клеток свидетельствуют данные литературы, которые указывают на то, что первыми на пути грибковых агентов встречаются клетки Лангерганса, которые взаимодействуют с наиболее агрессивными мицелиарными формами [3, 14]. В очаге поражения кроме макрофагов присутствуют Т-хелперы, Т-супрессоры и Т-клетки памяти [3, 43].

Снижена активность Т-супрессоров у больных экссудативными формами микозов стоп. Авторы объясняют это истощением резервных возможностей Т-лимфоцитов, а также блокадой антителами антигенных детерминант гриба [4, 18]. При рубромикозе, особенно при множественных поражениях ногтей стоп и кистей, выявлено снижение на 35-40% активности естественных киллеров [26, 41]. О функциональной активности Т-лимфоцитов позволяет судить также их способность к продукции цитокинов. Активированные Т-лимфоциты синтезируют цитокины, которые усиливают процессы деструкции грибов нейтрофилами и макрофагами [2, 24, 39]. Однако, исследования цитокинов у больных микотической инфекцией малочисленны и также противоречивы. Тем не менее, большинство исследователей указывают, что у больных микозами стоп с ониомикозом отмечается сохранение продукции ИЛ-2, у-ИФН, ГМ-КСФ и снижение секреции ИЛ-1 [2, 22, 33, 39].

Что касается гуморального иммунитета, то данные разных исследователей также разноречивы. Так, некоторые авторы [24, 29, 30]

у больных ониомикозом отмечают снижение В-лимфоцитов, в то же время другие [5, 41] констатируют отсутствие изменений в их количестве. В сыворотке крови больных дерматомикозами и лабораторных животных обнаружены антитела, направленные против антигенных детерминант гриба [29, 44]. У больных дерматомикозами отмечается снижение IgA и, особенно, его секреторного компонента, увеличение IgG и IgM [7]. При экссудативно-везикулезном микозе были повышены IgM и резко снижены IgA, а при сквамозной форме отмечалось снижение IgG, при нормальном или повышенном уровне IgA [1, 30]. На увеличение содержания IgE, особенно при экссудативной форме микоза или при сочетании с аллергическими дерматозами, указывается в ряде работ [14, 28]. Кроме того, у больных дерматомикозами выявлено повышенное содержание ЦИК, коррелирующее с возрастом, длительностью заболевания, распространенностью и тяжестью кожного процесса [25, 38].

У больных с длительно протекающим дерматозом и ониомикозом выявлено значительное снижение титра комплемента, повышение уровня прекаликреина, что указывает на патологию калликреин-кининовой системы, участвующей в активации комплемента по альтернативному пути [1, 27, 30]. В свою очередь, это приводит к нарушению процессов опсонизации поглощенных нейтрофилами гиф гриба [7, 27]. У больных микозами стоп отмечается снижение уровня трансферрина и лактоферрина, коррелирующее с длительностью и тяжестью микоза [6, 18]. Как известно, эти белки сыворотки крови связывают свободное железо, избыток которого токсичен для лимфоцитов и макрофагов, а также повышает устойчивость дерматофитов к факторам внешней среды [7, 14].

Важная роль в противоинфекционной защите от грибковой инфекции принадлежит интерферону, система которого участвует в активации процессов фагоцитоза, макрофагов, моноцитов, Т- и В-клеток, естественных киллеров [9, 21]. У больных тотальным ониомикозом и генерализованными формами микозов кожи установлено снижение показателей содержания интерферона в сыворотке крови [14, 28]. Присоединение вирусов еще более угнетает интерфероновый статус, снижает содержание сывороточного интерферона, что в свою очередь приводит к снижению фагоцитарной активности нейтрофилов и утяжеляет течение основного заболевания [9, 10, 23].

Развитие грибковой инфекции сопровождается количественными и качественными нарушениями в системе фагоцитов. Обнаружено, что у больных рубромикозом и кандидозом,

особенно с экссудативными проявлениями, число розеткообразующих нейтрофилов (No-POK) резко увеличено, а количество спонтанных (Ns-POK) и комплементарных (Nc-POK) нейтрофилов значительно снижено [15, 16]. Выявлено также угнетение фунгицидной активности нейтрофилов, снижение фагоцитарного числа и фагоцитарного индекса у больных микозами стоп и ониомикозом [23, 28, 37]. Установлено также снижение фагоцитарного статуса нейтрофилов в НСТ-тесте в виде угнетения активности кислой фосфатазы – маркера азурофильных гранул, необходимых для переваривания грибов, и повышение потенциала щелочной фосфатазы – маркера специфических гранул, необходимых для инактивации дерматофитов, т.е. угнетение кислого гидролиза за счет повышения щелочного, что сопряжено с подавлением оксигенозависимого механизма фунгицидности [14, 23]. На снижение функциональной активности нейтрофилов указывают данные о снижении уровня лизосомальных катионных белков, что обусловлено их электростатическим взаимодействием с анионными компонентами микоагентов [25, 32]. Отмеченное угнетение фунгицидных свойств нейтрофилов частично компенсируется повышением моонуклеарной активности и высокой протективностью макрофагального звена иммунитета. Однако, это сочетается с функциональной недостаточностью лизосомального аппарата макрофагов, что является одним из ведущих факторов, препятствующих завершению фагоцитоза и элиминации возбудителя, персистенции возбудителя в тканях, к длительному, нередко торпидному характеру заболевания, трудно поддающемуся противогрибковой терапии [14, 24, 29].

Развитие ониомикоза сопровождается снижением содержания лизоцима в сыворотке крови. Низкий титр лизоцима отмечается и у больных экссудативным микозом с образованием микидов и экзем, следствием чего является снижение бактерицидности кожи [15, 16].

У больных дерматомикозами выявлено снижение протеинов острой фазы воспаления, в частности концентрации С-реактивного белка, повышение концентрации гликозамингликанов, повышение уровня сиаловых кислот [15, 22]. Возникая на фоне микроциркуляции, микозы с ониомикозом еще более усиливают их вследствие накопления токсических и аллергических продуктов обмена грибов, что обуславливает повреждения базальной мембраны и стенок сосудов микроциркуляторного русла и сопровождается гипоксией дермы, ацидозом, усилением катаболизма белков, дезорганизацией соединительной ткани, избыточным синтезом

углеводов. Усиление углеводного обмена, а также ацидоз и местное снижение температуры кожи создают идеальные условия для роста и развития грибов [6, 16, 35].

Таким образом, нарушение механизмов тканевого гомеостаза, межклеточного взаимодействия иммунокомпетентных клеток, дефект Т-звена, снижение фунгицидных и фагоцитарных функций нейтрофилов, функциональная недостаточность лизосомального аппарата фагоцитирующих клеток, ингибирующее действие гликопротеида, содержащего маннозу, клеточной стенки дерматофитов [5, 7, 26], замедление скорости роста ногтевой пластинки по отношению к скорости инвазии гриба приводят к затруднению процессов элиминации гриба, персистенции антигена в тканях и длительному, нередко торпидному характеру заболевания, трудно поддающемуся противогрибковой терапии [24, 36, 42]. Анализ данных литературы показал, что дерматомикозы, особенно дерматомикозы с множественными поражениями ногтей, сопровождаются значительными нарушениями иммунной системы, затрагивающими основные звенья ее реализации – клеточную, гуморальную и фагоцитарную системы. Это обосновывает актуальность дальнейшего изучения особенностей иммунной системы у больных микотической инфекцией и разработки адекватных схем лечения и коррекции выявленных нарушений.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов*

ЛИТЕРАТУРА (пп. 31-44 см. в REFERENCES)

1. Абидова З.М., Икрамова Н.Д. Состояние иммунитета у больных микозом стоп и ониомикозом. //Проблемы медицинской микологии. 2006. Т.8, №2. С.15.
2. Адаменко Г.П., Шафранская Т.В. Состояние Т-лимфоцитов-супрессоров и системы интерлейкинов при руброфитии. // Тезисы докладов VI Всероссийского съезда дерматовенерологов. М.,1989. Ч. 2. С. 305.
3. Васенова В.Ю., Пичугин А.В., Бутов Ю.С., Атауллаханов Р.И. Влияние комплексной терапии ониомикоза на клинико-иммунологические параметры // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2015. №2. С.48 -51.
4. Зорин А.Н., Анисимова Е.Н., Савченко А.А. Исследование клеточного иммунитета при ониомикозах с использованием метода геметофлюо // Проблемы медицинской микологии. 2015. Т. 17, № 1. С. 28-30.
5. Касымов О.И., Салимов Б.М., Касымов А.О. Клинико-иммунологические особенности ониомикоза у лиц пожилого и старческого возрастов // Научно-практический журнал ТИППМК. Душанбе. 2012. №2. С. 17 - 22.
6. Клиническая дерматовенерология: руководство для врачей. Под редакцией Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова. М.:

ГЭОТАР-Медиа, 2009. Т. 1. 720 с.

7. Коваленко Ю.Б. Особенности эпидемиологии, патогенеза, лечения и профилактики микозом стоп и экземы у работников предприятий черной металлургии: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. М., 2002

8. Лебедева Т.Н. Иммуитет при кандидозе (обзор) // Пробл. мед. микол. 2014. Т.6, № 4. С. 8-16.

9. Ломоносов К.М., Цимбалюк А.А. Роль неовара в терапии дерматомикозов // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2005. №5. С. 49-59.

10. Маянский А.Н., Маянский Н.А., Заславская М.И., Позднеев Н.М., Плескова С.Н. Апоптоз нейтрофилов // Иммунология. 2014. №6. С. 11-20.

11. Михасик С.В., Федотов В.П., Лещенко В.М. Особенности клинических проявлений и патогенеза микозов стоп, осложненных кандидозом у рабочих металлургов. // Вестн. дерматол. и венерол. 1990. № 7. С.45-47.

12. Рахматов А.Б., Абидова В.М. Современные проблемы онихомикозов. // Новости дерматовенерологии. 2001. №1. С.43-42.

13. Рахматов А.Б., Султанходжаева Г.А. Современные аспекты онихомикоза. // Перечень. 2003. №1. С.35-36.

14. Родионов А.Н. Грибковые заболевания кожи. СПб, 1998. 288 с.

15. Рощенюк Л.В. Особенности комплексного лечения онихомикозов с использованием иммуномодулятора неовира у лиц, подвергшихся ионизирующему излучению в связи с аварией на ЧАЭС // Украинский журнал дерматологи, венерологи, косметологи. 2003. №2. С. 56-59.

16. Рукавишников В.М. Микозы стоп. М.: ЭликсКом, 2013. 332 с.

17. Рунке М. Грибковые инфекции у иммуносупрессированных пациентов // Проблемы медицинской микологии. 2013. Т.2, №1. С.4-16.

18. Русланов Д.В. Комплексное лечение больных микозами стоп и кистей: автореф. дис. ... канд.мед.наук. М., 2004. 14 с.

19. Салимов Б.М.. Эпидемиология, некоторые вопросы патогенеза и совершенствование терапии онихомикоза: автореф.дис. ... канд.мед.наук. Душанбе, 2009. 18 с.

20. Свиргцевская Е.В., Карпенкова С.В., Матушевская Е.В., Лещенко В.М., Скрипкина П.А., Григорьев В.С. Иммуный статус у больных рубромикозом ногтей // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2008. №2. С.43-48.

21. Свирид С.Г. Оксигенозависимый фагоцитоз у больных руброфитией стоп в процессе лечения// Вестник дерматовенерологии. 2010. № 8. С.67-69.

22. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В., Сергеев В.Ю. Новые концепции патогенеза, диагностики и терапии онихомикозов // Иммунопатология, аллергология, инфектология. 2013. № 3. С. 9-16.

23. Сергеев Ю.В., Сергеев А.Ю. Проект «Горячая линия»: итоги и результаты. Успехи медицинской микологии. М.: Национальная академия микологии, 2003. Т. 2. С.153-154.

24. Скрипкин Ю.К., Лезвинская Е.М. Кожа – орган иммунной системы. // Вестн. дерматол. и венерол. 1999.

№ 10. С. 14 – 18.

25. Скурихина М.Е., Будумян Т.М. Клинико-иммунологическая характеристика больных микозами стоп.// Тез. докл. VII Всерос. Съезда дерматовенерол. Казань, 1996. Т.2. С. 92-93.

26. Терегулова Г.А. Клинико-патогенетическое обоснование рациональной терапии больных микозами стоп с осложненным течением: автореф. дисс. ...канд.мед.наук. М., 1994. 24 с.

27. Федотов В.А. Лечение больных руброфитией с учетом показателей метаболизма соединительной ткани: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2012. 21 с.

28. Федотов В.П., Горбунцов В.В. Грибы как осложняющий фактор дерматозов (патогенез, клинические особенности и терапия) // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. 2006. №1, Т. 2 (9). С. 5 - 8.

29. Шабашова Н.В. Современные представления об иммунопатогенезе микозов // Проблемы мед. микологии. 2001. Т. 3, №2. С. 43-4.

30. Юцковский А.Д., Федотов В.П. Иммунология дерматофитий. Владивосток, 1994. 143 с.

#### REFERENCES

1. Abidova Z. M., Ikramova N. D. Sostoyanie immuniteta u bolnykh mikoziom stop i onikhomikozom [State immunity in patients with mycosis stop end onychomycosis]. *Problemy meditsinskoj mikologii – Problems of Medical Mycology*, 2006, Vol. 8, No. 2, pp. 15.

2. Adamenko G. P., Shafranskaya T. V. [Status of T-lymphocytes, and interleukin-suppressor system for rubrofitii]. *Tezisy dokladov VI Vserossiyskogo Sezda dermatovenerologov [Abstracts of the VI All-Russian Congress of dermatologists]*. Moscow, 1989, Part 2, pp. 305.

3. Vasenova V. Yu., Pichugin A. V., Butov Yu. S., Ataulkhanov R. I. Vliyanie kompleksnoy terapii onikhomikoza na kliniko-immunologicheskie parametry [Influence of complex treatment of onychomycosis on clinical and immunological parameters]. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney – Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*, 2015, No. 2, pp. 48 -51.

4. Zorin A. N., Anisimova E. N., Savchenko A. A. Issledovanie kletochnogo immuniteta pri onikhomikozakh s ispolzovaniem metoda gemetoflou [The study of cellular immunity in onychomycosis using gemetoflou method]. *Problemy meditsinskoj mikologii – Problems of Medical Mycology*, 2015, Vol. 17, No. 1, pp. 28-30.

5. Kasymov O. I., Salimov B. M., Kasymov A. O. Kliniko-immunologicheskie osobennosti onikhomikoza u lits pozhilogo i starcheskogo vozrastov [Clinical and immunological features of onychomycosis in elderly persons]. *Nauchno-prakticheskiy zhurnal TIPPМK – Scientific and practical journal of tajik Institute of postgraduate medical training*, 2012, No. 2, pp. 17-22.

6. *Klinicheskaya dermatovenerologiya: rukovodstvo dlya vrachey. Pod red. Yu. K. Skripkina, Yu. S. Butova* [Clinical Dermatology: A Guide for Physicians. Edited by Yu. K. Skripkin]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2009, Vol. 1, 720 p.

7. Kovalenko Yu. B. *Osobennosti epidemiologii, patogeneza, lecheniya i profilaktiki mikoziom stop i ekzemy u rabotnikov*

*predpriyatiy chernoy metallurgii*. Avtoref. diss. kand. med. nauk [Features of the epidemiology, pathogenesis, treatment and prevention of mycosis stop and eczema in workers of the enterprises of ferrous metallurgy. Autoref. Dis. Cand. Med. Sci.]. Moscow, 2002.

8. Lebedeva T. N. Immunitet pri kandidoze (obzor) [Immunity for candidiasis (review)]. *Problemy meditsinskoj mikologii – Problems of Medical Mycology*, 2014, Vol. 6, No. 4, pp. 8-16.

9. Lomonosov K. M., Tsimbalyuk A. A. Rol neovara v terapii dermatomikozov [The role of the product in the treatment of tinea]. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney – Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*, 2005, No. 5, pp. 49-59.

10. Mayanskiy A. N., Mayanskiy Kh. A., Zaslavskaya M. I., Pozdneev N. M., Pleskova S. N. Apoptoz neytrofilov [Neutrophil apoptosis]. *Immunologiya – Immunology*, 2014, No. 6, pp. 11-20.

11. Mihasiuk S. V., Fedotov V. P., Leshchenko V. M. Osobennosti klinicheskikh proyavleniy i patogeneza mikozy stop, oslozhnennykh kandidozom u rabochikh metallurgov [Features of clinical manifestations and pathogenesis of foot mycoses complicated by candidiasis workers metallurgists]. *Vestnik dermatologii i venerologii – Journal of Dermatology and Venereology*, 1990, No. 7, pp. 45-47.

12. Rakhmatov A. B., Abidova V. M. Sovremennye problemy onikhomikozov [Modern problems of onychomycosis]. *Novosti dermatovenerologii – News of dermatology*, 2001, No. 1, pp. 43-42.

13. Rakhmatov A. B., Sultankhodzhaeva G. A. Sovremennye aspekty onikhomikoza [Modern aspects of onychomycosis]. *Perechen – Scroll*, 2003, No. 1, pp. 35-36.

14. Rodionov A. N. *Gribkovye zabolevaniya kozhi* [Fungal diseases of the skin]. St. Petersburg, 1998. 288 p.

15. Roshchenyuk L. V. Osobennosti kompleksnogo lecheniya onikhomikozov s ispolzovaniem immunomodulyatora neovira u lits, podvergnutyykh ioniziruyushchemu izlucheniyu v svyazi s avariey na ChAES [Features of the complex treatment of onychomycosis using immunomodulator Neovir in persons exposed to ionizing radiation due to the Chernobyl accident]. *Ukrainskiy zhurnal dermatologii, venerologii, kosmetologii – Ukrainian journal of dermatology, venereologists, estheticians*, 2003, No. 2, pp. 56-59.

16. Rukavishnikova V. M. *Mikozy stop* [Athlete's foot]. Moscow, Elikom Publ., 2013. 332 p.

17. Runke M. Gribkovye infektsii u immunoskomprometirovannykh patsientov [Fungal infections in immunocompromised patients]. *Problemy meditsinskoj mikologii – Problems of Medical Mycology*, 2013, Vol. 2, No. 1, pp. 4-16.

18. Ruslanov D. V. *Kompleksnoe lechenie bolnykh mikozy stop i kistey*. Avtoref. diss. kand. med. nauk [Complex treatment of patients with mycosis feet and hands. Autoref. Dis. Cand. Med. Sci.]. Moscow, 2004. 14 p.

19. Salimov B. M. *Epidemiologiya, nekotorye voprosy patogeneza i sovershenstvovanie terapii onikhomikoza*. Avtoref. diss. kand. med. nauk [Epidemiology, pathogenesis of some issues and improve the treatment of onychomycosis. Autoref. Dis. Cand. Med. Sci.]. Dushanbe, 2009. 18 p.

20. Svirgtsevskaia E. V., Karpenkova Ts. B., Matushevskaya E. V., Leshchenko V. M., Skripkina P. A., Grigorev B. Ts. Im-

munnyy status u bolnykh rubromikozom nogtey [The immune status of patients with nail rubromikozom]. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney – Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*, 2008, No. 2, pp. 43-48.

21. Svirid S. G. Oksigenozavisimyye fagotsitov u bolnykh rubrofitiey stop v protsesse lecheniya [Oksigenozavisimyye phagocytes in patients rubrofitii stop during treatment]. *Vestnik dermatovenerologii – Herald of dermatology venereology*, 2010, No. 8, pp. 67-69.

22. Sergeev A. Yu., Sergeev Yu. V., Sergeev V. Yu. Novyye konceptsiy patogeneza, diagnostiki i terapii onikhomikozov [New concepts in pathogenesis, diagnosis and treatment of onychomycosis]. *Immunopatologiya, allergologiya, infektologiya – Immunopathology, allergology, infectology*, 2013, No. 3, pp. 9-16.

23. Sergeev Yu. V., Sergeev A. Yu. Proekt “Goryachaya liniya”: itogi i rezultaty. Uspekhi meditsinskoj mikologii [The “Hotline”: outputs and outcomes. Successes of Medical Mycology]. Moscow, *Natsionalnaya akademiya mikologii – National Academy of Mycology*, 2003, Vol. 2, 153-154 p.

24. Skripkin Yu. K., Lezvinckaya E. M. Kozha – organ immunnoy sistemy [The skin - the body's immune system]. *Vestnik dermatologii i venerologii – Herald of Dermatology and Venereology*, 1999, No. 10, pp. 14-18.

25. Skurikhina M. E., Budumyan T. M. [Clinical and immunological characteristics of patients with tinea pedis]. Tezisy dokladov VII Vserossiyskogo sezda dermatovenerol [Abstracts of the VII All-Russian Congress of dermatovenerologists]. Kazan, 1996, Vol. 2, pp. 92-93. (In Russ.)

26. Teregulova G. A. *Kliniko-patogeneticheskoe obosnovanie ratsionalnoy terapii bolnykh mikozy stop s oslozhnennym techeniem*. Avtoref. diss. kand. med. nauk [Clinico-pathogenetic substantiation of rational treatment of patients with athlete's foot with a complicated course. Autoref. Dis. Cand. Med. Sci.]. Moscow, 1994. 24 p.

27. Fedotov V. A. *Lechenie bolnykh rubrofitiey s uchetom pokazateley metabolizma soedinitelnoy tkani*. Avtoref. diss. kand. med. nauk [Treatment of patients rubrofitii based on indicators of connective tissue metabolism. Autoref. Dis. Cand. Med. Sci.]. St. Petersburg, 2012. 21 p.

28. Fedotov V. P., Gorbuntsov V. V. Griby kak oslozhnyayushchiy faktor dermatozov (patogeneza, klinicheskie osobennosti i terapiya) [Mushrooms as a complicating factor dermatoses (pathogenesis, clinical features and therapy)]. *Dermatovenerologiya. Kosmetologiya. Seksopatologiya – Dermatology. Cosmetology. Sexual pathology*, 2006, No. 1, Vol. 2(9), pp. 5-8.

29. Shabashova N. V. Sovremennye predstavleniya ob immunopatogeneze mikozy [Modern views on the immunopathogenesis of mycoses]. *Problemy meditsinskoj mikologii – Problems of Medical Mycology*, 2001, Vol. 3, No. 2, pp. 43-4.

30. Yutskovskiy A. D., Fedotov V. P. *Immunologiya dermatofitii* [Immunology dermatophytosis]. Vladivostok, 1994. 143 p.

31. Alley M. R., Baker S. J., Beutner K. R., Plattner J. Recent progress on the topical therapy of onychomycosis. *Expert OpinInvestig. Drugs*, 2007, Vol. 16, pp. 157-167.

32. Antachopoulos C., Roilides E. Cytokines end fungal infections. *British Journal of Haematology*, 2005, Vol. 129, pp. 583-596.

33. Baran R., Gupta A. K., Pierard G. E. Pharmacotherapy of onychomycosis. *Expert OpinPharmacother*, 2005, Vol. 6, pp. 609–624.
34. Barber K., Glaveau J., Thomas R. Review of treatment for onychomycosis: consideration for special populations. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*, 2006. Vol. 10, pp. 48-53.
35. Baudraz – Rosseiet E., Panizzon R.G. Monod M. Diagnostic and treatments of onychomycosis. *Revue médicale suisse*, 2005, Vol. 1, pp. 1069–1073.
36. Gregurec-Novak T., Rabatis S., Silobrtic L. defective phagocytosis in chronic trichophytosis. *Journal of medical and veterinary mycology*, 1993, Vol. 31, No. 2, pp. 115-120.
37. Jones H. E. Immune response host resistase to dermatophyte infection. *American Academy of Dermatology*, 1993. Vol. 12, pp. 518–523.
38. Koga T., Ishizaki H., Matsumoto T., Hori Y. Cytokine production of peripheral blood mononuclear cells in dermatophytosis patients in response to stimulation with trichophyton. *Journal of Dermatology*, 2003, Vol. 20, No. 7, pp. 441-443.
39. Levy A. Epidemiology of onychomycosis in special-risk populations. *Journal of the American Podiatric Medical Association*, 2014, Vol. 87, pp. 546–550.
40. Me Gregor J. M., Hamilton A. J., Hay R. J. Possible mechanisms immune modulation in chronic, dermatophytoses an in vitro study. *British Journal of Dermatology*, 1992, Vol. 127, Suppl. 39, pp. 233-238.
41. Rich P. Special patient population: onychomycosis in the diabetic patient. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2015, Vol. 35, pp. 10–12.
42. Szepes E., Magyarlaki M. S., Battyani Z. et al. Immunohistological characterization of the cellular infiltrate in dermatophytoses. *Mycosis*, 1993, Vol. 36, pp. 203-206.
43. Scher R. K., Tavakkol A., Sigurgeirsson B. et al. Onychomycosis: diagnosis and definition of cure. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2012, No. 56(6), pp. 39–44.
44. Wolf K., Stringle G. Cellular interaction and the skin: the epidermis as an immune organ. *Triangle dermatology*, 1997, Vol. 26, pp. 139-153.

**Сведения об авторах:**

**Салимов Бахром Махкамбоевич** – асс. кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

**Касымов Олим Исмаилович** – профессор кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, доктор медицинских наук

**Муниева Саида Хамрокуловна** – зав. кафедрой дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н

**Контактная информация:**

**Салимов Бахром Махкамбоевич** – тел.: +992 951515967;  
E-mail: Salimov-68@mail.ru

## СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

© Коллектив авторов, 2016

УДК 616-053.2;616.211-006.5

*Джамолов Ф.П., Очилзода А.А., Муталибов А.З., Бободжанов Р.У.*

### СЛУЧАЙ ХОАНАЛЬНОГО ПОЛИПА, СПУСКАЮЩЕГОСЯ В ГИПОФАРИНГС, У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ СЕМИ МЕСЯЦЕВ

Согдийская областная клиническая больница имени С. Кутфитдинова, Худжанд

*Dzhamolov F.P., Ochilzoda A.A., Mutalibov A.Z., Bobodzhanov R.U.*

### CASE OF DESCENDING INTO THE HYPHARYNX CHOANAL POLYP, BESIDE CHILD AGED SEVEN MONTHS

Sughd regional clinical hospital named after S. Kutfdinov, Khujand

#### **Аннотация**

Представлен случай хоанального полипа, спускающегося в гипофарингс, у ребенка в возрасте 7 месяцев.

Особенность данного случая заключается в редкости расположения хоанального полипа в таком возрасте, течения заболевания, сопровождающегося расстройствами голоса, глотания и дыхания.

**Ключевые слова:** хоанальный полип, гипофарингс, полипотомия

Presented a case of descending into the hypopharynx choanal polyp, beside child aged seven months

A feature of this case lies in rarity of the location of choanal polyp at this age, course of disease, accompanied by voice, swallowing and breathing disorders.

**Key words:** choanal polyp, hypopharynx, polypectomy

Описания хоанального полипа, спускающегося в гипофарингс, у детей в семимесячном возрасте в доступной литературе не удалось найти. Единственный случай гигантского хоанального полипа длиной 13,5 см описан у больной в возрасте 69 лет [1]. Поэтому считаем целесообразным описать данный случай клинического наблюдения.

Больной А., 7 месяцев поступил в детское оториноларингологическое отделение Согдийской областной больницы 14.02.2015 г. с диагнозом: «Новообразование носоглотки» в состоянии асфиксии. Жалобы со слов родителей на поперхивания и невозможность глотания при кормлении грудью, периодическое затруднение дыхания.

Из анамнеза выяснилось, что ребенок родился от первой беременности, доношенным, массой тела 3750 г. Роды протекали нормально, ребенок закричал сразу. На 5-й день пребывания в родильном доме у ребенка при кормлении от-

мечалось незначительное поперхивание. Ребенок консультирован в условиях оториноларингологического отделения Б. Гафуровского района, где врач-оториноларинголог обнаружил у него «опухолевидное образование» мягкого неба. Из родильного отделения пациент был выписан домой. Дома периодически «синел», при кормлении поперхивал, а в ночь на 14.02.2015 г. внезапно начал задыхаться, по поводу чего был доставлен в детское оториноларингологическое отделение Согдийской областной больницы.

При поступлении состояние ребенка тяжелое, беспокоен, выражена синюшность кожных покров, слизистых оболочек, периферические лимфоузлы не пальпируются. Дыхание шумное, затрудненное, 60 дыхательных движений в минуту. Выражена инспираторная отдышка. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца чистые, ритмичные. Пульс 148 в минуту,

напряжен. При передней риноскопии справа в задних отделах носа выявлено синюшно-серое новообразование округлой формы. При фарингоскопии рот полуоткрыт, обнаружено гладкое образование, эластической консистенции, плотное, синюшно-серого цвета, опускающееся в нижний отдел глотки, которое заполняло всю ротоглотку.

Язычок и мягкое небо резко выпячены вперед, их подвижность ограничена. Задняя стенка глотки неозрима из-за новообразования. Осмотреть гортань при прямой и непрямой ларингоскопии также не удастся из-за больших размеров образования и полной obturации гипофаринкса новообразованием. При пальцевом исследовании

в области правой хоаны выявлена слегка подвижная опухоль на толстой ножке.

На рентгенограмме грудной клетки патологии нет.

Данные объективного обследования свидетельствуют о наличии новообразования округлой формы в задних отделах полости носа, что дало основание предположить наличие хоанального полипа. Учитывая тяжесть состояния ребенка, 14.02.2015 г. в срочном порядке после премедикации под общим обезболиванием в положении лежа с использованием роторасширителя произведена полипотомия носоглоточными щипцами путем тракции в направлении полости рта. Удалено новообразование длиной 4,5 см и шириной 2,5 см (рис.).



*Микрофотография удаленного хоанального полипа из носоглотки у ребенка А. в возрасте 7 месяцев*

Данные гистологического исследования от 16.03.2015: поверхность новообразования покрыта многоядерным призматическим мерцательным эпителием в собственном слое слизистой оболочки, среди соединительной ткани имеется значительное количество кистозно-расширенных слизисто-белковых желез. Основу новообразования образует плотная волокнистая соединительная ткань, богатая полнокровными расширенными кровеносными сосудами.

Послеоперационный период протекал гладко, носовое дыхание восстановилось, голос стал звучным, кровотечение незначительное. Состоя-

ние больного после удаления новообразования удовлетворительное, дыхание через нос восстановилось, глотание во время кормления грудью свободное, больной выписан домой 19.02.2015 г. в удовлетворительном состоянии.

Рекомендовано продолжать наблюдение и лечение у врача-оториноларинголога по месту жительства.

#### **Заключение**

Особенность данного наблюдения заключается в редкости таких размеров хоанального полипа у ребенка 7 месяцев, длительности течения, сопровождающегося расстройствами голоса, глотания и дыхания.



*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов*

ЛИТЕРАТУРА

1. Ноддочина Т.А. Опухоли носа и глотки (клинико-анатомические характеристики). М.: Медицина, 1967. С.17

REFERENCES

1. Noddochina T. A. *Opukholi nosa i glotki (kliniko-anatomicheskie kharakteristiki)* [Tumors of nose and pharynx (clinical and anatomical characteristics)]. Moscow, Meditsina Publ., 1967. 17 p.

**Сведения об авторах:**

**Джамолов Фуркат Пулатович** – зав. детским оториноларингологическим отделением Согдийской областной клинической больницы

**Очилзода Абдуназир Абдусамеевич** – зав. областным детским сурдологопедическим кабинетом Городского центра здоровья № 2 г. Худжанда Согдийской области, к.м.н.

**Муталибов Афзал Зарипович** – врач-оториноларинголог детского ЛОР-отделения Областной клинической больницы

**Бободжанов Р.У.** – врач-оториноларинголог детского ЛОР-отделения Областной клинической больницы

**Контактная информация:**

**Очилзода Абдуназир Абдусамеевич** – тел.: +992 731-75-35; e-mail: nazir-1957@mail.ru

## В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

© Коллектив авторов, 2016

УДК 616.34-089;617.07

*Муродова Ш.М., Мухиддинов Н.Д., Саидов А.С.*

### ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДОЛИХОСИГМОЙ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИМ СПОСОБОМ

Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

*Murodova Sh.M., Mukhiddinov N.D., Saidov A.S.*

### OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT WITH DOLICHOSIGMA BY ENDOVIDEOSURGICAL METHOD

Department of General Surgery №1 of the Tajik State Medical University named after Abuali ibn Sino

---

**Цель исследования.** Оптимизация хирургического лечения больных с долихосигмой.

**Материал и методы исследования.** Представлен анализ хирургического лечения 51 больного с хроническим толстокишечным стазом на фоне долихосигмы с 2014 по 2016 гг. Субкомпенсированная стадия диагностирована у 33, стадия декомпенсации – у 18 больных. Длительность заболевания составили от 3 до 20 лет.

Обследование включало: сбор анамнеза при помощи специально разработанного в клинике опросника, общеклинические анализы, УЗИ, ирригография, колоноскопия, видеолaparоскопический метод, по показаниям – ФВД, рентгенография и др.

Операции осуществлялись видеолaparоскопическим методом с ассистированием.

**Результаты.** У 49 пациентов послеоперационный период протекал гладко, у двоих отмечены осложнения: тонкокишечная непроходимость (1), положительная реакция на скрытую кровь кала после операции в течение 1 месяца (1). Раневых осложнений и несостоятельности анастомозов не отмечалось.

**Заключение.** Применение видеохирургической технологии при хроническом толстокишечном стазе на фоне долихосигмы даёт возможность миниинвазивно провести резекцию сигмовидной кишки..

**Ключевые слова:** *долихосигма, видеолaparоскопическая резекция сигмовидной кишки с ассистированием*

**Aim.** Optimization of surgical treatment of patients with dolichosigma.

**Materials and methods.** Analysis of surgical treatment of 51 patients with chronic colonic stasis in the background dolichosigma from 2014-2016 year. The stage decompensation in 18 patients subcompensated stage in 33 patients. Disease duration ranged from 3 to 20 years.

The examination included: collecting of data on clinical disease with the spatially desined questionnaires in the clinic general clinical analyzes, ultrasound, irrigigraphy, colonoscopy, videolaparoscopic methods, on the testimony - respiratory function, X-ray and others.

Operations carried out by videolaparoscopic with assisting.

**Results.** In 49 patients the postoperative period was uneventful, at two marked complications: small bowel obstruction (1), a positive reaction for occult blood stool after surgery within 1 month (1). Wound complications and anastomotic leak was not observed.

**Conclusion.** Using of video technology in surgical chronic colonic stasis on background dolichosigma makes it possible to carry out mini-invasive resection of the sigmoid colon.

**Key words:** *dolichosigma, video laparoscopic resection of the sigmoid colon with assistance*

### **Актуальность**

Проблема хронического толстокишечного стаза на фоне долихосигмы продолжает оставаться актуальной, прежде всего в связи с множеством неясных вопросов этиопатогенеза и дискуссионных проблем по поводу лечения данной патологии [1, 4, 6]. Заболевание встречается достаточно часто, диагностикой и лечением занимаются как хирурги, так и врачи терапевтического профиля. Поэтому малая осведомленность врачей смежных специальностей становится причиной поздней диагностики и несвоевременного адекватного лечения толстокишечных стазов [1, 3, 7]. Результаты хирургического лечения хронического толстокишечного стаза на фоне долихосигмы не вполне удовлетворяют как врачей, так и самих больных из-за сохранения или появления после них морфо-функциональных нарушений [1, 2, 5, 8].

В эпоху широкого внедрения новых технологий, которые позволяют минимизировать травматичность оперативных вмешательств, открываются новые перспективы в лечении многих патологий органов брюшной полости. Видеолапароскопическая технология открыла новую эру в развитии хирургии желудочно-кишечного тракта. Отсюда исследования, направленные на улучшение методов диагностики и эндовидеохирургического лечения больных с хроническим колоногенным стазом, всегда представляют большой интерес для практического здравоохранения.

### **Материал и методы исследования**

В отделение колопроктологии ГКБ № 5 им. академика К.Т. Таджиева Республиканского городского клинического центра колопроктологии и лечебно-диагностического центра ТГМУ имени Абуали ибн Сино с 2014 по 2016 г. поступил 51 больной с хроническим толстокишечным стазом на фоне долихосигмы. Субкомпенсированная стадия отмечалась у 33 (64,7%), стадия декомпенсации - у 18 (35,3%) больных. Длительность заболевания составляла от 3 до 20 лет, в среднем 5-7 лет. Диагноз устанавливали на основании клиники заболевания (затруднение акта дефекации, опорожнение кишечника менее 3 раз в неделю, чувство неполного опорожнения кишечника), данных эндоскопического, рентгенологического и видеолапароскопического методов исследований желудочно-кишечного тракта. Все оперативные вмешательства выполнены видеолапароскопическим методом.

### **Результаты и их обсуждение**

Основными рентгенологическими признаками долихосигмы при ирригографии было: расширение и удлинение сигмовидной части

толстого кишечника в виде двух или трех петлевых удлинений, удлинение сигмовидной части толстого кишечника в виде восьмерки или её удлинение в сочетании с симптомом Пайра или транзверзоптозом.

Нарушение перистальтики и длительная задержка бария от нескольких суток до недель в сигмовидной части толстого кишечника отмечались при контрастном рентгенологическом исследовании желудочно-кишечного тракта.

Характерной эндоскопической картиной долихосигмы является увеличение гаустрации, дополнительное петлеобразование сигмовидной кишки, нарушение кишечного тонуса в сторону ослабления и наличие воспалительного процесса в сигмовидной кишке, чаще катарального характера. При долихосигме I степени сигмовидная кишка доходит до правого бокового канала, при долихосигме II степени - до верхней части восходящего отдела толстого кишечника, при долихосигме III степени сигмовидная кишка доходит до печени и выше.

Лечебная тактика этой категории больных носит комплексный характер, включая консервативное и хирургическое лечение. Консервативная терапия заключается в урегулировании режима питания с преобладанием жидких блюд, употреблении достаточного количества овощей, фруктов и молочных продуктов. Обязательным является употребление до 1,5-2 литров воды за сутки с исключением из рациона питания черного чая, кофе, кофеин-содержавших продуктов, хлебобулочных изделий, приготовленных из муки высшего сорта. При этом назначаются слабительные средства, увеличивающие объем химуса в просвете толстого кишечника, седативные средства и препараты, усиливающие перистальтику кишечника.

Показанием к оперативному вмешательству является длительно консервативная терапия без удовлетворительного результата с сохранением основных симптомов заболевания. Следует указать, что из-за страха оперативного вмешательства больные в большинстве случаев отказываются от хирургического лечения, что еще более усугубляет течение заболевания. Больные относились к хирургическому лечению с использованием видеоэндоскопических технологий более положительно, чем к традиционному оперативному лечению, так как преимуществом лапароскопической операции, кроме основной хирургической тактики, является еще и косметический эффект.

Предоперационная подготовка включала в себя назначение седативных, слабительных и общеукрепляющих препаратов. За 3 дня до планируемого оперативного вмешательства из питания исключали овощи и фрукты, муч-

ное, продукты, вызывающие обильное газообразование в желудочно-кишечном тракте. Основу питания составляли мясные бульоны в небольшом количестве. Вечером накануне оперативного вмешательства для предоперационной подготовки кишечника назначали препарат «Фортранс» в разной дозировке в зависимости от массы тела больного с отказом от ужина. За 20 минут до вмешательства пациентам вводили раствор «Клин-Энема» 200 мл в прямую кишку, что позволяло очистить дистальные части толстого кишечника от кишечного содержимого.

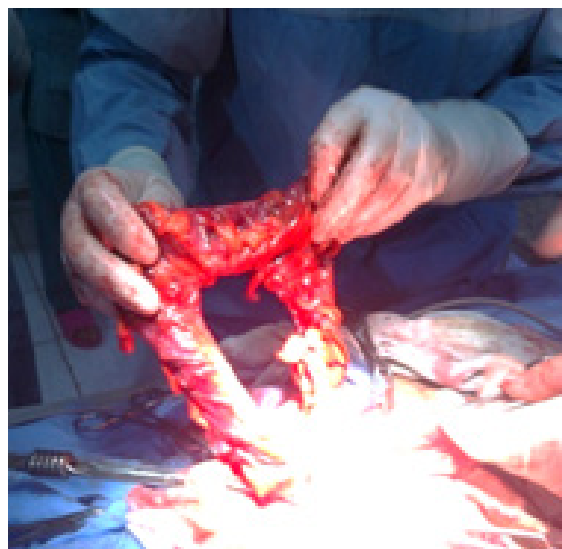
Под общим комбинированным обезболиванием с искусственной вентиляцией легких после установки всех лапаропортов и визуальной ревизии брюшной полости больного переводили в положение с приподнятым головным концом операционного стола на 25-30 градусов и поворотом на правый бок на 25-30 градусов. Это позволило сместить внутренние органы и предоставить хороший обзор области оперативного вмешательства. Использовали четыре точки доступа для троакаров. Первая точка располагалась ниже пупка по средней линии живота, где вводился первый  $d=10$  мм троакар для лапароскопа с боковой оптикой. Вторая точка располагалась по среднеключичной линии в мезогастрии справа, где вводился  $d=5$  мм троакар. Третья точка располагалась по передне-аксиллярной линии в мезогастрии справа на 10 см ниже второй точки. Четвертая точка располагалась по среднеключичной ли-

нии слева в мезогастральной области, через которую вводился  $d=5$  мм троакар.

Производилась ревизия органов брюшной полости и видеолапароскопическая мобилизация сигмовидной и нисходящей частей толстой кишки. Определялась степень удлинения сигмовидной кишки по разработанной в клинике методике, рассекалась брюшина левого бокового канала у основания брыжейки сигмовидной кишки, после этого сигмовидную кишку двумя мягкими зажимами перемещали в медиальную сторону и рассекали брюшину нисходящего отдела толстого кишечника. Это осуществлялось с помощью иглообразного электрода, ножниц и зажима с коагуляцией. После этого производилось расширение четвертой троакарной раны слева от 4 до 6 см с учетом телосложения и упитанности пациента. В эту рану выводилась экстракорпорально выделенная часть сигмовидной кишки (рис. 1). В дальнейшем производилась мобилизация выделенной части кишечника с пересечением брыжейки, прошиванием и лигированием сосудов кишечника традиционным способом. Анастомоз толстой кишки накладывали по типу «конец в конец» трехрядными капроновыми швами (рис. 2). После наложения межкишечного анастомоза его погружали в свободную брюшную полость. При дальнейшем видеообзоре брюшной полости осматривали состояние анастомоза для исключения натяжения. Брюшную полость, область малого таза и левый боковой канал дренировали через основную рану силиконовыми трубками (рис. 3).



**Рис. 1. Выделение сигмовидной части толстого кишечника лапароскопическим способом и его выведение экстракорпорально**



**Рис.2. Накладывание межкишечного анастомоза конец в конец**



Рис. 3. Вид и размер расширенной послеоперационной раны



Рис. 4. Вид послеоперационной раны через месяц

В послеоперационном периоде больные получали адекватную противовоспалительную, общеукрепляющую терапию с применением антибиотиков широкого спектра действия, витаминотерапию с проведением консультации невропатолога. Послеоперационный период протекал гладко. У двоих (3,9%) оперированных отмечены осложнения: в одном наблюдении развилась ранняя постоперационная непроходимость (установленная рентгенологически). После релапаротомии была выявлена динамическая непроходимость из-за неадекватного дренирования брюшной полости. В другом наблюдении реакция на скрытую кровь в кале была положительной, после операции корригировалась консервативным лечением. Раневых осложнений и несостоятельности анастомоза не отмечалось.

Все остальные больные выписаны на амбулаторное лечение по месту жительства на 7-9 сутки.

Результаты хирургического вмешательства в течение трех месяцев оценивали по клиническим и рентгенологическим признакам, критерием R-графии служило отсутствие задержки бария в толстом кишечнике. Объективно наблюдалось наличие регулярного стула с отсутствием болевого синдрома в области живота (рис. 4-6).

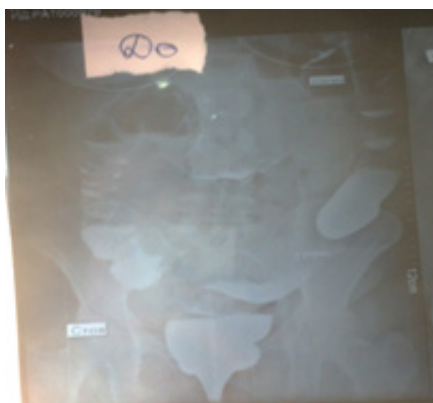


Рис. 5. Фото до операции



Рис. 6. Фото через месяц после операции

Проведение лапароскопической резекции сигмовидной части толстого кишечника позволило уменьшить продолжительность оперативного вмешательства и минимизировать затраты на время его проведения, а также уменьшить риск развития постоперационного спайкообразования в брюшной полости и постоперационных грыж передней брюшной стенки.

#### Заключение

Применение эндохирургической технологии при хроническом толстокишечном стазе на фоне долихосигмы даёт возможность миниинвазивно проводить резекцию сигмовидной кишки. При простой тактике выполнения оперативное вмешательство позволяет достичь хороших клинических результатов. Минимальная травматизация передней брюшной стенки живота способствует скорейшей постоперационной реабилитации как физического, так и психологического состояния больных. Уменьшение продолжительности времени операции снижает риск развития различных интра- и постоперативных осложнений и сокращает сроки пребывания больных в стационаре.

**Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов**

ЛИТЕРАТУРА (пп. 5-7 см. в REFERENCES)

1. Ачкасов С.И. Аномалии развития и положения толстой кишки: автореф. дисс...док. мед. наук. Москва, 2003.
2. Балтайтис Ю.В., Яремчук А.Я., Родилицкий Е.Е. и др. Функциональное состояние прямой кишки. Лечебная тактика при хроническом колостазе // Клиническая медицина. 1993. №3. С. 43-33.
3. Рывкин В.Л., Бронштейн А.С., Файн С.Н. Руководство по колопроктологии. М.: Медпрактика, 2001. 300 с.
4. Федоров В.Д., Воробьев Г.И. Мегаколон у взрослых. М.: Медицина, 1996. 225 с.

REFERENCES

1. Achkasov S. I. *Anomalii razvitiya i polozheniya tolstoy kishki*. Avtoref. diss. dok. med. nauk [Anomalies of development and position of the colon. Extended abstract of Doctor's of medical sciences thesis]. Moscow, 2003.
2. Baltaytis Yu. V., Yaremchuk A. Ya., Rodilickiy E. E., Funktsionalnoe sostoyanie pryamoy kishki. Lechebnaya taktika pri khronicheskom kolostaze [Functional state of the rectum. Therapeutic strategy for chronic colostasis]. *Klinicheskaya meditsina – Clinical medicine*, 1993, No. 3, pp. 43-33.
3. Ryvkin V. L., Bronshteyn A. S., Fayn S. N. *Rukovodstvo po koloproktologii* [Guide coloproctology]. Moscow, Medpraktika Publ., 2001. 300 p.

4. Fedorov V. D., Vorobev G. I. *Megakolon u vzroslykh* [Megacolon in adults]. Moscow, Meditsina Publ., 1996. 225 p.

5. Andersen A., McNauth C., Macfie L., Tring I., Barker P., Mitchell C. Randomised clinical trial of multimodal optimization and standard perioperative surgical care. *British Journal of Surgery*, 2003, Vol. 90, pp. 1497–1504.

6. Braga M., Vignaly A., Zuliani W. et al. Metabolic and functional results after laparoscopic colorectal surgery: a randomized, controlled trial. *Diseases of the Colon and Rectum*, 2002, Vol. 45, pp. 1070-1077.

7. Senagore A., Duepree H., Delaney C., Brady K., Fazio V. Results of a standardized technique and postoperative care plan for laparoscopic sigmoid colectomy: f 30 month experience. *Diseases of the Colon and Rectum*, 2003, Vol. 46, pp. 503-509.

**Сведения об авторах:**

**Муродова Шабнам Махмудовна** – очный аспирант кафедры общей хирургии №1 ТГМУ

**Мухиддинов Нуриддин Давлатолиевич** – зав. кафедрой хирургии и эндохирургии ИПОвСЗ РТ, д.м.н.

**Саидов Абдурахмон Саидович** – доцент кафедры общей хирургии №1 ТГМУ, к.м.н

**Контактная информация:**

**Муродова Шабнам Махмудовна** – тел.: +992 908888086

## ЮБИЛЕЙ



### В ПАМЯТЬ ОБ УЧЁНОМ, ВРАЧЕ И УЧИТЕЛЕ

*Время стирает города и цивилизации,  
Но оно не властно над истинными ценностями...*

#### **20 апреля исполнилось бы 80 лет основателю школы анестезиологии и реаниматологии Таджикистана профессору Мухтару Кадыровичу Мурадову**

Мурадов Мухтар Кадырович – Лауреат Государственной премии имени Авиценны, Заслуженный деятель науки Республики Таджикистан, главный специалист по анестезиологии и реаниматологии МЗ Республики Таджикистан, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии Таджикского Государственного медицинского университета им. Абуали ибн Сино, доктор медицинских наук, профессор.

Мурадов Мухтар Кадырович родился 20 апреля 1936 г. в кишлаке Хамирджуй Канибадамского района Таджикской ССР.

Детство его пришлось на военные годы. Наверное, поэтому с детства он мечтал стать врачом, чтобы помогать людям обрести здоровье.

В 1959 г. окончил Таджикский Государственный медицинский институт им. Абуали ибн Сино. С 1959 по 1967 годы работал ассистентом кафедры хирургии того же института и заведующим отделением Республиканской туберкулёзной больницы.

В эти годы началась его плодотворная работа в области науки. Неутомимый исследователь и практик, он старался постигнуть самые глубины патологии человеческого организма, чтобы иметь возможность облегчить страдания людей.

В 1965 году защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Обезболивание и обеспечение безопасности операции по поводу запущенных форм туберкулеза легких», а в 1970 году в возрасте 34 лет – докторскую диссертацию «Патогенез, профилактика и терапия нарушений бронхиальной проходимости и ателектазирования у больных, оперированных по поводу туберкулеза легких».

Обладая незаурядными организаторскими способностями, понимая, как важно для Республики создание собственной школы для подготовки квалифицированных кадров, он сумел добиться в 1970 году организации курса по анестезиологии и реаниматологии при ТГМИ им. Абуали ибн Сино, а в 1974 году была открыта кафедра анестезиологии и реаниматологии, которую он и возглавил.

Первый в Республике профессор по анестезиологии и реаниматологии, он подготовил более 600 врачей по данной специальности, под его руководством было защищено 16 кандидатских и 3 докторских диссертации. В 1996 под его руководством готовились к защите 6 докторских и 6 кандидатских диссертаций.

Фундаментальные научные исследования, проведенные профессором Мурадовым М.К., последовательно раскрывали важнейшие медицинские проблемы. С 1960 по 1970 гг. он занимался изучением диагностики и лечением дыхательной недостаточности в хирургии. Результаты этих исследований были опубликованы в монографиях: «Диагностика и лечение милиарного ателектазирования легких», «Диагностика и лечение скрытого бронхоспазма в хирургии».

В 70-80 годы научные интересы Мурадова М.К. связаны с разработкой диагностики и интенсивной терапии астматического статуса при бронхиальной астме. Этому посвящены монографии: «Интенсивная терапия астматических состояний», «Гелиокс в интенсивной терапии дыхательной недостаточности», «Бронхоспазматический синдром и астматический статус», «Ошибки и опасности в лечении астматического статуса».

В 1979 году Мурадов М.К. одним из первых в СССР занялся проблемой изучения негазообменных функций легких у больных в терминальных состояниях и работал над обобщением изученного до последних дней своей жизни.

Собранный учёным научно-исследовательский материал по данной проблеме в настоящее время продолжают изучать и разрабатывать в школе, созданной им. Его именем назван новый патологический симптомокомплекс – «Синдром нарушения нереспираторных функций легких» – «синдром Мурадова».

Многие его мечты осуществили ученики уже после его ухода из жизни. В настоящее время создан и функционирует совет по защите докторских и кандидатских диссертаций по анестезиологии и реаниматологии при Институте последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, в котором продолжают развивать и воплощать в жизнь научные идеи ученики Мухтара Кадыровича.

Под его руководством организовано 45 отделений реанимации, в том числе Центр реанимации и детоксикации для взрослого населения города Душанбе, отделение искусственной почки и токсикологический центр. В настоящее время сеть учреждений, где оказывается экстракорпоральная детоксикация нуждающимся больным, значительно расширена и существует во всех крупных городах республики: Курган-Тюбе, Кулябе, Гарме, Пенджикенте, Хужданде, есть отделение гемодиализа в Национальном научном центре трансплантации органов и тканей человека, функционирует детское гемодиализное отделение.

Как врач, он уделял много внимания просветительской работе среди населения по вопросам реанимации на догоспитальном этапе, что отражено в книгах: «Реанимация», «Асрори кушодани банди адал».

Он является автором более 175 научных работ, из которых 9 монографий, 3 учебных пособия, 6 методических рекомендаций и свыше 30 рационализаторских предложений. Им организованы и проведены 2 Республиканские конференции анестезиологов и реаниматологов Таджикистана.

Мурадов М.К. впервые в СССР предложил и внедрил метод лечения послеоперационной дыхательной недостаточности и бронхиальной астмы при помощи гелия и организовал первый в стране амбулаторный кабинет гелийкислородной терапии для лечения больных бронхиальной астмой.

В последние 15 лет он активно занимался разработкой и внедрением современных методов детоксикации (гемодиализ, гемосорбция и др.) для лечения больных в критических состояниях. При его непосредственном участии разработан и внедрен новый гемосорбент «ИХАНТ», за что он был удостоен Государственной премии.

Мурадов М.К. был пламенным пропагандистом в своих научных исследованиях, являлся членом редколлегии журналов «Анестезиология и реаниматология России», «Анестезиология и реаниматология Центральной Азии и Турции», «Здравоохранение Таджикистана».

За высокие заслуги профессор Мурадов М.К. был награжден Орденом «Трудового Красного Знамени», значками «Отличник здравоохранения СССР», «Высшая школа СССР за отличные успехи в работе», ему присвоено звание «Заслуженный деятель науки РТ», «Лауреат Государственной премии имени Авиценны».

Высокий профессионализм, постоянный творческий поиск, общественная активность, гуманизм – эти качества он воспитывал в своих учениках и обладал ими сам в высочайшей степени. Он был человеком редкостной доброты и отзывчивости. Милосердие, сострадательность, бескорыстие, готовность в любую минуту прийти на помощь – вот отличительные черты Мухтара Кадыровича, как настоящего Врача, истинного Учителя и мудрого Человека.

*Светлая память о прекрасном педагоге, учёном и организаторе навсегда останется в памяти его коллег, учеников, пациентов и медицинской науки не только в нашей стране, но и далеко за её пределами.*

**Ученики,  
Редакционная коллегия журнала  
«Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения»**