

**Паёми таълимоти баъдидипломии
соҳаи тандурустӣ**

**Вестник последипломного образования
в сфере здравоохранения**



2017.2

Душанбе



WWW.IPOV SZ RT.TJ/
JOURNAL



ТИПОГРАФИЯ
ООО «АЗИЯ-ПРИНТ»

Редактор:
Р.Р.Рофиев
Технический редактор:
С. Юлдашева
Зав. редакцией:
Е.Н. Рубис
Корректор:
О.В. Шумилина
Переводчик:
Д.Хакимов

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

УДК Тадж: 61
№ГР 34-02.1.216 TJ

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

Сдано в набор 06.06.2017 г.
Подписано в печать 23.06.2017 г.
Формат 60x84 1/8
Печать офсетная
Усл.печ.л. 7,5 (1+1) + 1 у.п.л. (4+4)
Уч. изд. л. 9,85
Заказ № 703

Подписной индекс для предприятий и организаций: 77719

ISSN 2307-6461

ДУШАНБЕ

Паёми таълимоти баъдидипломии
соҳаи тандурустӣ

Вестник последипломного образования
в сфере здравоохранения

Выходит один раз в 3 месяца

Основан в 2011 г.

2 • 2017

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. Давлатов** (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** (академик Российской академии медико-технических наук, 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.), **Хамидов Д.Б.** (к.м.н., доцент), **М.Н. Шакиров** (д.м.н.).

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Дж.А. Азонов (д.м.н., профессор), **М.М. Алиев** (д.м.н., профессор; Ташкент), **В.Г. Баиров** (д.м.н., профессор; Санкт-Петербург), **Б.Б. Баховадинов** (д.м.н., профессор; Санкт-Петербург), **Т.Г. Гульмурадов** (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), **Назаров Т.Х.** (д.м.н., профессор; Санкт-Петербург) **Руммо О.О.** (д.м.н., профессор; Минск), **С.С. Сатторов** (д.м.н., профессор), **И.В. Тимофеев** (д.м.н., профессор; Санкт-Петербург).



WWW.IPOVSZRT.TJ/
JOURNAL



PRINTING HOUSE
«ASIA-PRINT»

Herald of the institute of postgraduate education in health sphere

Every 3 months Journal

Since 2011

2 • 2017

Chief editor N.D. Mukhiddinov
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.** (academician of the Russian Academy of Medical and Technical Sciences, 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), **Khamidov D.B.** (candidate of medical science, docent), **Shakirov M. N.** (doctor of medical science)

EDITORIAL COUNCIL

Azonov Dzh. A. (doctor of medical science, professor), **Aliev 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), **Nazarov T.Kh.** (doctor of medical science, professor; St. Petersburg), **Rummo O. O.** (doctor of medical science, professor; Minsk), **Sattorov S. S.** (doctor of medical science, professor), **Timofeev I. V.** (doctor of medical science, professor; St. Petersburg).

ISSN 2307-6461
DUSHANBE

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА МЕДИЦИНЫ

THEORY AND PRACTICE OF MEDICINE

Абдуллоев Дж.А., Гуломов М.Ш., Ризоев В.С., Восиев С.А., Одинаев Р.С.

Оптимизация хирургического лечения и профилактики послеоперационных осложнений при эхинококкозе печени

5

Abdullaev J.A., Gulamov M.Sh., Rizaev V.S., Vasiev S.A., Odinaev R.S.

Assessment of the profiled awareness level of people living in malaria epidemic regions of Tajikistan

Акбарова Н.Х., Исмоилов А.А.

Изменения вкусовой сенсорной системы языка у больных, страдающих галитозом

9

Akbarova N.Kh., Ismailov A.A.

The change in taste sensor system of the tongue in patients with halitosis

Атежанов Д.О., Божбанбаева Н.С., Суниев Т.К.

Влияние соматического здоровья детей с хронической персистирующей инфекцией на развитие стоматологической патологии

13

Atezhanov D.O., Bozhbanbaeva N.S., Supiyev T.K.

Effect of physical health of children with chronic persistent infection in the development of dental disease

Давлатов С.Б., Рафиев Р.Р., Шарипов А.М., Джобирова Ш.Н.

Результаты хирургического лечения эхинококкоза верхней доли легкого у детей

18

Davlatov S.B., Rafiev R.R., Sharipov A.M., Jabirova Sh.N.

The results of surgical treatment of echinococcosis in the upper lobe of the lung in children

Ибрагимов И.У., Юсупов З.Я., Каримов С.М.

Оценка стоматологической заболеваемости и анализ профилактической активности среди работников кондитерских фабрик

22

Ibrahimov I.U., Yusupov Z.Y., Karimov S.M.

Evaluation of stomatological morbidity and analysis of preventive activity among confectionery factory workers

Исмоилов М.М., Мухиддинов Н.Д., Назирбоева О.Ю.

Отдаленные результаты микрохирургического восстановления маточной трубы при трубной беременности

27

Ismoilov M.M., Mukhiddinov N.D., Nazirboeva O.YU.

Remote results of microsurgical recovery of the uterine pipe at pipe pregnancy

Касымов О.И., Муниева С.Х., Касымов А.О., Гафурова Ш.А.

Эффективность комплексного лечения больных аногенитальными бородавками

32

Kasymov O.I., Munieva S.H., Kasymov A.O., Gafurova Sh.A.

Efficiency of complex treatment of patients with anogenital warts

Касымова М.К., Бобоходжаева М.О.

Тенденции в сфере рождаемости в Республике Таджикистан в эпоху распространения практики планирования семьи

37

Kasymova M.K., Bobokhojaeva M.O.

Birth rate trends in Tajikistan in the era of family planning practice expansion

Курбонов К.М., Назирбоев К.Р., Саидов Р.Х., Муродов У.К.

Результаты различных способов холецистэктомии при лечении острого деструктивного холецистита

43

Kurbonov K.M., Nazirboev K.R., Saidov R.KH., Murodov U.K.

Results of different methods of cholecystectomy in the treatment of acute destructive cholecystitis

Миралиев С.Р., Мухиддинов Н.Д., Туманова Г.А., Джабарова Т.С.

Анализ статуса питания и индекс массы тела женщин детородного возраста в пилотных районах Хатлонской области

49

Miraliev S.R., Muhiddinov N.D., Tumanova G.A., Dzhabarova T.S.

Analysis of nutrition status and body mass index of women of childbearing age in pilot districts of Khatlon region

Нарзулоева М.Ф., Одинаев Ф.И., Шарипов А.А., Хакимова М.М.

Состояние иммунного статуса больных с хроническим бруцеллёзом

53

Narzuloeva M.F., Odinaev F.I., Sharipov A.A., Khakimova M.M.

Immune state of patients with chronic brucellosis

Одинаев А.А., Набиев З.Н., Саидов Дж.С.

Острая почечная недостаточность на фоне мочекаменной болезни и принципы предоперационной подготовки у детей

58

Салимова З.Н., Камилова М.Я., Давлятова Г.К.

Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у многорожавших женщин с анемией различной степени

62

Сироджов К.Х., Мурадов А.М., Холов Д.И., Сафаров А.Х.

Ближайшие результаты лечения переломов костей голени у больных сахарным диабетом

67

Шаханов Н.С., Азизов А.А., Бакиева Г.Т.

К вопросу о тактике хирургической коррекции и дренирования удвоенных лоханок и мочеточников у детей раннего возраста

72

ОБЗОРЫ

Адильова Ф.Х., Холматов Д.И., Алиев Н.В.

Факторы риска, объективная диагностика и реабилитация слуха у детей с врожденной тугоухостью

77

Джумаев Ш.М., Таиров У.Т.

Восстановительное хирургическое лечение различных видов дефектов и деформаций нижней челюсти остеозамещающими материалами

83

Шамсидинов Б.Н., Гаффарова М.А., Мухторова П.Р.

Эпидемиологические и клинические аспекты папилломатоза гортани у детей

91

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Курбанов Д.М.

Билома после лапароскопической холецистэктомии

96

Назаров Т.Х., Стецик О.В., Рычков И.В., Агагулов М.У., Трубникова К.Е.

Нетипичный гидронефроз при обструктивном камне мочеточника

99

Odinaev A.A., Nabiev Z.N., Saidov J.S.

Acute kidney injury against the background of urolithiasis and principles of preoperative preparation of children

Salimova Z.N., Kamilova M.YA., Davlyatova G.K.

Features of pregnancy, delivery and post-delivery period course in women with multiple deliveries and anemia of different stages

Sirodjov K.KH., Muradov A.M., Kholov D.I., Safarov A.KH.

Nearest results of shin bone fracture treatment in patients with sugar diabetes

Shahanov N.S., Azizov A.A., Bakieva G.T.

To the question of tactics of surgical correction and drainage of doubled pelvises and ureters in children of early age

REVIEWS

Adilova F.Kh., Kholmatov D.I., Aliev N.V.

Risk factors, objective diagnostics and rehabilitation of hearing in children with congenital hear loss

Djumaev Sh.M., Tairov U.T.

Recovery surgical treatment of various types of defects and deformations of mandible by osteoclastic materials

Shamsidinov B.N., Gaffarova M.A., Muhtorova P.R.

Epidemiological and clinical aspects of laryngeal papillomatosis in children

ANNIVERSARY

Kurbanov J.M.

Biloma after laparoscopic cholecystectomy

Nazarov T.KH., Stecik O.V., Rychkov I.V., Agagyulov M.U., Trubnikova K.E.

Atypical hydronephrosis during obstructive urinary stones

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА МЕДИЦИНЫ

© Коллектив авторов, 2017

УДК 617-089; 616.36-089; 616-072.1

¹Абдуллоев Дж.А., ²Гуломов М.Ш., ²Ризоев В.С., ³Восиев С.А., ³Одинаев Р.С.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

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

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

³ГКБ СМП, Душанбе

¹Abdullaev J.A., ²Gulamov M.Sh., ²Rizaev V.S., ³Vasiev S.A., ³Odinaev R.S.

ASSESSMENT OF THE PROFILED AWARENESS LEVEL OF PEOPLE LIVING IN MALARIA EPIDEMIC REGIONS OF TAJIKISTAN

¹Department of General Surgery №2 of the Tajik Medical State University named after Abuali-ibn-Sino

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

³City Clinical Hospital of Emergency Medical Services, Dushanbe

Цель исследования. Оптимизация методов профилактики послеоперационных осложнений и изучение эффективности малоинвазивных методов лечения эхинококкоза печени.

Материал и методы. Анализируется опыт хирургического лечения 673 больных эхинококкозом печени. Всем пациентам выполнены традиционные операции. Послеоперационная летальность составила 0,4%, рецидив эхинококкоза отмечен у 8,3% обследованных больных, количество специфических послеоперационных осложнений – 13,7%. Проанализирован опыт лечения послеоперационных осложнений у 57 пациентов с нагноением остаточной полости с помощью ультразвукового пункционного метода и у 6 больных с механической желтухой с помощью эндоскопических манипуляций в области большого дуоденального сосочка.

Результаты. Используя интраоперационные способы профилактики послеоперационных осложнений, авторы добились уменьшения количества нагноений остаточных полостей и снижения частоты желчеистечений при открытых формах эхинококкэктомии. В целом излечения удалось добиться более чем у 92,3% оперированных. В этой группе летальных исходов и тяжелых осложнений не отмечено.

Заключение. Применение пункционного метода и лечебной эндоскопии при послеоперационных осложнениях может служить альтернативой традиционным операциям.

Ключевые слова: эхинококковая болезнь, профилактика, послеоперационные осложнения, ультразвуковая пункция, эндоскопия

Aim. Optimization of the prophylaxis methods of postoperative complications and study of the effectiveness of minimally invasive methods of treatment.

Materials and methods. The paper analyses the experience of surgical treatment of 673 patients with Echinococcosis of the liver. All patients had traditional surgeries. Postoperative lethality was 0,4%, relapse of echinococcosis was noted in 8,3%, the number of specific postoperative complications was-13,7%. The experience of treatment of postoperative complications in 57 patients with suppuration of the residual cavity using the ultrasonic puncture method and in 6 patients with mechanical jaundice using endoscopic manipulation in the large duodenal papilla area was analyzed.

Results. The authors achieved a reduction in the number of suppuration of residual cavities and a decrease in the frequency of bile ducts with open forms of echinococcectomy using Intraoperative methods of prophylaxis of postoperative complications. In general, more than in 92,3% of operated patients have recovered. In this group the lethal outcomes and severe complications were not marked.

Conclusion. Application of the puncture method and medical endoscopy in postoperative complications may serve as alternative to traditional operations.

Key words: echinococcal disease, prophylaxis, postoperative complications, ultrasound puncture, endoscopy

Актуальность

За последние годы в структуре хирургических заболеваний органов брюшной полости всё чаще встречается эхинококковая болезнь. Нерешённые социально-экономические и санитарно-эпидемиологические вопросы делают эту проблему весьма актуальной. Несвоевременная диагностика и увеличение числа больных с эхинококкозом печени приводят к наибольшему количеству специфических осложнений – 12,5%, которые усугубляют тяжесть течения этого паразитарного заболевания и становятся причинами неудовлетворительных результатов лечения. Одной из негативных сторон эхинококкоза является рецидив заболевания, частота которого, по данным разных авторов, варьирует от 3,3% до 54% случаев и затрудняет выполнение радикальных оперативных вмешательств на фоне массивного спаечного процесса. Послеоперационные осложнения в виде кровотечения, желчеистечения с развитием желчного перитонита, нагноение остаточной полости, образования желчных свищей и механическая желтуха встречаются довольно часто, достигая 9,64%, требуя повторных хирургических вмешательств [1].

В настоящее время в лечении эхинококковой болезни часто используют малотравматичные методы вмешательств [2, 3, 4]. Однако, в доступной литературе вопросы эффективности малоинвазивных способов лечения специфических послеоперационных осложнений, таких как УЗ-пункция и эндоскопия, при эхинококкозе печени недостаточно освещены.

Материал и методы исследования

За период 2002-2016 гг. в хирургических отделениях Городской клинической больницы скорой медицинской помощи города Душанбе лечились 673 больных с эхинококкозом печени в возрасте от 16 до 75 лет. Основная масса пациентов были трудоспособного возраста: до 40 лет - 442 (65,7%); 40-60 лет – 207 (26,3%); старше 60 лет - 54 (8,0%). Мужчин было 261 (38,8%), женщин - 412 (61,2%). Сельские жители составили 445 (66,2%), городские - 228 (33,8%).

Размеры кист, по данным УЗИ, колебались от 3,0 до 27,0 см. Локализация в правой доле встречалась у 424 (63,0%), в левой доле – у 187 (27,8%), поражение обеих долей имелось у 62 (9,2%) пациентов. Осложнения эхинококкоза печени, по нашим данным, были у 28 больных (4,2%). Следует отметить, что двое пациентов поступили с множественным эхинококкозом органов брюшной полости, осложнившимся абдоминальным компартмент-синдромом. Частота рецидивного эхинококкоза печени составила 56 (8,3%) случаев.

При поступлении всем больным проведены клиничко-лабораторные и инструментальные методы исследования, включая УЗИ. При этом информативность УЗИ достигала 97%. МРТ и КТ использовались лишь в 20 случаев с целью дифференциальной диагностики эхинококкоза с другими очаговыми поражениями печени (рис. 1, 2).

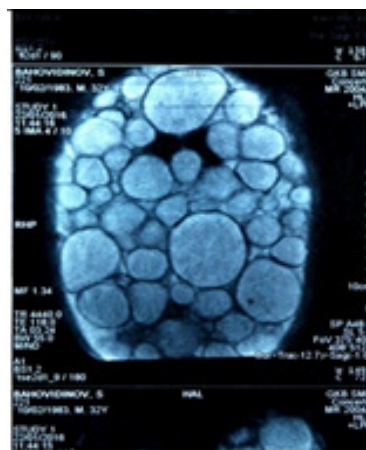


Рис. 1, 2. МРТ. Множественный эхинококкоз органов брюшной полости

В большинстве случаев больным была выполнена открытая эхинококкэктомия - 274 (40,9%). Показанием к открытой эхинококкэк-

томии считали наличие эхинококковой кисты с явными проявлениями инфицирования - 107, обнаружение погибшей кисты - 59, выявление

во время операции больших цистобилиарных свищей фиброзной капсулы - 77, локализация кисты у ворот печени, спаянной с его элементами, - 27, трудности ликвидации сообщающихся в виде песочных часов полостей при многокамерном эхинококкозе - 4.

Другим наиболее используемым вариантом операции была закрытая эхинококкэктомия. Она применена у 105 (15,6%) больных с живым эхинококком. Перицистэктомия считается более радикальной операцией, так как удаляется фиброзная капсула, что считается основной причиной рецидива заболевания. Различные варианты перицистэктомии нами выполнены у 116 (17,2%) больных. Идеальная эхинококкэктомия без вскрытия стенки фиброзной капсулы произведена в 83 (12,3%) случаях. При краевых локализациях эхинококковых кист у 30 (4,4%) больных были выполнены атипичные варианты резекции печени, правосторонняя гемигепатэктомия - в 15 (2,2%) случаях при наличии множественных кист, занимающих ту или иную анатомическую зону. Эхинококкэктомия из печени и других органов выполнена у 50 (7,4%) больных

С целью профилактики рецидива заболевания у всех больных после открытой и закрытой эхинококкэктомии в качестве гермицидного препарата для обработки полости кисты использовали 10% раствор бетадина с 10-минутной экспозицией, а в послеоперационном периоде в течение месяца проводили курс химиотерапии с использованием альбендазола и мебендазола. Схему лечения подбирали индивидуально с учетом рекомендаций Института паразитологии и тропической медицины им. У.И. Марциновского.

После открытой эхинококкэктомии умерло 3 (0,4%) пациента от острой сердечно-сосудистой недостаточности, инфаркта миокарда. Средняя продолжительность пребывания больных в клинике составила 13 ± 3 дней, амбулаторный период наблюдения - до 1 месяца.

Результаты исследования больных были подвергнуты вариационно-статистическому анализу с использованием таблиц Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

Специфические послеоперационные осложнения после эхинококкэктомии имелись у 92 (13,7%), осложнения в виде нагноения остаточной полости - у 57 (8,5%), кровотечение в брюшную полость - у 4 (0,6%) больных. Следует отметить, что кровотечение в большинстве случаев встречалось при различных вариантах перицистэктомии, а также при использовании радикальных методов эхинококкэктомии. Желчеистечение в брюшную полость диагностирована у 4 (0,6%), желчные и гнойные свищи - у 21 (3,1%) больного. Эти ос-

ложнения в основном наблюдались при открытых формах эхинококкэктомии из печени.

Желчные свищи в стенке фиброзной капсулы в основном были обнаружены во время операции и ликвидированы наложением П-образных швов с дополнительной аппликацией пластин «тахокомба». В 13 случаях при ревизии остаточной полости желчные свищи не обнаружены, однако, на 5-е сутки послеоперационного периода по дренажной трубке отмечено выделение желчи. В связи с этим в дальнейшем во всех случаях с целью профилактики желчеистечения в свободную брюшную полость при открытых вариантах эхинококкэктомии края фиброзной капсулы были герметично ушиты до дренажной трубки. Данный способ нами использован у 21 больного, среди них случаев желчеистечения в брюшную полость не наблюдалось. Названную тактику особенно соблюдали в случаях, когда при отсутствии желчного свища проявлялось незначительное пятно желтого цвета на стенке хитиновой оболочки. Кроме того, с целью снижения частоты нагноений остаточных полостей после открытых способов эхинококкэктомии полости фиброзных капсул дополнительно дренировали микроиригатором и выводили через дополнительный разрез. В последующем после удаления основной трубки микроиригатор использовался с целью аспирации и дренирования полости, затем удалялся после полной ликвидации остаточной полости под контролем УЗИ. Этот способ позволил резко снизить возможность нагноения остаточных полостей при открытом способе эхинококкэктомии. Продолжительность амбулаторного наблюдения длилась до 1 месяца.

У 32 больных в сроки до 1 месяца послеоперационного периода при возникновении осложнений, таких как нагноение остаточной полости (29) и ограниченное скопление желчи в подпеченочном пространстве (3), нами использован пункционный метод лечения (аспирационно-дренажный способ) под контролем УЗИ. Только в 1 случае при желчеистечении в свободную брюшную полость понадобилась повторная лапаротомия. Кроме того, у 25 (3,7%) больных в срок до 6 лет после операции также развилось нагноение остаточных полостей в печени размерами от 3 до 6 см. Следует отметить, что остаточные полости в большинстве случаев формировались после открытой (20) и закрытой (5) формы эхинококкэктомии. У этих больных периодически отмечалась субфебрильная температура и тупые распирающие боли в правом подреберье. Всем пациентам проводили пункцию и дренирование полостей под контролем УЗИ с последующим медикаментозным лечением. У этих больных серьезных осложнений и летальных исходов не было. Длительность стационарного

лечения составила до 7 суток, дальнейшее лечение проведено амбулаторно.

Ближайший послеоперационный период у всех больных протекал без развития осложнений. В отдалённом послеоперационном периоде в сроках от 6 месяцев до 3 лет после пункционного способа лечения рецидивов заболевания не отмечалось. При кровотечениях (4) нами использована лапароскопическая санация и диатермокоагуляция кровоточащего сосуда (1) и раневой поверхности печени (3) в раннем послеоперационном периоде. Во всех случаях получены хорошие результаты.

В раннем послеоперационном периоде механическая желтуха после эхинококкэктомии развилась в 6 (0,9%) случаях, при этом уровень билирубина в крови колебался от 47 до 120 ммоль/л. При УЗИ у этих пациентов отмечалось расширение холедоха различных степеней тяжести. Среди детритов фиброзной капсулы был обнаружен участок гипохогенного образования в терминальной части холедоха (3). При наличии участков хитиновой оболочки в холедохе (2) эхокартина выглядела в виде гиперэхогенных структур без акустической дорожки. Эхокартина дочерних кист в холедохе на фоне анэхогенного либо слабо эхогенного содержимого представлена

округлыми сферическими образованиями с четко определяющимся гиперэхогенным кольцевидным контуром (1). У всех больных при ФГДС отмечено набухание большого дуоденального сосочка.

Нами выполнены следующие операции. В 2 случаях после медикаментозной подготовки была достаточна лишь канюляция БДС, при которой отмечалось спонтанное выхождение детритов из просвета холедоха. В 1 случае выполнена эндоскопическая папиллотомия без рассечения сфинктера Одди (ЭПТ). Ещё в 1 случае обнаружен рождающийся участок хитиновой оболочки (рис. 3), который был устранен путем захвата элементов манипулятором через канал эндоскопа и извлечен в просвет 12-перстной кишки. В 2 остальных случаях механическая желтуха была устранена применением ЭПСТ и введением корзины Дормиа в просвет холедоха с удалением элементов эхинококковой кисты и дочерних пузырьков. На 5-7 сутки послеоперационного периода у всех больных отмечалось улучшение клинико-лабораторных показателей с нормализацией уровня билирубина в крови.

При повторном ультразвуковом исследовании размеры холедоха во всех случаях были в пределах $1,0 \pm 0,5$ см, что указывает на эффективность данного способа.

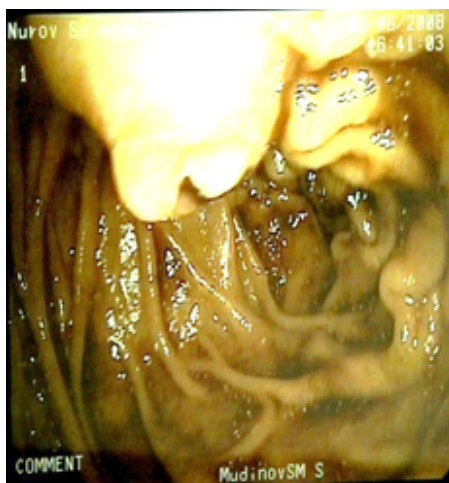


Рис. 3. Дуоденоскопия. Визуализация участка хитиновой оболочки через устье фатерова сосочка

Желчные и гнойные свищи (21) в основном лечили консервативными методами. Однако, в 1 случае при наличии цистобилиарного свища в сочетании с наружным желчным свищом при отсутствии тенденции к самостоятельному закрытию, с целью снижения давления в желчных протоках и улучшения желчеоттока естественным путем также использовали ЭПСТ в сочетании с назобилиарным дренированием, в результате чего добились заживления наружного желчного свища на 5 сутки послеоперационного периода.

Заключение

Таким образом, разработанные нами интраоперационные способы профилактики позволяют снизить послеоперационные осложнения, улучшить функциональные результаты хирургического лечения больных с эхинококкозом печени. Применение ультразвукового пункционного метода лечения при нагноении остаточных полостей и ограниченном скоплении желчи в подпеченочном пространстве после эхинококкэктомии является менее травматичным, что позволяет избегать повторных оперативных вмешательств. При

механической желтухе, возникшей после эхинококэктомии, методом выбора являются различные эндоскопические манипуляции в области большого дуоденального сосочка.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 2-4 см. в REFERENCES)

1. Курбонов К.М., Махмадов Ф.И., Даминова Н.М., Гулахмадов А.Д. Диагностика и лечение нагноившегося эхинококкоза печени. //Анналы хирургической гепатологии. 2011. № 4. С. 62-63.

REFERENCES

1. Kurbonov K. M., Makhmadov F. I., Daminova N. M., Gulakhmadov A. D. Diagnostika i lechenie nagnovshegosya ekhinokokkoza pecheni [Diagnosis and treatment of festering liver echinococcosis]. Annaly khirurgicheskoy gepatologii - Annals of surgical hepatology, 2011, No. 4, pp. 62-63.

2. Agaoglu N. Turkyilmaz S., Arslan M. K. Surgical treatment of hydatid cysts of the liver. British Journal of Surgery, 2013, Vol. 90, No. 12, pp. 1536-1541.

3. Al Karawi M. A. Ei-Shiekh A. R., Yasawy M. I. Advances in diagnosis and management of hydatid disease. Hepato-gastroenterology, 2010, Vol. 37, No. 3, pp. 327-331.

4. Haddad M. C., Tuwaijah S. H., Mourad F. H. et al. Adjuvant therapy in the treatment of complication following surgery for hepatic echinococcal cysts. CardioVascular and Interventional Radiology, 2016, Vol. 23, No. 5, pp. 406-409.

Сведения об авторах:

Абдуллоев Джамолiddин Абдуллоевич – зав. кафедрой общей хирургии №2 ТГМУ имени Абуали ибн Сино, д.м.н., профессор

Гуломов Мусулмон Шамсович – доцент кафедры хирургических болезней №1 ТГМУ имени Абуали ибн Сино

Ризоев Ватанио Сайфович – аспирант кафедры хирургических болезней №1 ТГМУ имени Абуали ибн Сино

Восиев Абдусаттор Сабурович – врач УЗ диагностики ГКБ СМП

Одинаев Рустам Саидахмадович – врач-эндоскопист ГКБ СМП.

Контактная информация:

Гуломов Мусулмон Шамсович – г Душанбе, ул. Мухаммадиева 34, кв. 87; тел.: +992918669543; e-mail: muslim65@mail.ru

© Коллектив авторов, 2017

УДК 616.31-084(075.8)

¹Акбарова Н.Х., ²Исмоилов А.А.

ИЗМЕНЕНИЯ ВКУСОВОЙ СЕНСОРНОЙ СИСТЕМЫ ЯЗЫКА У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ГАЛИТОЗОМ

¹Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины

²Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

¹Akbarova N.Kh., ²Ismailov A.A.

THE CHANGE IN TASTE SENSOR SYSTEM OF THE TONGUE IN PATIENTS WITH HALITOSIS

¹Tajik Scientific Research Institute of Preventive Medicine

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

Цель исследования. Определить пороги вкусовой чувствительности языка в зависимости от тяжести галитозного нарушения полости рта.

Материал и методы. Обследовано 58 больных, страдающих галитозом, для определения вкусового восприятия языка. Для характеристики вкусовой сенсорной системы языка проводилось определение абсолютных порогов вкусовой чувствительности к сладкому, соленому, кислому и горькому вкусу методом пороговой густометрии.

Результаты. Установлено, что показатели пороговой густометрии для всех видов раздражителей у лиц с легкой формой запаха изо рта до и после реализации лечебно-профилактических мероприятий антигалитозного характера соответствовали $4,41 \pm 0,37$ и $2,02 \pm 0,15$, со средней формой галитоза - $6,12 \pm 1,04$ и $4,46 \pm 0,62$. Эти показатели у пациентов с тяжелой формой патологии составили $7,27 \pm 1,44$ и $5,74 \pm 0,99$ соответственно, что свидетельствуют об улучшении восприятия вкусовых раздражителей сосочками языка.

Заключение. У лиц с галитозом в ходе реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий антигалитозного характера происходило улучшение восприятия вкусовых раздражителей сосочками языка.

Ключевые слова: галитоз, сенсорная система, язык, густометрия, вкусовой раздражитель, антигалитозное лечение

Aim. To determine the thresholds of taste sensitivity of the tongue, depending on the severity of the halitosis disorder of the oral cavity.

Materials and methods. 58 patients with halitosis were studied for determination of taste perception of the tongue. There was conducted the determination of the absolute thresholds of taste sensitivity to sweet, salty, sour and bitter taste by the method of threshold gustometry in order to characterize the taste sensory system of the tongue.

Results. It is found that indicators of threshold Gustometry for all kinds of stimulus in patients with a mild odor from the mouth, before and after the realization of medical and preventive antihalitic activities matched $4,41 \pm 0,37$ and $2,02 \pm 0,15$, with medium form of halitosis - $6,12 \pm 1,04$ and $4,46 \pm 0,62$. This indicators in patients with the severe form of pathology made up $7,27 \pm 1,44$ and $5,74 \pm 0,99$ accordingly, which indicates an improvement in the perception of taste stimulus by the papillae of the tongue.

Conclusion. There was an improvement in the perception of taste stimulus by the papillae of the tongue during the realization of complex medical and preventive antihalitic activities for patients with halitosis.

Key words: halitosis, sensor system, tongue, gustometry, taste stimulus, antihalitic treatment

Актуальность

Совершенствование галитометрических аспектов полости рта повышает эффективность внедрения программы профилактики стоматологической заболеваемости [1]. При общесистемных нарушениях в организме наблюдаются микрососудистые изменения со стороны органов полости рта, способствующие нарушению вкусового восприятия языка, возникновению парестезии и ксеростомии [4].

Нарушение вкусового восприятия связано с изменением иннервации вкусовых сосочков языка [2, 3]. В этой связи приходится утверждать, что исследований вкусовой чувствительности ко всем видам вкусовых раздражителей у лиц, страдающих галитозом, проводилось недостаточно. В этом направлении имеются лишь отдельные работы, указывающие на снижение вкусовой чувствительности к сладкому у больных сахарным диабетом.

С учетом вышеизложенного одним из главных направлений исследований галитозного состояния полости рта остается определение порога вкусовой чувствительности языка в зависимости от тяжести озостомии.

Материал и методы исследования

Основные растворы вкусовых веществ готовили следующим образом: для тестирования сладкого вкуса – 10% раствор сахарозы; соленого вкуса - 1% раствор хлористого натрия; кислого вкуса – 1% раствор винной кислоты и горького вкуса – 0,1% раствор хинина гидрохлорида. Вкусовое вещество комнатной температуры наносили

на кончик языка, ответственный за восприятие сладкого, соленого, кислого и горького согласно данным о вкусовых полях. Растворы наносили пластиковыми микропипетками по одной капле в строгой последовательности от самых низких концентраций до пороговых.

Сначала пациентам подавалась вода (нулевой образец), а затем соответствующие растворы в возрастающей концентрации, начиная от величины ниже пороговой до величины выше пороговой. Нормальными величинами пороговой чувствительности считались для сахарозы 0,4-0,5%, для поваренной соли – 0,1-0,2%, для винной кислоты – 0,014% и для хинина гидрохлорида – 0,00015% [4]. Время между отдельными пробами составляло 2-3 минуты.

Пациентов просили прополоскать рот дистиллированной водой и максимально высунуть язык. Затем спинку языка высушивали фильтровальной бумагой. Пипеткой наносили по капле соответствующих растворов раздражителей на боковые поверхности и кончик языка. Одновременно с внесением отдельного раздражителя левой рукой включали секундомер. Выключали секундомер сразу же, как только испытуемый начинал отвечать о качестве раздражителя. Нанесение раздражителей проводили в таком последовательности: сладкий, соленый, кислый и горький раствор, начиная с минимальной концентрации по возрастающей.

После нанесения соответствующих вкусовых раздражителей высушивали язык фильтровальной

бумагой, затем обследуемый прополаскивал рот дистиллированной водой комнатной температуры, и снова высушивали перед нанесением нового раздражителя. Исследование проводилось дважды: при первичном обращении и после реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий стоматологического характера. Вкусовая чувствительность языка исследовалась натошак. За индивидуальный вкусовой порог языка принимали величину концентрации раствора, правильно характеризующую испытываемым качественно.

Результаты и их обсуждение

У стоматологических пациентов с легкой, средней и тяжелой озостомией в зависимости от степени нарушения галитозного состояния полости рта изучение сенсорного компонента восприятия различных вкусовых раздражителей выявило выраженные различия между ними.

До проведения соответствующего лечения комплексного характера нами обнаружено ухудшение показателей вкусового восприятия всех видов раздражителей у больных, страдающих галитозом. Так, исходное значение вкусового восприятия на сладкий раздражитель среди обследованных лиц с легкой формой галитоза составило $4,59 \pm 0,45\%$, на соленый, кислый и горький - $4,33 \pm 0,21\%$, $4,09 \pm 0,36\%$ и $4,63 \pm 0,46\%$ соответственно. Исходный уровень вкусовой чувствительности языка при галитозном состоянии полости рта максимизировался в исследуемых группах со средней (соответственно $6,47 \pm 1,11\%$, $5,60 \pm 0,94\%$,

$6,07 \pm 1,03\%$ и $6,33 \pm 1,08\%$) и тяжелой (соответственно $7,71 \pm 1,54\%$, $6,44 \pm 1,21\%$, $7,19 \pm 1,45\%$ и $7,74 \pm 1,55\%$) формами исследуемой патологии.

В группе сравнения исходные показатели пороговой густометрии достигли значений половозрастной нормы для сладкого ($0,50 \pm 0,14\%$), соленого ($0,20 \pm 0,06\%$), кислого ($0,014 \pm 0,002\%$) и горького ($0,00015 \pm 0,00001\%$) вкусового раздражителей.

После реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий стоматологического характера обнаружено улучшение показателей вкусового восприятия у больных, страдающих легкой, средней и тяжелой формами галитоза. Так, в 1-й основной группе в ходе лечения выявлены значительные изменения сенсорного компонента вкусовой чувствительности к сладкому, соленому, кислому и горькому. Обнаружено статистически достоверное снижение показателей пороговой густометрии для сладкого раздражителя с $4,59 \pm 0,45\%$ до $2,19 \pm 0,17\%$, для соленого - с $4,33 \pm 0,21\%$ до $2,05 \pm 0,15\%$, для кислого - с $4,09 \pm 0,36\%$ до $1,96 \pm 0,14\%$, для горького раздражителя - с $4,63 \pm 0,46\%$ до $1,92 \pm 0,13\%$ ($P < 0,001$).

Показатели пороговой густометрии для всех видов раздражителей у лиц с легкой формой озостомией до и после реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий антигалитозного характера соответствовали $4,41 \pm 0,37$ и $2,02 \pm 0,15$, со средней формой галитоза - $6,12 \pm 1,04$ и $4,46 \pm 0,62$. Эти показатели среди пациентов с тяжелой формой патологии составили $7,27 \pm 1,44$ и $5,74 \pm 0,99$ (рис.).

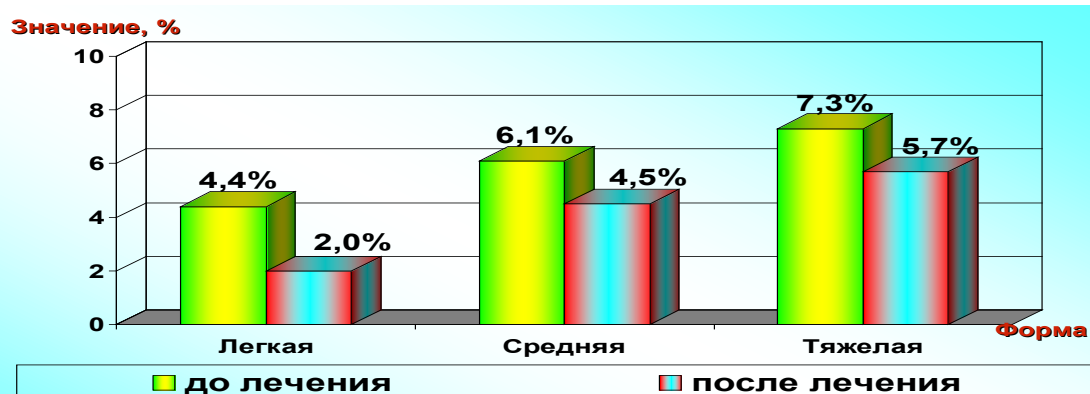


Рис. 1. Значение показателя пороговой густометрии в зависимости от формы галитоза (%)

На фоне проведенного лечения при легкой степени галитоза восприимчивость к сладкому вкусу улучшалась на 52,3%, к соленому - на 52,7%, к кислому - на 52,1%, к горькому - на 58,5%. В среднем вкусовая чувствительность языка в группе пациентов

с легкой формой галитозного состояния полости рта после реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий улучшилась на 54,2%.

Во 2-й основной группе (средняя форма галитоза полости рта) эти изменения были менее вы-

ражены. Среди обследованных лиц отмечено небольшое улучшение порога восприятия сладкого с исходного значения $6,47 \pm 1,11\%$ до $4,01 \pm 0,53\%$ после проведенного лечения, что свидетельствует об улучшении пороговой густометрии языка на 38,0% ($P < 0,01$). Восприимчивость к горькому вкусу также улучшилась на 36,0% ($P < 0,01$), тогда как изменения чувствительности к соленому и кислому вкусу составили 14,1 и 18,5% соответственно ($P > 0,05$).

В процессе лечения при структурном анализе сенсорного компонента вкусового восприятия раздражителей у стоматологических пациентов с тяжелой степенью галитозного нарушения полости рта значение пороговой густометрии к сладкому снизилось с исходного значения $7,71 \pm 1,54\%$ до $5,93 \pm 1,03\%$, что свидетельствует об улучшении чувствительности языка к сладкому на 23,1% ($P < 0,05$). Среди обследованных этой группы восприимчивость к горькому вкусу улучшилась на 23,4% ($P < 0,05$).

Как свидетельствуют полученные результаты, у лиц, страдающих галитозом, показатели пороговой густометрии не достигали значений половозрастной нормы в процессе реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий антигалитозного характера. Достоверное снижение показателей пороговой густометрии на все виды раздражителей наблюдалось только среди пациентов с легкой формой нарушения галитозного состояния полости рта ($P < 0,001$). У лиц со средней и тяжелой формами галитоза на фоне проведенного лечения изменения чувствительности к сладкому и горькому вкусу оказались менее достоверными ($P < 0,01$ и $P < 0,05$ соответственно), тогда как к соленому и кислому – недостоверными ($P > 0,05$).

Заключение

Обнаружено ухудшение показателей вкусового восприятия всех видов раздражителей у больных, страдающих галитозом. В группе с легкой формой озостомии исходный уровень вкусовой чувствительности языка составил минимальную

величину и достоверно увеличивался в группах со средней и тяжелой степенями неприятного запаха изо рта.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (п. 4 см. в REFERENCES)

1. Аврамова О.Г. Галитоз: новая проблема в стоматологии // Стоматология для всех. 2010. № 1. С. 18-20.
2. Цепов Л.М., Николаев А.И. Диагностика и лечение заболеваний пародонта. М.: МЕДпресс-информ, 2009. 192с.
3. Цепов Л.М., Николаев А.И. Межсистемные связи при болезнях пародонта // Пародонтология. 2009. № 2 (27). С. 19-24.

REFERENCES

1. Avraamova O. G. Galitos: novaya problema v stomatologii [Halitosis: new problem in dentistry]. Stomatologiya dlya vseh - Dentistry for all, 2010, No.1, pp. 18-20.
2. Tsepov L. M., Nikolayev A. I. Diagnostika i lechenie zabolevaniy parodonta [Diagnostics and treatment of the parodontal diseases]. Moscow, MEDpress-inform Publ., 2009. 192 p.
3. Tsepov L. M., Nikolayev A. I. Mezhsistemnie svyazi pri boleznyakh parodonta [Betweensystems relationship in parodontal disease]. Parodontologiya - Parodontology, 2009, No. 2 (27), pp. 19-24.
4. Barber A. J. A new view of diabetic retinopathy: a neurodegenerative disease of the eye. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 2013, Vol. 27, pp. 283-290..

Сведения об авторах:

Акбарова Наргиза Хуршедовна – соискатель Таджикского научно-исследовательского института профилактической медицины

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

Контактная информация:

Акбарова Наргиза Хуршедовна – тел.: +992 926-30-44-00

© Коллектив авторов, 2017

УДК: 616.314-053.2:616.9-036.12:572.5

Атежанов Д.О., Божбанбаева Н.С., Супиев Т.К.

ВЛИЯНИЕ СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИЕЙ НА РАЗВИТИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан

Atezhanov D.O., Bozhbanbaeva N.S., Supiyev T.K.

EFFECT OF PHYSICAL HEALTH OF CHILDREN WITH CHRONIC PERSISTENT INFECTION IN THE DEVELOPMENT OF DENTAL DISEASE

Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, Almaty, Kazakhstan

Цель исследования. Определить влияние соматического здоровья детей с хронической персистирующей инфекцией на частоту развития стоматологических заболеваний.

Материал и методы. Проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 160 детей (110 - инфицированные и 50 – неинфицированные), родившиеся от матерей с патологическим течением беременности и родов и имевших различные клинически выраженные нарушения и признаки инфицирования.

Результаты. У детей с рецидивирующим течением персистирующей инфекции имеется дальнейшее поражение многих органов и систем. У 76,4±3,27% инфицированных детей с соматической патологией наблюдается более острое течение кариеса зубов при интенсивности 4,6±0,41.

Заключение. Анализ характера течения инфекционного процесса в постнеонатальном периоде в группе детей с рецидивирующим течением персистирующей инфекции показал дальнейшее поражение многих органов и систем, особенно патологию нервной системы. У инфицированных детей с соматической патологией выявлено острое течение кариеса зубов, основными факторами риска развития которого были: гипоплазия зубов, плохая гигиена полости рта и низкая санитарная грамотность родителей.

Ключевые слова: дети, соматическая патология, персистирующая инфекция, болезни зубов

Aim. To determine the effect of physical health of children with chronic persistent infection in the incidence of dental diseases.

Materials and methods. A comprehensive clinical and laboratory examination of 160 children (110 - positive and 50 - not infected), born from women with abnormal pregnancy and childbirth, and had a variety of symptomatic disorders and symptoms of infection.

Results. In children with recurrent persistent infection occurs further damage of many organs and systems. At 76,4±3,27% of infected children with somatic pathology is observed more acute for dental caries at an intensity of 4,6±0,41.

Conclusion. Analysis of the character and severity of infectious process in the post-neonatal period in the group of children with recurrent persistent infection revealed further damage of many organs and systems, especially the nervous system pathology. Infected children with somatic pathology revealed acute for dental caries. The main risk factors for the development of dental caries were hypoplasia of teeth, poor oral hygiene and poor health literacy of parents.

Key words: children, somatic pathology, persistent infection, dental disease

Актуальность

В современных условиях наиболее распространенными инфекциями являются герпетическая (у 80–90% взрослого населения), цитомегаловирусная (у 2% новорожденных и 45–60% детей на

первом году жизни) и хламидийная. В будущем у детей, инфицированных этими вирусами, могут поражаться различные органы и системы [1, 6, 7]. Внутриутробные инфекции могут быть причиной врожденного иммунодефицита, что проявляется

отсроченной патологией, развитием аллергических и аутоиммунных заболеваний [3].

Имеется тесная взаимосвязь между соматической патологией и кариесом зубов. А в развитии гипоплазии зубов ведущее значение имеет как здоровье матери, так и соматическое здоровье ребенка [5]. У детей с соматической патологией стоматологические заболевания развиваются в морфологически и функционально незрелых тканях, неадекватно реагирующих на аналогичные причинные факторы, действующие на взрослых [2]. Это является одной из причин увеличения кариеса зубов у детей раннего возраста. Однако, роль персистирующей инфекции в развитии стоматологических заболеваний у детей не изучена.

Материал и методы исследования

Проведено комплексное клинико-лабораторное обследование детей, направленных в клинику участковыми педиатрами из детских лечебных учреждений города Алматы. Данный контингент составили дети, родившиеся от матерей с патологическим течением беременности и родов и имеющие различные клинически выраженные нарушения и признаки инфицирования.

Из 160 обследованных детей 110 оказались инфицированными (ЦМВИ, ВПГ, токсоплазмоз, хламидиоз, микоплазмоз) с частой персистенцией и 50 детей – неинфицированными. Инфицированные дети (68,8%) составили первую (основную) и неинфицированные (31,2%) - вторую (сравнимую) группы. Соотношение мальчиков и девочек было равным. Среди обследованных преобладали дети до 1 года (70,6%), затем от 1 до 3 лет (15%) и в возрасте от 3 до 6 лет (14,4%).

Клинически выраженных нарушений у детей сравнимой группы не отмечалось. Все дети родились в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов. Результаты обследования позволили исключить у них наличие инфекционного процесса.

Средний возраст матерей инфицированных детей составил 30,6 лет, сравнимой группы - 27,3 лет. Как в первой, так и во второй группах преобладали женщины в возрасте от 20 до 30 лет. У всех детей и их матерей провели комплексное обследование.

Использовались прямые (ПЦР) и непрямые (ИФА) методы диагностики, клинические и биохимические исследования. Показатели периферической крови оценивали по результатам гемограммы в различные возрастные периоды. На основании комплексной оценки состояния здоровья детей в исследуемых группах определялась группа здоровья.

По показаниям для выявления структурных изменений в головном мозге осуществляли ультразвуковое исследование на приборе Fukuda Denshi UF-750 XT с частотой колебаний датчика 5 и 7,5 МГц. Кардиальные нарушения оцени-

вались с помощью ЭхоКГ, ЭКГ по показаниям. Рентгенографию органов грудной клетки также проводили по показаниям с целью определения состояния органов дыхания и размеров сердца. Функциональное состояние внутренних органов оценивали с помощью УЗ исследования брюшной полости и забрюшинного пространства.

Стоматологические исследования детей проводили по описанным в литературе методикам с учетом рекомендаций ВОЗ [4].

Статистическая обработка полученного материала проведена с учетом общепринятых методов вариационной статистики. Для выявления взаимосвязей применяли метод корреляционного анализа, включающий как оценку коэффициента корреляции Спирмена (r), так и уровень его значимости (P).

Результаты и их обсуждение

При изучении анамнестических данных у матерей наблюдаемых детей выявлен отягощенный акушерский анамнез и соматическая патология в основной группе по сравнению с группой контроля. В структуре патологии гинекологической сферы у женщин первой группы в сопоставлении с матерями неинфицированных детей констатированы достоверные различия по частоте таких патологических состояний, как псевдоэрозия шейки матки ($P < 0,05$), хронический кольпит ($P < 0,01$), хронический аднексит ($P < 0,05$) и киста яичника ($P < 0,05$).

При сравнительном анализе анамнестических данных, течения беременности и родов у матерей наблюдаемых детей выявлены статические значимые различия по частоте хронической инфекции, отягощенного акушерского анамнеза в виде замершей беременности и самопроизвольных выкидышей, угрозы прерывания беременности, преждевременных родов и преэклампсии у матерей детей основной группы по сравнению со второй группой. Другие осложнения встречались реже.

Хроническая инфекция у матерей была представлена ассоциацией цитомегаловирусной инфекции и вируса простого герпеса (80%), цитомегаловирусной инфекции и хламидийной инфекции в сочетании с микоплазменной инфекцией (20%). Средний уровень титров специфических IgG у обследованных матерей превышал в 10 раз уровень оптической плотности критической величины с размахами от увеличения с 4 до 22 раз. Нарастание титров IgG антител в парных сыворотках отражает персистирующий характер хронической инфекции и свидетельствует о текущем инфекционном процессе у матерей, что объясняет высокую соматическую и урогенитальную заболеваемость женщин, осложненное течение беременности и в ряде случаев неблагоприятные исходы родов.

Нами проведена работа по разработке прогностических факторов риска реактивации у матери во время беременности (табл. 1).

Прогностические факторы реактивации персистирующей инфекции у матери во время беременности

Риск-факторы	Отношение шансов (сила связи)
Факторы высокого риска (10-15)	
<i>Преждевременные роды</i>	15,0
<i>Преэклампсия</i>	11,5
<i>Угроза прерывания беременности</i>	8,0
Факторы среднего риска (5-10)	
<i>Замершая беременность в анамнезе</i>	6,6
<i>ОРВИ во время беременности</i>	6,5
<i>Хронический бронхит у матери</i>	6,5
<i>Хронический пиелонефрит</i>	6,0
<i>Выкидыши в анамнезе у матери</i>	6,0
<i>Оперативные роды</i>	5,8
<i>Атопический дерматит</i>	5,0

Большая сила связи (>5) выявлена между инфекцией и такими патологическими состояниями, как отягощенный акушерский анамнез в виде замершей беременности, самопроизвольных выкидышей, острая респираторная вирусная инфекция во время беременности, хронический бронхит, хронический пиелонефрит, оперативные роды, атопический дерматит. Наибольшая сила связи (>10) определена между инфекцией и преждевременными родами, преэклампсией, угрозой прерывания беременности. Эти риск-факторы ориентируют клиницистов на направленное обследование женщин и их детей в отношении персистирующих инфекций.

Трансмиссия одним инфекционным агентом идентифицирована у 83 (75,4%) детей основной группы, среди которых Cytomegalovirus составил 69,9%, Herpesvirus - 14,5%, Chlamydia trachomatis - 7,2%, Mycoplasma hominis - 6,0%, Toxoplasma gondii - 2,4%. Смешанная инфекция определялась в 27 (24,6%) случаях. Основную долю микст-инфекций занимают герпесвирусные инфекции – сочетание цитомегаловируса с вирусом герпеса простого (77,8%). Следует отметить, что во всех случаях имела место комбинация цитомегаловируса с тем или иным возбудителем. Ассоциация ЦМВ с хламидиозом верифицирована в 14,8%, ЦМВ с токсоплазмозом – 7,4%.

При оценке течения персистирующей инфекции выявлены значительные различия как в частоте, так и в характере нарушений по сравнению со сравниваемой группой. Так, более 30% детей основной группы родились в тяжелом состоянии ($P<0,01$). У этих же детей зарегистрирована

достоверно высокая частота недоношенности, неврологических и дыхательных нарушений по сравнению с детьми второй группы ($P<0,01$, $P<0,001$ соответственно). Тяжесть состояния детей определялась поражением ЦНС (57,9%), инфекционным токсикозом (45,3%), обусловленных пневмонией и другими полиорганными нарушениями на фоне морфофункциональной незрелости и врожденной патологии. Состояние остальных детей первой группы ухудшалось в позднем неонатальном периоде. Достоверно высокая частота кардиальных нарушений (26,3%, $P<0,05$), кишечного (24,2%, $P<0,01$), геморрагического (7,4%, $P<0,05$), отеочного синдромов (4,2%, $P<0,05$), поражения почек (4,2%, $P<0,05$), белково-энергетической недостаточности (8,4%, $P<0,05$), локальных и генерализованных гнойно-септических заболеваний (8,4%, $P<0,05$) у инфицированных детей связана с очередной реактивацией инфекции на фоне хронического инфекционного процесса и присоединением вторичной вирусно-бактериальной флоры.

Врожденные пороки развития и малые аномалии выявлены у 26 (23,6%) пациентов, в структуре которых отмечались врожденные пороки развития желудочно-кишечного тракта (31%), сердца (31%), почек (22%) и структурно-анатомические аномалии (16%).

Ведущими статистически значимыми лабораторными изменениями у детей с персистирующей инфекцией явились анемия ($120,2\pm 3,8$ г/л), тромбоцитопения ($169,6\pm 4,6 \times 10^9$), лимфоцитоз ($69,5\pm 4,7\%$), лейкоцитоз ($23,4\pm 4,3 \times 10^9$), гипопро-теинемия ($48,2\pm 5,1$ г/л), повышение трансаминаз

(АЛАТ-6,3±2,5, АсАТ-7,6±2,7). Среднее значение титров IgG антител составило 2,594 при оптической плотности критической величины 0,230, у матерей титр антител был, как правило, ниже – 1,248/0,124.

В динамике инфекционного процесса отмечается нарастание неврологической симптоматики с формированием структурных изменений головного мозга. Во втором полугодии жизни у

56,2% детей диагностирован синдром гипервозбудимости (P<0,05). Реактивация возбудителя у детей с персистирующей инфекцией приводила к прогрессированию неврологических нарушений.

Результаты стоматологических исследований, проведенных у инфицированных детей с соматической патологией, выявили более глубокие изменения, чем у детей сравнимой группы (табл. 2).

Таблица 2

Распространенность и интенсивность кариеса зубов у детей дошкольного возраста с персистирующей инфекцией (ПИ)

Возраст (в годах)	Распространенность (%), М± m		Интенсивность(кп+КПУ), М± m	
	практически здоровые	соматическая патология +ПИ	практически здоровые	соматическая патология + ПИ
2	12,5±8,76	25,0±1,78*	0,1±0,23	2,3±0,55*
3	25,0±8,76	57,1±3,24*	0,5±0,33	2,8±0,49*
4	56,3±6,32	100,0±4,78*	1,4±0,24	6,2±0,71*
5	55,6±7,96	91,7±2,76*	1,7±0,30	10,1±0,31*
6	83,3±6,32	83,3±3,12	2,8±0,24	4,5±0,33*
Всего	38,8±6,35	76,4±3,27*	1,3±0,24	4,6±0,41*

Примечание: * – различия статистически достоверны (P<0,05<0,001) по сравнению с показателями у практически здоровых детей

Установлено, что распространенность кариеса зубов у детей с персистирующей инфекцией достоверно выше на 23%, чем у практически здоровых детей. Аналогичные изменения были выявлены и со стороны интенсивности кариеса зубов. Основными факторами риска развития кариеса зубов у детей с соматической патологией и инфицированных персистирующей инфекцией являлись гипоплазия зубов, негигиеническое содержание полости рта и низкая санитарная грамотность родителей.

Наблюдение детей в катамнезе позволило выявить динамику заболеваний и патологических состояний. Обращает на себя внимание, что у детей на первом году жизни в структуре дыхательных нарушений преобладали пневмонии (P<0,001). Последние были двухсторонние очагово-сливные, с обструктивным синдромом, имели затяжное течение. В 2,1% случаев диагностирован плеврит. Бронхиты достоверно чаще регистрировались у детей старше 1 года, носили рецидивирующий характер (P<0,05). В возрастной структуре детей от 3-х до 6 лет выявлена патология как верхних (фарингиты, ларингиты), так и нижних отделов (пневмонии, бронхиты) дыхательных путей. Следует отметить, что данные патологические состояния имели склонность к рецидивированию и в большинстве случаев (80%) были осложнени-

ями течения острых респираторных вирусных инфекций.

Нефрологическая патология была представлена пиелонефритом на фоне врожденных аномалий почек, развитие которого происходило восходящим путем. Поражение почек статистически чаще констатировано у детей старше 1 года и до 3-х лет, имело склонность к рецидивированию, а у детей старше 3-х лет – к хронизации (50%).

Нередко при персистирующей инфекции наблюдались кардиальные нарушения в виде миокардитов и кардиопатий, нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы, достоверно чаще у детей старшего возраста (P<0,05).

Гематологические изменения представлены тромбоцитопенией и анемией. Анемия носила стойкий торпидный характер и удерживалась на уровне первой степени. Реже отмечалась тромбоцитопения (7,3%), которая встречалась до 6 месяцев жизни ребенка. У 5,3% детей с тромбоцитопенией развивался геморрагический синдром. У детей старше года до 6 лет достоверно чаще отмечался дефицитной анемии (P<0,05).

Сочетание фоновой патологии (белково-энергетическая недостаточность, рахит) отмечалось у каждого второго ребенка с наибольшей частотой (100%, P<0,05) на первом году жизни.

Аллергические заболевания в виде атопического дерматита, ринита, атопического бронхита достоверно чаще отмечены у детей от 1 года и старше ($P < 0,05$). Эндокринная патология (врожденный гипотиреоз, паратиреоидная недостаточность), гнойно-септические заболевания (параректальный свищ, гнойный отит, конъюнктивит) регистрировались во всех возрастных группах без статистически значимых различий. Следует отметить инфицированность (30%) детей старше 1-го года *Iersinia enterocolitica*, *Lysteria monocytogenes*, *Mycoplasma pneumonia*, *Candida albicans*, верифицированных в ПЦР.

Длительный субфебрилитет статистически чаще отмечался в возрастных группах у детей старше 1 года ($P < 0,05$).

Достоверное снижение резистентности зарегистрировано у детей в возрасте от трех до шести месяцев ($P < 0,05$). Снижение резистентности с частотой острых инфекционных заболеваний 7-8 раз в год отмечалось у детей старше 6 месяцев, они отнесены в группу часто болеющих ($P < 0,05$).

Показатели гемоглобина во всех возрастных группах не превышали 110 г/л. Титр специфических Ig класса G был достоверно выше уровня во всех возрастных группах, что свидетельствует об активной инфекции и отражает иммунный ответ ребенка на антигенную стимуляцию. Нарастание титров специфических антител в парных сыворотках соответствует манифестации клинических проявлений, связанных с реактивацией инфекции, приводящей к формированию рецидивирующей и хронической соматической патологии. При проведении ПЦР-диагностики, во всех случаях возбудитель верифицировался в крови и моче.

Шанс (относительный риск) развития факторов реактивации персистирующей инфекции у пациентов с рецидивирующим течением инфекции при искусственном вскармливании был в 4,6 раза больше. Шанс при присоединении интеркуррентной инфекции составил 3,0, вакцинация – 2,6 и низкий социальный уровень родителей - 2.

Заключение

Анализ характера течения инфекционного процесса в постнеонатальном периоде в группе детей с рецидивирующим течением персистирующей инфекции показал дальнейшее поражение многих органов и систем, особенно патология нервной системы. Основными факторами реактивации хронического течения персистирующей инфекции на первом году жизни являются искусственное вскармливание, присоединение интеркуррентной инфекции, вакцинация, низкий социальный уровень родителей. Состояние слабой вирусной репродукции или персистенции вирусов у детей с латентным течением инфекции может продолжаться длительное время без выраженных клинических проявлений. Дети продолжают выделять вирус с мочой и слюной многие месяцы и даже несколько лет.

Стоматологические исследования у инфицированных детей с соматической патологией выявили острое течение кариеса зубов (распространенность 76,4±3,27%, интенсивность 4,6±0,41). Основными факторами риска развития кариеса зубов у них являлись гипоплазия зубов, плохая гигиена полости рта и низкая санитарная грамотность родителей.

ЛИТЕРАТУРА (пп. 5-7 см. в REFERENCES)

1. Абилова Е.И. Определение риска манифестации ВУИ у детей // Современная педиатрия. 2012. № 6. С. 78-83.
2. Божбанбаева Н.С. Клиника, диагностика и лечение герпесвирусных инфекции. Алматы, 2012. 160 с.
3. Краснопольский В.И. и др. Диагностика, профилактика и лечение инфекционно-воспалительных заболеваний у новорожденных: учеб. пособие. М., 2011. 19 с.
4. Супиев Т.К., Улитовский С.Б., Мирзабеков О.М., Супиева Э.Т. Профилактика стоматологических заболеваний: учебник. Алматы, 2009. 446 с.

REFERENCES

1. Abilova E. I. Opredelenie riska manifestacii VUI u detey [Determining the risk of manifestation of UI in children]. *Sovremennaya pediatriya - Contemporary Pediatrics*, 2012, No. 6, pp. 78-83.
2. Bozhanbaeva N. S. *Klinika, diagnostika i lechenie herpesvirusnykh infektsii [The clinic, diagnosis and treatment of herpesvirus infection]*. Almaty, 2012. 160 p.
3. Krasnopolskiy V. I. *Diagnostika, profilaktika i lechenie infektsionno-vospalitelnykh zabolevaniy u novorozhdennykh: uchebnoe posobie [Diagnostics, prevention and treatment of infectious and inflammatory diseases of the newborn: Tutorial]*. Moscow, 2011. 19 p.
4. Supiev T. K., Ulitovsky S. B., Mirzabekov O. M., Supieva E. T. *Profilaktika stomatologicheskikh zabolevaniy: uchebnyk [Prevention of dental diseases: textbook]*. Almaty, 2009. 446 p.
5. Bagramian R. A., Garcia-Godoy F., Volpe A. R. The global increase in dental caries. A pending public health crisis. *American Journal of Dentistry*, 2009, No. 1, pp. 3-8.
6. Numazaki K., Fujikawa T., Asanuma H. Immunological evaluation and clinical aspects of children with congenital cytomegalovirus infection. *Congenital Anomaly*, 2002, Vol. 42, No. 3, pp. 181-186.
7. Remington J. S., Thulliez P., Montoya J. G. Recent Developments for Diagnosis of Toxoplasmosis. *Journal of Clinical Microbiology*, 2004, Vol. 42, No. 3, pp. 941-945.

Сведения об авторах:

Атежанов Досан Оканович – асс. кафедры стоматологии детского возраста КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, к.м.н.

Божбанбаева Нышангул Сетбековна – зав. кафедрой педиатрии КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, д.м.н., доцент

Супиев Турган Курбанович – Заслуженный деятель РК, академик Академии профилактической медицины РК, профессор кафедры стоматологии детского возраста КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, д.м.н.

Контактная информация:

Супиев Турган Курбанович – E-mail: tsupiyev@gmail.com

Давлатов С.Б., Рофиев Р.Р., Шарипов А.М., Джобирова Ш.Н.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ВЕРХНЕЙ ДОЛИ ЛЕГКОГО У ДЕТЕЙ

¹Кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

²Государственное учреждение «Национальный медицинский центр Республики Таджикистан»

Davlatov S.B., Rafiev R.R., Sharipov A.M., Jabirova Sh.N.

THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF ECHINOCOCCOSIS IN THE UPPER LOBE OF THE LUNG IN CHILDREN

¹Department of Pediatric Surgery, Anesthesiology and Reanimatology the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»

²State Institution «National Medical Center of the Republic of Tajikistan»

Цель исследования. Изучить результаты хирургического лечения детей с эхинококкозом верхней доли легкого.

Материал и методы. Изучены ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения 147 детей с эхинококкозом верхней доли лёгкого за период 1990-2016 гг. Мальчиков было 83 (56,5%), девочек – 64 (43,5%). У больных преобладала правосторонняя локализация эхинококковая киста (ЭК) (85-57,8%) над левосторонней (62-42,2%). В зависимости от способа ликвидации остаточной полости (ЛОП) больных разделили на две группы – контрольная (n=78 – 50,1%) и основная (n=69 – 46,9%).

Результаты. Установлено, что в ближайшие сроки осложнений в контрольной группе больше (46,1% – 78), чем в основной (13,0% - 69). Эти показатели в отдаленные сроки в первой группе составляет до 48,8 % (21), а во второй группе - 4% (50).

Заключение. Ликвидация остаточной полости по разработанной в клинике методике является эффективным способом предупреждения рецидива и персистенции остаточной полости, позволяет сократить число послеоперационных осложнений в ближайшие сроки в 3 раза.

Ключевые слова: эхинококкоз, дети, верхняя доля лёгких, остаточная полость

Aim. To study the results of surgical treatment of children with Echinococcosis in the upper lobe of the lung.

Materials and methods. The immediate and long-term results of surgical treatment of 147 children with echinococcosis in the upper lobe of the lung for the period of 1990-2016 years were studied. There were 83 boys (56,5%) and - 64 girls (43,5 %). In patients predominated right-sided localization echinococcal cyst (85 - 57,8%) on left side (62 - 42,2%). Depending on the method of Residual cavity liquidation the patients were divided into two groups –control (n=78 – 50,1%) and the main (n=69 – 46,9%).

Results. It was found that in the near term there are more complications in the control group (46,1% – 78) than in the main group (13,0% - 69). In the long term these indicators in the first group make up to 48, 8 % (21), and in the second group -4% (50).

Conclusion. Elimination of the residual cavity according to the technique developed in the clinic is effective method in prevention of recurrence and persistence of the residual cavity, allows to reduce in three times the number of postoperative complications in the near term.

Key words: echinococcosis, children, upper lobe of the lung, residual cavity

Актуальность

Паразитарные кисты верхней доли легкого у детей встречаются довольно часто. По данным авторов, частота поражения верхней доли состав-

ляет от 7,7% до 32,5% из общего число больных эхинококкозом легкого [1, 2]. Иногда больные с эхинококкозом верхней доли легкого поступают в клинику с осложненными формами болезни.

Наиболее распространенной формой осложнений у детей является перфорация эхинококковых кист (ЭК) в бронх, частота которой достигает 87%.

По нашим данным, в ближайшие сроки после хирургического лечения эхинококкоза верхней доли лёгкого (до 3 лет) различные осложнения наблюдались до 48%, а после эхинококкэктомии из средней и нижней долей - 36%. В отдаленные сроки (до 10 лет) число осложнений достигает соответственно 25,6% и 11,5% [3, 5].

Все вышеперечисленные факторы обязывают нас скрупулезно и всесторонне изучить вопросы, связанные с влиянием на исход эхинококкэктомии из верхней доли легкого, такие как срочность, объем и методы операции, способы профилактики послеоперационных осложнений и рецидивы болезни [4, 6, 7].

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 340 детей, которым выполнено оперативное вмешательство по поводу эхинококкоза легкого различной формы за период с 1990 по 2016 гг. Из 340 детей 147 пациентов оперированы по поводу эхинококкоза верхней доли легкого, что составляет более 43,2%. Возраст детей варьировал от 2 до 15 лет. Мальчиков было 83 (56,5%), девочек - 64 (43,5%). У наблюдавшихся больных преобладала правосторонняя локализация ЭК (85 - 58,8%) над левосторонней (62 - 42,2%).

В зависимости от способа ликвидации остаточной полости (ЛОП) больные разделены на 2 группы: 1-ая (контрольная: n=78 - 53,1%), ЛОП выполнена по методу Дельбе, А.А. Вишневого, А.Т. Пулатова и 2-ая (основная: n=69 - 46,1%) - эхинококкэктомия с резекцией сегмента методом, разработанным в клинике (Патент ТЛ№ 37 от 12.06.2006 г. Способ ликвидации остаточной полости при эхинококкэктомии легкого у детей).

Учитывая высокие проценты послеоперационных осложнений в виде инфильтрации легочной ткани, бронхиальных свищей, гидро- и пневмоторакса и остаточной полости, в клинике нами разработан способ модификации создания искусственной междолевой или межсегментарной щели при первичной операции.

Способ заключается в следующем. После пункции кисты и отсасывания эхинококковой жидкости вскрывали фиброзную капсулу, удаляли все элементы паразита, остаточную полость (ОП) обрабатывали 96°С этиловым спиртом и ушивали бронхиальные свищи. Фиброзную капсулу, не покрытую легочной тканью, иссекали по всему периметру в несколько косом направлении параллельно междолевой или межсегментарной щели на всем протяжении до границы со здоровой легочной тканью. Кровотокащие мелкие сосуды легкого по ходу рассеченной фиброзной капсулы ушивали отдельными швами с применением прецизионной

техники. После рассечения фиброзной капсулы по периметру производили дополнительное иссечение фиброзной капсулы по направлению к корню легкого. В результате образуется два или три лоскута в зависимости от объема остаточности полости. После этого производили прецизионное удаление фиброзной капсулы на протяжении 2-4 см и раневую поверхность ткани легкого ликвидировали путем прошивания висцеральной поверхности плевры к краям оставшийся фиброзной капсулы.

Таким образом, большую остаточную полость максимально ликвидировали с частичным удалением фиброзной капсулы.

Результаты хирургического лечения в обеих группах сравнивали по следующими критерия: а) течение послеоперационного периода; б) осложнения в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах.

Течение послеоперационного периода и ближайшие послеоперационные осложнения (инфильтрация, бронхиальные свищи, гидро- и пневмоторакс, остаточная полость) оценивали в сроки до 6 месяцев после операции, отдаленные осложнения - в сроки от одного года до 10 лет.

Результаты и их обсуждение

Результаты оперативного лечения детей с эхинококкозом верхней доли лёгкого изучали в сроки от 6-ти месяцев (ближайшие) до 10 лет (отдалённые). При выполнении капитонажа по методу Дельбе (n=14) (при центрально расположенных эхинококковых кистах) у 9 из 14 больных в ближайшем послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: инфильтрация оперированной доли (n=5) образование остаточной полости (n=3), бронхиальные свищи с ограниченным пневмотораксом по передней поверхности (n=2) (табл. 1).

Эхинококкэктомия по методу А.А. Вишневого произведена 23 больным. В большинстве случаев (18 детей - 78,3%) ЭК локализовались в переднем и только у двух детей - в заднем сегменте верхней доли.

Эхинококкэктомия с резекцией сегмента (2 - 1,3%) или доли легкого (6 - 4%) производилась только в случаях, когда пораженная часть органа оказалась функционально непригодной. Это чаще всего наблюдалось при наличии гигантских, больших (15 - 10,2 %) и осложненных (3 - 2,0 %) ЭК легкого.

Результаты эхинококкэктомии с созданием искусственной междолевой (12 - 29,3%) или межсегментарной (26 - 63,4%) щели по методу А.Т. Пулатова изучены у 38 из 41 детей. Большинство больных (20 - 48,8%) были оперированы по поводу неосложненных средних (14 - 34,1%) и больших (6 - 14,6%) ЭК верхней доли. У 6 (14,6%) больных были осложненные большие ЭК. Поражение верхушечного сегмента имелось у 10 (24,3%), переднего - у 12 (29,2 %), заднего - у 4 (9,7%) больных.

Способы ликвидации остаточных полостей (ЛОП) у больных с эхинококковой кистой верхней доли легких

Способы ЛОП	Всего больных	Ближайшие послеоперационные осложнения				
		инфильтрация	остаточные полости	бронхиальные свищи	ограниченный пневмоторакс	всего
Дельбе	14	6	3	1	1	11
А.А. Вишневский	23	7	3	2	2	14
А.Т. Пулатов	41	5	1	2	3	11
По методике клиники	69	4	2	3		9
Всего	147	22	9	8	6	44

В ближайшем послеоперационном периоде у оперированных по этой методике детей осложнения наблюдались у 26,8% (n=11). Так, у 3 из 38 больных развился пневмоторакс. На наш взгляд, это связано с неполным ушиванием мелких бронхиальных свищей по краям фиброзной капсулы в пределах инфильтрированной легочной ткани.

При изучении отдаленных результатов в сроки от 2 до 10 лет у 8 больных были установлены осложнения в виде: деформирующего бронхита верхней доли (4), цилиндрических бронхоэктазий

(2), локализованного фиброза ткани легкого (2) (табл. 2).

На наш взгляд, названные осложнения были обусловлены нарушением регионарного кровообращения, деформацией воздухоносных структур легкого из-за неудачного выбора ликвидации остаточной полости.

Таким образом, при капитонаже по Дельбе в случаях центрально расположенных ЭК, независимо от объема оперативного вмешательства, характерно развитие деформации бронха и пневмосклероза на месте ликвидации остаточной полости.

Таблица 2

Отдалённые результаты лечения

Способы ЛОП	Количество больных	Осложнения				
		деформирующий бронхит	Бронхо-эктазия	Локализованный пневмосклероз	Остаточные полости	всего
Дельбе	8	4	2	2	–	8
А.А. Вишневский	15	4	2	4	–	10
А.Т. Пулатов	20	1	–	–	2	3
По методике клиники	50	2	–	–	–	2
Всего	93	11	4	6	2	23

Результаты эхинококкэктомии по А.А. Вишневскому в отдаленные сроки изучены у 15 из 20 больных: в сроки от 2 до 5 лет – у 3, от 3 до 10 лет – у 5 и свыше 10 лет – у 7 детей. У 10 из 15 детей (67%) выявили различные осложнения: деформирующий бронхит (4), локализованный пневмосклероз (4) и бронхоэктазии верхней доли (2).

Таким образом, при эхинококкэктомии из верхней доли по методу А.А. Вишневского, независимо от объема ЭК, образуется достаточно

глубокая остаточная полость с образованием в последующем непаразитарных кист.

Результаты нашего исследования показали, что при ликвидации остаточной полости при эхинококкэктомии из верхней доли легкого по методике Дельбе и А.А. Вишневского осложнения наблюдались в 51,4% (n=18) случаев.

В отдаленном периоде в сроки до 5 лет у 3 из 20 обследованных больных, оперированных по методике А.Т. Пулатова, выявлены осложнения:

остаточная полость (2) и деформирующий бронхит (1) (табл. 2).

У больных, которым эхинококкэктомия из верхней доли легкого производилась по методике нашей клиники (69), осложнения наблюдались значительно реже (4,4%). У 3 из 69 больных еще в начале освоения методики наблюдали ограниченный пневмоторакс. В последующем, при дополнительном дренировании плевральной полости через II межреберье по средней аксиллярной линии, тщательном аэростазе мелких бронхиальных свищей и лечении перикистозной пневмонии нами удавалось предупредить развитие данного осложнения.

В отдаленные сроки изучены результаты хирургического лечения 50 детей (80,6%): в срок до 3 лет у 30 пациентов, 4-7 лет - у 12 и свыше 10 лет - у 8 больных. Только в 2-х случаях отмечены осложнения в виде деформирующего бронхита.

Итак, результаты наши исследования показали, что осложнения после эхинококкэктомии из верхней доли легкого у детей были связаны с выбором нерационального метода ликвидации остаточной полости, несовершенством дренирования плевральной полости, а также с особенностями предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных.

Следует отметить, что в большинстве наблюдений (34) в основной группе причиной напряженности ЭК был не столько большой объем кисты, сколько её сдавление извне в результате отека и инфильтрация легочной ткани за счет перикистозной пневмонии. Так, даже у больных с малыми ЭК отмечены болевой синдром и повышение температура тела, что было связано со сдавлением ЭК извне. Эти симптомы после проведения антибактериальной и десенсибилизирующей терапии прошли на 3 день.

Одним из часто встречающихся осложнений при эхинококкэктомии верхней доли, особенно при больших и напряженных ЭК, является развитие пневмоторакса, что связано с прорыванием аэро-гемостатических швов вокруг иссеченной ФК на фоне инфильтративно измененной легочной ткани. В связи с этим важным моментом является дифференцированный подход к сроку подготовки больных к операции. Раньше при напряженных ЭК легких общепринятым являлось проведение кратковременной предоперационной подготовки в течение 1-3 дней. Терапия была направлена, в основном, на снижение сенсibilизация организма.

Как показывают ближайшие и отдаленные результаты наших наблюдений, у большинства больных с напряженными ЭК, оперированных после кратковременной подготовки, количество послеоперационных осложнений значительно

больше, чем у больных, идущих на операцию в плановом порядке.

У 34 больных основной группы с напряженными ЭК на фоне перикистозной инфильтрации легочной ткани предоперационная подготовка продолжалась от 7 до 12 дней и заключалась в назначении строгого постельного режима, антибиотиков широкого спектра действия, десенсибилизирующих препаратов, бронхолитиков и короткого курса химиотерапии альбендазолом. При осложненной форме болезни (прорыв ЭК в бронх или в плевральную полость) в предоперационном периоде обязательно применяли санационную фибробронхоскопию и пассивное дренирование плевральной полости по Бюлау.

В результате проведения предоперационной подготовки у больных основной группы состояние улучшилось, отмечалось снижение симптомов напряжения ЭК, что подтверждено клиническим течением болезни и рентгенологическими снимками грудной клетки.

В послеоперационном периоде у детей с эхинококкозом легких считаем важным: подбор оптимального объема интенсивной терапии и адекватной послеоперационной анальгезии. Поэтому с целью послеоперационной анальгезии во время операции в корень легкого со стороны средостения вставляли тонкий катетер диаметром 0,6 мм и выводили через II межреберье наружу. В послеоперационном периоде через катетер в корень легкого вводили 1% раствор лидокаина из расчета 3-5 мг/кг массы тела каждые 4-5 ч. Эффективность анальгезии изучали клинически, методом интервалокардиографии, производили мониторинг показателей газов крови. Как показали наши исследования, проводимая анальгезия была эффективной, поэтому во введении других анальгетиков необходимости не было. Следует отметить, что катетер, введенный интраоперационно для анальгезии, служил также для проведения послеоперационной регионарной лимфотропной антибиотикотерапии.

Заключение

Таким образом, ликвидация остаточной полости при центрально расположенных эхинококковых кистах верхней доли легкого, производимая по предложенному нами способу путем создания искусственной междолевой или межсегментарной щели с дополнительным рассечением и частичным удалением фиброзной капсулы, является эффективным методом предупреждения рецидива и персистенции остаточной полости и позволяет сократить число послеоперационных осложнений в 3 раза.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 5-7 см. в RESERENSES)

1. Пулатов А.Т. Эхинококкоз в детском возрасте. М.: Медицина, 2004. 221 с.
2. Разумовский А.Ю. и др. Выбор оперативного доступа при эхинококкозе легкого у детей // Хирургия им. Н.И. Пирогова. 2013. № 11. С. 24-28.
3. Шангараева Р.Х., Ишимов Ш.С. Рецидив эхинококкоза легкого у детей // Хирургия. 2012. № 3. С. 18-24.
4. Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А. Отдаленные результаты эхинококкоза печени и лёгких у детей // Детская хирургия. 2008. № 4. С. 46-48.

REFERENCES

1. Pulatov A. T. *Echinokokkoz v detskom vozraste* [Echinococcosis in childhood]. Moscow, Meditsina Publ., 2004. 221 p.
2. Razumovskiy A. Yu. Vybora operativnogo dostupa pri ekhinokokkoze legkogo u detey [The choice of operative access for lung echinococcosis in children]. *Khirurgiya im. N. I. Pirogova - Surgery named after N. I. Pirogova*, 2013, No. 11, pp. 24-28.
3. Shangaraeva R. Kh., Ishimov Sh. S. Retsidiv ekhinokokkoza legkogo u detey [Recurrence of lung echinococcosis in children]. *Khirurgiya - Surgery*, 2012, No. 3, pp. 18-24.
4. Shamsiev A. M., Shamsiev Zh. A. Otdalyonnye rezultaty ekhinokokkoza pecheni i lyogkikh u detey [Long-term results of echinococcosis of the liver and lungs in children].

Detskaya khirurgiya - Pediatric surgery, 2008, No. 4, pp. 46-48.

5. Kavukcu S., Kilic D., Tokat A.O., Kutlay H., Cangir A.K. et al. Parenchyma-preserving surgery in the management of pulmonary hydatid cysts. *Journal of Investigative Surgery*, 2006, Vol. 19, pp. 61-68
6. Brunetti T., Kern P., Vuitton D.A. Expert consensus for the diagnosis and treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans. *Acta Tropica*, 2010, Vol. 114, pp. 1-16.
7. Karavdic K., Guska S., Surgical treatment of pulmonary hydatid disease in children: A retrospective study. *Medical Archives*, 2011, Vol. 65, pp. 16-25.

Сведения об авторах:

Давлатов Сайфуло Бобоевич – ассистент кафедры детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н.

Рофиев Рауф Рофиевич – доцент кафедры детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Шаринов Аслам Махмудович – зав. детским торакоабдоминальным отделением НМЦ РТ, д.м.н.

Джобирова Шахноза Назаралиевна – зав. приемным покоем НМЦ РТ.

Контактная информация:

Рофиев Рауф Рофиевич – +992 918218950

© Коллектив авторов, 2017

УДК 616.31.314.18-002+616.3

¹Ибрагимов И.У., ¹Юсупов З.Я., ²Каримов С.М.

ОЦЕНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И АНАЛИЗ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СРЕДИ РАБОТНИКОВ КОНДИТЕРСКИХ ФАБРИК

¹Кафедра гигиены и экологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

²Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

¹Ibrahimov I.U., ¹Yusupov Z.Y., ²Karimov S.M.

EVALUATION OF STOMATOLOGICAL MORBIDITY AND ANALYSIS OF PREVENTIVE ACTIVITY AMONG CONFECTIONERY FACTORY WORKERS

¹Department of Hygiene and Ecologies of the Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino

²Department of Therapeutic Stomatology of the of State Education Establishment “Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan”

Цель исследования. Изучение распространенности кариеса зубов, структурных компонентов интенсивности кариесологического и пародонтологического показателей, уровень знаний и навыков по уходу за полостью рта у работников кондитерских фабрик.

Материал и методы. Проведено изучение стоматологического статуса и социологическое интервьюирование среди 150 рабочих кондитерских фабрик г. Душанбе в возрасте от 20 до 60 лет. Проанализированы закономерности развития частоты интенсивности кариеса и влияние на неё профессиональных вредностей. С использованием гигиенических и пародонтальных индексов среди рабочих оценивали состояние стоматологического здоровья по стандартной методике.

Результаты. Полученные материалы показали, что число пломбированных зубов у рабочих кондитерских фабрик очень низкое, что свидетельствует о необходимости заметного улучшения плановой санации полости рта. Изучение элементов, составляющих структуру индекса интенсивности кариеса зубов, показывает, что значительное распространение приходится на компонент «отсутствующих зубов».

Заключение. Полученные результаты по изучению стоматологического статуса среди рабочего контингента свидетельствуют о том, что обследуемые характеризуются неблагоприятным состоянием твёрдых тканей зубов и пародонта. У большинства опрошенных базовые представления и навыки о правильном осуществлении гигиенических мероприятий находятся на очень низком уровне.

Ключевые слова: кариес, кондитерская фабрика, интервьюирование, гигиена, пародонтит, гингивит

Aim. To study the prevalence of dental caries, structural components of intensity of carious and periodontological parameters, the level of knowledge and skills on oral care among the workers of confectionery factories.

Materials and methods. There was conducted the study of dental status and social interviewing among 150 workers of confectionery factories aged from 20-60 years old in Dushnabe. The regularities of development of frequency of caries intensity and influence of professional hazards on it were analyzed. With the use of hygienic and periodontal indices the condition of dental health among workers was assessing with standard method.

Results. The obtained materials show that the number of sealed teeth among workers of confectionery factories very low, which indicates the need for noticeable improvement of planned oral cavity sanitation. The study of the elements that make up the structure of the index of Intensity of dental caries, shows that significant spread falls on the “missing teeth” component.

Conclusion. The obtained results on study of the dental status among workers indicates that, researched workers are characterized with unfavorable condition of dental hard tissues and periodontium. In majority of respondents the basic ideas and skills on the proper implementation of hygiene measures are on the very low level.

Key words: caries, confectionery factory, interviewing, hygiene, periodontitis, gingivitis

Актуальность

Несмотря на бурное развитие науки и техники, появление современных высококачественных технологий и пломбировочных материалов для лечения болезней зубов и околозубных тканей, интенсивность основных стоматологических заболеваний кариесологического и пародонтологического характеров до сих пор остается высокой, не имея выраженной тенденции к снижению [2, 3].

По мнению многих авторов [1, 5], в снижении высокой частоты стоматологической заболеваемости основополагающую роль могут играть не только совершенствование технологического алгоритма лечения, разработка альтернативных восстановительно-реставрационных пломбировочных материалов, но и внедрение эффективной профилактики. С помощью активного внедрения первичной профилактики кариеса зубов и заболеваний пародонта в последние годы убедительно доказана возможность снижения уровня стоматологической заболеваемости [4].

При этом в доступной литературе имеется недостаток обстоятельных сведений об уровне и структуре стоматологической заболеваемости в условиях жаркого климата у работников кондитерских фабрик с целью проведения коррекци-

ровки лечебно-профилактических мероприятий, направленных на сохранение стоматологического здоровья, что определяет актуальность темы исследования.

Материал и методы исследования

В исследование посредством дифференцированного наблюдения включено 150 рабочих в возрасте от 20 до 60 лет (65 мужчин и 85 женщин). На начальном этапе клинического исследования были изучены характерные особенности стоматологической заболеваемости (распространенность и интенсивность кариеса зубов, патология пародонта и состояние гигиены полости рта) и влияние на неё профессиональных вредностей.

Состояние стоматологического здоровья среди рабочих оценивали по стандартной методике с использованием общепринятых индексов КПУз, Федорова-Володкиной, Грина-Вермиллина и КПИ.

В ходе дальнейшего исследования (второй этап) изучались особенности профилактической активности рабочих, уровень знаний и навыков по уходу за полостью рта. Для получения соответствующих материалов в указанном аспекте проведено социологическое интервью-

ирование среди 150 работников кондитерских фабрик. Социологическая анкета в виде опросника состояла из 10 различных вопросов и вручалась рабочим для заполнения.

Статистический анализ и математическую обработку материала проводили на компьютере с использованием пакета статистических программ Windows XP Professional. Сравнительный анализ стоматологических показателей проводился с использованием критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

При изучении элементов, составляющих интенсивности кариеса зубов, согласно данным таблиц 1 и 2, было выявлено, что его структура среди работников кондитерских фабрик в возрасте 20-29 лет была равна $1,11 \pm 0,10$, $0,71 \pm 0,08$, $1,49 \pm 0,10$ и $0,11 \pm 0,02$ соответственно для элементов «К», «Р», «Х» и «П». Процентное значение упомянутых показателей соответствовало 16,87,

10,89, 22,85 и 1,69 для каждого компонента в отдельности. У 30-39-летних рабочих удельный вес элементов «К», «Р», «Х» и «П» соответствует $0,87 \pm 0,05$ (12,25%), $0,87 \pm 0,05$ (12,25%), $1,62 \pm 0,06$ (22,82%) и $0,08 \pm 0,02$ (1,13%) соответственно.

У обследованных лиц в возрастных группах 40-49 и 50-59 лет структурные показатели, которые составляют абсолютные значения интенсивности кариеса зубов, были равны $0,19 \pm 0,03$ и $0,11 \pm 0,03$, $0,89 \pm 0,04$ и $1,33 \pm 0,03$, $1,77 \pm 0,07$ и $2,19 \pm 0,06$, $0,07 \pm 0,02$ и $0,06 \pm 0,01$ соответственно для элементов «К», «Р», «Х» и «П» при среднем процентном значении 1,16 и 0,32, 13,97 и 11,85, 23,00 и 30,38, 0,63 и 0,48.

Исследуемые структурные компоненты интенсивности кариеса в контрольной группе пациентов в среднем составили $1,20 \pm 0,2$, $1,97 \pm 0,3$, $1,69 \pm 0,2$, $0,93 \pm 0,2$, и $1,85 \pm 0,3$ соответственно для элементов «К», «Р», «Х», «П» и «У».

Таблица 1

Структурный состав интенсивности кариеса зубов среди работников кондитерских фабрик (в среднем на одного обследованного)

Возраст, в годах	Структурные элементы КПУз					Всего КПУз
	К	Р	Х	П	У	
20 – 29	$1,11 \pm 0,10$	$0,71 \pm 0,08$	$1,49 \pm 0,10$	$0,11 \pm 0,02$	$3,10 \pm 0,11$	$6,52 \pm 0,41$
30 – 39	$0,87 \pm 0,05$	$0,87 \pm 0,05$	$1,62 \pm 0,06$	$0,08 \pm 0,02$	$3,66 \pm 0,10$	$7,10 \pm 0,28$
40 – 49	$0,19 \pm 0,03$	$0,89 \pm 0,04$	$1,77 \pm 0,07$	$0,07 \pm 0,02$	$4,44 \pm 0,14$	$7,36 \pm 0,30$
50 – 59	$0,11 \pm 0,03$	$1,33 \pm 0,03$	$2,19 \pm 0,06$	$0,06 \pm 0,01$	$5,83 \pm 0,11$	$9,52 \pm 0,24$
60 и >	$0,04 \pm 0,01$	$1,47 \pm 0,02$	$3,77 \pm 0,08$	$0,06 \pm 0,01$	$7,07 \pm 0,23$	$12,41 \pm 0,35$
В среднем	$0,46 \pm 0,04$	$1,05 \pm 0,04$	$2,17 \pm 0,07$	$0,08 \pm 0,02$	$4,82 \pm 0,14$	$8,58 \pm 0,32$
Группа сравнения	$1,20 \pm 0,2$	$1,97 \pm 0,3$	$1,69 \pm 0,2$	$0,93 \pm 0,2$	$1,85 \pm 0,3$	$7,64 \pm 0,12$

Примечание: К – поверхностный и средний кариес зубов; Р – осложнения кариеса зубов, подлежащие лечению; Х – осложнения кариеса зубов, подлежащие удалению; П – пломбированные зубы; У – удаленные зубы.

По результатам нашего исследования, среди рабочих кондитерских фабрик в возрасте 60 лет и старше количество зубов с неосложненным («К») и осложненным кариесом, подлежащих лечению («Р») и удалению («Х»), а также пломбированных зубов («П») оказалось значительно меньше (соответственно $0,04 \pm 0,01$, $1,47 \pm 0,02$, $3,77 \pm 0,08$ и $0,06 \pm 0,01$) при соответствующем процентном значении (0,32, 11,85, 30,38 и 0,48) этих элементов от суммарного количества компонентов интенсивности кариеса зубов ($12,41 \pm 0,35$) среди обследованных данной возрастной группы.

В силу неблагоприятного влияния вредных производственных факторов среди обследованного контингента отмечается более высокая интенсивность кариеса зубов ($8,58 \pm 0,32$ единиц) в сравнении с контрольной группой ($7,64 \pm 0,12$

единиц на одного обследованного). При этом у них имелся низкий уровень запломбированных зубов (элемент «П» = $0,08 \pm 0,02$ единиц), что свидетельствует о весьма слабой организации стоматологической службы среди организованного контингента населения. У них также была несколько выше доля кариозных зубов, подлежащих лечению ($1,05 \pm 0,04$ единиц), а также удалению ($2,17 \pm 0,07$ единиц). В количественном отношении доля отсутствующих (удаленных) зубов максимализировалась ($4,82 \pm 0,14$ единиц), что говорит о недоступности стоматологической помощи и радикализации хирургического лечения (удаление зубов).

В группах лиц из числа работников кондитерской отрасли нами также установлены показатели прямой диаметральной связи со

стажем работы. Так, усредненные значения интенсивности кариеса зубов у лиц со стажем работы до 5 лет, 5-10, 11-15, 16-20 и более 20 лет соответствовали $7,33 \pm 0,29$, $8,94 \pm 0,33$, $10,25 \pm 0,36$, $12,21 \pm 0,34$ и $18,98 \pm 0,45$ единиц на одного обследованного.

Таблица 2
Структурный состав интенсивности кариеса зубов среди работников кондитерских фабрик
(% от абсолютного числа КПУз в каждой возрастной группе)

Возраст, в годах	Структурные элементы интенсивности кариеса зубов, %					Всего КПУз, %
	К	Р	Х	П	У	
20 – 29	16,87	10,89	22,85	1,69	47,55	100
30 – 39	12,25	12,25	22,82	1,13	51,55	100
40 – 49	2,58	12,09	24,05	0,95	60,33	100
50 – 59	1,16	13,97	23,00	0,63	61,24	100
60 и >	0,32	11,85	30,38	0,48	56,97	100
В среднем	5,36	12,24	25,29	0,93	56,18	100
Группа сравнения	15,71	25,78	22,12	12,17	24,22	100

Примечание: К – поверхностный и средний кариес зубов; Р – осложнения кариеса зубов, подлежащие лечению; Х – осложнения кариеса зубов, подлежащие удалению; П – пломбированные зубы; У – удаленные зубы

У рабочих кондитерских фабрик структура заболеваний тканей пародонта была представлена в основном разными формами хронического заболевания воспалительно-деструктивного характера ($93,9 \pm 4,56\%$), в числе которых более чем в половине случаев встречались локализованные формы пародонтита лёгкой степени тяжести ($52,2 \pm 3,28\%$). Частота распространения локализованного пародонтита средней и тяжелой степеней тяжести составила соответственно $31,9 \pm 1,01\%$, наименьше всего встречался очаговый пародонтит тяжелой степени ($9,8 \pm 0,27\%$).

Среди обследованного организованного контингента полученные материалы по результатам изучения кариесологического и пародонтологического статусов свидетельствуют о том, что рабочие характеризуются неблагоприятным состоянием твёрдых тканей зубов и околозубных тканей. У них интенсивность кариозного и пародонтологического поражения находится в прямой диаметральной зависимости от возрастного и стажевого факторов.

Интервьюированные результаты показали, что максимальное количество включенных в исследование рабочих ($75,8\%$) посещали врача-стоматолога не чаще 1 раза в год. Около половины ($44,9\%$) респондентов посещали специалиста лишь по необходимости. Выяснилось, что $55,1\%$ рабочих посещали врача-стоматолога с профилактической целью, при этом $30,7\%$ из них 1 раз в год, $24,4\%$ - 2 раза в год. $81,7\%$ (не менее $4/5$ всех опрошенных лиц) за стоматологической помощью обращались в течение последнего года, не посещали врача-стома-

толога 2 и более лет $36,3\%$ опрошенных. В течение последних 6 месяцев лишь $28,7\%$ опрошенных посещали врача-стоматолога, в течение последнего года - $35,7\%$, в течение 2 последних лет или реже - $36,3\%$ из них. Для подавляющего большинства респондентов основной целью посещения врача-стоматолога было выполнение лечебных мероприятий стоматологического характера, в частности пломбирование зубов (на это указали $2/3$ опрошенных - $60,6\%$).

Результаты социологического интервьюирования среди рабочих кондитерских фабрик показали, что с целью профилактики стоматологической патологии обращались только $4,6\%$ опрошенных. Умеют правильно чистить зубы лишь $25,7\%$ из них, знания по уходу за зубами от врачей-стоматологов получили $33,3\%$ опрошенных и регулярно чистят зубы - только $51,4\%$ лиц.

При ситуационном анализе анкетных вопросов было выяснено, что все опрошенные, включая и женщин, и мужчин, используют зубную щетку и зубную пасту, независимо от правильности чистки зубов, применял зубочистку каждый второй, использовал флоссы, эликсиры и ополаскиватели для рта – каждый пятый.

Гендерный анализ показал, что у женщин, по сравнению с мужчинами отношение к профилактике стоматологических заболеваний было лучше. За гигиеническим состоянием органов полости рта женщины следят целенаправленнее и чаще, также они лучше обучаемы, правильнее применяют методики ухода и основные средства гигиены за полостью рта, чем мужчины.

Выводы

1. Результаты комплексной оценки полученных материалов с высокой достоверностью констатируют мнение о высокой нуждаемости обследованных лиц в кариеологической и пародонтологической помощи, что должно учитываться при планировании её оказания в условиях жаркого климата среди работников кондитерских фабрик.

2. Профилактическая активность стоматологического характера среди работников кондитерских фабрик была невысокой: отсутствовали базовые навыки и представления по поводу адекватного осуществления соответствующих гигиенических мероприятий у большинства опрошенных лиц.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (п. 5 см. в REFERENCES)

1. Родионова А.С. Новый стандарт ухода за полостью рта // Клиническая стоматология. 2015. № 3 (75). С. 20-21.
2. Симонова Н.И., Галикеева А.Ш., Степанов Е.Г., Баязитова Г.И. Анализ влияния образа жизни, производственной среды и психосоциального стресса на формирование хронического генерализованного пародонтита // Российский стоматологический журнал. 2013. № 5. С. 49-51.
3. Тарасова Ю.Г., Любомирский Г.Б. Эффективность проведения профессиональной гигиены при первичном приеме пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом в стоматологических учреждениях разного уровня // Стоматология для всех. 2012. № 1. С. 50-53.
4. Улитовский С.Б. Роль ополаскивателей в гигиене полости рта // Maestro. 2011. № 3. С. 65-66.

REFERENCES

1. Rodionova A. S. Noviy standart ukhoda za polostyu rta [New standard of the care for oral cavity]. *Klinicheskaya stomatologiya - Clinical dentistry*, 2015, No. 3(75), pp. 20-21.
2. Simonova N. I., Galikeeva A. Sh., Stepanov E. G., Bayazitova G. I. Analiz vliyaniya obraza zhizni, proizvodstvennoi sredy i psikhosotsialnogo stressa na formirovanie khronicheskogo generalizovannogo parodontita [Analysis of the influence lifestyle, production ambience and psychosociology of the stress on shaping chronic diffuse parodontitis]. *Rossiiskii stomatologicheskii zhurnal - Russian Dental Journal*, 2013, No. 5, pp. 49-51.
3. Tarasova U. G., Lyubomirskiy G. B. Effektivnost provedeniya professionalnoi gigieny pri pervichnom priyome patsientov s khronicheskim generalizovannim parodontitom v stomatologicheskikh uchrezhdeniyakh raznogo urovnya [Efficiency of the undertaking professional hygiene under primary acceptance patient with chronic diffuse parodontitis in dentistry institutions of different level]. *Stomatologiya dlya vseh - Dentistry for everyone*, 2012, No. 1, pp. 50-53.
4. Ulitovskiy S. B. Rol opolaskivateley v gigiene polosti rta [Role of rising in hygiene of the oral cavity]. *Maestro - Maestro*, 2011, No. 3, pp. 65-66.
5. Lopez Del Valle, L.M. Dental and periodontal health and treatment needs in a mother/child rural Puerto Rican population. *Health Science Journals*, 2010, Vol. 29, No. 1, pp. 36-39.

Сведения об авторах:

Ибрагимов Имомджон Усмонович – соискатель кафедры гигиены и экологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино
Юсупов Зариф Якубджанович – соискатель-докторант кафедры гигиены и экологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н.
Каримов Сафарахмад Мунаварович – ассистент кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Контактная информация:

Юсупов Зариф Якубджанович – тел.: +992 919-17-72-39

¹Исмоилов М.М., ²Мухиддинов Н.Д., ²Назирбоева О.Ю.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ МАТОЧНОЙ ТРУБЫ ПРИ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

¹Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

²Кафедра хирургических болезней и эндохирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

¹Ismoilov M.M., ²Mukhiddinov N.D., ²Nazirboyeva O.YU.

REMOTE RESULTS OF MICROSURGERIC RECOVERY OF THE UTERINE PIPE AT PIPE PREGNANCY

¹Republican Scientific Center of Cardiovascular Surgery

²Department of surgical diseases and endosurgery of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan»

Цель исследования. Изучить отдалённые результаты применения микрохирургического восстановления маточной трубы при прогрессирующей трубной беременности.

Материал и методы. Изучены отдалённые результаты микрохирургического восстановления проходимости маточных труб при внематочной беременности у 140 больных в сроки более одного года после проведения операции. Из них у 95 (67,9%) наблюдалась единственная маточная труба, у 45 (32,1%) – наличие обеих фаллопиевых труб. Успешным результатом считалось наступление клинической маточной беременности.

Результаты. Повторная эктопическая беременность в ранее оперированной трубе, до проведения микрохирургического восстановления, наблюдалась у 22 (15,3%) больных. Из них у троих больных после повторного восстановления маточной трубы наступала маточная беременность и рождение живого жизнеспособного плода. Данный факт ставит под сомнение утверждение о том, что при повторном наступлении трубной беременности в ранее оперированной трубе всегда показано удаление органа. У 35 женщин из 140 оперированных в отдалённые сроки после проведения микрохирургической операции наступала клиническая маточная беременность с физиологическим рождением детей в срок, из них у троих женщин наблюдалась двухяйцевая двойня с нормальной массой плодов и у 9 больных - срочные роды живым плодом.

Заключение. Микрохирургическое восстановление проходимости маточных труб является эффективным методом восстановления репродуктивной функции женщин. Даже после повторного восстановления при рецидиве трубной беременности существует вероятность наступления маточной клинической беременности и рождения жизнеспособного ребёнка.

Ключевые слова: трубная беременность, микрохирургическое восстановление фаллопиевых труб, репродуктивная функция

Aim. To study the remote results of salpinx microsurgery restoration application during progressive fallopian pregnancy.

Materials and methods. The remote results of microsurgery restoration of salpinx permeability during abdominal pregnancy of 140 women for the period of more than 1 year after surgery. 95 (67,9%) of them had single salpinx, 45 (32,1%) had two fallopian tubes. Onset of Uterine pregnancy was the successful result.

Results. The repeated ectopic pregnancy in early operated tube, before microsurgery restoration, was observed in 22 (15,3%) of patients. Three of them, after repeated salpinx restoration, had uterine pregnancy and birth of live and viable newborn. This fact casts doubt on the statement that after repeated fallopian pregnancy in previously operated tube, the organ removal is always stated. In 35 of 140 operated women, in remote period after microsurgery operation, the clinical uterine pregnancy with birth of in-time fetus began, 3 of them had dizygotic twins with normal offspring mass and 9 gave urgent births to live offsprings.

Conclusion. Microsurgical restoration of fallopian tube permeability is an effective method of restoring of women's reproductive function. Even after repeated restoration during recurrence of fallopian pregnancy, there is a possibility of onset of clinical salpinx and birth of a viable child.

Key words: fallopian pregnancy, microsurgical restoration of Fallopian tubes, reproductive function

Актуальность

Внематочная беременность (ВБ) продолжает оставаться актуальной проблемой акушерства и гинекологии, так как непосредственно влияет на репродуктивную функцию женщины [1, 2]. Данная патология занимает 3-4 места в структуре причин материнской смертности в развитых странах мира и 5-ое в России, что составляет 3,4% от всех ее причин [3, 5]. Кроме того, наблюдается постоянный рост данной патологии в популяции. Если в начале 90-х годов, по данным различных авторов, доля эктопического расположения плодного яйца среди общего количества беременностей составляла в среднем по миру 1%, то в 2000 году она достигла отдалось до 4% [6, 7]. Приведенные данные вынуждают специалистов, занимающихся данной проблемой, искать пути современного оптимизированного лечения пациентов с трубной формой внематочной беременности.

В настоящее время большинством специалистов, занимающихся данным вопросом, рекомендуется проведение эндоскопического удаления плодного яйца из полости трубы [4, 8]. При выполнении лапароскопических операций период пребывания больных в стационаре сводится к 1-2 суткам, достигается оптимальный косметический эффект, сводится к минимуму травматичность [10, 12]. Однако, Таджикистан имеет своеобразную специфику по ведению трубной формы внематочной беременности, характеризующуюся поздним обращением больных при наличии кровопотери, разрыва трубы [11]. При проведении лапароскопических операций труба также не восстанавливается после туботомии и извлечения плодного яйца [9].

В свете приведенных выше данных микрохирургическое восстановление маточной трубы с использованием мини-лапаротомного доступа длиной 6-8 см является достойной альтернативой лапароскопическим операциям, однако, в последние годы ему уделяется намного меньшее внимание.

Материал и методы исследования

Нами были изучены результаты хирургического лечения больных с трубной формой внематочной беременности, поступивших в отделение восстановительной хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии в период с 2004 по 2013 годы. В ходе выполнения настоящей работы нами были использованы следующие методы исследования: клинико-анамнестические, лабораторные, ультразвуковые, гистологические, тестирование на бета-ХГ, диагностическое выскабливание матки.

Статистическая обработка материала проведена методом вариационной статистики. Сравнение относительных величин проводилось по критерию χ^2 , а абсолютных величин - по t-критерию

Стьюдента. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

В 90,7% случаев поступившие больные являлись городскими жительницами, 9,3% - жительницами сельской местности. Возраст колебался от 19 до 48 лет. Наибольшая частота ВБ наблюдалась в возрасте до 25 лет (17 случаев - 12,1%). Подъем заболеваемости отмечался в возрастной группе от 24 до 37 лет, после чего наблюдалось понижение частотности.

Возраст наступления менархе у исследуемого контингента больных: до 11 лет - 10, 12-14 лет - 92, 15-18 лет - 38.

По роду деятельности 39 больных (27,9%) относились к работникам офисной сферы, 4 (2,9%) - работали в фермерском хозяйстве, 97 (69,3%) больных были домохозяйками.

У 73 больных (52,1%) в анамнезе имелись оперативные вмешательства на брюшной полости, у 42 (30%) - по поводу гинекологической патологии. У 32 больных (22,9%) в анамнезе имелась предыдущая внематочная беременность.

В относительно удовлетворительном состоянии на момент госпитализации находилась 101 (72,1%) пациентка, средней тяжести - 37 (26,4%) больных, в тяжелом состоянии - 2 (1,4%).

Менструальная функция у больных с ВБ была нарушена в 73 (52,1%) случаях: альгодисминорея - 59 (42,1%), запоздалое менархе - 38 (27,1%), нерегулярные менструации - 22 (15,7%).

Следует отметить, что особенно часто за хирургической помощью, предварительно пройдя осмотр у гинеколога и по его направлению, обращались нерожавшие женщины, а также женщины с единственной маточной трубой. В 95 случаях (67,9%) постановка правильного диагноза была затруднена, и трубная беременность была выявлена на поздних стадиях своего развития. У 13 (9,3%) больных в предоперационный период при проведении УЗИ органов брюшной полости и малого таза был поставлен неверный диагноз. Тест на беременность был положителен в 124 (88,6%) случаях.

Оперативное вмешательство заключалось в следующем: выполнение нижней срединной лапаротомии разрезом по Пфаненштейлю, раскрытие брюшной полости и получение доступа к органам малого таза и пораженной маточной трубе. Матка фиксируется одним из ассистентов путем захвата рукой поверх марли (для предотвращения скольжения). Очень часто из-за выраженного спаечного процесса матка находилась в иммобилизованном состоянии. При этом матка путем коагуляции под тщательным контролем (если это возможно - визуальным, если нет, то путем пальпации), дабы не повредить прилегающие к ней органы, сантиметр за сантиметром освобождалась и выводилась в рану.

Дальнейшая тактика зависела от вида трубной беременности (рис. 1). В случаях, когда произошел самопроизвольный трубный аборт, маточная труба очищалась от остатков плодного яйца, в ее просвет в фимбриальном отделе вводился ангиокатетер (№20-22). При этом труба как бы натягивалась на ангиокатетер медленными движениями. Далее через ангиокатетер вращательными движениями медленно проводится нить 0 (нейлон).

Необходимо, чтобы нить свободно прошла на 4-8 см в полость матки. Затем ангиокатетер осторожно снимается с нити, а сама проводниковая нить в фимбриальной части фиксируется в месте фимбрий при помощи викриловой нити

5,0-6,0. Через все слои живота перпендикулярно его поверхности производится отверстие иглой, проводниковая нить выводится на кожу и фиксируется капроновой нитью к коже. На 21-25 день после операции, нить извлекается из маточной трубы.

В случаях, когда самопроизвольного аборта не произошло и плодное яйцо находится в полости трубы, над ним производится маленький дугообразный разрез с выпуклостью в сторону истмической части (рис. 2 а) (для того, чтобы уменьшить расстояние до истмического угла для проводника), затем содержимое трубы осторожным надавливанием выводится наружу (рис. 2 б).

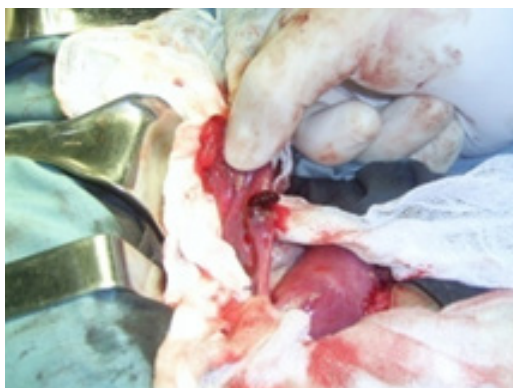


а



б

Рис. 1. Расположение плодного яйца в ампулярной части левой маточной трубы: а – вид плодного яйца на фоне матки и яичника; б – приближенная версия



а



б

Рис. 2. Удаление плодного яйца: а – производится маленький разрез над плодным яйцом; б – выдавливание содержимого

Полость трубы тщательно промывается и очищается от остатков плодного яйца, затем производится щадящее коагулирование источников кровотечения. После этого проводник одним концом проводится по указанной выше методике сначала в проксимальную, а затем в дистальную часть трубы. Позже место разреза укрывается, ушивается с применением микрохирургической техники.

При разрыве трубы вопрос о целесообразности проведения её восстановления либо удаления решается оперирующим хирургом. При наличии сильного кровотечения, дефиците тканей трубы, а также наличии избыточных спаек показано удаление трубы. В случаях отсутствия противопоказаний труба сшивается тонкой нитью, через неё проводится проводник, остальные мероприятия проводятся по вышеуказанной схеме (рис. 3).

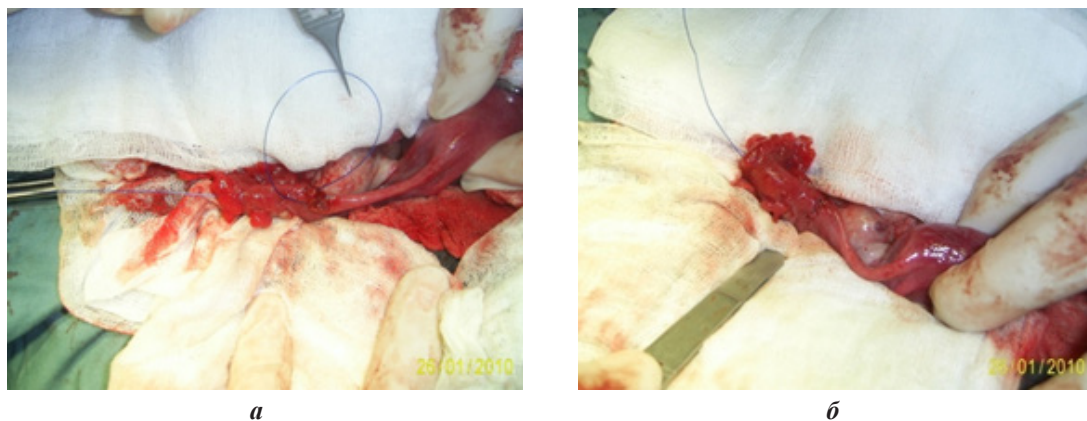


Рис. 3. Проведение проводника и ушивание разреза: а – проводник до ушивания дефекта трубы; б – проводник после ушивания дефекта и выведения через фимбриальное отверстие

Результаты и их обсуждение

В послеоперационном периоде серьёзных осложнений не наблюдалось. С повторной внематочной беременностью в ранее оперированной фаллопиевой трубе до проведения микрохирургического восстановления в нашем отделении наблюдались у 22 больных (15,3%). Из них у троих после проведения повторного восстановления отмечалось рождение живого жизнеспособного плода. Таким образом, данный факт ставит под сомнение утверждение о том, что при повторной трубной беременности в ранее оперированной трубе всегда показано удаление. Нами рекомендуется в случаях желания пациентки иметь в будущем детей и при отсутствии угрозы её жизни восстанавливать трубу, так как результаты показали возможность развития беременности с рождением живого плода у данной категории больных.

У 35 больных в отдалённые сроки после проведения операции, наблюдалось рождение живого плода, у 9 больных – маточные роды с рождением двух детей, у трёх больных – рождение трёх жизнеспособных детей. Неблагоприятные результаты наблюдались, в основном, у больных с хроническим воспалительным процессом органов брюшной полости и малого таза (эндометрит, спаечный процесс и др.).

Выводы

1. Микрохирургическое восстановление проходности маточных труб является эффективным методом восстановления репродуктивной функции женщин.

2. Показаниями для выполнения микрохирургического восстановления проходности маточных труб при трубной беременности являются желание женщины иметь детей, кровопотеря до 500 мл, отсутствие опасных для жизни пациентки противопоказаний.

3. В случаях повторного восстановления проходности при рецидиве трубной бере-

менности существует вероятность рождения жизнеспособного ребёнка.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (п. 9 см. REFERENCES)

1. Адамов М.М., Ткачева Н.Ю., Ефетов К.А. Применение трипторелина в послеоперационном периоде у женщин с эктопической беременностью и генитальным эндометриозом // Таврический медико-биологический вестник. 2009. Т.12, №1 (45). С.7-9.
2. Везирова М.А., Иванова Л.В., Шмидт А.А. Анализ исходов беременности и родов у женщин с патологией шейки матки, ассоциируемой с вирусом папилломы человека // Вестник российской военно-медицинской академии. 2013. №2 (42). С.72-75.
3. Кабешов А.М. и др. Неиндуцированная гетеротопическая беременность (описание случая) // Проблемы репродукции. 2009. №1. С. 70-71.
4. Ходжамурадов Г.М., Исмоилов М.М., Шарипов Г.Н., Шаймонов А.Х., Саидов М.С. Внематочная беременность, локализованная в культе не до конца удаленной маточной трубы // Вестник Авиценны. 2015. № 1 (62). С.50-54
5. Чернова И.С., Адамян Л.В., Козаченко А.В. Репродуктивная функция женщин после лечения эктопической беременности // Пробл. репрод. 2009. Спец. вып. С. 253.
6. Чернова И.С., Козаченко А.В. Современные аспекты этиологии и патогенеза эктопической беременности (обзор литературы) // Проблемы репродукции. 2009. №5. С.28-32.
7. Шарипов Г.Н., Ходжамурадов Г.М., Ходжамурадова Дж.А., Гулин А.В., Саидов М.С. Хирургическое лечение больных с повторной трубной беременностью в ранее оперированной трубе // Вестник Тамбовского государственного университета. 2016. Т.21, Вып. 2. С. 592-594.
8. Шарипов Г.Н., Ходжамурадова Дж.А., Ходжамурадов Г.М., Саидов М.С. Особенности ультразвукового исследования больных с трубной формой внематочной беременности // Вестник Авиценны. 2016. № 2 (67). С. 38-41.

RESERENSES

1. Adamov M. M., Tkacheva N. Yu., Efetov K. A. Prime-nenie triptorelina v posleoperatsionnom periode u zhenshchin s ektopicheskoy beremennostyu i genitalnym endometriozom [The use of triptorelin in postoperative period in women with ectopic pregnancy and genital endometriosis]. *Tavrisheskiy mediko-biologicheskiy vestnik - Tavricheskiy medico-biological herald*, 2009, Vol. 12, No. 1 (45), pp. 7-9.
2. Vezirova M. A., Ivanova L. V., Shmidt A. A. Analiz iskhodov beremennosti i rodov u zhenshchin s patologiyey sheyki matki, assotsiirovemoy s virusom papillomy cheloveka [Analysis of outcomes of pregnancy and childbirth in women with cervical pathology associated with human papillomavirus]. *Vestnik Rossiyskoy voenno-meditsinskoy akademii - Herald of the Russian Military Medical Academy*, 2013, No. 2 (42), pp. 72-75.
3. Kabeshov A. M. Neindutsirovannaya geterotopicheskaya beremennost (opisanie sluchaya) [Reingoldovna heterotopic pregnancy (case report)]. *Problemy reproduksii - Reproduction problems*, 2009, No. 1, pp. 70-71.
4. Hodzhamuradov G. M., Ismoilov M. M., Sharipov G. N., Shaymonov A. Kh., Saidov M. S. Vnematochnaya beremennost, lokalizovannaya v kulte ne do kontsa udalenoymy matochnoy trubny [Ectopic pregnancy localized in the cult, not to the remote end of the fallopian tube]. *Vestnik Avitsenny - Herald of Avicenna*, 2015, No. 1 (62), pp. 50-54.
5. Chernova I. S., Adamyan L. V., Kozachenko A. V. Reproduk-tivnaya funktsiya zhenshchin posle lecheniya ektopicheskoy beremennosti [Reproductive function of women after treatment of ectopic pregnancy]. *Problemy reproduksii - Reproduction problems*, 2009, Special issue, pp. 253.
6. Chernova I. S., Kozachenko A. V. Sovremennyye aspekty etiologii i patogeneza ektopicheskoy beremennosti (obzor literatury) [Modern aspects of the etiology and pathogenesis of

ectopic pregnancy (literature review)]. *Problemy reproduksii - Reproduction problems*, 2009, No. 5, pp. 28-32.

7. Sharipov G. N., Khodzhamuradov G. M., Khodzhamuradova Dzh. A., Gulin A. V., Saidov M. S. Khirurgicheskoe lechenie bolnykh s povtornoy trubnoy beremennostyu v ranee operirovannoy trubey [Surgical treatment of patients with recurrent tubal pregnancy in a previously operated pipe]. *Vestnik Tambovskogo gosudarstvennogo universiteta - Herald of Tambov State University*, 2016, Vol. 21, Issue 2, pp. 592-594.

8. Sharipov G. N., Khodzhamuradova Dzh. A., Khodzhamuradov G. M., Saidov M. S. Osobennosti ultrazvukovogo issledovaniya bolnykh s trubnoy formoy vнемatochnoy beremennosti [Features of ultrasonic studies of patients with tubal ectopic pregnancy form]. *Vestnik Avitsenny - Herald Avicenna*, 2016, No. 2 (67), pp. 38-41.

9. Varma R., Gupta J. Tubal ectopic pregnancy. *Clinical evidence*, 2009, No. 4, pp. 1406.

Сведения об авторах:

Исмоилов Мухторджон Маруфович – зав. отделением восстановительной хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии, к.м.н.

Мухиддинов Нуриддин Давлаталиевич – зав. кафедрой хирургических болезней и эндохирургии ГОУ ИПОвСЗРТ, д.м.н.

Назирбоева Оксана Юлдошбоевна – и.о. зав. родильным отделением больничного комплекса «Истиклол»

Контактная информация:

Мухиддинов Нуриддин Давлаталиевич – 734025, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. И.Сомони, 59; тел.: + 992 919-24-69-16; e-mail: nuridd@mail.ru

Касымов О.И., Муниева С.Х., Касымов А.О., Гафурова Ш.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АНОГЕНИТАЛЬНЫМИ БОРОДАВКАМИ

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ ИПОСЗ РТ

Kasymov O.I., Munieva S.H., Kasymov A.O., Gafurova Sh.A.

EFFICIENCY OF COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH ANOGENITAL WARTS

Department of Dermatology and STIs with Cosmetology course of the State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan"

Цель исследования. Изучение эффективности инозина пранобекс (Иноседа) в комплексном лечении больных аногенитальными бородавками (остроконечными кондиломами).

Материал и методы. Проведено лечение 38 мужчин, больных остроконечными кондиломами (ОК), в возрасте от 18 до 35 лет (средний возраст больных – 24,3 года). Первая группа (16 больных) получила топическое лечение раствором фerezола, вторая (22 больных) – комплексное (системный препарат Иноседа по 1,0 г три раза в сутки, в течение 20 дней + локально фerezол). Методы исследования: микроскопический и ПЦР (полимеразная цепная реакция).

Результаты. Использование системного препарата иносед в комплексном лечении мужчин, больных ОК, повысило эффективность терапии в 1,7 раза (с 56,2% до 95,5%). В течение 12 месяцев наблюдения после комплексного лечения рецидив ОК наблюдался только у 4,5% больных, при локальном применении фerezола – у 43,8%.

Заключение. Высокая эффективность Иноседа в комплексном лечении больных ОК позволяет рекомендовать его использование в терапии этой вирусной инфекции.

Ключевые слова: аногенитальные бородавки, лечение инозином пранобекс

Aim. To study the efficiency of inosine pranobex (Inoseda) in the complex treatment of patients with anogenital warts.

Materials and methods. The treatment of 38 patients at the age of 18-35 (average age of patients is 24,3) with anogenital warts was conducted. First group (16 patients) received topical treatment using Ferezol solution, second group (22 patients) received complex treatment (system medication Inoseda 1 gm three times a day for 20 days + Ferezol locally). Methods of research: microscopic and PCR (Polymerase chain reaction).

Results. Inoseda in the complex treatment of anogenital warts in men increased the therapy efficiency to 1,7 times (from 56,2% to 95,5%). During 12 months of follow-up, recurrence had taken place only in 4,5% of patients, and in 43,8% when using Ferezol locally.

Conclusion. High efficiency of inosine pranobex in the complex treatment of anogenital warts makes it possible to recommend its use in the therapy of this viral infection.

Key words: anogenital warts, treatment using inosine pranobex

Актуальность

За последние годы в Республике Таджикистан среди инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), широкое распространение получили вирусные заболевания (генитальный герпес, ВИЧ-инфекция, контагиозный моллюск, гепатит В, цитомегаловирусная инфекция), в том числе аногенитальные бородавки (АБ). АБ или остроконечными кондиломами (ОК), вызываемыми

вирусом папилломы человека (ВПЧ), ежегодно в мире болеют до 30 млн человек, во многих странах мира они встречаются в 2-4 и 6-8 раз чаще, чем соответственно гонорея и сифилис. Из более чем 80 различных папилломавирусов половым путем передаются и наиболее часто вызывают ОК типы 6, 11, 16, 18, 31, 33. Установлено, что у 10% мужчин и 20% женщин ВПЧ являются причиной рака мочеполовых органов [1, 5].

У большинства больных АБ принимают хронический характер, что связано, по мнению многих исследователей, в первую очередь, с нарушениями различных звеньев иммунологической реактивности организма, значительным увеличением случаев сочетания двух и более ИППП у одного и того же больного – микстинфекция, особенно у лиц из групп риска [4].

Диагностика АБ проводится на основании клинических проявлений заболевания, при необходимости подтверждается путем обнаружения вируса папилломы человека методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Лечение АБ представляет трудную задачу. До настоящего времени основным методом лечения АБ является их физическое или химическое разрушение (криодеструкция, электрокоагуляция, хирургическая эксцизия, крепкие растворы кислот), однако, при всех схемах и рекомендуемых способах терапии довольно часто отмечаются рецидивы (по данным литературы в 30-50% случаев), в среднем, в течение 3 месяцев после лечения [3, 6], т.к. ни при одном из них эрадикации ВПЧ не происходит. В последние годы с целью повышения эффективности лечения хронических, рецидивирующих и распространенных форм АБ, наряду с методами локальной деструкции, рекомендуется использование иммунопрепаратов, снижающих активность вирусов и стимулирующих клеточный

иммунитет, одним из которых является инозин пранобекс [2, 5].

Инозин пранобекс (иноседа) – противовирусное средство с иммуномодулирующими свойствами. Препарат, индуцируя созревание и дифференцирование Т-лимфоцитов и Т₁-хелперов, потенцируя индукцию лимфопролиферативного ответа в митогенных или антиген-активных клетках, нормализует дефицит или дисфункцию клеточного иммунитета. Иноседа моделирует цитотоксичность Т-лимфоцитов и натуральных киллеров, функцию Т₈-супрессоров и Т₄-хелперов, а также повышает количество иммуноглобулина G и поверхностных маркеров комплемента. Препарат повышает синтез интерлейкина-1 (ИЛ-1) и интерлейкина-2 (ИЛ-2), регулирует экспрессию рецепторов ИЛ-2, существенно увеличивает секрецию эндогенного γ-интерферона и уменьшает продукцию интерлейкина-4 в организме. Иноседа усиливает действие нейтрофильных гранулоцитов, хемотаксис и фагоцитоз моноцитов и макрофагов. Кроме этого, он оказывает прямое противовирусное действие, угнетая синтез вирусов путем встраивания инозин-оротовой кислоты в полирибосомы пораженной вирусом клетки и нарушая присоединение адениловой кислоты к вирусной РНК.

Материал и методы исследования

В период с 2014 до 2016 гг. под нашим наблюдением находились 38 мужчин, больных ОК, в возрасте от 18 до 35 лет (рис. 1).

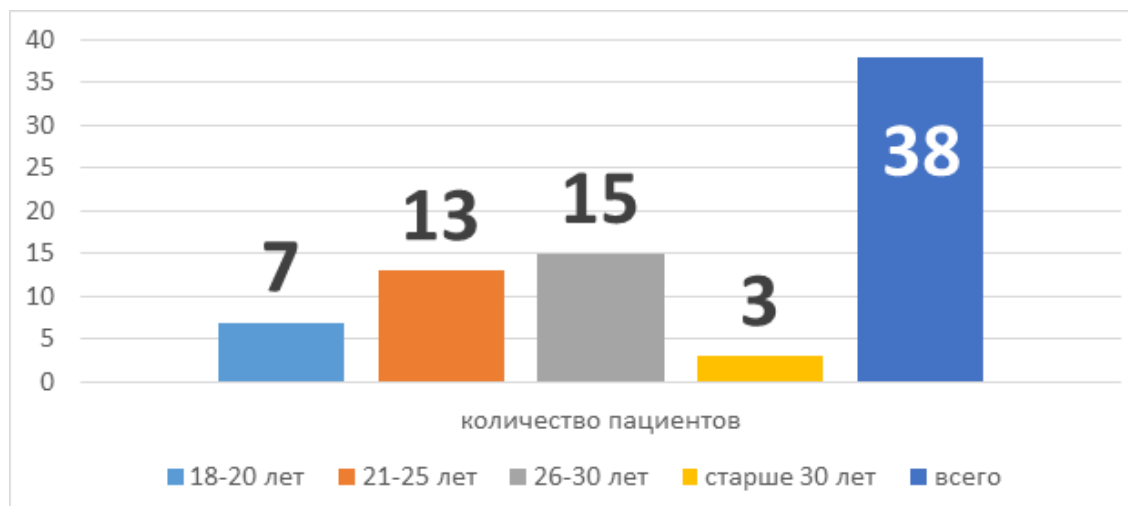


Рис. 1. Возрастная структура обследованных больных

Как видно, в возрасте 18-20 лет были 7 больных, от 21 до 25 лет – 13, от 26 до 30 лет – 15, старше 30 – 3.

У 25 больных наблюдалась генитальная локализация ОК, у 13 – экстрагенитальная. При генитальном расположении у 10 больных элементы ОК локализовались на теле полового члена (corpus penis), у 5 – в области венечной борозды (sulcus coronarius penis), у 4 – в области корня

полового члена (radix penis), у 2 – у наружного отверстия мочеиспускательного канала (ostium urethrae externum), у 4 – в лобковой области (region pubis). У 9 больных с экстрагенитальной локализацией узелки ОК располагались в перианальной области (region perianalis), у 4 – в промежности (perineum).

У больных выявлены разные клинические формы ОК (рис. 2).



Рис. 2. Клинические формы остроконечных кондилом у больных

Из данных рисунка 2 видно, что у 23 (60,5%) больных наблюдался типичный клинический вариант ОК, который характеризовался папулами неправильной формы, величиной от булавочной головки до чечевицы, которые возвышались над поверхностью кожного покрова, располагались изолированно или группировались в количестве от 5 до 15 узелков, местами сливались в бляшки. Некоторые узелки имели вытянутую форму в виде сосочков, сливаясь, образовывали опухолевидные разрастания, напоминающие цветную капусту или петушиный гребень. Свежие элементы были от розового до серовато-красного цвета, относительно старые – от белесовато-телесного до красновато-коричневого. У большинства больных высыпания не сопровождалось субъективными ощущениями. У некоторых больных с локализацией высыпаний в перианальной области и вентральной поверхности корня полового члена наблюдалась мацерация кожи, которая сопровождалась чувством жжения или зуда, дискомфортом.

Гиперкератотическая форма заболевания, которая была выявлена у 5 (13,2%) больных, проявлялась узелками с выраженным гиперкератозом в виде роговых наслоений. Папулезный вариант ОК, обнаруженный у 6 (15,8%) больных, определялся небольшими папулами с гладкой, лишенной наслоений, поверхностью. Плоская форма дерматоза у 4 (10,5%) пациентов была представлена пятнами розово-коричневого цвета, почти не возвышавшимися над поверхностью кожи.

В зависимости от использованных методов лечения больные были разделены на 2 группы. Первой группе (16 больных) была проведена местная деструктивная терапия раствором ферезола, который содержит 60% фенола и 40% трикрезола. Локальное использование ферезола проводилось путем наружного смазывания им кондилом в течение 10-15 минут. У кондилом, имеющих тонкую ножку, смазывали только ножки. При необходимости повторную обработку ОК раствором ферезола проводили через 1 неделю.

Через 6-8 дней после отпадания струпа проводили дополнительное смазывание препаратом остатков разрушенных кондилом.

Второй группе (22 больных) было использовано комплексное лечение с применением, помимо наружного лечения, системного препарата инозин пранобекс в лекарственной форме иноседа (производство WORLD MEDICINE), который пациенты получали по 3 г/сут (2 таблетки 3 раза в сутки) в течение 20 дней.

Больным обеих групп с наличием сопутствующей урогенитальной хламидийной или уреаплазменной инфекции проведено дополнительное лечение азитромицином, пациентам с ВПГ – ацикловиром и циклофероном, гарднереллезной инфекцией – метронидазолом по схемам, соответствующим клиническим протоколам.

Оценка эффективности использованных методов терапии нами проводилась по данным ближайших (клинико-визуально, непосредственно после лечения и лабораторно, через 1,5-2 месяца) и отдаленных (через 12 месяцев после терапии) результатов лечения.

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

Результаты и их обсуждение

В ходе проведенных исследований у обследованных больных обнаружены следующие ИППП (табл. 1).

Как видно из данных таблицы 1, у больных ОК определены различные типы ВПЧ, явившиеся этиологическим фактором заболевания. Наиболее часто обнаружен вирус папилломы человека низкого онкогенного риска – 6 и 11 тип, который выявлен в 92,1% случаев. ВПЧ средней степени онкогенного риска (31, 33, 35 тип) выделен у 13,2% больных, высокого онкогенного риска (16 и 18 тип) – у 5,3%. ВПЧ в виде моноинфекции наблюдался только у 11 (29%) больных, у 27 (71%) пациентов определено сочетание ОК с другими ИППП. У 13 (34,2%) больных были обнаружены уреоплазмоз и

микоплазмоз, у 9 (23,7%) – урогенитальный хламидиоз, у 3 (7,9%) – вирус простого герпеса (ВПГ) 1 и 2 типа, у 2 (5,3%) – гарднереллез. Сочетание ВПЧ с одной ИППП выявлено у 9 (23,7%) пациентов, с двумя инфекционными агентами – у 12 (31,5%), с тремя – у 6 (15,8%).

Таблица 1
Инфекции, передающиеся половым путем, диагностированные у больных

Вид инфекции	Больные (n = 38)	
	абс.	%
ВПЧ 6,11	35	92,1
ВПЧ 31,33,35	5	13,2
ВПЧ 16,18	2	5,3
Уреаплазмоз	9	23,7
Микоплазмоз	4	10,5
Хламидиоз	9	23,7
ВПГ 1,2	3	7,9
Гарднереллез	2	5,3

Все больные лечение перенесли хорошо, ни у одного из них побочных действий и осложнений

от использованных лекарственных препаратов не наблюдалось.

Ближайшие результаты лечения показали высокую эффективность обоих методов терапии. В результате проведенного курса топического лечения, который продолжался, в среднем 3-4 недели, и комбинированной терапии у всех пациентов наблюдалась полная деструкция всех ОК. Однако, лабораторное исследование ВПЧ-инфекции ПЦР-диагностикой через 1,5-2 месяца после лечения, показали эффективность комбинированной терапии. Прекращение выделения ВПЧ отмечено у 19 (86,4%) из 22 больных, получивших комбинированное лечение, при использовании только местной терапии – у 7 (43,8%). Следует отметить, что у больных обеих групп с наличием сопутствующих ИППП проведенная соответствующая терапия дала клиничко-этиологическое излечение во всех случаях.

Оценка отдаленных результатов показала значительное преимущество комбинированного метода лечения с использованием препарата иноседа, по сравнению с монотерапией только топическим препаратом фerezолом (рис. 3).



Рис. 3. Отдаленные результаты лечения

Данные рисунка 3 показывают, что в течение 12 месяцев после лечения среди 22 больных, получивших комплексную терапию, рецидив ОК наблюдался только у 1 (4,5%) пациента, в то время как из 16 больных, принимавших только местную терапию – у 7 (43,8%). ПЦР-исследованием через год после лечения подтверждена высокая эффективность комбинированной терапии, о чем свидетельствует полная элиминация ВПЧ у всех пациентов с клиническим выздоровлением; только у 1 больного с рецидивом ОК выделен ВПЧ (6 и 11 типы). Среди больных, кому была использована только деструкция очагов, ВПЧ обнаружен у всех 7 больных, у которых был рецидив ОК.

Заключение

Таким образом, исследования показали, что использование системного препарата иноседа в комплексном лечении больных ОК повышает эффективность терапии в 1,7 раза: клиничко-этиологическое выздоровление достигнуто в 95,5% случаев, при применении только наружного лечения эффективность терапии составила всего 56,2%. Инозин пранобекс в лекарственной форме «Иноседа» может быть использован при лечении мужчин, больных аногенитальными бородавками.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (п. 6 см. в REFERENCES)

1. Андрoфи Э.Д., Лoви Д.Л. Дермaтoлoгия Фитцпатрика в клинической практике; пер. с англ. 2013. Т. 3. С. 2085–2096.
2. Белоусова Т.А., Горячкина М.В. ВПЧ-ассоциированные заболевания аногенитальной локализации // РМЖ. 2014. №24. С. 1800.
3. Разнатовский К.И., Котрехова Л.П. Современные методы лечения остроконечных кондилом // Лечащий врач. 2007. № 9. С. 24–26.
4. Серов В.Н., Твердикова М.А., Тютюнник В.Л. Папилломавирусная инфекция гениталий: основные принципы лечения // РМЖ. 2010. №19. С. 1170.
5. Скрипкин Ю.К., Бутов Ю.С. Клиническая дерматовенерология в 2 т. // М.: ГЭОТАР-Медиа. 2009. – Т. 1. – 720 с.

REFERENCES

1. Androfi A. D., Lovi D. L. *Dermatologiya Fittspatrika v klinicheskoy praktike* [Fitzpatrick's dermatology in the clinical practice]. 2013. Vol. 3, 2085-2096 p.
2. Belousova T.A., Goryachkina M. V. VПCH-assotsiirovannye zabolovaniya anogenitalnoy lokalizatsii [HPV-associated diseases of anogenital area]. *Rossiysky meditsinsky zdurnal - Russian Medical Journal*, 2014, Vol. 24, pp. 1800.
3. Raznatovskiy K. I., Kotrekhova L. P. *Sovremennye metody lecheniya ostrokonechnykh kondilom* [Modern methods of treatment for condyloma acuminatum]. *Lechashchiy vrach - Attending doctor*, 2007, Vol. 9, pp. 24–26.

4. Serov V. N., Tverdikova M. A., Tyutyunnik V. L. Papillomavirusnaya infektsiya genitaliy: osnovnye printsipy lecheniya [HPV-infection of genitals: main principles of treatment]. *Rossiysky meditsinsky zdurnal - Russian Medical Journal*, 2010, Vol. 19, pp. 1170.

5. Skripkin Yu. K., Butov Yu. S. *Klinicheskaya dermatovenerologiya v dvukh tomakh* [Clinical dermatology and venereology in two volumes]. Moscow, GEOTAR-media Publ., 2009. 720 p.

6. Garland S.M., Hernandez-Avila M., Wheeler C.M. et al. Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent anogenital diseases. *New England Journal of Medicine*, 2007, Vol. 356 (19), pp. 1928–1943.

Сведения об авторах:

Касымов Олим Исмаилович – профессор кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии ИПОСЗ РТ, д.м.н.

Муниева Саида Хамракуловна – зав. кафедрой дерматовенерологии с курсом косметологии ИПОСЗ РТ, к.м.н.

Касымов Аббос Олимджанович – аспирант кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии ИПОСЗ РТ

Контактная информация:

Касымов Аббос – тел.: +992918523285, e-mail: a.kasymov@hotmail.com

¹Касимова М.К., ²Бобоходжаева М.О.

ТЕНДЕНЦИИ В СФЕРЕ РОЖДАЕМОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН В ЭПОХУ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПРАКТИКИ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ

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

²Кафедра акушерства и гинекологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

¹Kasymova M.K., ²Bobokhojaeva M.O.

CORRECTION OF ENTERAL INSUFFICIENCY SYNDROME IN PATIENTS WITH PREVALENT PERITONITIS

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

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

Цель исследования. Изучить тенденции рождаемости в Республике Таджикистан в современных условиях.

Материал и методы. В основу исследования положен анализ материалов Государственного статистического Агентства при Правительстве РТ, Республиканского Центра медицинской статистики и информации МЗСЗН РТ, Всеобщей переписи населения Республики Таджикистан 2010 года и данные социологических исследований. Оценка контрацептивного поведения проведена у 1340 жителей городов и районов РТ анкетным методом. Анкеты включали вопросы, характеризующие основные параметры репродукции населения

Результаты. На основании проведенных исследований установлено, что основной вклад в рождаемость детей вносят возрастные группы 20-34 лет. Эти группы женщин имеют в среднем от 1 до 4 детей; в группе женщин, родивших 5 и более детей, преобладают возрастные группы 40-49 лет и 50-54 лет. В группе женщин 65-70 лет и более высок удельный вес естественной бездетности (от 11,6% до 15,6%), вместе с тем, в данной возрастной группе преобладают женщины, родившие более 10 детей (12,8% и 15,8%).

Приведенные данные свидетельствуют о существенных отличиях в репродуктивном поведении женщин различных возрастных групп. Установлена тенденция снижения возраста начала половой жизни, а также рост ранних беременностей и деторождений. Данные относительно количества рождений в различных возрастных группах женщин свидетельствуют о том, что среди населения не выработаны установки на число детей в семье.

Заключение. Анализ рождаемости среди различных возрастных групп женского населения РТ свидетельствует об изменении репродуктивного поведения населения в РТ в эпоху широкого распространения практики ПС. Вместе с тем, следует ожидать повышение коэффициента рождаемости в последующие годы. Резервами повышения рождаемости является молодая возрастная структура населения.

Ключевые слова: репродуктивное поведение, планирование семьи, рождаемость

Aim. To study the birth rate trends in the Republic of Tajikistan today.

Materials and methods. Study is based on the analysis of materials of the State Statistics Agency under the Government of Tajikistan, Republican Center for Health Statistics and Information under Ministry of Health and Social Protection of Population of the Republic of Tajikistan, general census of the population of the Republic of Tajikistan in 2010 and sociological research data. Evaluation of contraceptive behavior was carried out in 1340 residents of cities and districts of the Republic of Tajikistan using questionnaire method. Questionnaires included questions characterizing the basic parameters of population reproduction.

Results. On the base of conducted study it was found that the main contribution to birth of children make age groups of 20-34 years old. These groups of women have, in average, 1 to 4 children; in the group of women who gave birth to 5 children and more prevail age groups of 40-49 and 50-54 years old. In the group of women of 65-70 years old and higher, the unit weight of natural infertility is high (from 11,6% to 15,6%), and in this age group, prevail women who gave birth to more than 10 children (12,8% and 15,8%).

This data shows significant differences in the reproductive behavior of women of different age groups. The tendency of decrease of sexual activity onset age and also growth of early pregnancies and births has been determined. Data of the number of births in different age groups of women indicates that population doesn't have information on the set number of children in the family.

Conclusion. Analysis of birth rate among different age groups of the female population of the Republic of Tajikistan indicates the change in the reproductive behavior of population in the Republic of Tajikistan in the era of widespread practices of family planning. At the same time, we should expect an increase in birth rate in subsequent years. Reserve of birth rate increase is the young age structure of population.

Key words: reproductive behavior, family planning, birth rate

Актуальность

Право человека свободно и с чувством ответственности решать вопрос о количествах и сроках рождения своих детей на протяжении десятилетий служило руководящим принципом в области охраны репродуктивного и сексуального здоровья, в частности планирования семьи, и приобрело особое значение после принятия в 1994 году Правительствами 179 стран Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию [10].

Планирование семьи - это право человека. Поэтому средства для планирования семьи должны быть доступны всем, кто хотел бы их получить. Планирование семьи должно стать неотъемлемой частью всех нынешних и будущих инициатив в области развития, в том числе частью глобальной рамочной программы устойчивого развития на период после 2015 года, которая будет разработана на основе Целей развития тысячелетия [1].

Проблема рождаемости в последние годы выдвинулась в число наиболее актуальных. В одних странах (странах Европы и Северной Америки, а также в европейской части бывшего Советского Союза) отмечается снижение прироста населения вследствие низкой рождаемости. По прогнозам Международного института прикладного системного анализа (МИПСА), в течение этого столетия ожидается непрерывное сокращение численности населения европейской части бывшего Советского Союза вдвое: с нынешних почти 230 миллионов (медианное значение) до 203 миллионов в 2030 году, 168 миллионов в 2050, 130 миллионов в 2075 году и 108 миллионов в 2100 году [3, 5]. В развивающихся странах Азии, Африки и Латинской Америки прирост населения остаётся высоким в связи с устоявшимися традициями, где дети воспринимаются гарантом социального обеспечения [13]. Среди всех процессов естественного движения населения в последние 20 лет в Республике

Таджикистан наибольшие перемены произошли в рождаемости, от уровня и тенденций которой решающим образом зависит режим воспроизводства населения.

Сохранение и укрепление здоровья населения является одной из приоритетных задач социальной политики в Республике Таджикистан. При этом ключевой стратегией улучшения качества жизни населения, материнского и детского здоровья признана стратегия улучшения репродуктивного здоровья и расширение доступа населения к услугам в области планирования семьи [8, 9]. Разработаны и реализуются стратегический план Республики Таджикистан по репродуктивному здоровью [14], Закон Республики Таджикистан «Репродуктивное здоровье и репродуктивные права» 02. 12. 2002 года №72.

В республике с 1996 г. создана и функционирует сеть учреждений репродуктивного здравоохранения - Национальный, областные, городские, районные центры репродуктивного здоровья. Основное направление данного сектора здравоохранения направлено на улучшение репродуктивного здоровья населения путем расширения доступа к услугам в области репродуктивного здоровья (РЗ) и планирования семьи (ПС) за счет подготовки высококвалифицированных кадров и предоставления эффективных, долгосрочных и безопасных для здоровья методов и средств контрацепции, усовершенствование отчетной и учетной документации, с включением международных индикаторов, рекомендуемых ВОЗ. Внедрены новые подходы в подготовке и переподготовке медицинского персонала в области РЗ, применение современных контрацептивных технологий, внедрение новых учебных программ на всех уровнях обучения. Обучение специалистов контрацептивной технологии осуществлено при поддержке Университета Дж. Хопкинса, начавшего свою деятельность в Таджикистане с 1996 года. За этот период подготовлена тренерская бригада из числа сотрудников Национального центра репродуктивного здоровья,

Таджикского научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и педиатрии, кафедр акушерства и гинекологии Таджикского государственного медицинского университета, Института последипломного образования в сфере здравоохранения и Душанбинского медицинского колледжа.

Следует отметить, что контрацептивная помощь населению РТ осуществляется в основном контрацептивами, поставляемыми ЮНФПА на гуманитарной основе.

Анализ контрацептивного поведения женщин, по данным анкетирования, показал, что используют контрацепцию 71,5% женщин. Наиболее распространенным является использование внутриматочных спиралей (ВМС) – 31,5%. Второе место занимают презервативы (17,5%), далее следуют гормональные контрацептивы (9,5%), в том числе: оральные контрацептивы – 6,3%, инъекционные гормональные контрацептивы – 3,2%. Вместе с

тем, 13,0% респондентов указали, что используют естественные методы планирования семьи (ЕМПС).

Нами проведен анализ численности женского населения в возрасте 15 лет и старше по РТ по данным последней переписи населения. Выявлено, что женщины в возрасте 15 лет и старше составили 2438147, в том числе городское население – общее число женщин составляет 673110 (27,6%), сельское – 1765037(72,4%).

Из общего числа женщины репродуктивного возраста составили 2018927 (82,8%), в том числе среди городских жительниц ЖРВ составили 553163 (27,3%), среди сельских – 1465764 (72,7,0%), следовательно, соотношение численности женщин репродуктивного возраста среди женщин городской и сельской местности значительно различается.

Распределение женского населения в различных регионах представлено в таблице 1

Таблица 1

*Численность женского населения в различных регионах Республики Таджикистан**

Регионы	Общее число женщин 15 лет и старше		Число женщин 15-49 лет	
	абс.	%	абс.	%
Г. Душанбе	237129	10,4	198951	9,8
РРП	539748	22,1	452303	22,4
Согдийская область	754393	30,6	609016	30,3
Хатлонская область	834290	34,1	701582	34,7
ГБАО	72587	2,8	57075	2,8
Республика	2438147	100,0	2018927	100,0

*Примечание: *Рассчитано нами по данным Агентства по статистике при Президенте РТ. Душанбе, 2013. С. 6*

Таблица 2

*Возрастная структура женщин 15 лет и старше в Республике Таджикистан**

Возраст /лет	n	%
15-19	424996	17,4
20-24	418515	17,2
25-29	320135	13,2
30-34	250512	10,2
35-39	219970	9,2
40-44	201635	8,2
45-49	183164	7,5
50-54	144184	5,9
55-59	91970	3,7
60-64	57028	2,4
65-69	33308	1,3
70 и >	92730	3,8
Всего	2438147	100

*Примечание: *Рассчитано нами по данным Агентства по статистике при Президенте РТ. Душанбе, 2013. С. 6*

Таблица 3

Рождаемость в различных возрастных группах женщин в Республике Таджикистан*

Республика (городское и сельское население)	В том числе											
	Женщины, не рожающие ни одного ребенка		женщины, родившие детей								Всего	
			1 - 2		3 - 4		5 - 9		10-и более			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Все женщины в возрасте 15 лет и старше	823227	33,8	537452	22,0	578331	23,7	458130	18,8	41007	1,7	2438147	100
в том числе в возрасте:												
15-19	407653	95,9	17167	4,06	176	0,04	-	-	-	-	424996	100
20-24 лет	224255	53,6	175644	42,0	18325	4,3	291	0,1	-	-	418515	100
25-29 лет	80434	25,01	137210	42,9	95927	30,0	6564	2,1	-	-	320135	100
30-34 лет	33682	3,4	65060	26,0	120018	47,9	31667	12,67	85	0,03	250512	100
35-39 лет	17720	8,1	42417	19,3	102945	46,8	56589	25,7	299	0,1	219970	100
40-44 лет	12243	6,1	32217	16,0	84510	41,9	71470	35,4	1195	0,6	201635	100
45-49 лет	9781	5,4	24073	13,2	66995	36,5	79536	43,4	2779	1,5	183164	100
50-54 лет	7903	5,5	16348	11,3	42379	29,4	72328	50,2	5226	3,6	144184	100
55-59 лет	5905	6,4	9285	10,2	20451	22,2	49248	53,5	7081	7,7	91970	100
60-64 лет	5334	9,4	5594	9,8	9605	16,8	29304	51,4	7191	12,6	57028	100
65-69 лет	3870	11,6	3057	9,2	4562	13,7	16550	49,7	5269	15,8	33308	100
70 лет и старше	14447	15,6	9380	10,1	12438	13,4	4458	48,1	11882	12,8	92730	100

Примечание: *Рассчитано нами по данным Агентства по статистике при Президенте РТ, Душанбе, 2013. С. 6

Как видно из приведенных данных, количество женщин репродуктивного возраста значительно варьирует в зависимости от региона проживания. Так, наибольшее число женского населения проживает в Хатлонской области – 834290 (34,1%), из них женщин репродуктивного возраста было 701582 (34,7%), наименьшее число женского населения проживает в ГБАО 72587(2,8%).

В 13 районах республиканского подчинения (РРП) проживает 539748 (22,1%) женщин в возрасте 15 лет и старше, из них каждая пятая женщина в репродуктивном возрасте.

В городе Душанбе каждая десятая женщина в репродуктивном возрасте. Следовательно, при разработке стратегии репродуктивного здоровья необходимо исходить из особенностей численности женщин репродуктивного возраста по отдельным регионам.

В таблице 2 приведены данные о возрастной структуре женщин 15 лет и старше.

Как видно из приведенных данных, основная часть женского населения представлена женщинами возрастной группы 15-19 лет (17,4%) и 20-24 лет (17,2%), далее следуют женщины возрастной группы 25-29 лет (13,2%) и 30-34 года (10,2%), т.е. женщинами активного репродуктивного возраста, в суммарном отношении данные группы составляют 58,0% и представляют потенциал демографического роста на ближайшие годы.

Женское население позднего репродуктивного возраста (от 35 до 49 лет) в суммарном отношении составляет 24,9%; остальная часть женщин представлена женщинами, находящимися в климактерическом периоде.

Анализ рождаемости в различных возрастных группах женщин представлен в таблице 3.

Приведенные данные свидетельствуют: наибольшее количество женщин - 578331 (23,7%) - имеют 3-4 детей; 537452 (22,0%) имеют от 1 до 2 детей; от 5 до 9 детей имеют 458130 (18,8%) женщин; 10 и более детей имеют 41007 (1,7%) женщин.

Анализ показал, что в возрастной группе 15-19 лет наибольшее число женщин - 407653 (95,9%)

- нерожавшие, в то же время обращает на себя внимание наличие 3-4 детей у женщин данной возрастной группы, что свидетельствует о раннем вступлении в половые отношения и деторождения женщин данной возрастной группы.

Вместе с тем, как видно из приведенных данных, наметилась тенденция откладывания рождений к более поздним возрастам. Так, в возрастной группе женщин 20-24 года каждая вторая женщина (53,6%) не имеет детей, из числа женщин 25-29 лет каждая четвертая (25,0%) не имеет детей, однако в этих возрастных группах женщины имеют 5 и более детей. Женщины возрастной группы 30-34 года и далее по нарастающей имеют 10 и более детей.

Приведенные данные относительно количества рождений в различных возрастных группах женщин свидетельствуют о том, что среди населения не выработаны установки на число детей в семье.

Данные анализа показывают, что основной вклад в рождаемость детей вносят возрастные группы 20-24 лет, 25-29 лет и 30-34 лет. Эти группы женщин имеют в среднем от 1 до 4 детей; в группе женщин, родивших 5 и более детей, преобладают возрастные группы 40-44 лет, 45-49 лет и 50 - 54 лет. В группе женщин 65-70 лет и более высок удельный вес естественной бездетности (от 11,6% до 15,6%), вместе с тем, в данной возрастной группе преобладают женщины, родившие более 10 детей (12,8% и 15,8%). Приведенные данные свидетельствуют о существенных отличиях в репродуктивном поведении женщин различных возрастных групп.

Наиболее наглядно характеризует репродуктивное поведение женщин суммарный коэффициент рождаемости, который показывает, сколько в среднем детей родила бы женщина на протяжении жизни, при условии сохранения в каждом возрасте существующего уровня рождаемости.

Данные о суммарном коэффициенте рождаемости по РТ приведены в таблице 4.

Таблица 4

Суммарный коэффициент рождаемости

Годы	1990	1995	2000	2005	2006	2012
Суммарный коэффициент рождаемости	5,0	4,3	3,4	3,2	3,2	3,8

В клинике хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино на базе ГКБ СМП и медицинского комплекса «Истиклол» г. Душанбе за период с 2012 по 2016 гг. на лечении находились 128 больных с РП. Мужчин было 68 (53,1%), женщин – 60 (46,9%). Возраст пациентов составил от 18 до 80 лет. Причиной

возникновения РП были острые хирургические заболевания органов брюшной полости и их травматическое повреждение (табл. 1).

Определение течения РП выполняли согласно классификации В.С. Савельева и соавт. [6]. Тяжесть состояния пациентов оценивали по шкале АРАСНЕ II, а выраженность системной

воспалительной реакции (СВР) – с помощью соответствующих биомаркеров. Определяли также количество лейкоцитов, лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), концентрацию молекул средних масс (МСМ) и уровень СРБ. Концентрацию серотонина в сыворотке крови исследовали методом высокоэффективной жидкостной хроматографии.

Диагноз «Распространённый перитонит» устанавливали на основании клинических данных, а также комплекса лабораторно-инструментальных методов исследования.

Как видно из приведенных данных, суммарный коэффициент рождаемости имеет тенденцию к снижению с 5,0 в 1990 году до 3,2 в 2005 году и в 2012 году составил 3,8 на 1 женщину. Показатель суммарного коэффициента рождаемости по РТ ниже аналогичного показателя в Афганистане (5,1 рождений на одну женщину в 2010 году) [4] и Пакистане (4,1 рождений на одну женщину в 2006–2007 гг) [6], вместе с тем, он выше, чем в Азербайджане (2,0 рождений на одну женщину в 2006 году) [2] и Армении (1,7 рождений на одну женщину в 2010 году) [7].

Таким образом, анализ рождаемости среди различных возрастных групп женского населения РТ свидетельствует об изменении репродуктивного поведения населения в РТ в эпоху широкого распространения практики ПС. Вместе с тем, следует ожидать повышения коэффициента рождаемости в последующие годы. Резервами повышения рождаемости является молодая возрастная структура населения.

Выводы

1. Численность женщин репродуктивного возраста варьирует по отдельным регионам, что необходимо учитывать при разработке стратегии репродуктивного здоровья в плане определения структуры сети службы репродуктивного здоровья.

2. Установлена тенденция снижения возраста начала половой жизни и рост ранних беременностей и деторождений.

3. Данные относительно количества рождений в различных возрастных группах женщин свидетельствуют о том, что среди населения не выработаны установки на число детей в семье.

4. Выявлены существенные отличия в репродуктивном поведении женщин различных возрастных групп.

5. Суммарный коэффициент рождаемости имеет тенденцию к снижению с 5,0 в 1990 году до 3,8 в 2012 году на 1 женщину. В последующие годы можно ожидать дальнейшее повышение коэффициента рождаемости. Резервами повышения рождаемости является молодая возрастная структура населения.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 11-14 см. в REFERENCES)

1. Государственный комитет статистики и Macro International Inc. Азербайджан, 2008. 27 с.
2. Институт общественного здравоохранения Афганистана. Кабул, 2011. 34 с.
3. Мониторинг демографической ситуации в Российской Федерации и тенденций ее изменения. Демографическая ситуация в Российской Федерации: ежегодный докл. / под ред. А.И. Антонова М., 2008. 20 с.
4. Национальный институт исследования населения и Macro International Inc. Пакистан, 2008. – 23 с.
5. Национальная служба статистики Армении. Ереван, 2012. 43 с.
6. Национальная стратегия здоровья населения РТ на период 2010-2020 годы. Постановление Правительства РТ от 02. 08. 2010 № 368. Душанбе, 2010. С. 18 -24.
6. Таджикистан. Документ стратегии снижения бедности. Постановление Правительства РТ от 19. 06. 2002. № 666. Душанбе, 2002. С. 246–249.
7. Республиканский Центр медицинской статистики и информации МЗ СОН РТ. Душанбе, 2014. 274 с.
8. Рождаемость женщин 15-49 лет в РТ. Агентство по статистике при Президенте РТ. Душанбе, 2013. С. 6.
9. Современные проблемы народонаселения региона Восточной Европы и Центральной Азии: Пробелы в исследованиях демографических тенденций, человеческого капитала и изменения климата. ЮНФПА, 2010. С. 4 - 6.
10. Стратегический план Республики Таджикистан по репродуктивному здоровью на период до 2014 года, утвержденный в августе 2004 г. Постановлением Правительства Республики Таджикистан №348. С. 52.

RESERENSES

1. *Gosudarstvennyy komitet statistiki i Macro International Inc* [State Statistics Committee and Macro International Inc]. Azerbaijan, 2008. 27 p.
2. *Institut obshchestvennogo zdravookhraneniya Afganistana* [Institute of Public Health of Afghanistan]. Kabul, 2011. 34 p.
3. *Monitoring demograficheskoy situatsii v Rossiyskoy Federatsii i tendentsii ee izmeneniya. Demograficheskaya situatsiya v Rossiyskoy Federatsii: ezhegodnyy doklad. Pod red. A. I. Antonova* [Monitoring of the demographic situation in the Russian Federation and the trends of its change. Demographic situation in the Russian Federation: annual report. Ed. by A. I. Antonov]. Moscow, 2008. 20 p.
4. *Natsionalnyy institut issledovaniya naseleniya i Macro International Inc* [National Institute of Population Studies and Macro International Inc]. Pakistan, 2008. 23 p.
5. *Natsionalnaya sluzhba statistiki Armenii* [National Statistical Service of Armenia]. Erevan, 2012. 43 p.
6. *Postanovlenie Pravitelstva RT ot 02. 08. 2010 No. 368 "Natsionalnaya strategiya zdorovya naseleniya RT na period 2010-2020 gody"* [Resolution of RT Government dated 02. 08. 2010, No. 368 "The National Strategy for health of population of the Republic of Tajikistan for the Period 2010-2020"]. Du-shanbe, 2010. 18-24 p.
6. *Postanovlenie Pravitelstva RT ot 19. 06. 2002, No. 666 "Dokument strategii snizheniya bednosti"* [Resolution of RT

Government dated 19.06 2002, No. 666 "Document of poverty reduction strategy". Dushanbe, 2002. 246–249 p.

7. *Respublikanskiy Tsentr meditsinskoy statistiki i informat-sii MZ SON RT* [Republican Center for Medical Statistics and Information MH]. Dushanbe, 2014. 274 p.

8. *Agentstvo po statistike pri Prezidente RT. Rozhdaemost zhenshchin 15-49 let v RT* [Fertility of women aged 15-49 years in Tajikistan. Agency for Statistics under the President of the Republic of Tatarstan]. Dushanbe, 2013. 6 p.

9. *Sovremennye problemy narodonaseleniya regiona Vostochnoy Evropy i Tsentralnoy Azii: Probely v issledovaniyakh demograficheskikh tendentsiy, chelovecheskogo kapitala i izmeneniya klimata* [Current Population Issues in the Eastern Europe and Central Asia Region: Gaps in Research on Demographic Trends, Human Capital and Climate Change]. YuNFPA Publ., 2010. 4-6 p.

10. *Postanovlenie Pravitelstva Respubliki Tadjikistan No. 348 Strategicheskiy plan Respubliki Tadjikistan po reproduktivnomu zdorovyu na period do 2014 goda* [Resolution of RT Government No. 348 "The Strategic Plan of the Republic of Tajikistan on Reproductive Health for the period until 2014"]. Dushanbe, 2004. 52 p.

11. National Center for Health Statistics and the Ministry of Health DREAM RT information. Dushanbe, 2014 - P.274.

12. The birth rate of women 15-49 years in Tajikistan (Agency on Statistics under the President of Tajikistan). Dushanbe, 2013. 6 p.

13. Modern problems of the region's population of Eastern Europe and Central Asia: Research Gaps on Demographic Trends, Human Capital and Climate Change. UNFPA, 2010.- P. 4-6.

14. Strategic plan of the Republic of Tajikistan on reproductive health for the period until 2014, approved in August 2004, the Decree of the Government of the Republic of Tajikistan No. 348, pp. 52..

Сведения об авторах:

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

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

Контактная информация:

Касимова Мавджуда Касымовна – Таджикистан, г. Душанбе, ул. Адхамова 5, кв. 36; тел.: +992 93 565 71 45; +992 91 9037523

© Коллектив авторов, 2017

УДК 366-089.80; 616; 78

¹Курбонов К.М., ²Назирбоев К.Р., ²Саидов Р.Х., ²Муродов У.К.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

¹ГУ «Медицинский комплекс Истиклол», Душанбе

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

¹Kurbonov K.M., ²Nazirboev K.R., ²Saidov R.KH., ²Murodov U.K.

RESULTS OF DIFFERENT METHODS OF CHOLECYSTECTOMY IN THE TREATMENT OF ACUTE DESTRUCTIVE CHOLECYSTITIS

¹State Establishment «Medical Complex Isticlol», Dushanbe

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

Цель исследования. Улучшение непосредственных результатов хирургического лечения острого деструктивного холецистита.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 240 пациентов с острым деструктивным холециститом (ОДХ). По характеру выявляемых морфологических изменений в желчном пузыре катаральная форма острого холецистита имела место у 40 (16,7%) пациентов, флегмонозная – у 120 (50%), гангренозная – у 60 (25%) и у 20 (8,3%) ОДХ осложнилась пропотным перитонитом.

Для диагностики ОДХ наряду с клинико-лабораторными и биохимическими исследованиями крови, производили инструментальные методы исследования, включая УЗИ и КТ.

Результаты исследования. Холецистэктомия из минилапаротомного доступа была выполнена 120 больным. После купирования приступа острого холецистита и при отсутствии эффекта от консервативного лечения в течение 24-48 часов больных оперировали в срочном порядке. В 16 наблюдениях при выполнении минилапаротомной холецистэктомии (МХЭ) по тем или иным причинам пришлось продлить трансректальный разрез и закончить операцию традиционным способом. Лапароскопическая холецистэктомия была выполнена 51 (21,25%) пациенту в сроки до 24 часов (n=31), от 24 до 72 часов (n=14) и более 72 часов (n=6). При тяжелых сопутствующих соматических заболеваниях, больным пожилого и старческого возрастов и высоком операционно-анестезиологическом риске III-IV по ASA в 33 (13,75%) случаях выполняли двухэтапные вмешательства. На первом этапе производили холецистостомию под УЗ-контролем, а на втором – холецистэктомию. Традиционные открытые методы холецистэктомии были выполнены 36 (15%) больным при наличии у больных перитонита, воспалительных изменений в тканях передней брюшной стенки.

Заключение. Выработанные тактические принципы миниинвазивного лечения острого деструктивного холецистита при ранней клинико-лабораторно-сонографической диагностике позволяют индивидуализировать лечебные подходы при этом заболевании.

Ключевые слова: *острый деструктивный холецистит, диагностика, холецистэктомия*

Aim. Improvement of surgical treatment direct results of acute destructive cholecystitis.

Materials and methods. The study included 240 patients with acute destructive cholecystitis (ADCH). According to the character of revealed morphological changes in the gall bladder, the catarrhal form of acute cholecystitis occurred in 40 (16,7%) patients, phlegmonous in 120 (50%), gangrenous in 60 (25%) and in 20 (8,3%) ADCH was complicated by peritonitis.

In order to diagnose ADCH, instrumental methods of investigation, including ultrasound and CT, along with clinical, laboratory and biochemical blood tests, were conducted.

Results. 120 patients underwent cholecystectomy from minilaparotomy access. After quashing of acute cholecystitis attack and absence of conservative treatment effect for 24-48 hours, patients were operated on an urgent basis. In 16 cases, during minilaparotomic cholecystectomy (MCH) for one reason or another had, transrectal incision had to be extended and operation ended in traditional way. Laparoscopic cholecystectomy was performed in 51 (21,25%) patients for up to 24 hours (n=31), from 24 to 72 hours (n=14) and more than 72 hours (n=6). In severe concomitant somatic diseases, sick, elderly and III-IV high operative and anesthesiological risk according to ASA, two-stage intervention was performed in 33 (13,75%) cases. During the first stage, cholecystostomy under the Ultrasound control, and during the second stage, cholecystectomy, were performed. Traditional open methods of cholecystectomy were performed in 36 (15%) patients with the presence in patients of peritonitis, inflammatory changes in tissues of anterior abdominal wall.

Conclusion. Thus, developed tactical principles of minimally invasive treatment of acute destructive cholecystitis at early clinical, laboratory and sonographic diagnosis allows to individualize therapeutic approaches of this disease.

Key words: *acute destructive cholecystitis, diagnosis, cholecystectomy*

Актуальность

Прогрессирующий рост числа пациентов с острым холециститом и неудовлетворительность результатов лечения делают проблему этого заболевания весьма актуальной в билиарной хирургии [1]. Необходимо отметить, что в настоящее время острый холецистит и его деструктивные формы в неотложной абдоминальной хирургии стоят на втором месте после острого аппендицита, а в ряде различных стран - на первом [4, 6]. Тяжелые сопутствующие заболевания, преклонный возраст делают оперативные вмешательства для этих больных часто непереносимыми, а консервативная терапия далеко не всегда оказывается успешной [3, 7]. Тем не менее, хирургический метод

остается единственным радикальным способом лечения острого деструктивного холецистита (ОДХ), т.к. желчный пузырь, содержащий конкременты, не только не выполняет свои функции, но и в ряде случаев представляет собой «бомбу» замедленного действия [2, 5].

В современной билиарной хирургии отчетлива выражена тенденция для выполнения холецистэктомии с помощью миниинвазивных технологий для уменьшения операционной травмы, количества интра- и послеоперационных осложнений. В связи с этим разработка более конкретных показаний к применению миниинвазивных вмешательств при ОДХ весьма актуальна.

Материал и методы исследования

Располагаем опытом диагностики и хирургического лечения 240 пациентов с ОДХ, находившихся в клинике хирургических болезней №1

в период 2014-2016 гг. Мужчин было 65 (27%), женщин – 175 (73%) в возрасте от 24 до 82 лет. Больные поступили в клинику в различные сроки от момента заболевания (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от сроков заболевания (n=240)

<i>Сроки госпитализации</i>	<i>Количество</i>	<i>%</i>
<i>До 6 часов</i>	34	14,2
<i>От 6 до 12 часов</i>	41	17,0
<i>От 12 до 24 часов</i>	30	12,5
<i>Больше 24 часов</i>	135	56,3
<i>Всего</i>	240	100

Большинство больных были госпитализированы позже 12 часов – 165 (68,7%). По характеру выявляемых морфологических изменений в желчном пузыре больные были распределены следующим образом (табл. 2).

Так, катаральная форма ОХ имела место у 40 (16,7%) пациентов, флегмонозная – у 120 (50%),

гангренозная – у 60 (25%) и у 20 (8,3%) ОДХ осложнилась прототным перитонитом. Необходимо также отметить, что при флегмонозной (n=32) и гангренозной (n=40) формах ОДХ в 72 (30%) наблюдениях у больных имели место различные формы околопузырного инфильтрата, в значительной степени затрудняющие выполнение холецистэктомии.

Таблица 3

Характер морфологических изменений желчного пузыря (n=240)

<i>Формы острого панкреатита</i>	<i>Количество</i>	<i>%</i>
<i>Острый катаральный холецистит</i>	40	16,7
<i>Острый флегмонозный холецистит</i>	120	50
<i>Острый гангренозный холецистит</i>	60	25
<i>Острый холецистит. Перитонит</i>	20	8,3
<i>Всего</i>	240	100

Для диагностики ОДХ наряду с клинико-лабораторными и биохимическими исследованиями крови проводили инструментальные, включая УЗИ и КТ.

Степень достоверности различий полученных значений для двух групп оценивались с помощью критерия Стьюдента. Для определения достоверности различий множественных сравнений использовали критерий Ньюмена-Кейлса. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Больные с ОДХ поступали с различными проявлениями заболевания. Примечательно, что ни один из клинических симптомов заболевания не встретился в 100% случаев, но у больных пожилых и старческих возрастных групп «типичные» клинические симптомы встречались достоверно реже, чем у больных младше 60 лет, и, особенно, до 45 лет. Течение ОДХ часто осложнялось сопутствующей соматической патологией, которая определяла степень операционно-анестезиологического риска.

Комплексные лабораторные исследования показали, что по мере прогрессирования деструктивных процессов в желчном пузыре показатели эндотоксемии повышались (табл. 3).

Как видно из представленной таблицы, при начальных стадиях заболевания уровень МСМ и СРБ в сыворотке крови составили $0,35 \pm 0,02$ усл.ед. и $5,1 \pm 1,0$ нг/мл, тогда как при остром флегмонозном и гангренозном холецистите эти показатели составили $0,52 \pm 0,02$ усл.ед., $0,76 \pm 0,10$ усл.ед. и $140 \pm 12,4$ нг/мл, $180,7 \pm 18,3$ нг/мл соответственно. При осложненном ОДХ перитонитом показатели МСМ составили $0,94 \pm 0,14$ усл.ед., СРБ - $215 \pm 9,6$ нг/мл.

Инструментальные обследования позволили выявить не только изменения в стенке желчного пузыря различного характера, но и частоту различных осложнений ОДХ. Из осложнений ОДХ чаще отмечали эмпиему желчного пузыря (n=17), перитонит (n=20), а также наличие перивезикального инфильтрата (n=27).

Некоторые показатели эндотоксемии у больных острым деструктивным холециститом (n=92)

Показатели	Норма (n=28)	Деструктивные формы острого холецистита				p
		Катаральный (n=28)	Флегмонозный (n=40)	Гангренозный (n=20)	ОДХ, осложненный перитонитом (n=12)	
Лейкоциты	–	6,77±0,4	10,1±0,6*	12,2±0,8*	14,4±1,2*	<0,001
МСМ, усл.ед.	0,24±0,03	0,35±0,02*	0,52±0,02*	0,76±0,10*	0,94±0,14*	<0,001
СРБ, нг/мл	3,01±0,4	5,1±1,0*	140,1±12,4*	180,7±18,3*	215,2±9,6*	<0,001

Примечание: * – $p < 0,05$ статистическая значимость различий показателей концентраций серотонина между различными формами острого деструктивного холецистита

Лечение больных ОДХ проводили в зависимости от характера морфологических изменений желчного пузыря, развившегося осложнения, возраста больных и наличия сопутствующей патологии. Комплексное консервативное лечение при поступлении в дальнейшем дополнялось малоин-

вазивными хирургическими вмешательствами. В комплекс консервативной терапии было включено применение инфузионных антиоксидантов (реамберин в дозе 400,0 – 800,0 мл/сутки). Характер выполненных оперативных вмешательств при ОДХ приведен в таблице 4.

Таблица 4

Характер оперативных вмешательств при ОДХ (n=240)

Характер оперативных вмешательств	Количество	%
Минилапаротомия. Холецистэктомия	120	50
Лапароскопическая холецистэктомия	51	21,25
Холецистостомия под УЗ-контролем	33	13,75
Традиционная открытая холецистэктомия	36	15
Всего	240	100

Холецистэктомия из минилапаротомного доступа была выполнена 120 (50%) больным. После купирования приступа острого холецистита и при отсутствии эффекта от консервативного лечения в течение 24-48 часов больных оперировали в срочном порядке. В качестве отбора больных для МХЭ отдавали предпочтение результатом инструментальных методов исследования, в частности УЗИ. Динамическое УЗИ позволило выявить не только положительное течение заболевания – стихание воспалительного процесса в желчном пузыре при консервативном лечении, данный метод позволило своевременно диагностировать деструктивные процессы у пациентов старших возрастных групп при ареактивном течении. Так, признаками прогрессирования воспалительного процесса являлись:

- ухудшение визуализации наружного контура желчного пузыря и элементов гепатодуоденальной связки;
- увеличение толщины стенки желчного пузыря до 6-25 мм (в норме 3-4 мм) и появ-

ление двойного контура стенки, равномерной слоистости стенки;

- наличие вклиненных конкрементов в шейке желчного пузыря;
- увеличение зоны повышенной эхогенности, прилежащей к желчному пузырю;
- наличие свободной жидкости в подпеченочном пространстве;
- увеличение длинника желчного пузыря более 10 см и его объема более 70 см³.

Для определения диагностической точности УЗИ сравнивали данные УЗИ с интраоперационными данными и патогистологическими. При диагностике острого гангренозного холецистита чувствительность метода и специфичность составило 100%, для катаральной формы - 91% и 100%, для флегмонозной формы - 100% и 91% соответственно. Чувствительность УЗИ в отношении выявления билиарной гипертензии и холедохолитиаза была 100% и 91% соответственно.

Осложненные формы ОДХ, такие как инфильтрат, перипузырный абсцесс, сравнивали с ин-

траоперационными данными. Чувствительность и специфичность по отношению к перипузырному абсцессу составили 100%. К перипузырному инфильтрату чувствительность составила 72%. Однако, рассматривая протоколы операции, пришли к заключению, что практически во всех случаях (за исключением катаральных форм) идет описание инфильтративных изменений в зоне операции – от незначительных до выраженных.

В 16 наблюдениях при выполнении минилапаротомной холецистэктомии (МХЭ) затем по тем или иным причинам пришлось продлить трансректальный разрез и закончить операцию традиционным способом. Причинами конверсии были выраженный рубцово-спаечный процесс в брюшной полости (n=7), невозможность дифференциации элементов гепатодуоденальной связки (n=5) и плотный околопузырный инфильтрат (n=4).

Осложнения в послеоперационном периоде наблюдали у 15 (12,5%) больных в виде серомы (n=6) и гематомы (n=4) раны в 10 (4,1%) случаях, несостоятельности пузырного протока (n=2), ранней спаечной тонкокишечной непроходимости (n=1). Ещё в 3 наблюдениях отмечали нехирургические осложнения в виде: нарушения ритма сердца (n=2) и пневмонии (n=1). Летальные исходы отмечали в 3 наблюдениях, причиной которых явились острый инфаркт миокарда (n=2) и тромбоэмболия легочной артерии (n=1).

Лапароскопическая холецистэктомия была выполнена 51 (21,25%) пациенту в сроки до 24 часов (n=31), от 24 до 72 часов (n=14) и более 72 часов (n=6). В процессе выполнения ЛХЭ осложнения отмечали в 4 (7,8%) случаях. При этом в 2 наблюдениях отмечалось кровотечение из ложа желчного пузыря (n=2), желчеистечение (n=1) и повреждения общего желчного протока (n=1). Послеоперационные осложнения отмечали в 9 (17,6%) случаях в виде: биломы (n=2), желчеистечения (n=3), подпеченочного абсцесса (n=2), послеоперационной пневмонии (n=2). Летальных исходов не наблюдали.

При тяжелых сопутствующих соматических заболеваниях, больным пожилого и старческого возрастов при высоком операционно-анестезиологическом риске III-IV по ASA в 33 (13,75%) случаях выполняли двухэтапные вмешательства. На первом этапе производили холецистостомию под УЗ-контролем, а на втором – холецистэктомию. В послеоперационном периоде осложнения отмечали в 3 (9,0%) случаях в виде кровотечения (n=2) и подпеченочного абсцесса (n=1). Летальные исходы были отмечены в 3 (9,0%) наблюдениях, во всех случаях причинами летальности являлись тяжелые сопутствующие заболевания.

Традиционные открытые методы холецистэктомии были выполнены 36 (15%) больным при наличии у них перитонита, воспалительных

изменений в тканях передней брюшной стенки, необходимости ревизии органов брюшной полости, требующей одновременной коррекции, выраженных рубцово-инфильтративных изменений в области шейки желчного пузыря и печеночно-двенадцатиперстной связки, циррозе печени, остром панкреатите, а также возникших осложнений в ходе МХЭ или ЛХЭ. Послеоперационные осложнения наблюдали в 15 (41,6%) случаях: нагноение лапаротомной раны – 7, эвентерация – 1, послеоперационный желчный перитонит – 3, поддиафрагмальные абсцессы – 2 и внутрибрюшные кровотечения – 2. Летальные исходы были в 6 (16,6%) наблюдениях, причинами которых были: полиорганная недостаточность (n=3), сердечно-легочная недостаточность (n=2) и острый инфаркт миокарда (n=1).

В результате проведенного исследования были выявлены общие закономерности проявления ОДХ, а также адекватные методы хирургического лечения в каждом конкретном случае.

Выводы

1. Выработанные тактические принципы миниинвазивного лечения осложненного острого деструктивного холецистита при ранней клинико-лабораторно-сонографической диагностике позволяют индивидуализировать лечебные подходы при этом заболевании.

2. При остром деструктивном холецистите холецистэктомия из минилапаротомного доступа является методом выбора, позволяющим выполнить большинство необходимых манипуляций на желчном пузыре и желчных протоках.

3. Чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия под УЗ-контролем является эффективным методом лечения острого деструктивного холецистита как первого этапа миниинвазивного лечения у наиболее тяжелой группы пациентов с тяжелой соматической патологией.

4. Традиционная открытая холецистэктомия при остром деструктивном холецистите показана при наличии выраженного спаечного процесса в брюшной полости, развитии интраоперационных осложнений, а также при наличии диффузного и распространенного перитонита.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 5-7 см. в REFERENCES)

1. Величко Е.А., Некрасов Ю.А., Сергеев А.В. Безгазовая лапароскопия в лечении пациентов с острым деструктивным холециститом и повышенным анестезиологическим операционным риском // Клиническая геронтология. 2015. №11-12. С.7-14.

2. Курбонов Дж.М., Ашуров А.С. Миниинвазивные методы хирургического лечения осложненных форм острого

калькулезного холецистита // Здравоохранение Таджикистана. 2013. №4. С.47-50.

3. Курбонов Ф.С. и др. Холецистэктомия из минидоступа у больных калькулезным холециститом. // Хирургия им. Н.И. Пирогова. 2013. №11. С.32-34.

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

RESERENSES

1. Velichko E. A., Nekrasov Yu. A., Sergeev A. V. Bezgazovaya laparoskopiya v lechenii patsientov s ostrym destruktivnym kholetsistitom i povyshennym anesteziologo-operatsionnym riskom [Gasless laparoscopy in the treatment of patients with acute destructive cholecystitis, and increased anesthetic and operational risk]. *Klinicheskaya gerontologiya - Clinical gerontology*, 2015, No. 11-12, pp. 7-14.

2. Kurbonov Dzh. M., Ashurov A. S. Miniinvazivnye metody khirurgicheskogo lecheniya oslozhnennykh form ostrogo kalkulyoznogo kholetsistita [Minimally invasive methods of surgical treatment of complicated forms of acute calculous cholecystitis]. *Zdravookhranenie Tadjikistana - Healthcare Of Tajikistan*, 2013, No. 4, pp. 47-50.

3. Kurbonov F. S. Kholetsistektomiya iz minidostupa u bolnykh kalkuleznym kholetsistitom [Cholecystectomy from mini-approach in patients with calculous cholecystitis]. *Khirurgiya im. N. I. Pirogova - Surgery named after N. I. Pirogov*, 2013, No. 11, pp. 32-34.

4. Ukhanov A. P. Ispolzovanie laparoskopicheskoy kholetsistektomii pri lechenii destruktivnykh form ostrogo kho-

letsistita u bolnykh starshikh vozrastnykh grupp [The use of laparoscopic cholecystectomy in the treatment of destructive forms of acute cholecystitis in patients of older age groups]. *Endoskopicheskaya khirurgiya - Endoscopic surgery*, 2012, No. 2, pp. 16-20.

5. Borzellino G., Sauerland S., Minicozzi A.M. Laparoscopic cholecystectomy for severe acute cholecystitis. A meta-analysis of results. *Surgical Endoscopy*, 2010, Vol. 22, No. 1, pp. 8-10.

6. Falor A. E. et al. Admission variables predictive of gangrenous cholecystitis. *American Journal of Surgery*, 2012, Vol. 78 (10), pp. 1075-1078.

7. Gurgeniidze M., Kiladze M., Beriashvili Z. Miniinvasive surgical management of cholelithiasis for elderly and senile patients: a retrospective study. *Georgian Med News*, 2013, Vol. 219, pp.7-13.

Сведения об авторах:

Курбонов Каримхон Муродович – академик Академии медицинских наук Республики Таджикистан, Заслуженный деятель науки и техники РТ, д.м.н., профессор

Назирбоев Кахрамон Рузибоевич – ассистент кафедры хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н.

Саидов Раджабали Хакрузоевич – соискатель кафедры хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуал32и ибн Сино

Муродов Умед – соискатель кафедры хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Контактная информация:

Назирбоев Кахрамон Рузибоевич – тел.: +992-93-405-44-04; e-mail: dr.hero85@mail.ru

¹Миралиев С.Р., ²Мухиддинов Н.Д., ²Туманова Г.А., ²Джабарова Т.С.

АНАЛИЗ СТАТУСА ПИТАНИЯ И ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА ЖЕНЩИН ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА В ПИЛОТНЫХ РАЙОНАХ ХАТЛОНСКОЙ ОБЛАСТИ

¹Кафедра общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины
ТГМУ им. Абуали ибн Сино

²ГОУ ИПОвСЗ РТ

¹Miraliev S.R., ²Muhiddinov N.D., ²Tumanova G.A., ²Dzhabarova T.S.

ANALYSIS OF NUTRITION STATUS AND BODY MASS INDEX OF WOMEN OF CHILDBEARING AGE IN PILOT DISTRICTS OF KHATLON REGION

¹The Department of Public Health and Medical Statistics with Medicine History Course of Tajik Medical
State University named after Abuali-ibn-Sino

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

Цель исследования. Повышение эффективности замещения различных дефектов нижней челюсти путем разработки новой медицинской технологии с использованием материалов из никелида титана.

Материал и методы. Исследование проводилось в 12 районах и 2 городских поселениях Хатлонской области, где методом случайной выборки были отобраны 940 домохозяйств для проведения опроса, антропометрических измерений и биохимических исследований. В исследовании включены 900 женщин детородного возраста. Опрос проведен с помощью специально разработанной анкеты.

Результаты. Каждое седьмое домохозяйство не сталкивалось с дефицитом продуктов питания за 2014-2015 годы. Наиболее потребляемыми женщинами детородного возраста продуктами на уровне домохозяйств являлись мучные изделия - лепешки, макаронные изделия, рис, печенье (88,8%), картофель и другие овощи (89,8%). Потребление жиров и масел, а также желтого или оранжевого цвета овощей или фруктов было невысоким (34,1% и 52,6% соответственно). 59,5% женщин детородного возраста употребляли молоко или молочные продукты, 52,8% включали в рацион бобовые (фасоль, горох, чечевица, орехи), 26,9% употребляли яйца. Мясо и мясные изделия употребляли лишь 27,8% женщины.

Заключение. Низкий индекс массы тела (<18,5 кг/м²) на уровне всех пилотных районов наблюдался среди 8,5% обследованных женщин. 27,3% из всех обследованных женщин имели избыточную массу тела (ИМТ >25 кг/м²). Общая распространенность ожирения (ИМТ >30 кг/м²) составила 20,3%.

Ключевые слова: статус питания, индекс массы тела

Aim. The purpose of study is assessment of nutrition status and body mass index determination of women of childbearing age in pilot districts of Khatlon region.

Materials and methods. The study was conducted in 12 districts and 2 urban settlements of Khatlon region where 940 households were selected by random sampling method for questionnaire purpose, anthropometric measurements and biochemical researches. The study included 900 women of reproductive age. The survey was conducted by using a specially designed questionnaire.

Results. Every seventh household did not face food shortages over the years of 2014-2015. The most consumed food products by reproductive age women, at household level, were flour-based products – local round bread, pasta, rice, cookies (88,8%), potatoes and other vegetables (89,8%). Consumption rate of fat and oil, and also yellow- or orange-colored vegetables or fruits wasn't high (34,1% and 52,6% correspondingly). 59,5% of reproductive age women consumed milk or milk products, 52,8% included legume products (haricot, pea, lentil, nuts), 26,9% consumed eggs. Meat and meat products were consumed only by 27,8% of women.

Conclusion. Low body mass index ($<18,5 \text{ kg/m}^2$), at the level of all pilot districts, was observed among 8,5% of studied women. 27,3% of all studied women had excess body mass ($\text{BMI} > 25 \text{ kg/m}^2$). The overall expansion of obesity ($\text{BMI} > 30 \text{ kg/m}^2$) was 20,3%.

Key words: nutrition status, body mass index

Актуальность

Нарушение питания матерей и детей (дефицит микронутриентов, недоедание и др.) остаются актуальными и могут способствовать высокой заболеваемости и смертности среди женщин и детей раннего возраста. Продовольственная безопасность означает, что семья во все времена года имеет физический, социальный и экономический доступ в достаточном количестве к безопасным пищевым продуктам, которые удовлетворяют диетические потребности и вкусовые предпочтения для активного и здорового образа жизни. Одним из важнейших факторов, влияющих на здоровье человека, является питание. В результате исследований, проведенных специалистами ВОЗ, доказано, что 80% всех заболеваний в той или иной мере связаны с нарушением питания, а 40% непосредственно обусловлены неправильным питанием [2].

В здравоохранении на современном этапе вопросы сбалансированного питания остаются актуальными и требуют использования новых технологических и научных решений [2, 3].

Данные различных исследований свидетельствуют о дефективности структуры питания населения. Прежде всего, отмечаются отклонения по уровню потребления микронутриентов - витаминов, минеральных веществ, в особенности микроэлементов, полиненасыщенных жирных кислот, многих органических соединений растительного происхождения, влияющих на регуляцию процессов обмена веществ и функции отдельных органов и систем [4, 5]. Подобная структура питания влияет, в первую очередь, на защитные системы организма, создавая и обуславливая тем самым формирование факторов риска развития многих заболеваний [1, 2, 3]. Исследования специалистов ВОЗ показали взаимосвязь пищевых рационов с возникновением ряда заболеваний, в частности сердечно-сосудистой, пищеварительной, эндокринной систем. Нарушения в структуре питания современного человека стали одним из ведущих факторов риска развития и хронизации большинства неинфекционных заболеваний [6].

Ожирение является одним из риск-факторов, приводящих к возникновению многих хронических неинфекционных заболеваний. Особую значимость ожирение представляет для здоровья женщин детородного возраста, являясь серьезным риском сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, желчнокаменной болезни, бесплодия, перинатальной патологии, рака молочной железы и др. [3].

Несмотря на определенный прогресс в улучшении статуса питания матерей и детей, данная проблема остается актуальной для общественного здравоохранения в некоторых регионах страны. Бедность по-прежнему затрагивает значительную часть населения, особенно в сельских районах. Многие люди, живущие в районах со специфическим географическим ландшафтом, продолжают оставаться особенно уязвимыми для продовольственной и пищевой безопасности, что подвергает их риску неблагоприятного статуса здоровья и питания.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось в 12 районах и 2 городских поселениях Хатлонской области, где методом случайной выборки были отобраны 940 домохозяйств для проведения опроса, антропометрических измерений и биохимических исследований. В исследовании были включены 900 женщин детородного возраста (15-49 лет), имеющих детей в возрасте до 5 лет. Опрос проведен с помощью специально разработанной анкеты.

Антропометрические измерения выполнены на основе руководства ВОЗ (1995) с использованием специальных напольных весов и ростомера, рекомендованных ВОЗ/ЮНИСЕФ. Для биохимического анализа крови был использован специальный прибор «Нетосце».

Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывался с использованием формулы:

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

После расчета ИМТ, произведена классификация на четыре категории, согласно рекомендациям ВОЗ по ИМТ (ВОЗ, 2006).

Статистическая обработка полученных данных произведена программой SPSS.

Результаты и их обсуждение

Почти каждое шестое из 10 домохозяйств (61,3%) состояло из двух или трех семей, каждое четвертое домохозяйство (36,9%) - более чем из четырех семей и 1,7% - более чем из 6 семей. Большинство домохозяйств (89%) возглавлялись мужчиной. Самая высокая доля домохозяйств, возглавляемых женщинами, обнаружена в Фархарском (19,1%), наиболее низкая - в Нурекском (4%) районах. Средний размер семьи составляет 9,1 человек. Члены каждого седьмого домохозяйства указали, что они не сталкивались с дефицитом продуктов питания за 2014-2015 годы. Более 80% респондентов самостоятельно выращивают овощи и фрукты для личного

потребления, такой высокий показатель связан с проведением опроса среди жителей сельской местности. Наиболее распространенными выращиваемыми сельскохозяйственными культурами у опрошенных домохозяйств были различные овощи и фрукты. Например, 60,6% выращивали картошку, богатые витамином С продукты (абрикосы, морковь, тыква) – 57,8%. Злаковые (пшеницы, риса) сеяли члены почти каждого второго домохозяйства (48,2%), бобовые (фасоль, горох, чечевица) выращивали в каждом третьем домохозяйстве (33,9%).

Жильцы опрошенных домохозяйств сообщили, что их подход к решению продовольственной безопасности в 2014-2015 годах был следующим: заимствование еды, помощь друзей или родственников, уменьшение количества и частоты потребления продуктов питания (13,9%), рост производства продовольственных продуктов для собственного потребления (6,4%), уменьшение покупки непродовольственных товаров (7,4%), продажа скота (4,4%), снижение расходов на здравоохранение и лечебные препараты (4,9%), поиск дополнительной работы (10,3%) и др.

Денежные переводы трудовых мигрантов являются основным источником доходов (26,8%), далее следуют заработная плата членов семьи (22,4%) и доходы от фермерства (21,1%), затем доходы от предпринимательской деятельности (10%) и пенсионные пособия членов семьи (11%).

95,9% респондентов были уверены, что они используют в пищу йодированную соль, в 2,7% домохозяйств не знали, какую соль они употребляют.

Наиболее потребляемыми женщинами детородного возраста продуктами на уровне домохозяйств являлись (рис. 1) мучные изделия – лепешки, макаронные изделия, рис, печенье (88,8%), картофель и другие овощи (89,8%). Потребление жиров и масел, а также желтого или оранжевого цвета овощей или фруктов была невысокой (34,1% и 52,6% соответственно). Почти две трети женщин детородного возраста (59,5%) сообщили об употреблении молока или молочных продуктов, пять из 10 женщин (52,8%) употребляли бобовые (фасоль, горох, чечевица, орехи). Яйца принимали в пищу 26,9% опрошенных женщин детородного возраста. В то же время употребление мяса и мясных изделий было отмечено лишь у каждой четвертой женщины (27,8%).

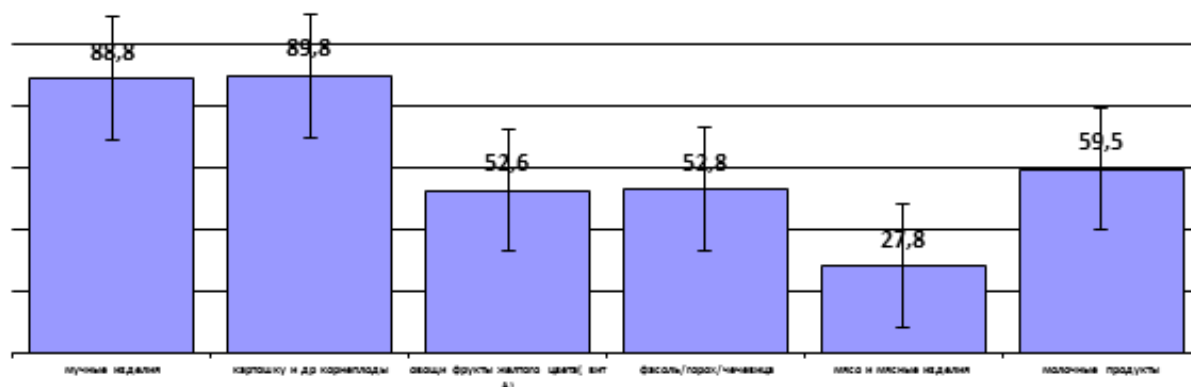


Рис. 1. Наиболее часто употребляемые продукты питания на уровне семьи (%)

Статус питания женщин репродуктивного возраста оценивали по индексу массы тела (ИМТ). Данный индикатор измеряет худощавость или ожирение, и обычно низкий ИМТ до беременности ассоциируется с плохим исходом родов.

ИМТ классифицировали на четыре категории: ИМТ менее 18,5 классифицируется как низкая масса тела (худощавость), ИМТ больше или равен 18,5 и меньше или равен 24,9 классифицируется как нормальная масса тела, ИМТ больше или равен 25,0 и меньше или равен 29,9 – избыточная масса тела, ИМТ больше или равен 30 расценивается как ожирение.

Низкий индекс массы тела (<18,5 кг/м²) на уровне всех пилотных районов наблюдался среди 8,5% обследованных женщин. Наиболь-

шая распространенность низкой массы тела у женщин наблюдалась в районах Хамадони, Пяндж и Балджуван (более 10% обследованных).

Почти каждая третья из всех обследованных женщин (27,3%) имела избыточную массу тела (ИМТ >25 кг/м²). Наибольшая распространенность выявлена в гг. Курган-Тюбе и Нуреке (42,6 и 40% соответственно), низкий процент избыточной массы отмечался в районах Хамадони, Балджуван и Муминабад. Общая распространенность ожирения (ИМТ >30 кг/м²) на уровне обследованных пилотных регионов составили 20,3%. Анализ по возрастным категориям показал, что избыточную массу тела в основном регистрировали в возрастной группе 15-40 лет, около 20% (рис. 2).

ИМТ в зависимости от возраста

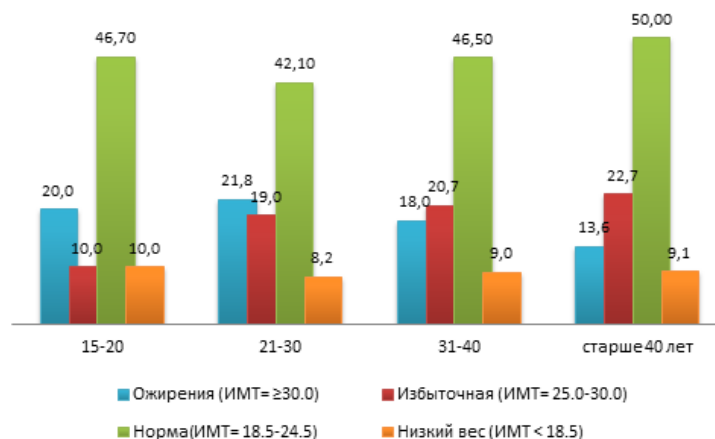


Рис 2. Распределение ЖДВ по ИМТ (%)

Выводы

1. Результаты исследования статуса питания женщин детородного возраста в пилотных районах Хатлонской области показали, что наиболее потребляемыми продуктами на уровне домохозяйств являются мучные изделия и рис (88,8%), картофель и другие овощи (89,8%), молоко и молочные продукты (59,5%), мясо и мясные изделия (27,9%), яйцо - 26,9%.

2. Низкий индекс массы тела (<18,5 кг/м²) на уровне всех пилотных районов наблюдался среди 8,5% обследованных женщин, 27,3% имели избыточную массу (ИМТ >25 кг/м²), ожирение (ИМТ >30 кг/м²) составило 20,3%.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (п. 6 см. в REFERENCES)

1. Медико-демографическое исследование. Таджикистан (МДИ, 2012). ЮСАИД, Макро-интернационал и Агентство по статистике при Президенте РТ. Душанбе, 2012. 38 с.
2. Мульти-индикаторное исследование (МИКИ) (ЮНИСЕФ и Агентство по статистике РТ). Душанбе, 2009. 46 с.
3. Отчет о результатах Национального исследования «Оценка статуса питания матерей и детей в РТ» ЮНИСЕФ. Душанбе, 2009. 18 с.
4. Оценка разнообразия рациона питания женщин в Хатлонской области. Агентство по статистике при Президенте РТ и ФАО. Душанбе, 2014. 112 с.
5. Продовольственная безопасность и бедность. Агентство по статистике при Президенте РТ. Душанбе, 2015, №2. 63 с.

RESERENSES

1. *Mediko-demograficheskoe issledovanie. Tadjhikistan (MDI, 2012). YuSAID, Makro-internatsional i Agentstvo po statistike pri Prezidente RT* [Medico-demographic study. Tajik-

istan (MDI, 2012). USAID, Macro-International and Statistics Agency under the President of the Republic of Tajikistan]. Dushanbe, 2012. 38 p.

2. *Multi-indikatornoe issledovanie (MIKI) (YuNISEF i Agentstvo po statistike RT)* [A multi-indicator study (MICS) (UNICEF and the Tajik Statistics Agency)]. Dushanbe, 2009. 46 p.

3. *Otchet o rezultatakh Natsionalnogo issledovaniya "Otsenka statusa pitaniya materey i detey v RT"* YuNISEF [Report on the results of the National Study "Assessment of the status of mothers and children in the Republic of Tajikistan" UNICEF]. Dushanbe, 2009. 18 p.

4. *Agentstvo po statistike pri Prezidente RT i FАО. Otsenka raznoobraziya ratsiona pitaniya zhenshchin v Khatlonskoy oblasti* [Assessment of the diversity of the diet of women in the Khatlon region. Agency for Statistics under the President of the Republic of Tajikistan and FAO]. Dushanbe, 2014. 112 p.

5. *Agentstvo po statistike pri Prezidente RT. Prodovolstvennaya bezopasnost i bednost* [Food security and poverty. Agency for Statistics under the President of the Republic of Tatarstan]. Dushanbe, 2015. 63 p.

6. Training Manual: Smart Survey Enumerator - SMART. Dushanbe, 2014. 42 p.

Сведения об авторе:

Миралиев Салохидин Раджабович – зав. кафедрой общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины ТГМУ им. Абуали ибн Сино, д.м.н., доцент

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

Туманова Гулджохон Абдуфаттохевна – соискатель кафедры акушерства и гинекологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.
Джабарова Тахмина Салиджановна – проректор по учебной части ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Контактная информация:

Миралиев Салохидин Раджабович – тел: +992 98 528 79 97

¹Нарзулоева М.Ф., ¹Одинаев Ф.И., ¹Шарипов А.А., ²Хакимова М.М.

СОСТОЯНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ БРУЦЕЛЛЁЗОМ

¹Кафедра инфекционных болезней ГОУ ИПОвСЗ РТ

²Городская больница г. Бустон Согдийской области

¹Narzuloeva M.F., ¹Odinaev F.I., ¹Sharipov A.A., ²Khakimova M.M.

IMMUNE STATE OF PATIENTS WITH CHRONIC BRUCELLOSIS

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

²Buston City Hospital in Soghd Region

Цель исследования. Изучить состояние иммунного статуса больных с хроническим бруцеллёзом в зависимости от клинических форм болезни.

Материал и методы. Проведена оценка параметров иммунного статуса (CD_{3+} , CD_{4+} , CD_{8+} и CD_{20+}) у 60 больных с хроническим бруцеллёзом и у 20 здоровых лиц (контрольная группа). Материалом для исследования являлась периферическая кровь.

В зависимости от клинических проявлений больные с хроническим бруцеллёзом были разделены на группы по 20 человек в каждой: 1 группа – контрольная группа (здоровые лица); 2 группа – хронические больные с поражением опорно-двигательного аппарата; 3 группа – хронические больные с поражением нервной системы; 4 группа – хронические больные с комбинированной формой.

Результаты. У больных хроническим бруцеллёзом с поражением опорно-двигательного аппарата процент соотношения CD_{3+} -лимфоцитов снижается до $31,8 \pm 3,26$ и абсолютное количество до $0,69 \pm 0,007$, достигая минимального значения у больных с комбинированной формой до $19,9 \pm 3,24$ и абсолютного количества до $0,55 \pm 0,07$. Отмечено снижение процентного содержания CD_{4+} -лимфоцитов, более выраженное у больных с хроническим бруцеллёзом комбинированной формой $17,3 \pm 2,16$. Аналогичная закономерность обнаружена при оценке абсолютного количества CD_{4+} -лимфоцитов. Максимальное снижение CD_{8+} -лимфоцитов регистрируется у больных с комбинированными формами, составляющее $13,2 \pm 2,36$ и $0,42 \pm 0,03$ ($p < 0,001$) при контрольных показателях $25,5 \pm 2,43$ и $0,66 \pm 0,05$ для процентного и абсолютного количества соответственно. Количество CD_{20+} -лимфоцитов снижалось у больных с комбинированными формами хронического бруцеллёза, умеренно возрастала у лиц с поражением опорно-двигательного аппарата и нервной системы.

Заключение. У больных с хроническим бруцеллёзом наблюдаются достоверное снижение процентного и абсолютного количества CD_{3+} и CD_{4+} -лимфоцитов, при одновременном увеличении процентного и абсолютного количества CD_{20+} -лимфоцитов, по сравнению с контрольной группой. В отношении цитотоксических свойств CD_{8+} -лимфоцитов также отмечается снижение, что может способствовать удлинению течения болезни и увеличивать количество пораженных бруцеллами клеток различных тканей и органов.

Ключевые слова: хронический бруцеллёз, иммунный статус, T-лимфоциты, CD_{3+} -лимфоциты, CD_{4+} -лимфоциты, CD_{8+} -лимфоциты, CD_{20+} -лимфоциты

Aim. To study the immune state of patients with chronic brucellosis depending on clinical forms of the disease.

Materials and methods. Immune state parameters were assessed (CD_{3+} , CD_{4+} , CD_{8+} and CD_{20+}) among 60 patients with chronic brucellosis and among 20 healthy individuals (control group). The study material was the peripheral blood.

Depending on clinical showings, patients with chronic brucellosis were divided into groups with 20 patients in each group: 1st group – control group (healthy individuals); 2nd group – with chronic brucellosis and affected locomotor apparatus; 3rd group – chronic patients with affected nervous system; 4th group – chronic patients with combined form of affection.

Results. In patients with chronic brucellosis and affected locomotor apparatus, the percentage ratio of CD₃₊-lymphocytes decreases to 31,8±3,26 and absolute number decreases to 0,69±0,007 reaching the minimum value in patients with combined form of affections up to 19,9±3,24 and absolute number up to 0,55±0,07. The decrease in percentage of CD₄₊-lymphocytes which is significantly expressed among patients with chronic brucellosis and combined form of affections (17,3±2,16).

Similar casual effect is detected while assessing the absolute number of CD₄₊-lymphocytes. Maximum decrease of CD₈₊-lymphocytes is registered among patients with combined forms of affections which makes 13,2±2,36 and 0,42±0,03 (p<0,001) with control indicators of 25,5±2,43 and 0,66±0,05 for percentage and absolute numbers respectively. The number of CD₂₀₊-lymphocytes decreased among patients with combined forms of chronic brucellosis and moderately increased among patients with affected locomotor apparatus and nervous system.

Conclusion. Patients with chronic brucellosis have significant decrease of both percentage and absolute number of CD₃₊ and CD₄₊-lymphocytes along with simultaneous increase of percentage and absolute number of CD₂₀₊-lymphocytes compared with control group. Regarding cytotoxic characteristics of CD₈₊-lymphocytes the decrease is also observed which can contribute to disease prolongation and increase the number of brucellosis affected cells of different tissues and organs.

Key words: chronic brucellosis, immune state, T-lymphocytes, CD₃₊-lymphocytes, CD₄₊-lymphocytes, CD₈₊-lymphocytes, CD₂₀₊-lymphocytes

Актуальность

Клиническая иммунология приобретает все большее значение в раскрытии различных механизмов патологических состояний у человека. Кроме того, изменения иммунного статуса, появляющиеся в результате воздействия патологических процессов, вредных факторов окружающей среды, стрессов и т.д., во многом определяют течение самого патологического процесса и его исход [4].

Снижение иммунологической реактивности во время инфекционного процесса обусловлено множеством физиологических механизмов. Тем не менее, в медицинской практике мы часто сталкиваемся с различными нарушениями иммунного статуса, в основном в виде вторичной иммунологической недостаточности (вторичные иммунодефициты), которые могут иметь место при любом заболевании инфекционной, а также неинфекционной природы [2, 5].

Результаты предыдущих исследований свидетельствуют, что хронический бруцеллез - это длительное заболевание, характеризующееся волнообразным течением с периодами обострения, полиморфизмом клинической симптоматики. В последние годы существенное значение при бруцеллезе придается такой важной системе организма, как иммунная, состояние которой, с одной стороны, во многом определяет сам факт возникновения клинической манифестации заболевания и характер течения болезни, а с другой неизменно меняется в ходе ее развития [1, 3].

Материал и методы исследования

Проведена оценка параметров иммунного статуса определением показателей CD₃₊, CD₄₊, CD₈₊ и CD₂₀₊ у 60 больных с хроническим бруцеллезом и у 20 здоровых лиц.

Материалом для исследования служила периферическая кровь. В зависимости от клинических проявлений больные с хроническим бруцеллезом были разделены на группы по 20 человек в каждой:

1 группа – контрольная группа (здоровые лица);
2 группа – хронические больные с поражением опорно-двигательного аппарата; 3 группа – хронические больные с поражением нервной системы; 4 группа – хронические больные с комбинированной формой.

В последующем вычислены среднеарифметические значения всех полученных результатов, а также дана их оценка по сравнению с контрольной группой.

Статистическая обработка выполнена с помощью программ Excel 2007 (Microsoft) и Statistica 8.0 (StatSoft, Inc.), исследуемые показатели представлены в виде M±m, критический уровень значимости (p) принимали равным 0,05

Результаты и их обсуждение

Установлено, что абсолютное количество лимфоцитов у больных с хроническим бруцеллезом, в отличие от процентного содержания, не претерпевало достоверных изменений, по сравнению с нормой. В то же время процентное содержание лимфоцитов периферической крови достоверно превышало аналогичный показатель у лиц контрольной группы (p<0,05).

При анализе содержание лимфоцитов в периферической крови больных с хроническим бруцеллезом достоверно снижается, по сравнению с контрольной группой. Наблюдается увеличение процентного содержания лимфоцитов, без изменения их абсолютного числа, которое достоверно больше у больных с хроническим бруцеллезом.

Выявлено, что процентное содержание CD₃₊-лимфоцитов у больных хроническим бруцеллезом с поражением опорно-двигательного аппарата составляет 31,8±3,26, с поражением нервной системы - 24,9±4,26, с комбинированной формой - 19,9±3,24, что значительно ниже, по сравнению с контрольной группой (54,8±3,19) в 1.7, в 2.2 и в 2.8 раз соответственно. Также отмечается тенденция снижения значений по отношению с контрольной группой абсолют-

ного количества CD_3+ -лимфоцитов в исследуемых группах, составляя $0,69 \pm 0,07$ у больных с поражением опорно-двигательного аппарата,

$0,67 \pm 0,08$ с поражением нервной системы и $0,55 \pm 0,07$ с комбинированной формой хронического бруцеллёза.

Иммунологические показатели при хроническом бруцеллёзе

Показатели	Контрольная группа n=20	С поражением опорно-двигательного аппарата n=20	С поражением нервной системы n=20	С комбинированной формой n=20
	M±m	M±m	M±m	M±m
CD_3+ , %	54,8±3,19	31,8±3,26*	24,9±4,26*	19,9±3,24*
CD_3+ , ×10 ⁹ /л	1,36±0,06	0,69±0,07*	0,67±0,08*	0,55±0,07*
CD_4+ , %	39,9±3,25	29,5±3,21	22,3±2,45*	17,3±2,16*
CD_4+ , ×10 ⁹ /л	1,01±0,04	0,77±0,03	0,55±0,04	0,48±0,04
CD_8+ , %	25,5±2,43	24,1±2,32	22,1±1,2	13,2±2,36*
CD_8+ , ×10 ⁹ /л	0,66±0,05	0,55±0,04	0,55±0,03	0,42±0,03
$CD_{20}+$, %	11,1±2,31	26,1±4,67*	14,2±2,4	12,0±3,1
$CD_{20}+$, ×10 ⁹ /л	0,29±0,03	0,53±0,08*	0,31±0,003	0,23±0,03

Примечание: * - различия достоверны при сравнении показателей с контрольной группой ($p < 0,001$)

Выявлено, что процентное содержание CD_3+ -лимфоцитов у больных хроническим бруцеллёзом с поражением опорно-двигательного аппарата составляет $31,8 \pm 3,26$, с поражением нервной системы – $24,9 \pm 4,26$, с комбинированной формой – $19,9 \pm 3,24$, что значительно ниже, по сравнению с контрольной группой ($54,8 \pm 3,19$) в 1.7, в 2.2 и в 2.8 раз соответственно. Также отмечается тенденция снижения значений по отношению с контрольной группой абсолютного количества CD_3+ -лимфоцитов в исследуемых группах, составляя $0,69 \pm 0,07$ у больных с поражением опорно-двигательного аппарата, $0,67 \pm 0,08$ с поражением нервной системы и $0,55 \pm 0,07$ с комбинированной формой хронического бруцеллёза.

При исследовании субпопуляционного состава мононуклеарных клеток периферической крови с использованием специфических антител к их поверхностным антигенам показано, что процентное содержание CD_3+ -лимфоцитов, представленных преимущественно зрелыми Т-лимфоцитами, в периферической крови у больных с хроническим бруцеллёзом достоверно снижается. Причем степень снижения CD_3+ -лимфоцитов зависит от количества вовлечённых в процесс органов и систем ($p < 0,05$). Как и процентное содержание, абсолютное число CD_3+ -лимфоцитов в периферической крови у больных с хроническим бруцеллёзом было существенно ниже, чем у контрольной группы ($p < 0,001$).

Так, у больных хроническим бруцеллёзом с поражением опорно-двигательного аппарата процент соотношения CD_3+ -лимфоцитов снижается до $31,8 \pm 3,26$ и абсолютное количество до $0,69 \pm 0,007$ достигая минимального значения у

больных с комбинированной формой до $19,9 \pm 3,24$ и абсолютного количества до $0,55 \pm 0,07$ ($p < 0,001$).

Т-хелперы, представленные классами CD_4+ -лимфоцитов, при хроническом бруцеллёзе также снижались, что более выражено у больных с хроническим бруцеллёзом комбинированной формой $17,3 \pm 2,16$ ($p < 0,001$). Аналогичная закономерность обнаружена при оценке абсолютного количества CD_4+ -лимфоцитов со снижением данного показателя по мере вовлечения в патологический процесс органов и систем ($p < 0,05$). Процентное соотношение снизилось с $29,5 \pm 3,21$ до $17,3 \pm 2,16^*$ и абсолютное его количество с $0,77 \pm 0,03$ до $0,48 \pm 0,04$ у лиц с комбинированной формой. Цитотоксические Т-лимфоциты, в основном представленные CD_8+ -лимфоцитами, показали их значительное снижение у больных с хроническим бруцеллёзом, независимо от клинических форм ($p < 0,001$) как в процентном отношении, так и в абсолютных числах, по отношению к контрольной группе. Максимальное снижение CD_8+ регистрируется у больных с комбинированной формой болезни, составляющее $13,2 \pm 2,36$ и $0,42 \pm 0,03$ ($p < 0,001$), при контрольных показателях $25,5 \pm 2,43$ и $0,66 \pm 0,05$ для процентного и абсолютного количества соответственно.

При анализе субпопуляционного состава мононуклеарных клеток периферической крови нами было установлено, что у больных с хроническим бруцеллёзом наблюдается снижение процентного и абсолютного количества CD_3+ и CD_4+ -лимфоцитов, при одновременном увеличении процентного и абсолютного количества $CD_{20}+$ -лимфоцитов, по сравнению с контрольной группой. В отношении CD_8+ -лимфоцитов

цитотоксическими свойствами лимфоцитов также отмечается снижение, причем максимальным оно становится у больных с комбинированной формой и это обстоятельство может

способствовать удлинению времени обострения заболевания и увеличивать количество пораженных бруцеллами клеток различных тканей и органов.

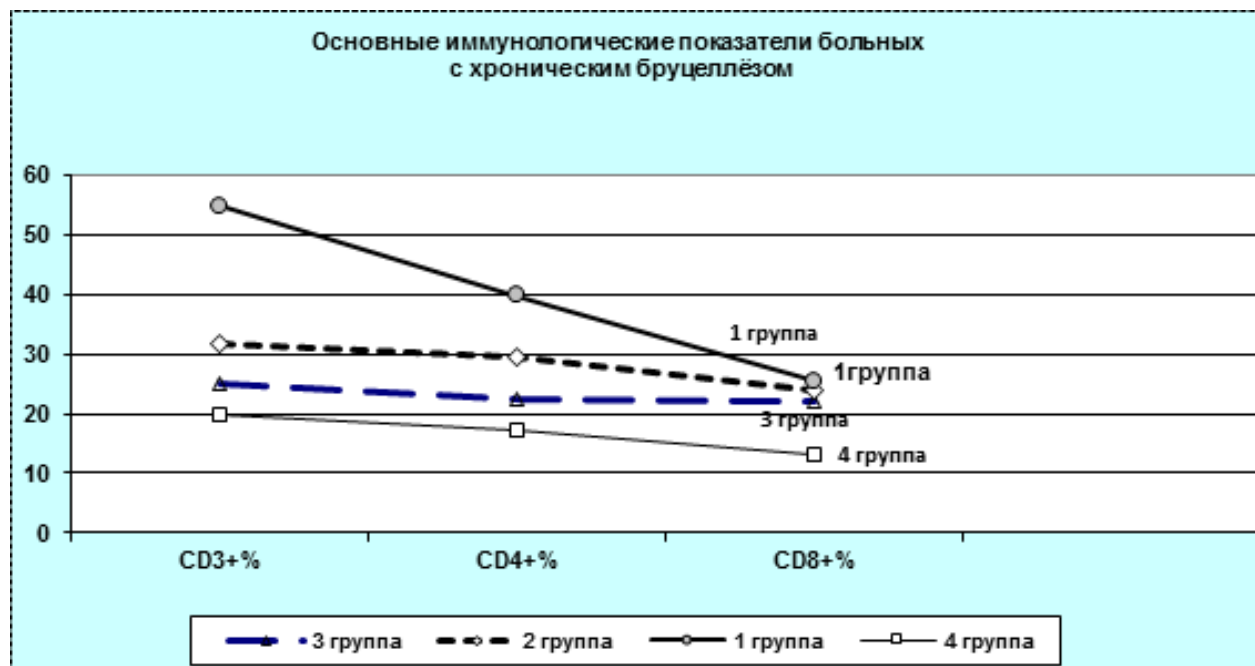


Рис. 3. Показатели ВРП у больных по группам

При анализе субпопуляционного состава мононуклеарных клеток периферической крови нами было установлено, что у больных с хроническим бруцеллёзом наблюдается снижение процентного и абсолютного количества CD_3^+ и CD_4^+ -лимфоцитов, при одновременном увеличении процентного и абсолютного количества CD_{20}^+ -лимфоцитов, по сравнению с контрольной группой. В отношении CD_8^+ -лимфоцитов цитотоксическими свойствами лимфоцитов также отмечается снижение, причем максимальным оно становится у больных с комбинированной формой и это обстоятельство может способствовать удлинению времени обострения заболевания и увеличивать количество пораженных бруцеллами клеток различных тканей и органов.

Проведенные исследования выявили у больных с хроническим бруцеллезом выраженные нарушения различных звеньев иммунной системы, а именно: Т- и В-клеточных звеньев, мононуклеарно-фагоцитарного звена.

Изучение Т- и В-клеточных звеньев иммунитета у больных с хроническим бруцеллезом выявили значительное снижение содержания в периферической крови абсолютного количества CD_3^+ , CD_4^+ и CD_8^+ -лимфоцитов ($p < 0,05$) в сравнении с контрольной группой.

Количество CD_{20}^+ -лимфоцитов умеренно возросло у лиц с поражением опорно-двигательного аппарата и с поражением нервной системы.

С клинической точки зрения можно полагать, что уменьшение количественного содержания CD_3^+ , CD_4^+ , CD_8^+ -клеток в периферической крови больных бруцеллезом связано, по-видимому, с их перераспределением из периферической крови в ткани и непосредственном участии этих клеток в тканевом воспалительном процессе. Увеличение же количественного содержания в периферической крови CD_{20}^+ -клеток у лиц с поражением опорно-двигательного аппарата свидетельствует об активации у этих больных гуморальных механизмов, участвующих в воспалительном процессе.

Система мононуклеарных фагоцитов является центральным звеном и играет важную роль в противoinфекционной защите, в том числе и при бруцеллезе.

Заключение

Таким образом, у больных с хроническим бруцеллёзом наблюдаются достоверное снижение процентного и абсолютного количества CD_3^+ и CD_4^+ -лимфоцитов, при одновременном увеличении процентного и абсолютного количества CD_{20}^+ -лимфоцитов, по сравнению с контрольной группой, преимущественно у больных с поражением опорно-двигательного аппарата. В отношении CD_8^+ -лимфоцитов также отмечается снижение, причем максимальным оно становится

у больных с поражением опорно-двигательного аппарата и с поражением нервной системы.

ся у больных с комбинированной формой, и это обстоятельство может способствовать удлинению течения болезни и увеличивать количество пораженных бруцеллами клеток различных тканей и органов.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Атаходжаева Д.Р. Подострый бруцеллез и его клинико-иммунологическая характеристика // Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». 2013. Т. 15, №10. С. 196-21.
2. Логвиненко О.В., Ракитина Е.Л., Пономаренко Д.Г., Костюченко М.В., Саркисян Н.С., Бердникова Т.В. Особенности иммунологических показателей крови у больных различными формами бруцеллеза // Инфекция и иммунитет. 2013. Т. 3, №3. С. 275-278.
3. Попов П.Н., Павлова О.М., Санникова И.В. Диагностическая значимость иммунологических показателей при остром и хроническом бруцеллезе. // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2007. Т. 6, №2. С. 34-37.
4. Ющук Н.Д., Ахмедова М.Д., Васюк Ю.А., Хасаев А.Ш. Состояние сердечно-сосудистой, антиоксидантной и иммунной систем у больных бруцеллезом // Инфекционные болезни. 2008. Т. 6, № 3. С. 38-44.
5. Ющук Н.Д., Ахмедова М.Д., Магомедова С.А. Т- и В-клеточный иммунитет у больных бруцеллезом // Профилактическая и клиническая медицина. 2008. № 3. С. 90-92.

REFERENCES

1. Atakhodzhaeva D. R. Podostroy brutsellyoz i ego kliniko-immunologicheskaya kharakteristika [Subacute brucellosis and its clinical and immunological characteristics]. *Zdorove i obrazovanie v XXI veke - Health and education in the 21st century*, 2013, Vol. 15, No. 10, pp. 196-21.
2. Logvinenko O. V., Rakitina E. L., Ponomarenko D. G., Kostyuchenko M. V., Sarkisyan N. S., Berdnikova T. V. Os-

obnosti immunologicheskikh pokazateley krovi u bolnykh razlichnymi formami brutsellyoza [Features of immunological parameters of blood in patients with various forms of brucellosis]. *Infektsiya i immunitet - Infection and immunity*, 2013, Vol. 3, No. 3, pp. 275-278.

3. Popov P. N., Pavlova O. M., Sannikova I. V. Diagnosticheskaya znachimost immunologicheskikh pokazateley pri ostrom i khronicheskom brucellyoze [Diagnostic significance immunological indicators for acute and chronic brucellosis]. *Meditinskyy vestnik Severnogo Kavkaza - Medical herald of North Caucasus*, 2007, Vol. 6, No. 2, pp. 34-37.

4. Yushchuk N. D., Akhmedova M. D., Vasyuk Yu. A., Khasaev A. Sh. Sostoyaniye serdechno-sosudistoy, antioksidantnoy i immunnoy sistem u bolnykh brutsellezom [The cardiovascular, antioxidant and immune systems in patients with brucellosis]. *Infektsionnye bolezni - Infectious diseases*, 2008, Vol. 6, No. 3, pp. 38-44.

5. Yushchuk N. D., Akhmedova M. D., Magomedova S. A. T- i V-kletochnyy immunitet u bolnykh brutsellyozom [T- and b-cell immunity in patients with brucellosis]. *Profilakticheskaya i klinicheskaya meditsina - Preventive and clinical medicine*, 2008, No. 3, pp. 90-92.

Сведения об авторах:

Нарзулова Мартаба Файзалиевна – ассистент кафедры инфекционных болезней ГОУ ИПОвСЗ РТ

Одинаев Фарход Исмагулович – Иностраный член РАН, заслуженный деятель науки и техники РТ, д.м.н., профессор

Шарипов Азалио Абдурахмонович – заведующий кафедрой инфекционных болезней Института последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан.

Хакимова Майрамджон Мадкаримовна – заведующая инфекционным отделением Городской больницы г.Бустон Согдийской области.

Контактная информация:

Нарзулова Мартаба Файзалиевна – тел.: +992 919-16-64-17; e-mail: marta06@list.ru

© Коллектив авторов, 2017

УДК 616.6+616.61–008.64–035-085

Одинаев А.А., Набиев З.Н., Саидов Дж.С.

ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ НА ФОНЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ПРИНЦИПЫ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ У ДЕТЕЙ

ГУ «Республиканский научный центр крови»

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»

Odinaev A.A., Nabiev Z.N., Saidov J.S.

ACUTE KIDNEY INJURY AGAINST THE BACKGROUND OF UROLITHIASIS AND PRINCIPLES OF PREOPERATIVE PREPARATION OF CHILDREN

State Institution «Republican Scientific Blood Center»

State Institution "Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Child's Surgery"

Цель исследования. Оптимизация предоперационной подготовки и интенсивной терапии при острой почечной недостаточности на фоне мочекаменной болезни у детей.

Материал и методы. Проведены обследование и комплексная терапия 43 детей раннего возраста в пред- и послеоперационной периоды с ОПН и тяжелыми проявлениями уремии и гипергидратации. Характер предоперационной подготовки зависел от времени поступления ребенка в стационар, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, а также тяжести уремического интоксикация.

Результаты. При поступлении 18 (41,9%) детей имели сопутствующую патологию, которая усугубляла течение острой почечной недостаточности (ОПН). Основной задачей в предоперационном периоде у больных с ОПН на фоне мочекаменной болезни являлись достижение кислотно-основного равновесия и коррекция электролитного дисбаланса. Применение антибактериальных препаратов в до- и послеоперационном периодах парентерально и перорально с целью деконтаминации способствовало снижению послеоперационных осложнений, уровня bacteriemia.

Заключение. Проведение предоперационной подготовки с учетом дисфункции органов и систем, активных методов детоксикации, уровня эндогенной интоксикации изучением механизмов развития нарушений кислотно-основного состояния, электролитного баланса способствовали достижению удовлетворительных результатов терапии, стабилизации показателей гемодинамики у данной категории больных.

Ключевые слова: острая почечная недостаточность, дети, мочекаменная болезнь, эндогенная интоксикация

Aim. Optimization of preoperative preparation and intensive therapy during acute kidney injury against the background of urolithiasis in children.

Materials and methods. 43 children of early age were studied and complex therapy was provided to, in pre- and postoperative periods with acute kidney injury (AKI) and severe displays of uremia and hyper hydration. Character of pre-operative preparation depended on time of child reception in hospital, presence of complications and accompanying diseases and severity of uremic intoxication.

Results. During reception, 18 (41,9%) children had accompanying pathologies which have aggravated a current of acute kidney injury. The main goal during preoperative period in patients with acute kidney injury against the background of urolithiasis were achievement of acid-basic balance and correction of electrolyte imbalance. Use of antibacterial medication during pre- and postoperative periods, parenteral and orally, with the purpose of decontamination contributed to decrease of post-operative complications and bacteremia level.

Conclusion. Conducting preoperative preparation taking into account the organ and system dysfunction, detoxification active methods, endogenous intoxication level, study of acid-basic condition disorder development mechanisms and electrolyte balance contributed to achievement of satisfactory therapy results and stabilization of hemodynamics indicators of this category of patients.

Key words: acute kidney injury, children, urolithiasis, endogenous intoxication

Актуальность

Нефролитиаз занимает одно из лидирующих мест среди хирургической патологии мочевыводящей системы, встречается в 25-40% случаев. Грозным осложнением данной патологии считается прогрессирующая дисфункция почек с последующим нарушением выделения мочи, что обусловлено рецидивирующим течением заболевания, частыми обострениями картины пиелонефрита, артериальной гипертензией с последующей хронизацией [1, 7].

Острая почечная недостаточности (ОПН) у детей вне синдрома полиорганной недостаточности наблюдается с частотой 1,4 случаев на 100000 детей [2, 4].

В зависимости от динамики изменения острой почечной недостаточности, возраста пациентов, дисфункции органов и систем, сопутствующей патологии меняется клиника и тяжесть проявления болезни. Прогрессирование процесса способствует увеличению неблагоприятных исходов и возникновению осложнений [5, 6].

У всех больных с нефролитиазом на фоне нарушения оттока мочи выявляется наличие хронического пиелонефрита, что играет особую роль в развитии почечной дисфункции. Наряду с пиелонефритом развитию и прогрессированию ОПН при мочекаменной болезни (МКБ) способствует сочетание таких факторов, как ранние нарушения гемодинамики и уродинамики, наличие рефлюксов, гидронефротической трансформации, артериальной гипертензии [2, 4].

Результаты исследования выявили, что некоторое снижение функциональной активности почек зависит от характера, выполненного объема оперативных вмешательств, их травматичности, степени активности воспалительного процесса на раннем этапе после операции. Оперативные вмешательства, выполненные на ранних стадиях заболевания с целью восстановления пассажа мочи, способствуют успешному лечению пиелонефрита, улучшают функцию почек, препятствуют прогрессирующей гибели почечной ткани и стабилизируют почечную недостаточность в течение длительного времени.

В более 85% случаях больные поступают по поводу обострения пиелонефрита, более в поясничной области, макрогематурии, выраженных симптомов почечной недостаточности [3, 7]. Продолжительное скрытое течение коралловидного нефролитиаза приводит к нарушению уродинамики, гидронефротической трансформации на фоне хронического пиелонефрита, постепенному развитию ОПН [2, 6]. Превалирующим фактором в продолжающейся гибели почечной паренхимы, степени проявлений картины почечной недостаточности не может быть длительность заболевания. Такое длительное благоприятное течение

заболевания можно объяснить своевременным оперативным вмешательством, отсутствием длительного времени пиелонефрита.

Не последнее место в развитии ОПН при урологических заболеваниях у детей занимает степень выраженности нарушения уродинамики верхних мочевых путей [3, 5]. Оказывая непосредственное влияние на почечное крово- и лимфообращение, уродинамические расстройства ускоряют наступление терминальной стадии ОПН, особенно при вторичном хроническом пиелонефрите [2, 4, 7].

Составной частью общей предоперационной подготовки является подготовка больного к обезболиванию. Объем и характер предоперационной подготовки зависят от правильной оценки тяжести состояния больного, степени риска анестезиологического и оперативного вмешательства [1, 8].

Материал и методы исследования

В отделении детской реанимации Национального медицинского центра Республики Таджикистан за период 2012-2014 обследованы и проведена комплексная терапия 43 детям раннего возраста в пред- и послеоперационной периоды с острой почечной недостаточностью и тяжелыми проявлениями уремии и гипергидратации.

Распределение больных по возрасту

Возраст, лет	Количество больных	%
0-1	11	25,6
1-2 лет	19	44,2
2-3 лет	13	30,2
Всего	43	100

Характер предоперационной подготовки зависел от времени поступления ребенка в стационар, наличия осложнений, сопутствующих заболеваний и тяжести уремической интоксикации.

Дети были госпитализированы по поводу ОПН на фоне МКБ, которые диагностированы на основе клинико-лабораторных данных и дополнительных инструментальных методов исследований. Всем больным наряду с общеклиническими методами, рентгенограммой грудной клетки в динамике проводились лабораторные исследования унифицированными методами: развернутый анализ крови, ионограмма, общий белок и фракции, остаточный азот, мочевины, креатинин. При наличии гемолиза определялись свободный гемоглобин, общий билирубин и их фракции. Для идентификации инфекций проводились бактериологическое, серологическое исследования. В период анурии объем вводимой жидкости у 33,9% больных ограничивался до

10-15 мл /кг/ сутки и у 8,5 % с острым гломерулонефритом – до 1-5 мл/кг/час. При отсутствии рвоты, диареи жидкость вводили через рот, 40% глюкозы. В связи с сохраняющимися потерями у 57,6% больных проводилась внутривенная дотация жидкости растворами 20-40% глюкозы до 20-40 мл/кг/сутки.

Все больные при поступлении нуждались в проведении предоперационной подготовки сроком от 14 часов до 14 дней. У 18 (41,9%) из 43 больных наблюдался неблагоприятный соматический фон. Наиболее часто отмечены: анемия, токсический гепатит и гипотрофия II-III ст. 19 (44,2%) из 43 больных нуждались в экстренном оперативном вмешательстве в связи с выраженной клиникой ОПН и нарастанием азотистых шлаков. На фоне дыхательной недостаточности у 11 (25,5%) больных проводили искусственную вентиляцию легких.

В задачу предоперационной подготовки входила ликвидация имеющихся умеренных расстройств гемодинамики и метаболизма, десенсибилизирующее и общеукрепляющее лечение.

Результаты и их обсуждение

Результаты исследования показали, что из наблюдаемых больных при госпитализации в клинику 18 (41,9%) имели сопутствующую патологию, которая усугубляла течение острой почечной недостаточности. Основная проблемой в предоперационном периоде у больных с острой почечной недостаточностью на фоне мочекаменной болезни явилось кислотно-основное равновесие и электролитный дисбаланс.

Оптимальным и принципиальным методом для снижения инфекционных осложнений в до- и послеоперационном периодах явилось назначение антибактериальных препаратов как парентерально, так и перорально с целью деконтаминации и снижения уровня бактериемии.

При проведении предоперационной подготовки детям с МКБ, идущим на плановое оперативное вмешательство, мы уделяли большое значение улучшению функции печени, ее антитоксической выделительной функции почек – двум физиологическим процессам, дополняющим друг друга. Печень разрушает яды, а почки выделяют продукты этого разрушения и частично выводят их в неизменном виде.

Для уменьшения и ликвидации функциональной почечной недостаточности проводили комплексную интенсивную терапию с учетом метаболических нарушений. При нарушении почечного кровообращения проводилось лечение сосудорасширяющими средствами в сочетании с диуретическими препаратами: эуфиллин, папаверин, но-шпа, манитол, 20% раствор глюкозы с инсулином. Для уменьшения эндогенной

интоксикации на фоне инфузионной терапии проводилась энтеросорбция.

У 23 (53,4 %) из 43 больных имелся глубокий метаболический ацидоз. Возникновение метаболического ацидоза у урологических больных связано с дегидратацией, лихорадочным состоянием, интоксикацией и всеми видами канальцевой недостаточности. Корректируя метаболический ацидоз, мы в предоперационном периоде для повышения резервной возможности организма назначали 4% бикарбонат натрия из расчета 4-6 мг на кг массы тела.

У 13 (30,2%) больных при ОПН установлена выраженная уремическая интоксикация, уремическое дыхание. Частое поверхностное дыхание приводит к развитию гипокапнии, где рСО₂ меньше 3 мм рт.ст., гипоксемия рО₂ меньше 80 мм рт.ст. Для борьбы с этими нарушениями применение обычных анальгетиков оказалось недостаточным. В таких случаях мы применяем оксibuтират натрия 50-100 мг на кг массы тела больного, кислородную терапию. Этот вид лечебной анальгезии способствует нормализации функции и стабилизирует внешнее дыхание и гемодинамические показатели.

Заключение

Таким образом, МКБ, осложненная ОПН, сопровождается существенными сдвигами водно-электролитного, кислотно-основного равновесия с развитием гипергидратации и проявлениями метаболического ацидоза. Целенаправленная предоперационная подготовка больных способствовала стабилизации состояния, гладкому течению интра- и послеоперационного периодов. Наблюдалось снижение летальности у 7 (16,3%) из 43 обследованных больных.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (п. 8 см. в REFERENCES)

1. Азизов А.А. Диагностика и лечение осложнённого уролитиаза у детей. Руководство для врачей. Душанбе, 2012. 22 с.
2. Байко. С.В. Эпидемиология почечной недостаточности у детей в Республике Беларусь //Нефрология и диализ. 2009. Т.11, № 4. С. 370.
3. Думанский Ю.В., Кубинова Н.В. Острая почечная недостаточность // Медицинская неотложная помощь. 2012. № 7-8. С. 46-47.
4. Миронов Л.Л., Канус И.И. Принципы интенсивной терапии острой почечной недостаточности у детей //Медицинская панорама. 2011. № 4 (29). С. 63-69.
5. Рахматова Р.А. Анестезиологическое обеспечение и реанимационные мероприятия у больных с острой почечной недостаточностью //Здравоохранение Таджикистана. 2011. №2. С. 64-66.

6. Рахматова Р.А. Методы диагностики состояния паренхимы почек у детей с врожденным гидронефрозом // Педиатрия и детская хирургия Казакстана. Астана. 2011. №1. С. 8-9.

7. Сайедов К.М., Азизов Б.А., Бакиева Г.Т. Диагностика и тактика хирургического лечения острых обструкции при нефролитиазе у детей // Здравоохранение Таджикистана. 2011. № 3. С. 346-349.

RESERENSES

1. Azizov A. A. *Diagnostika i lechenie oslozhnyonnogo urolitiaza u detey. Rukovodstvo dlya vrachey* [Diagnosis and treatment of complicated urolithiasis in children. Guide for physicians]. Dushanbe, 2012. 22 p.

2. Bayko. S. V. *Epidemiologiya pochechnoy nedostatochnosti u detey v Respublike Belarus* [Epidemiology of renal failure in children in the Republic of Belarus]. **Nefrologiya i dializ - Nephrology and dialysis**, 2009, Vol. 11, No. 4, pp. 370.

3. Dumanskiy Yu. V., Kubinova N. V. *Ostraya pochechnaya nedostatochnost* [Acute renal failure]. *Meditinskaya neotlozhnaya pomoshch - Medical emergency*, 2012, No. 7-8, pp. 46-47.

4. Mironov L. L., Kanus I. I. *Printsipy intensivnoy terapii ostroy pochechnoy nedostatochnosti u detey* [Principles of intensive care astrosociology failure in children]. *Meditinskaya panorama - Medical panorama*, 2011, No. 4 (29), pp. 63-69.

5. Rakhmatova R. A. *Anesteziologicheskoe obespechenie i reanimatsionnye meropriyatiya u bolnykh s ostroy pochechnoy nedostatochnostyu* [Anesthetic management and cardiopulmonary resuscitation in patients with acute renal failure]. *Zdravookhranenie Tadzhikistana - Health Care Of Tajikistan*, 2011, No. 2, pp. 64-66.

6. Rakhmatova R. A. *Metody diagnostiki sostoyaniya parenkhimy pochek u detey s vrozhdannym gidronefrozom* [Methods for diagnosing the state of the renal parenchyma in children with congenital hydronephrosis]. *Pediatriya i detskaya khirurgiya Kazakstana - Pediatrics and children's surgery of Kazakhstan*, 2011, No. 1, pp. 8-9.

7. Sayedov K. M., Azizov B. A., Bakieva G. T. *Diagnostika i taktika khirurgicheskogo lecheniya ostrykh obstruktsii pri nefrolitiAZE u detey* [Diagnostics and tactics of surgical treatment of acute obstruction during nephrolithiasis in children]. *Zdravookhranenie Tadzhikistana - Healthcare Of Tajikistan*, 2011, No. 3, pp. 346-349.

8. Basie J. *Novel Approaches in the Investigation of Acute Kidney Injury. Journal of the American Society of Nephrology*, 2009, Vol. 18, pp. 7-9.

Сведения об авторах:

Одинаев Азиз Абдусаторович – зам. министра здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, к.м.н.

Набиев Зихир Нарзуллоевич – директор Государственного учреждения «Республиканского научно-клинического центра педиатрии и детской хирургии», д.м.н., профессор

Саидов Джурахон Сафолович – Генеральный директор ГУ «Республиканский научный центр крови»

Контактная информация:

Набиев Зоир Нарзуллоевич – тел.: +992900905019; e-mail: zoir_1962@mail.ru

Салимова З.Н., Камилова М.Я., Давлятова Г.К.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН С АНЕМИЕЙ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ

ГУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗ и СЗН РТ

Salimova Z.N., Kamilova M.YA., Davlyatova G.K.

FEATURES OF PREGNANCY, DELIVERY AND POST-DELIVERY PERIOD COURSE IN WOMEN WITH MULTIPLE DELIVERIES AND ANEMIA OF DIFFERENT STAGES

State Establishment "Scientific-Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology" of the Ministry of Health and Social Protection of Population of the Republic of Tajikistan

Цель исследования. Изучить особенности течения беременности, родов и послеродового периода при воздействии двух факторов во время беременности – анемии и многоорождения в анамнезе.

Материал и методы. Ретроспективный анализ 830 историй родов женщин в сроки от 34 до 37 недель беременности с анемией различной степени, среди которых 626 имели в анамнезе менее 4 родов (1-я группа) и 204 – 4 родов и более (2-я группа).

Результаты. Выявлено достоверное повышение частоты преэклампсии, дородового разрыва плодных оболочек, преждевременных родов, абдоминального родоразрешения у женщин 2-й группы, по сравнению с аналогичными показателями 1-й группы. У женщин с многоорождением в анамнезе частота осложнений беременности достоверно увеличивалась по мере усугубления степени тяжести анемии.

Заключение. Полученные результаты косвенно подтверждают наличие кумулятивного эффекта негативного воздействия при сочетании двух неблагоприятных факторов – многоорождения и анемии.

Ключевые слова: беременность, анемия, многоорождение в анамнезе, осложнения беременности

Aim. To study the features of pregnancy, delivery and post-delivery period course with the influence of two factors during pregnancy – anemia and multiple delivery in anamnesis.

Materials and methods. Retrospective analysis of 830 women delivery case histories in the period of 34 to 37 weeks of pregnancy and anemia of different stages, among which 626 had less than 4 deliveries (group 1) and 204 – 4 deliveries and more (group 2) in their anamnesis.

Results. Reliable increase of preeclampsia frequency, pre-delivery tear of fetus membrane, early delivery, abdominal delivery in women of group 2, were determined, in comparison to the similar indicators of group 1. In women with multiple deliveries in anamnesis, the frequency of pregnancy complications reliably increased with intensification of anemia severity stage.

Conclusion. Obtained results indirectly confirm the presence of cumulative effect of negative influence when combining two unfavorable factors – multiple deliveries and anemia.

Key words: pregnancy, anemia, multiple deliveries in anamnesis, pregnancy complications

Актуальность

Течение перинатального периода в существенной степени определяется состоянием здоровья беременной женщины и характером течения беременности и родов [1, 2].

Хронический дефицит железа, постепенно приводящий к нарушению эритропоэза, входит в десятку лидирующих факторов риска для здоровья в развивающихся странах. Распространенность железодефицитных анемий среди

женщин детородного возраста доходит до 30%, среди беременных колеблется в разных странах от 20% до 70%. В Таджикистане более половины беременных женщин страдают железодефицитной анемией различной степени, при этом почти 1/3 из них в анамнезе имеют многорождение [5, 7]. Продолжительность дефицита железа и анемии влияют на выраженность патологических фетоплацентарных изменений: дефицит железа и анемия вызывают гипоксию и окислительный стресс, влияющий на активность супероксиддисмутазы, нейтрализующей отрицательные эффекты перекисных радикалов на фето-плацентарный комплекс [6]. Частота плацентарной недостаточности у беременных с анемией составляет 70,1%, с многорождением в анамнезе – 39,5%; относительный риск развития плацентарной недостаточности (RR) при воздействии анемии, как фактора риска, составляет 4,41; D.I. от 3,92 до 4,96 и при воздействии многорождения – 2,78; D.I. от 2,17 до 3,56 [5, 7].

Частота рождения маловесных детей удваивается при гемоглобине 90 г/л, внутриутробная гибель плода регистрируется в 3 раза чаще у матерей с гемоглобином <80г/л, относительный риск преждевременных родов равен 2,7, вероятность внутриутробной гибели плода составляет 2,5 [4].

Увеличение срока физиологической беременности сопровождается возрастанием эндотелий-зависимой вазодилатации. Этот процесс происходит с участием многих факторов, одним из которых является оксид азота, продуцируемый эндотелием. При эндотелиальной дисфункции, возникающей при анемии, нарушается соотношение выработки веществ, обеспечивающих необходимую сосудистую адаптацию при беременности, в том числе снижается синтез оксида азота [3, 6], что обуславливает увеличение частоты осложнений беременности.

Материал и методы исследования

Нами проведен ретроспективный анализ 830 историй родов женщин в сроки от 34 до 37 недель беременности с анемией различной степени, среди которых 626 имели в анамнезе менее 4 родов (1-я группа) и 204 – 4 родов и более (2-я группа). Критериями включения в группу обследованных женщин явились: беременность в сроки 34-37 недель, наличие железодефицитной анемии.

Всем обследованным женщинам определяли концентрации гемоглобина и гематокрита, количество эритроцитов. Беременных женщин с показателями гемоглобина ниже 110 г/л относили в группу с железодефицитной анемией. Степень тяжести анемии устанавливали по уровню гемоглобина (рекомендации ВОЗ): 110-90 г/л – легкая степень, 90-70 г/л – средняя степень, меньше 70 г/л – тяжелая степень анемии.

Диагноз многоводия и маловодия устанавливали ультразвуковым методом – измерение кармана. Дородовый разрыв плодных оболочек зафиксирован у женщин с излитием околоплодных вод до начала родовой деятельности. Критериям диагностики преэклампсии явились показатели А/Д и наличия белка в суточной порции мочи, согласно национальным стандартам. Преждевременными считали роды, произошедшие до 38 недель беременности. Дистресс плода в родах диагностирован в случаях аускультативной регистрации тахикардии (более 160 уд. в минуту) или брадикардии (менее 120 уд. в мин). Послеродовыми гипотоническими кровотечениями считали кровотечения (500 мл и более), обусловленные недостаточным тонусом матки. Послеродовыми септическими осложнениями являлись послеродовый эндометрит и послеродовая язва.

УЗИ включало антропометрию плода с измерением бипариетального, лобно-затылочного размеров плода, диаметров груди и живота, длины бедренной кости, окружности живота, на основании которых рассчитывали предполагаемую массу тела плода.

Допплерометрию проводили в обеих маточных артериях (маточно-плацентарный кровоток), артерии пуповины (плодово-плацентарный кровоток), в нисходящем отделе аорты плода (плодовый кровоток). Определяли показатели сосудистой резистентности артериальных сосудов: пульсационный индекс (ПИ), индекс резистентности (ИР), систоло-диастолическое отношение (СДО). Использовали классификацию степени тяжести нарушений маточно-плацентарно-плодового кровотока: 1-я степень (А и Б) – нарушение маточно-плацентарного при сохраненном плодово-плацентарном кровотоке и нарушение плодово-плацентарного кровотока при сохраненном маточно-плацентарном кровотоке.

2-я степень – одновременное нарушение маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока, не достигающее критических нарушений.

3-я степень – критические нарушения плодово-плацентарного кровотока при неизменном или измененном маточно-плацентарном кровотоке.

Полученные результаты обрабатывали с использованием программы «Statistica 20». Статистически достоверными считали различия при $P < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Средний возраст обследованных составил $33,5 \pm 0,9$ года. Все женщины 1 группы имели в анамнезе до 3-х родов, 2-й – 4 и более родов: 4 родов – 108 (52,9%), 5 родов – 81 (39,7%), 6 родов – 15 (7,4%) женщин.

Анемия легкой степени диагностирована у 371 (59,2%) женщин 1-й группы и у 137 (67,1%) женщин 2-й группы, анемия средней степени

тяжести – у 240 (38,4%) женщин 1 группы и 59 (29%) женщин 2 группы, 3-степени – у 15 (2,5) женщин 1- группы и 8 (4%) женщин 2-й группы.

Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у обследованных групп женщин представлены в таблице 1.

Таблица 1

Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у обследованных групп женщин.

Осложнения	Многорожавшие (n=204)	С нормальным паритетом (n=626)
<i>Многоводие</i>	49 (24,0±2,9%)	139 (22,2±1,7%)
<i>Маловодие</i>	45 (22,1±2,9%)	180 (28,8±1,8%)
<i>Преэклампсия</i>	27 (13,2±2,4%)*	53 (8,4±0,8%)
<i>ДРПО</i>	27 (13,2±2,4%)*	12 (1,9±0,5%)
<i>Нарушения кровотока в системе мать-плацента-плод</i>	141 (69,1±3,2%)	433 (69,2±1,8%)
<i>СЗРП</i>	45 (22,1±2,9%)	146 (23,3±1,7%)
<i>Преждевременные роды</i>	12 (5,9±1,6%)*	20 (3,2±0,7%)
<i>Дистресс плода</i>	7 (3,4±1,3%)	22 (3,5±0,7%)
<i>Кесарево сечение</i>	39 (19,1±2,8%)*	84 (13,4±1,4%)
<i>Преждевременная отслойка плаценты</i>	3 (1,5±0,8%)	14 (2,2±0,6%)
<i>Гипотоническое кровотечение</i>	2 (1±0,7%)	2 (0,3±0,2%)
<i>Септические осложнения</i>	2 (1±0,7%)	1 (0,2±0,2%)

Примечание: *- $P < 0,05$, ** - $P < 0,01$, *** - $P < 0,001$ – достоверные отличия показателей в группах исследования

Как видно из представленных в таблице данных, в группе женщин с анемией и многоплодием в анамнезе отмечалось достоверное повышение частоты таких осложнений беременности, как преэклампсия и дородовой разрыв плодных оболочек. Частота нарушений кровотока в системе мать-плацента-плод в обеих группах была примерно одинаковой, что определяет анемию более значимым фактором развития плацентарной недостаточности, чем многоплодие в анамнезе. У пациенток с анемией и многоплодием чаще происходили преждевременные роды. Частота абдоминального родоразрешения у женщин с анемией и многоплодием была достоверно выше соответствующего показателя в группе женщин с нормальным паритетом.

Частота осложнений беременности, родов и послеродового периода у многопложавших женщин в зависимости от степени тяжести анемии представлена в таблице 2.

Сравнение показателей проводили в подгруппах женщин с тяжелой и средней степени тяжести анемией, так как в некоторых случаях анемия легкой степени тяжести может быть расценена как физиологические изменения во время беременности. Как видно из приведенных данных, частота практически

всех осложнений беременности в группе женщин с анемией тяжелой степени была достоверно выше, по сравнению с соответствующими показателями в группе женщин с анемией средней степени тяжести.

Полученные данные при сравнении частоты осложнений беременности у женщин с анемией различной степени в зависимости от паритета косвенно подтверждают наличие кумулятивного эффекта негативного воздействия на течение беременности, родов и послеродового периода при наличии двух неблагоприятных факторов – многоплодия и анемии. При этом ведущее значение имеет степень тяжести анемии.

Частота осложнений беременности, родов и послеродового периода у женщин с нормальным паритетом в зависимости от степени тяжести анемии представлена в таблице 3

При сравнении показателей в группах женщин с нормальным паритетом и анемией тяжелой и средней степеней тяжести выявлено достоверное отличие частоты нарушений кровотока в системе мать-плацента-плод. Остальные изученные показатели имели тенденцию к повышению, однако достоверного отличия между соответствующими показателями не выявлено.

Таблица 2

Частота осложнений беременности, родов и послеродового периода у многорожавших женщин в зависимости от степени тяжести анемии

<i>Осложнения</i>	<i>I (n=137)</i>	<i>II (n=59)</i>	<i>III (n=8)</i>
<i>Многоводие</i>	34 (24,8±3,7%)	14 (23,7±5,5%)	1 (12,5±11,7%)
<i>Маловодие</i>	20 (14,6±3,0%)	19 (32,2±6,1%)	6 (75,0±15,3%)**
<i>Преэклампсия</i>	15 (10,9±2,7%)	7 (11,9±4,2%)	5 (62,5±17,1%)**
<i>ДРПО</i>	12 (8,8±2,4%)	10 (16,9±4,9%)	5 (62,5±17,1%) *
<i>Нарушения кровотока в системе мать-плацента-плод</i>	92 (67,2±3,9%)	42 (71,2±5,9%)	7 (87,5±11,7%)*
<i>СЗРП</i>	12 (8,8±2,4%)	30 (50,8±6,5%)	3 (37,5±18,1%)
<i>Преждевременные роды</i>	5 (3,6±1,6%)	4 (6,8±3,3%)	3 (37,5±17,1%)*
<i>Кесарево сечение</i>	28 (20,4±3,4%)	11 (18,6±5,1%)	0
<i>Дистресс плода</i>	4 (2,9±1,4%)	2 (3,4±2,4%)	1 (12,5±11,7%)
<i>Преждевременная отслойка плаценты</i>	1 (0,7±0,7%)	1 (1,7±1,7%)	1 (12,5±11,7%) *
<i>Гипотоническое кровотечение</i>	0	1 (1,7±1,7%)	1 (12,5±11,7%) *
<i>Септические осложнения</i>	1 (0,7±0,7%)	1 (1,7±1,7%)	0

Примечание: * - $P < 0,05$, ** - $P < 0,01$, *** - $P < 0,001$ – достоверные отличия показателей в группах многорожавших женщин с анемией средней и тяжелой степеней

Таблица 3

Частота осложнений беременности, родов и послеродового периода у женщин с нормальным паритетом в зависимости от степени тяжести анемии

<i>Осложнения</i>	<i>I (n=371)</i>	<i>II (n=240)</i>	<i>III (n=15)</i>
<i>Многоводие</i>	86 (23,2±2,2%)	48 (20±2,6%)	5 (33,3±12,2%)
<i>Маловодие</i>	106 (28,6±2,3%)	70 (29,2±2,9%)	4 (26,7±11,4%)
<i>Преэклампсия</i>	27 (7,3±1,3%)	25 (10,4±1,9%)	1 (6,7±6,4%)
<i>ДРПО</i>	10 (2,7±0,8)	2 (0,7±0,6)	
<i>Нарушения кровотока в системе мать-плацента-плод</i>	266 (71,7±2,3)	154 (64,2±3,1)	13 (86,7±8,8)*
<i>СЗРП</i>	89 (23,9±2,2%)	43 (17,9±2,5%)	14 (93,3±6,3%***)
<i>Преждевременные роды</i>	12 (3,2±0,9%)	7 (2,9±1,1%)	1 (6,7±6,45)
<i>Кесарево сечение</i>	48 (12,9±1,7%)	33 (13,8±2,2%)	3 (20,0±10,3%)
<i>Дистресс плода</i>	16 (4,3±1,1%)	5 (2,1±0,9%)	1 (6,7±6,4%)
<i>Преждевременная отслойка плаценты</i>	10 (2,7±0,8%)	3 (1,3±0,7%)	1 (6,7±6,4%)
<i>Гипотоническое кровотечение</i>	2 (0,5±0,4%)	0	0
<i>Септические осложнения</i>	1 (0,3±0,7%)	0	0

Примечание: * - $P < 0,05$, ** - $P < 0,01$, *** - $P < 0,001$ – достоверные отличия показателей в группах женщин с нормальным паритетом, анемией средней и тяжелой степеней



Как видно из рисунка, частота нарушений кровотока в системе мать-плацента-плод в группе женщин с нормальным паритетом, независимо от степени тяжести анемии, остается примерно на одинаковом достаточно высоком уровне. По данным исследований, проведенных в акушерском отделе, частота плацентарной недостаточности у беременных с анемией составляет 70,1%, с многорождением в анамнезе – 39,5%, относительный риск развития плацентарной недостаточности (RR) при воздействии фактора риска анемия составляет 4,41; D.I. от 3,92 до 4,96 и при воздействии многорождения – 2,78; D.I. от 2,17 до 3,56 [10]. В группе женщин с многорождением в анамнезе частота нарушений кровотока в системе мать- плацента-плод достоверно увеличивалась по мере усугубления степени тяжести анемии, что также подтверждает кумулятивный эффект воздействия двух факторов риска развития плацентарной недостаточности

Заключение

Таким образом, беременным с анемией и многорождением в анамнезе кроме коррекции анемии показана профилактика плацентарной недостаточности с ранних сроков беременности. Дальнейшие исследования по оптимизации пре-гравидарной подготовки и ведения беременности женщин с анемией и многорождением в анамнезе будут способствовать улучшению перинатальных исходов таких пациенток.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 6-7 см. в REFERENCES)

1. Айламазян Э.К., Кулаков, В.Е Радзинский В.И., Савельева Г.М. Акушерство. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 1200 с.

2. Доброхотова Ю.Э., Джобава Э.М. Плацентарная недостаточность. Современная терапия. Особенности течения плацентарной недостаточности при варикозной болезни. Учебно-методическое пособие. М.: АдамантЪ, 2011. 32 с.

3. Доброхотова Ю.Э, Иванова Н.В., Гуляева Т.А. Окислительный стресс в защите при физиологической и патологически протекающей беременности // Российский вестник акушера-гинеколога. 2008. №6. С. 33-35.

4. Камилова М.Я., Рахматуллаева Д.М., Ишан-Ходжаева Ф.Р. Медицинские и социальные факторы развития плацентарной недостаточности у беременных женщин в современных условиях Таджикистана. // Журнал акушерства и женских болезней. 2015. Т. LXIV, Вып. 6. С. 26-30.

5. Кузьмин В.Н. Фето-плацентарная недостаточность: проблема современного акушерства // Лечащий врач. 2011. №3. С.50-54.

REFERENCES

1. Aylamazyan E. K., Kulakov, V. E Radzinskiy V. I., Savelyeva G. M. *Akusherstvo. Natsionalnoe rukovodstvo* [Obstetrics. National leadership]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2009. 1200 p.

2. Dobrokhotova Yu. E., Dzhobava E. M. *Platsentarnaya nedostatochnost. Sovremennaya terapiya. Osobennosti techeniya platsentarnoy nedostatochnosti pri varikoznoy bolezni. Uchebno-metodicheskoe posobie* [Placental insufficiency. Modern therapy. Peculiarities of placental insufficiency in varicose disease. Textbook]. Moscow, Adamant Publ., 2011. 32 p.

3. Dobrokhotova Yu. E, Ivanova N. V., Gulyaeva T. A. *Okislitelnyy stress v zashchite pri fiziologicheskoy i patologicheskoy protokayushchey beremennosti* [Oxidative stress protection in physiological and pathological pregnancy]. *Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa - Russian herald of the obstetrician-gynecologist*, 2008, No. 6, pp. 33-35.

4. Kamilova M. Ya., Rakhmatullaeva D. M., Ishan-Khodzhaeva F. R. *Meditsinskie i sotsialnye faktory razvitiya platsentarnoy nedostatochnosti u beremennykh zhenshchin v sovremennykh*

usloviyakh Tadjhikistana [Medical and social factors in the development of placental insufficiency in pregnant women in modern conditions Tajikistan]. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney - Journal of obstetrics and women's diseases*, 2015, Vol. 64, Issue 6, pp. 26-30.

5. Kuzmin V. N. Feto-platsentarnaya nedostatochnost: problema sovremennogo akusherstva [Feto-placental insufficiency: a problem of modern obstetrics]. *Lechashchiy vrach - attending doctor*, 2011, No. 3, pp. 50-54.

6. Burton G. I. Chanoc-Jones, D. S. E. Jauniaux Regulation of vascular growth and function in the human placenta. *Reproduction*, 2009, Vol. 138, pp. 895-902

7. Mistry H. D., Gill C. A., Kurlak L. O. Association between maternal micronutrient status, oxidative stress, and common genetic variants in antioxidant enzymes at 15 weeks gestation in nulliparous women who subsequently develop

preeclampsia. *Free Radical Biology and Medicine*, 2015, Vol. 78, pp. 147-155.

Сведения об авторах:

Салимова Зарина Нурхоновна – очный аспирант НИИ АГиП
Камилова Мархабо Ядгаровна – руководитель акушерского отдела Таджикского Научно исследовательского института акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ и СЗН, д.м.н., доцент

Давлятова Гулчохон Кобилчоновна – директор НИИ АГиП, к.м.н.

Контактная информация:

Камилова Мархабо Ядгаровна – 734002 Таджикистан, Душанбе, ул. Мирзо Турсунзаде, д. 31; e-mail: marhabo1958@mail.ru

© Коллектив авторов, 2017

УДК 616.71-001.514;616.37

¹*Сироджов К.Х.,* ²*Мурадов А.М.,* ¹*Холов Д.И.,* ¹*Сафаров А.Х.*

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

¹Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ

²Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ

¹*Sirodjoy K.KH.,* ²*Muradov A.M.,* ¹*Kholov D.I.,* ¹*Safarov A.KH.*

NEAREST RESULTS OF SHIN BONE FRACTURE TREATMENT IN PATIENTS WITH SUGAR DIABETES

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

²Department of Efferent Medicine and Intensive Care of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan»

Цель исследования. Улучшение результатов лечения изолированных переломов костей голени у больных сахарным диабетом.

Материал и методы. Проанализированы результаты диагностики и лечения 114 пациентов с изолированным переломом костей голени на фоне сахарного диабета, которых разделили на 2 группы. Для определения эффективности способов диагностики, профилактики осложнений и лечения произведена рандомизация больных и сравнение полученных результатов основной и контрольной групп с вышеуказанными повреждениями. Исследовались состояние центральной и регионарной гемодинамик, уровень глюкозы крови, степень эндогенной интоксикации, липидный спектр, состояние перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты, степень жировой глобулемии, а также

некоторые показатели гемостаза, электролитного обмена, КОС и субъективных ощущений пациента, выполнялось УЗИ сосудов конечностей.

Результаты. Оптимизированная диагностика, профилактика осложнений и лечения переломов костей голени при сахарном диабете с учетом гемодинамических нарушений, нарушений системы гемостаза, метаболических функций, липидного спектра, перекисного окисления липидов, электролитного обмена, КОС, степени эндогенной интоксикации и стадии сахарного диабета с включением в программу инфузии 0,06% раствора гипохлорита натрия у больных основной группы способствовали снижению развития осложнений: футлярного синдрома на 2,4%, тромбоза глубоких вен голени на 4,1%, полиорганной дисфункции на 2,6%, диабетической стопы на 2,6%, по сравнению с контрольной группой.

Заключение. Использование в программе инфузионной терапии 0,06% раствора гипохлорита натрия способствует профилактике и снижению количества и тяжести острых осложнений после травмы.

Ключевые слова: диабет, метаболизм, отек, травматизм, повреждения, осложнения, исход

Aim. To improve the treatment results of isolated shin bone fracture in patients with sugar diabetes.

Materials and methods. The results of diagnostics and treatment of 114 patients with isolated shin bone fracture against the background of sugar diabetes who were divided into 2 groups were analyzed. In order to determine the efficiency of diagnostics type, prevention of complications and treatment, the randomization of patients and comparison of obtained results of main and control groups with mentioned above damages, were performed. The central and regional hemodynamics condition, level of blood glucose, stage of endogenous intoxication, lipids specter, condition lipid peroxidation and antioxidant protection, stage of fat globulemia, and also some indicators of hemostasis, electrolyte exchange, KOS and subjective patient senses, were studied, and ultrasound of extremity vessels was performed.

Results. Optimization of diagnostics, prevention of complications and treatment of shin bone fractures during sugar diabetes taking into account hemodynamic disorders, disorders of hemostasis system, metabolic functions, lipids specter, peroxidation of lipids, electrolyte exchange, KOS, endogenous intoxication stage and stages of sugar diabetes including 0,06% sodium hypochlorite solution into infusion program, in patients of main group, have led to decrease of complication development: cardiac syndrome to 2,4%, thrombosis of deep shin veins to 4,1%, multi-organ dysfunction to 2,6%, diabetic foot to 2,6%, in comparison to control group.

Conclusion. Use of 0,06% sodium hypochlorite solution in the infusion therapy program contributes to prevention and decrease of number and severity of acute complications after trauma.

Key words: diabetes, metabolism, edema, traumatism, damages, complications, outcome

Актуальность

Перелом костей голени является весьма травматичным и часто сопровождается шоковым состоянием, кровопотерей, нарушением целостности мягких тканей, что приводит к нарушению центральной гемодинамики и регионарного кровотока нижних конечностей, микроциркуляции, реологии и биохимизма тканей, жировой эмболии, гипоксии, эндотоксикозу и др. [1-3]. В свою очередь, сам сахарный диабет (СД) приводит к аналогичным нарушениям макро- и микроциркуляции, эндотелиальной и органной дисфункции, а также нарушению биохимизма тканей, появлению в крови ПДФ, ПОЛ и накоплению продуктов обмена в аномально высоких концентрациях с развитием ДВС, СЭИ и пр. Поэтому при сочетании этих патологий происходит их взаимное отягощение с усугублением тяжести состояния больных изолированными переломами костей голени (ИПКГ) с СД, что сопровождается эндотоксикозом, являющимся базисным компонентом в формировании тяжести общего состояния [1, 2, 3, 5].

О трудностях диагностики осложнений и лечения переломов при сахарном диабете свидетельствует высокий процент неудовлетворительных результатов и осложнений [4-6].

Трудности диагностики осложнений, течения болезни и лечения переломов голени у больных сахарным диабетом, несмотря на внедрение инновационных технологий в медицине последних лет, остаются актуальными в практическом и научном аспектах.

Материал и методы исследования

Работа основана на диагностике и лечении 114 больных с изолированными переломами костей голени (ИПКГ): 1 группа - 61 (53,5%) пациент, у которых в анамнезе и клинически выявлен сахарный диабет 2 типа с тяжёлым течением (СД); 2 группа - 53 (46,5%) больных (контрольная группа, ретроспективно разделённая на две категории). Все они находились на лечении на базе кафедры травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ, расположенной в Городской клинической больнице №3 г. Душанбе за период 2012-2015 гг.

Для определения эффективности разрабатываемых способов диагностики, профилактики осложнений и лечения больных произведена рандомизация и сравнение полученных результатов основной и контрольной групп больных с вышеуказанными повреждениями, статистически сравниваемыми по возрасту, тяжести основной и сопутствующей патологии, а также другим необходимым критериям исследования.

В контрольную группу вошли 53 (46,5%) больных с изолированными переломами костей голени, результаты лечения которых изучены ретроспективно, их условно подразделили на: подгруппу, состоящую из 25 (47,2%) пациентов с ИПКГ без диабета, и подгруппу из 28 (52,8%) больных с ИПКГ в сочетании с СД2 с тяжёлым течением.

В основную группу вошёл 61 (53,5%) больной, у которых проспективно изучены результаты диагностики, профилактики осложнений, а терапия осуществлялась с учетом новых разрабатываемых способов диагностики и методов лечения. Для решения поставленной цели больных основной группы разделили на 2 подгруппы: в 1.1. подгруппу вошли 30 (49,2%) больных, лечение переломов конечности у них основывалось на оптимизированном подходе диагностики тяжести повреждения сегмента (оценка регионарного кровотока, нарушение перекисного окисления липидов, биохимические показатели, степени эндогенной интоксикации и др.), профилактики и лечения осложнений основного заболевания, а также сопутствующей патологии конечности на фоне декомпенсированного сахарного диабета с тяжёлым течением; во вторую подгруппу вошёл 31 (50,8%) больной, у которых, кроме вышеуказанного, в посттравматическом и послеоперационном периодах с профилактической и лечебной целью использовался внутривенно 0,06% и местно 1,2% раствор гипохлорита натрия (NaOCl).

Результаты и их обсуждение

Ближайшие результаты лечения больных оценены с учетом проявлений симптомов локального

характера: спадание отека мягких тканей, снижение боли периферического характера, улучшение трофики тканей, кровообращения периферического сегмента, двигательной активности пальцев стопы и др. Также критериями оценки ближайших результатов лечения являлись показатели лабораторно-инструментальных методов исследования: состояние центральной и регионарной гемодинамик, УЗИ сосудов конечностей, уровень глюкозы крови, степень эндогенной интоксикации, липидный спектр, состояние перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты, степень жировой глобулемии, а также некоторые показатели гемостаза, электролитного обмена, КОС и субъективных ощущений пациента.

Учитывая, что переломы костей голени часто сопровождается кровотечением из костномозгового канала, то кровь накапливается в межфасциальных пространствах и создает определенное давление на окружающие мягкие ткани, сосудисто-нервный пучок и костномозговой канал. При этом указанные процессы происходят на фоне ангиопатии, нейропатии и трофических нарушениях тканей. В связи с этими у пациентов с ИПКГ при наличии СД клинические проявления футлярного синдрома выражены достаточно скудно. Нарастающее давление межфасциального пространства является фактором развития осложнений, связанных с нарушением системы гемостаза (тромбоэмболия, синдром жировой эмболии, тромбоз глубоких сосудов конечности), синдрома острого легочного повреждения и органной дисфункции, а также нагноения гематомы, развитие диабетической стопы и др.

Виды осложнений у исследуемых больных

Осложнения	2 группа (n=53)				1 группа ИПКГ + СД (n=61)	
	2.1. подгруппа ИПКГ (n=25)		2.1. подгруппа ИПКГ+СД (n=28)		абс.	%
	абс.	%	абс.	%		
Футлярный синдром (компармент-синдром)	1	4,0	2	7,1	2	3,3
Тромбоз глубоких вен голени	–	–	3	10,7	1	1,6
Полиорганная дисфункция	–	–	4	14,3	3	4,9
Синдром жировой эмболии	1	4,0	–	–	–	–
Нагноившаяся гематома	–	–	1	3,6	–	–
Синдром диабетической стопы	–	–	4	14,2	3	4,9
Диабетическая остеоартропатия	–	–	2	7,1	1	1,6
Диабетическая дистальная нейропатия	–	–	7	25,0	5	8,2
Диабетическая нефропатия	–	–	3	10,7	3	4,9
Диабетическая ретинопатия	–	–	3	10,7	2	3,3
Локальный остеопороз	–	–	4	14,3	4	6,6

Результаты исследования показали, что у исследуемых больных преобладают осложнения вторичного характера на фоне сахарного диабета (табл.). Механическая травма усугубляла имеющиеся вторичные изменения локального характера. Полиорганная дисфункция составила 7,5% и 4,9% соответственно в группах, развитие которой связано с кровопотерей и шоком на фоне перелома костей голени, а также зависела от объема, качества и продолжительности инфузионной терапии на до- и раннем госпитальном этапах. Фуллярный синдром имел место соответственно у 7,5% и 3,3% больных, превалирование данного синдрома у больных контрольной группы связано, во-первых, с использованием гипсовых повязок, как способа лечения переломов, во-вторых, используемой традиционной инфузионной терапии на стадии шока. Указанный синдром диагностирован на основании клинических признаков, усиления боли в проекции голеностопного сустава и тыльной поверхности стопы, ограничения подвижности пальцев и характерных особенностях цвета кожи, наличия отека мягких тканей, а также ослабления пульсации на периферических сосудах. УЗ диагностика в динамике показала ослабление скорости кровотока ниже уровня повреждения.

Наиболее характерным осложнением локального характера для переломов костей голени на фоне сахарного диабета в остром периоде является острый тромбоз глубоких вен. У пациентов с ИПКГ+СД он развился соответственно в 5,7% и 1,6% случаях по группам, причинами, с одной стороны, являются вторичные изменения стенки сосудов на фоне сахарного диабета, с другой - нарушение системы гемостаза на фоне травмы и длительная иммобилизация конечности, что способствовало развитию последнего. Синдром жировой эмболии развился у одного больного в контрольной группе с переломом костей голени без сахарного диабета, причиной данного осложнения явилась поздняя иммобилизация и нестабильная фиксация отломков. У больного диагностирована мозговая форма синдрома жировой эмболии, целенаправленное применение терапии способствовало регрессу её клинического проявления, исход оказался благоприятным.

Нагноившаяся гематома отмечена у 1,9% больных в сравниваемой группе, диагностирована на 4-5-е дни с появлением местной и общей температурной реакции организма, усилением боли локального характера и гиперемией кожи. Факторами, способствующими развитию осложнений, являлись имеющиеся язвы на подошве стопы и вторичные в результате сдавления гипсовой повязкой. Вскрытие гнояника и наложение аппарата внешней фиксации способствовали снижению степени эндогенной интоксикации. У пациента в динамике наблюдения появились

рентгенологические признаки остеомиелитического процесса.

Одним из осложнений периферического характера при сахарном диабете является синдром диабетической стопы, в нашем наблюдении он развился соответственно в 7,5% и 4,9% случаях. Указанное осложнение провоцировало механическое повреждение, нарушение микроциркуляции, системы гемостаза и кровообращения конечности. Диабетическая остеоартропатия развилась у 3,8% и 1,6% больных, характеризовалась болями и отечностью в голеностопном суставе или плюснефаланговых суставах, причинами возникновения в основном являются нарушения кровотока, гипоксия, метаболический дисбаланс и локальный остеопороз. При рентгенологической картине определяются очаги деструкции суставных поверхностей, субхондральный склероз, остеофиты и локальный остеопороз. Дистальная диабетическая нейропатия отмечена у 13,2% и 8,2% пациентов, указанные осложнения у больных сахарным диабетом развиваются вследствие длительной хронической венозной недостаточности конечности, эндотелиальной дисфункции, гипоксии тканей и метаболической дисфункции сегмента.

Диабетическая нефропатия в нашем исследовании диагностирована у 5,7% и 4,9% пациентов на основании лабораторных анализов мочи и морфологической картины, скорости клубочковой фильтрации, микроальбуминурии и нефроангиосклероза почечных клубочков. Одной из причин ослабления зрения или слепоты у больных СД является диабетическая ретинопатия, которая составила соответственно в 5,7% и 3,3% случаев, хотя диабетическая ангиопатия относится к поздним осложнениям сахарного диабета. Метаболические нарушения, происходящие при сахарном диабете, проявляются нарушениями процесса ремоделирования костной ткани, так как инсулин непосредственно влияет на синтез коллагена и щелочной фосфатазы, которые непосредственно участвуют в образовании остеобластов. Перелом костей голени на фоне сахарного диабета усугубляет остеопоротический процесс в силу нарушения кровотока, метаболической дисфункции и длительной иммобилизации сегмента конечности.

Заключение

Анализируя ближайшие осложнения в сравниваемых группах, определено, что в остром периоде чаще наблюдаются осложнения, которые непосредственно связаны с травмой на фоне механического повреждения сегмента конечности: полиорганная дисфункция, тромбоз глубоких вен, фуллярный синдром и диабетическая стопа. Патогенетически осложняющим звеном являются осложнения СД: ангиопатия, нейропатия,

нарушения метаболизма, микро- и макроциркуляции. Использование в программе инфузионной терапии 0,06% раствора гипохлорита натрия способствует профилактике и снижению количества и тяжести острых осложнений.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 3-5 см. в REFERENCES)

1. Татарченко И.П., Позднякова Н.В., Дудукина Е.А., Морозова О.И. Комплексная оценка эпизодов ишемии и вазомоторной функции сосудистого эндотелия у больных сахарным диабетом 2-го типа // Кардиология. 2007. №4. С. 28-31.
2. Федоровский Н.М., Гостищев В.К., Долина О.А. Методика непрямой внутривенной электрохимической детоксикации в комплексном лечении синдрома эндотоксикации // Вестн. интенс. тер. 1993. №1. С. 31-33.

REFERENCES

1. Tatarchenko I. P., Pozdnyakova N. V., Dudukina E. A., Morozova O. I. Kompleksnaya otsenka epizodov ishemii i vazomotornoy funktsii sosudistogo endoteliya u bolnykh sakharnym diabetom 2-go tipa [A comprehensive assessment of the episodes of ischemia and the vasomotor function of vascular endothelium in patients with diabetes mellitus of the 2nd type]. *Kardiologiya - Cardiology*, 2007, No. 4, pp. 28-31.
2. Fedorovskiy N. M., Gostishchev V. K., Dolina O. A. Metodika nepryamoy vnutrivennoy elektrokhimicheskoy detoksikatsii v kompleksnom lechenii sindroma endotoksikatsii

[The intravenous method of indirect electrochemical detoxication in the complex treatment of the syndrome of endotoxicosis]. *Vestnik intensivnoy terapii - Herald of intensive therapy*, 1993, No. 1, pp. 31-33

3. Campos Pastor M. M., Lopez-Ibarra P. J., Escobar-Jimenez F., Serrano Pardo M. D., Garcia-Cervigon A. G. Intensive insulin therapy and bone mineral density in type 1 diabetes mellitus: a prospective study. *Osteoporosis International*, 2000, Vol. 11 (5), pp. 455-459.
4. Fowler J. et al. The importance of surgical sequence in the treatment of lower extremity injuries with concomitant vascular injury: A meta-analysis. *Injury*, 2009, Vol. 40, No. 1, pp. 72-76.
5. Mastrandrea L. D., Wactawski-Wende J., Donahue R. P., Hovey K. M., Clark A., Quattrin T. Young women with type 1 diabetes have lower bone mineral density that persists over time. *Diabetes Care*, 2008, pp. 31 (9), pp. 1729-1735.

Сведения об авторах:

Сироджов Кутбудиин Хасанович – зав. кафедрой травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н., доцент
Мурадов Алишер Мухтарович – зав. кафедрой эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н., профессор
Холов Далер Имомидинович – ассистент кафедры травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Контактная информация:

Сироджов Кутбудиин Хасанович – 734026, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. И. Сомони, 59; e-mail: sirodzhovk93529s@mail.ru; тел.: +992935290963

Шаханов Н.С., Азизов А.А., Бакиева Г.Т.

К ВОПРОСУ О ТАКТИКЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ И ДРЕНИРОВАНИЯ УДВОЕННЫХ ЛОХАНОК И МОЧЕТОЧНИКОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Shahanov N.S., Azizov A.A., Bakieva G.T.

TO THE QUESTION OF TACTICS OF SURGICAL CORRECTION AND DRAINAGE OF DOUBLED PELVISES AND URETERS IN CHILDREN OF EARLY AGE

Department of Children's Surgery, Anesthesiology and Reanimatology of the Tajik Medical State University named after Abuali-ibn-Sino

Цель работы. Усовершенствование способов хирургической коррекции и дренирования удвоенных лоханок и мочеточников у детей раннего возраста.

Материал и методы исследования. В клинике детской хирургии с 2010 по 2015 гг. были анализированы 72 больных с пороками развития мочеточников и мочевого пузыря. Из них с полным удвоением мочеточников (односторонним – справа или слева) было 25 (34,7%) детей, неполным – 18 (25%), полное удвоение с сочетанными аномалиями – у 5 (6,9%), неполное удвоение с сочетанными аномалиями – у 3 (4,2%), двухстороннее полное удвоение – у 15 (20,8%), полное удвоение с уретероцелле в одном из мочеточников – у 6 (8,3%).

Результаты. Деривация мочи, как важный этап реконструктивно-восстановительных операций при аномалиях мочевых путей у детей раннего возраста, выполняет роль восстановительных процессов операционного и послеоперационного периодов, заключается в декомпрессионно-санационной функции мочевыводящей системы, которая информирует о восстановительных процессах оперированного органа. Анализ результатов послеоперационного периода у 72 больных выявил допущенные ошибки при установлении дренажей во время операции у 10 детей. Из них у 2-х детей недостаточно надежно фиксирован дренаж; у 1-го отмечался перегиб дренажа; у 4-х преждевременное выпадение дренажа; у 3-х закупорка дренажа сгустками крови и фибрином.

Заключение. Целенаправленная деривация мочи во время операции и наблюдение за состоянием дренажей в послеоперационном периоде дают возможность объективно оценить потерю функции почки и выбрать наиболее оправданную, патогенетически обоснованную, комплексную терапию.

Ключевые слова: полное и неполное удвоение мочеточников, устройство для деривации мочи, реконструкция, деривация

Aim. Improvement of methods of surgical correction and drainage of doubled pelvises and ureters in children of early age.

Materials and methods. 72 patients with malformations of ureter and urinary bladder were analyzed in Child's Surgery Clinic from 2010 to 2015. Of them, 25 (34,7%) children were with complete doubling of ureters (single-sided - right or left), incomplete - 18 (25%), complete doubling with conjunction of maldevelopments – 5 (6,9%), incomplete doubling with conjunction of maldevelopments – 3 (4,2%), double-sided complete doubling – 15 (20,8%) and complete doubling with ureter cell in one ureter - 6 (8,3%).

Results. Urine drift as an important stage of reconstructive operations during maldevelopments of urinary tracts in children of early age plays the role of recovery processes of operative and postoperative periods, and is comprised of decompression and sanitation functions of urinary system which informs about the recovery processes of operated organ. Results analysis of post-operative period in 72 patients has determined mistakes when placing drainages during operation in 10 children. Out of them, 2 children had insufficiently reliably placed drainage; 4 had early drainage fall; 3 had drainage corking with blood clots and fibrin.

Conclusion. Purposefully drifted urine during the operation and monitoring of the condition of drainage in the postoperative period allows to objectively evaluate the loss of kidney function and choose the most justifiable, pathogenetically justified complex therapy.

Key words: complete and incomplete doubling of ureters, urine drift device, reconstruction, drift

Актуальность

Дискуссионными до настоящего времени остаются многие вопросы, такие как: обоснование сроков и показаний к выбору оптимального вида оперативной коррекции, целесообразность выполнения предварительной деривации мочи у детей с выраженными формами мегауретера, необходимость моделирования расширенного мочеточника, целесообразность резекции с целью ликвидации его петлеобразных изгибов, лечебная тактика при врожденном обструктивном нерефлюксирующем мегауретере единственной почки [4].

В силу морфологической незрелости организма детей существует большая вероятность возникновения осложнений при выборе тактики и техники выполнения операции, дренирование при которой в немалой степени определяет тяжесть послеоперационного периода и его исход [2-5]. Прогнозирование послеоперационных осложнений, обусловленных деривацией мочи (мочевые затеки, мочевые свищи), в послеоперационном периоде недостаточно изучено [1, 3]. Одним из ответственных этапов восстановительной операции при пороках развития мочеполовой системы является достаточно надёжное отведение мочи [4, 5].

Выбор оперативной коррекции и дренирования мочевыделительной системы зависит от возраста ребенка, общего состояния детского организма, одностороннего или двустороннего поражения, степени выраженности потери функции почки и мочеточника.

Вышеизложенное диктует необходимость переосмысления способов деривации мочи из мочеточников и мочевого пузыря.

Материал и методы исследования

Исследования выполнены в отделении детской урологии клиники детской хирургии ТГМУ при Национальном медицинском центре Республики Таджикистан. В клинике детской хирургии с 2010 по 2015 гг. было пролечено 72 больных ребёнка с пороками развития мочеточников и мочевого пузыря. Из них с полным удвоением мочеточников (односторонним – справа или слева) было 25 (34,7%) детей, неполным – 18 (25%), полное удвоение с сочетанными аномалиями отмечалось у 5 (6,9%), неполное удвоение с сочетанными аномалиями - у 3 (4,2%), двустороннее полное удвоение – у 15 (20,8%) и полное удвоение с уретероцеле в одном из мочеточников – у 6 (8,3%). Девочек было 30, мальчиков – 42. Возраст детей колебался от рождения до 3 лет.

Особое внимание уделяли наличию анатомических, структурных и морфофункциональных изменений, как причин нарушения уродинамики.

Для оценки общего состояния больных изучались жалобы, анамнестические данные, результаты общего анализа крови, мочи, уровень остаточного азота, креатинина, средних молекул, содержание электролитов крови, показатели кислотно-основного состояния (КОС), биохимические показатели, а также рентгеноурологические и инструментальные методы. У 6 (8,3%) из 72 больных с полным удвоением и уретероцеле в одном из мочеточников была проведена диагностическая цистоскопия. Данные исследований представлены на рисунках 1, 2.

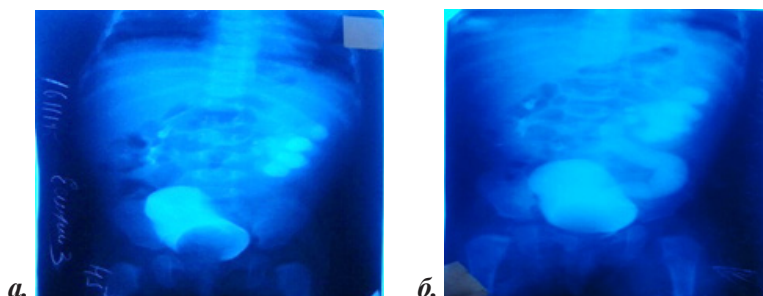


Рис. 1. а) Экскреторная урография; б) Цистограмма

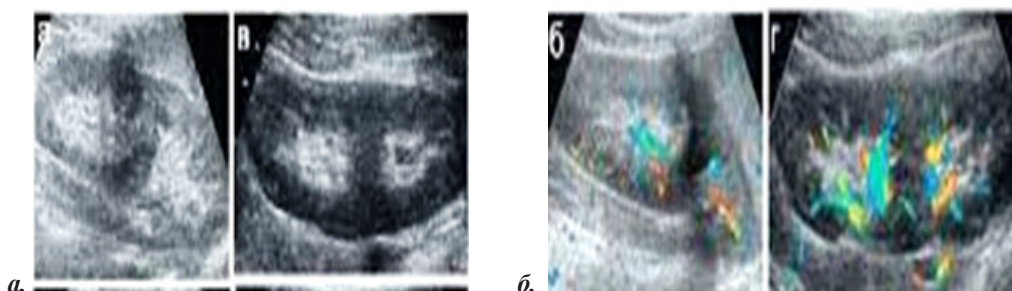


Рис. 2. а) УЗИ неполного удвоения почек

б) УЗИ и доплерография неполного удвоения почек

Статистическая обработка материала была проведена по методу Student.

Результаты и их обсуждение

Деривация мочи, как важный этап реконструктивно-восстановительных операций при аномалиях мочевых путей у детей раннего возраста выполняет роль восстановительных процессов операционного и послеоперационного периодов, заключается в декомпрессионно-санационной функции мочевыводящей системы, которая информирует о восстановительных процессах оперированного органа.

Всё это даёт объективную оценку о выделительной функции мочевыводящих путей, информируя о качестве и количестве мочи (раздельно из дренажей и естественных путей), а также учитывается посев мочи на чувствительность к антибиотикам. Наряду с этим надёжная деривация мочи предотвращает попадание высококонцентрированной и инфицированной мочи в рану. Одновременно дренажные трубки выполняют роль проведения местного лечения оперированного органа – антибиотиками, уросептиками, спазмолитиками, литолизисными препаратами, а также промывания ЧЛС и мочевых путей антисептиками

(капельное или струйное). Также позволяют вести объективный контроль за динамикой местного лечения по наличию патологических примесей отделяемого из дренажей (количество и качество мочи, лейкоцитурия, эритроцитурия, протеинурия, соли и др.). Учитывая, что дренажи выполняют важную роль в лечении удвоенных мочеточников, нами разработано устройство для отведения мочи при неполном и полном удвоении мочеточников.

Предложенные устройства для дренирования неполных и полных удвоенных мочеточников представлены схематическими рисунками. Сущность устройства для дренирования мочеточников при неполном удвоении заключается в том, что при формировании латеро-латеральных или термино-латеральных анастомозов через вновь созданный анастомоз вставляется полиэтиленовый катетер, рассеченный на две половины, при этом образуются желобоватые половины, напоминающие «рогатку», выполняющую функцию дренажа – оттока мочи от удвоенных лоханок через анастомоз. Таким образом предотвращается опасность сужения вновь образованного соустья. Устройство представлено схематическими фигурами в разобранном и собранном виде (рис. 3).

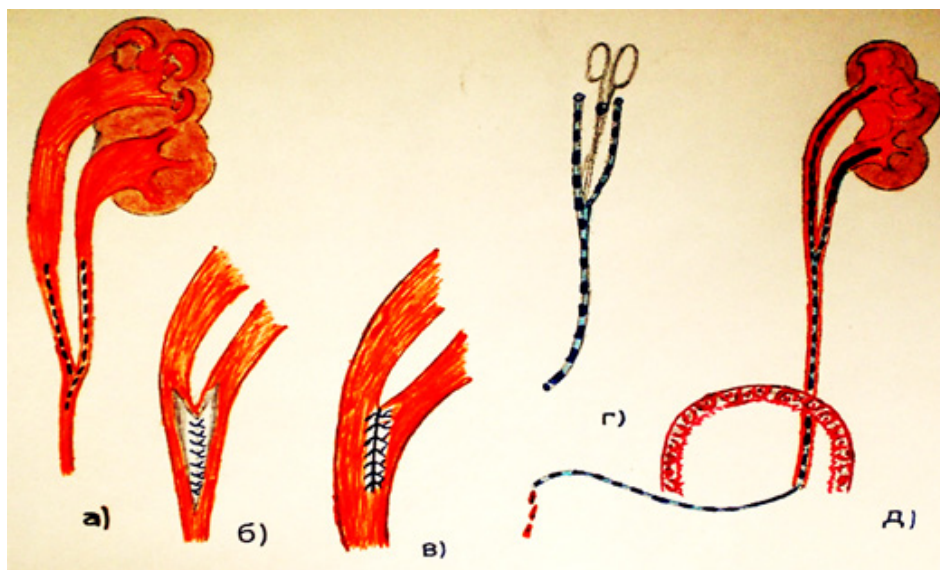


Рис. 3. а) Штрихами обозначена линия разреза на мочеточниках;
б) Наложение швов на задней стенке мочеточников;
в) Наложение швов на передней стенке мочеточников;
г) Подготовка полиэтиленовой трубки для дренирования мочеточников;
д) Вид после операции

При полном удвоении мочеточников в сочетании с другими пороками (сегментарная дисплазия мочеточника, уретероцеле одного из мочеточника), нарушающими выделительную функцию почек, возникает вопрос о патогенетически обоснованной корригирующей операции. В подобных ситуациях нередко проводят напрос-

ную органосохраняющую операцию – «геминефроуретероэктомия».

Даже отсутствие функции почки на серийных урограммах не является показанием к нефроэктомии без результата УЗИ и доплерографии. Грамотная интерпретация структурных изменений паренхимы и ЧЛС по данным УЗИ дополняет

информацию урограммами по эктазии ЧЛС и толщине паренхимы. Одновременно сопоставляют результаты доплерографии, по которым определяются степень и скорость кровообращения почек. Сопоставляя эти три метода исследования, можно выбрать тактику хирургического лечения.

При дисплазии пузырного сегмента мочеточника или уретероцеле нами применяется резекция зоны дисплазии или резекция уретероцеле с последующим отдельным дренированием. Способ

применен у 15 (20,8%) больных, из них у 6 (8,3%) – полное удвоение с уретероцеле в одном из мочеточников.

Учитывая резервные возможности почек и мочеточников у детей грудного возраста, после устранения препятствия и реконструктивно-восстановительных операций применяется отдельное дренирование лоханок и мочеточников по принятому нами методу. Метод представлен схематическими рисунками (рис. 4 а, б).



Рис. 4. Раздельное дренирование при полном удвоении с уретероцеле (а, б). а) до операции б) после операции

Анализ результатов послеоперационного периода 72 больных выявил допущенные ошибки при установлении дренажей во время операции у 10 (13,8%) пациентов. Из них у 2-х детей был недостаточно надежно фиксирован дренаж; у 1-го отмечался перегиб дренажа; у 4-х преждевременное выпадение дренажа; у 3-х закупорка дренажа сгустками крови и фибрином.

Перечисленные недочеты сопровождались осложнениями: мочевые затеки у 5 (6,9%), нагноение операционной раны у 2 (2,2%) и мочевые свищи у 3 (4,1%). Перечисленные осложнения ликвидированы консервативным путем: санация, иммунокоррекция, уросептикотерапия и применение физиотерапевтических факторов.

Заключение

Целенаправленная деривация мочи во время операции и наблюдение за состоянием дренажей в послеоперационном периоде дают возможность объективно оценить потерю функции почки и выбрать наиболее оправданную, патогенетически обоснованную комплексную терапию. Оптимизированные и разработанные методы дают возможность прогнозировать и реабилитировать детей с аномалиями развития мочеточников.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (п. 6 см. в REFERENCES)

1. Коган М.И., Шкодкин С.В., Идашкин Ю.Б., Любушкин А.В., Мирошчиненко О.В. Оценка эффективности различных способов дренирования почек // Медицинский вестник Башкортостана. 2013. Т. 8, №2. С. 82–85.
2. Коган М.И., Шкодкин С.В., Идашкин Ю.Б., Любушкин А.В., Мирошчиненко О.В. Качество жизни пациентов с внутренними мочеточниковыми стентами // Медицинский вестник Башкортостана. 2013. Т. 8, №2. С. 98-99.
3. Павлов А.Ю., Салихар Ш.И., Поляков Н.В., Маслов С.А. Выбор метода временного дренирования верхних мочевыводящих путей при реконструктивно-пластических операциях на пузырно-мочеточниковом сегменте у детей // Урология. 2008. №6. С.66–77.
4. Пугачев А.Г. Детская урология. Руководство для врачей. М.: ГЭОТАР–Медиа, 2009. 377с.
5. Сафедов Ф.Х. Оптимизация способов деривации мочи при аномалиях развития мочевыделительной системы у детей // Вестник Авиценны. 2010. №4. С. 52-56.

REFERENCES

1. Kogan M. I., Shkodkin S. V., Idashkin Yu. B., Lyubushkin A. V., Miroshchinenko O. V. Otsenka effektivnosti razlichnykh sposobov drenirovaniya pochek [Evaluation of the effectiveness of different methods of drainage of the kidney]. *Meditinskiiy vestnik Bashkortostana - Medical Bulletin Of Bashkortostan*, 2013, Vol. 8, No. 2, pp. 82–85.
2. Kogan M. I., Shkodkin S. V., Idashkin Yu. B., Lyubushkin A. V., Miroshchinenko O. V. Kachestvo zhizni patients v vnutrennimi

mochetochnikovymi stentami [quality of life of patients with internal ureteral stents]. *Meditsinskiy vestnik Bashkortostana - Medical Bulletin Of Bashkortostan*, 2013, Vol. 8, No. 2, pp. 98-99.

3. Pavlov A. Yu., Salikhar Sh. I., Polyakov N. V., Maslov S. A. Vybora metoda vremennogo drenirovaniya verkhnikh mochevyvodyashchikh putey pri rekonstruktivno-plasticheskikh operatsiyakh na puzyrno-mochetochnikovom segmente u detey [Select the method of temporary drainage of the upper urinary tract during reconstructive-plastic operations on vesico-ureteral segment in children]. *Urologiya - Urology*, 2008, No. 6, pp. 66–77.

4. Pugachev A. G. *Detskaya urologiya. Rukovodstvo dlya vrachev* [Children's urology. A guide for physicians]. Moscow, GEOTAR–Media Publ., 2009. 377 p.

5. Safedov F. Kh. Optimizatsiya sposobov derivatsii mochi pri anomal'yakh razvitiya mochevydelitel'noy sistemy u detey [Optimization methods derivation of urine for congenital anomalies of the urinary system in children]. *Vestnik Avitsenny - Herald Of Avicenna*, 2010, No. 4, pp. 52-56.

6. Stehr M. et al. Management of primary obstructed megaureter (POM) and indication for operative. *Journal of Pediatric Surgery*, 2002, Vol. 12, No 1, pp. 203.

Сведения об авторах:

Шаханов Нурулло Сайалиевич – аспирант кафедры детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Азизов Азам Азизович – профессор кафедры детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино, д.м.н.

Бакиева Гулбахор Тамановна – ассистент кафедры детской хирургии анестезиологии и реаниматологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н.

Контактная информация:

Шаханов Нурулло Сайалиевич – Таджикистан, г. Душанбе, пр. И. Сомони, 59; тел.: +992985603230

ОБЗОРЫ

© Коллектив авторов, 2017

УДК 616.28-009-053.31

Адылова Ф.Х., Холматов Д.И., Алиев Н.В.

ФАКТОРЫ РИСКА, ОБЪЕКТИВНАЯ ДИАГНОСТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ СЛУХА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

Кафедра оториноларингологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Adilova F.Kh., Kholmatov D.I., Aliev N.V.

RISK FACTORS, OBJECTIVE DIAGNOSTICS AND REHABILITATION OF HEARING IN CHILDREN WITH CONGENITAL HEAR LOSS

Department of Otorhinolaryngology of the Tajik Medical State University named after Abuali-ibn-Sino

Аннотация

Цель статьи направлена на анализ данных литературы, посвящённых вопросам ранней диагностики и реабилитации детей с врождённой тугоухостью.

Показана важность ранней диагностики нарушения слуха у детей при помощи объективных аудиологических методов (отоакустическая эмиссия, импедансометрия, коротколатентные слуховые вызванные потенциалы мозга). Раннее выявление нарушений слуха с последующей реабилитацией являются определяющими факторами для дальнейшего речевого и психо-эмоционального развития ребенка. Сохраняется большая возможность использовать остаточный слух путём слухопротезирования и оперативным лечением (кохлеарной имплантацией), что значительно эффективнее в первый год жизни.

Необходимость публикации данной статьи в Таджикистане вызвана тем, что оказание лечебно-профилактической помощи детям с врождённой тугоухостью находится все ещё на низком уровне.

Ключевые слова: факторы риска, объективные методы исследования слуха, реабилитация, врождённая тугоухость

The aim of the article is to analyze literature data on the issues of early diagnosis and rehabilitation of children with congenital hearing loss.

The article shows the importance of early diagnosis of hearing loss in children using objective audiological methods (otoacoustic emissions, impedansometry, auditory brainstem response). Early detection of hearing loss with subsequent rehabilitation is a determining factor for the future of the speech and psycho-emotional development of the child. There remains a great opportunity to use residual hearing through hearing aids and surgical treatment (cochlear implantation), which is much more effective in the first year of life.

The need for publication of the article in Tajikistan is caused by the fact that there is still lack of provision for medical and preventive care of children with congenital hearing loss.

Key words: risk factors, objective methods of hearing research, rehabilitation, congenital deafness

Слух – одно из важнейших человеческих чувств, и его потерю нельзя недооценивать [24]. Он требуется не только для понимания речи окружающих, но и для умения говорить самому. По образному выражению Э. Канта: «Слепота отделяет нас от

вещей, глухота – от людей...». Глухие от рождения дети не могут говорить, так как лишены слуховых стимулов, поэтому глухота, возникающая до становления речи (прелингвальная), относится к особенно серьезным проблемам [29, 32]

Развитие и формирование органа слуха человека начинается с первых недель внутриутробного развития и продолжается в течение всего периода беременности. Неблагоприятные факторы, воздействующие в этот момент на организм матери и ее будущего ребенка, могут привести к поражению слухового анализатора. Общеизвестно, что ни на одной стадии такая уязвимость не является более значительной, а ее многолетние последствия столь глубокими, как во время беременности, родов и непосредственно в послеродовой период. Отдельные критические дни и даже минуты этого периода зачастую определяют индивидуальное качество жизни. Воздействие неблагоприятных факторов на организм ребенка приводит к нарушению кровоснабжения и кислородного обеспечения метаболизма в органах и тканях, в том числе и внутреннего уха, что приводит к развитию гипоксии и, в конечном итоге, гибели слуховых рецепторов, а также к поражению центральной нервной системы [6, 35].

Тугоухость представляет собой одну из наиболее актуальных проблем оториноларингологии как в медицинском, так и в социальном отношении и постоянно находится в центре внимания ведущих отечественных и зарубежных исследователей. Это обусловлено ростом её частоты встречаемости и необходимостью разработки и внедрения в практику передовых технологий в области диагностики, лечения и реабилитации больных с тугоухостью и глухотой [1]. Врожденная тугоухость имеет особую актуальность в силу того, что впоследствии она является причиной нарушений психического и речевого развития ребенка [9].

В 2013 году, по данным Всемирной Организации здравоохранения, более 5% населения мира (360 млн. человек - 328 млн. взрослых людей и 32 млн. детей) страдают от инвалидизирующей потери слуха. Согласно прогнозу этой организации, к 2020 г. у 30% всего человечества будут нарушения слуха [21].

Американская Академия педиатрии рекомендует считать оптимальным в отношении прогноза речевого и психоэмоционального развития возраст постановки окончательного диагноза и начала реабилитационных мероприятий до 3-6 месяцев жизни [4, 15].

По среднестатистическим данным, на 1000 новорожденных один ребенок рождается с тотальной глухотой. Первые годы жизни ребенка во многих аспектах являются критическими для развития речи, познавательных и социально-эмоциональных навыков, что обуславливает первостепенную значимость раннего выявления нарушений слуха. Позднее выявление нарушений слуха у детей первого года жизни ведет к развитию глухонемоты и, как следствие, их ин-

валидации. Увеличение числа детей, имеющих снижение слуха, вызывает необходимость поиска новых средств и методов решения проблемы тугоухости [1].

По данным Второй международной конференции по скринингу новорожденных, диагностике и раннему вмешательству, частота нарушений слуха наблюдается у 3 из 1000 новорожденных, что в два раза больше, чем частота патологии несращения губы (неба), в два раза больше, чем частота синдрома Дауна и в десять раз больше, чем частота фенилкетонурии у новорожденных [13, 26].

По данным Холматова И.Б. и соавт. (2003, 2012), в Таджикистане около 1-2 % детей (от 1 до 5 лет) страдают различными формами врожденной и приобретенной тугоухости [21]. В настоящее время нет единого подхода к учету лиц с нарушениями слуха, вследствие чего имеется разброс данных о количестве лиц с данной патологией. Это во многом определяется трудностями при исследовании слуха у детей, неточностью ретроспективных оценок, отсутствием стандартов при определении различных форм тугоухости, флюктуирующей природой некоторых форм слуховых нарушений [8, 12].

На сегодняшний день признанным является тот факт, что глухой ребенок при получении адекватной коррекции в возрасте до шести месяцев, не будет отличаться по психо-физическому и речевому развитию от развития сверстников с нормальной слуховой функцией [32]. Важнейшим критерием эффективной слухоречевой реабилитации пациентов с врожденным снижением слуха является ранняя диагностика тугоухости [23].

Так как при проведении субъективных методов исследования невозможно оценить функциональное состояние рецепторного аппарата внутреннего уха и определить достоверную ототопику тугоухости звуковоспринимающему отделу, появляется необходимость прибегать к более совершенным методам исследования звуковосприятия. В этом плане всё большую значимость приобретают комплексные объективные методы исследования слуха [15].

Эффективность реабилитации больных с тугоухостью, особенно детей, определяется обеспечением раннего выявления данного дефекта. При проведении аудиологического скрининга у детей от 1-го года жизни до 7-8-летнего возраста авторы рекомендуют регистрацию отоакустической эмиссии или слуховых вызванных потенциалов [19, 36]. Объективная методика исследования слуха у детей раннего возраста при помощи вызванной отоакустической эмиссии является надежным, информативным и чувствительным методом, может применяться с первых дней жизни ребёнка в качестве скрининг-диагностики [5].

Использование объективных аудиологических методов позволяет своевременно и точно установить нарушения слуха у детей раннего возраста и своевременно провести необходимые реабилитационные мероприятия [15, 29, 33].

В настоящее время проведение полного своевременного аудиологического обследования новорожденных и детей первого года жизни направлено на выявление сенсоневральной тугоухости – нарушения функции звуковосприятия, связанного с патологией слухового анализатора (в основном волосковых клеток улитки). При наличии у пациента кондуктивной тугоухости исследование слуха устанавливается после выполнения тимпанометрии – метода, дающего представление о давлении в полости среднего уха, без определения порогов звуковосприятия [15, 30].

В ante-, peri- и постнатальном периодах жизни ребенка возникают острые гипоксические состояния, влияющие на кровообращение внутреннего уха. Характер и степень поражения слуха напрямую зависят от тяжести поражения центральной нервной системы (ЦНС) [4].

Самой сложной и малоизвестной среди наследственных патологий остается проблема наследственных заболеваний, которые возникают в результате родственных брачных союзов. В возникновении наследственных заболеваний большое значение придается родственным бракам, т.е. таким брачным союзам, когда у супругов имеется один или больше общих предков. Давно замечено, что дети супругов-родственников страдают наследственными заболеваниями чаще, чем дети от неродственных супружеских пар. Причем неблагоприятные последствия тем более выраженные, чем ближе степень родства родителей [14, 22].

Снижение слуха может быть обусловлено применением лекарственных препаратов, обладающих ототоксическим действием (антибиотики аминогликозидной группы, петлевые диуретики, противоопухолевые препараты); плохой экологической обстановкой; перенесенными инфекционными заболеваниями (корь, краснуха, скарлатина, менингит); различными сосудистыми заболеваниями, приводящими к нарушению микроциркуляции во внутреннем ухе; осложнениями беременности и родов (гестозы, гипербилирубинемия, асфиксия, родовые травмы, недоношенность); наследственными факторами [6, 10, 17, 25, 28, 34].

Роль осложнений в перинатальном периоде (недоношенность, гипербилирубинемия, инфекции, отек мозга, асфиксия новорожденного, нарушения мозгового кровообращения, малая масса тела для гестационного возраста и др.) в развитии ранней сенсоневральной тугоухости изучается уже в течение многих десятилетий, что

позволило выделить группу детей, угрожаемых по тугоухости [19].

Только ранняя диагностика нарушения слуха позволяет проводить своевременную реабилитацию, обеспечить полноценное развитие и социальную адаптацию детей с нарушением слуха в речевой среде. Методикой своевременного определения степени тугоухости является так называемый аудиологический скрининг новорожденных, который позволяет выявить детей с врожденными нарушениями слуха [23].

Основными критериями эффективности аудиологического скрининга, по мнению С.В. Левина [12], являются высокая чувствительность, специфичность, простота выполнения исследования, минимальная затратность в отношении времени проведения исследования. Тем не менее, регистрация отоакустической эмиссии (ОАЭ) зависит от состояния среднего уха и наружного слухового прохода. Отрицательное давление в барабанной полости, послеродовые массы в наружном слуховом проходе и др. могут приводить к ложноположительным результатам аудиологического скрининга. Стабильное отсутствие регистрации ЗВОАЭ в первые 3 месяца жизни является показанием к проведению подробного аудиологического обследования и, прежде всего, регистрации коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП) [19, 20].

КСВП является отражением проведения нервного импульса, генерированного во внутреннем ухе в ответ на акустическую стимуляцию, по нервным волокнам слухового нерва и ствола мозга, то и состояние этих структур влияет на регистрацию компонентов КСВП. Поэтому возникающие в ante- и интранатальном периоде осложнения, ведущие к обратимому или необратимому поражению нервной ткани, в том числе и слуховой системы, могут отражаться в изменениях при регистрации КСВП [16, 29, 35]. Для оценки состояния динамических изменений слуховой функции у детей первого года жизни с перинатальным поражением ЦНС были использованы результаты регистрации КСВП, что позволило объективно показать улучшение проведения в центральных отделах слуховой системы у большинства детей, подверженные повреждению слуха при перинатальных осложнениях [26, 32].

Раннее выявление тугоухости у новорожденных создает предпосылки для ранней коррекции нарушений слуха (слухопротезирование, кохлеарная имплантация) и делает возможным развитие речевых навыков ребенка и, в дальнейшем, интеграцию в среду слышащих [3, 17, 18]. В ряде случаев единственной возможностью компенсировать снижение слуховой функции является слухопротезирование [10, 24, 27, 31]. Постоянное совершенствование технологий слухопротезиро-

вания позволяет представить пациенту возможность подбора современных слуховых аппаратов (СА) – систем с обширными возможностями. Несмотря на это, в процессе коррекционной работы необходимо учитывать возраст, индивидуальные особенности пациента [7, 24]. При значительных потерях слуха развитие речи возможно только у части детей, и необходимым условием для этого является раннее слухопротезирование и многолетние занятия с сурдопедагогом.

Одним из новых и вдохновляющих достижений в отоларингологии является создание имплантируемых слуховых устройств [2, 10, 24].

На современном этапе кохлеарная имплантация является одним из наиболее эффективных методов комплексной реабилитации глухих детей и детей с выраженной степенью тугоухости. Оказание специализированной медицинской помощи – раннее проведение кохлеарной имплантации – позволяет сократить расходы государства на образование и социальную поддержку детей с врожденной глухотой и тугоухостью [11, 28, 31, 34]. Несмотря на то, что кохлеарный имплантат обеспечивает физический слух детям, у них не возникает слуховых представлений и способности различать окружающие неречевые и речевые звуки. Поэтому детям после проведения операции, подключения и настройки речевого процессора необходима специальная педагогическая помощь, направленная на развитие слухового восприятия и речи [11].

В связи с ростом частоты тугоухости среди населения все большую актуальность приобретает необходимость повышения специальной реабилитации лиц с нарушением слуха, прежде всего поражением звуковоспринимающего аппарата. Систематическое изучение эпидемиологии тугоухости позволит осуществлять раннюю диагностику нарушений слуха. Ранняя диагностика нарушений слуха и вовремя оказанная помощь могли бы предупредить развитие тугоухости у подавляющего большинства детей и обеспечить им возможность получить полноценное академическое образование [23].

Создавшееся положение определяет актуальность исследования детей с нарушением слуха, что являются основой для проведения наиболее рациональных профилактических и реабилитационных мероприятий [17, 36].

Таким образом, анализ литературных данных показывает, что врожденные нарушения слуха являются широко распространенной патологией, приводящей к нарушению развития речи, познавательных и социально-эмоциональных навыков. Это обуславливает первостепенную значимость раннего выявления нарушений слуха при помощи комплекса объективных аудиологических методов исследований. Также при раннем выявлении

тех или иных врожденных слуховых нарушений открываются широкие перспективы для своевременной реабилитации слуха и речи у детей с данной патологией.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 25-36 см. в REFERENCES)

1. Артюшкин С.А., Корнеев А.А., Ковалев М.В., Вержбицкий Г.В. Социальные и экономические аспекты своевременного выявления сенсоневральной тугоухости. // Российская оториноларингология. 2015. № 5 (78). С.16-19.
2. Асташенко С.В., Сугарова С.Б., Левин С.В. Имплантируемый слуховой аппарат костной проводимости в реабилитации пациентов с тугоухостью высокой степени. // Рос.оторинолар. 2014. № 2. С. 6–10.
3. Бобошко М.Ю., Мальцева Н.В., Бердникова И.П., Абу-Джамеа А.Х. Коротков Ю.В. Эффективность слухопротезирования при использовании разных формул настройки слухового аппарата. // Российская оториноларингология. 2014. № 3 (70). С. 137-144.
4. Болезни уха, горла и носа в детском возрасте: нац. Руководство/ под ред. М.Р. Богомилского, В.Р. Чистяковой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 736 с.
5. Дайхес Н.А., Яблонский С.В., Пашков А.В., Наумова И.В. Универсальный аудиологический скрининг новорожденных и детей первого года: метод. рекомендации. Москва, 2009. 28 с.
6. Забирова А. Р. Этиология и патогенез сенсоневральной тугоухости. // Рос.оторинолар. 2012. № 2. С. 162– 168.
7. Карпенко Л.Н., Вахрушев С.Г., Торопова Л.А. БАХА – способ коррекции слуха у пациентов, страдающих хроническим средним отитом // Рос.оторинолар. 2012. № 3. С. 46–50.
8. Кириллов Е.С., Коркмазов М.Ю. Этиологические аспекты детской тугоухости в челябинской области. // Российская оториноларингология. 2011. № 6(55). С. 60-63.
9. Королева И.В. Диагностика и коррекция нарушений слуховой функции у детей раннего возраста. СПб.: КАРО, 2005. 288 с.
10. Королева И.В. Введение в аудиологию и слухопротезирование. СПб.: Каро, 2012. 400 с.
11. Коршун А.В., Коркмазов М.Ю. Анализ зависимости эффективности кохлеарной имплантации от наличия предоперационного слухового опыта. // Российская оториноларингология. 2011. № 6(55). С. 77-80.
12. Мадисон А.Э., Староха А.В., Хандажапова Ю.А., Кузьмина А.Б., Литвак М.М. Этапная регистрация отоакустической эмиссии при универсальном аудиологическом скрининге новорожденных. // Российская оториноларингология. 2011. №4 (53). С. 118-123.
13. Махачева Х.Г., Асхабова Л.М. Результаты проведения комплексного аудиологического и генетического скрининга новорожденных в Республике Дагестан. // Российская оториноларингология. 2013. № 6 (67). С. 96-98.

14. Очилзода А.А. Родственный брак как фактор врожденной глухоты тугоухости у детей. // Российская оториноларингология. 2015. № 6. С. 90-95.

15. Пашков А.В., Савельева Е.Е., Полунина Т.А., Наумова И.В., Самкова А.С. Объективные методы диагностики нарушения слуха у детей первых лет жизни. // Педиатрическая фармакология. 2014. Т.11, №2. С. 82-85.

16. Пашков А.В., Самкова А.С., Кузнецов А.О., Наумова И.В., Салмияров А.В. Исследование костного звукопроводения у детей с нормальным слухом с использованием методики регистрации коротколатентных слуховых вызванных потенциалов мозга. // Российская оториноларингология. 2015. № 5(78). С.59-62.

17. Пашков А.В., Ганковский В.А., Наумова И.В., Кузнецов А.О., Полунина Т.А. Выявление нарушений слуха у новорожденных и детей первого года жизни с перинатальной патологией. // Российская оториноларингология. 2015. № 6 (79). С 58-61.

18. Приходько Е.А. Особенности подхода к коррекции в слухопротезировании больных с сенсоневральной тугоухостью. // Российская оториноларингология. 2011. № 5 (54). С.125-128.

19. Таварткиладзе Г.А., Ясинская А.А. Врожденные и перинатальные нарушения слуха у новорожденных и методы их выявления. Неонатология: нац. руководство/ под ред. Н.Н. Володина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 739 с.

20. Таварткиладзе Г.А., Поляков А.В., Маркова Т.Г., Лалаянц М.Р., Близначев Е.А. Генетический скрининг нарушений слуха у новорожденных, сочетанный с аудиологическим скринингом // Вестник оториноларингологии. 2010. № 3. С. 39-43.

21. Холматов Д.И., Махамадиев А.А. Этиопатогенез и лечение хронического гнойного среднего отита и сенсоневральной тугоухости // Вестник Авиценны. Душанбе. 2013. С.104-110.

22. Холматов И.Б., Очилзода А.А. Тугоухость на почве родственного брака родителей как фактор наследственной болезни // Вестн. Киргизской государственной медицинской академии. 2014. № 3 (I). С. 25-28.

23. Хушвакова Н.Ж., Хамракулова Н.О. Результаты исследования слуха и ген-диагностики среди тугоухих детей специализированных интернатов г. Самарканда. // Российская оториноларингология. 2011. № 6 (55). С. 181- 183.

24. Щербачева Я.Л., Янов Ю.К., Кузовков В.Е., Мегрелишвили С.М. Нарушения слуха и методы их коррекции. // Российская оториноларингология. 2014. № 6 (73). С. 104-110.

REFERENCES

1. Artyushkin S. A., Korneenkov A. A., Kovalev M. V., Verzhbitskiy G. V. Sotsialnye i ekonomicheskie aspekty svoevremennogo vyyavleniya sensonevralnoy tugoukhosti [Social and economic aspects of timely detection of sensorineural hearing loss]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya - Russian Otorhinolaryngology*, 2015, No. 5 (78), pp. 16-19.

2. Astashchenko S. V., Sugarova S. B., Levin S. V. Implantiruemyy slukhovoy apparat kostnoy provodimosti v reabilitatsii patsientov s tugoukhostyu vysokoy stepeni [Implantable bone conduction

hearing aid in the rehabilitation of patients with high hearing loss]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya - Russian Otorhinolaryngology*, 2014, No. 2, pp. 6-10.

3. Boboshko M. Yu., Maltseva N. V., Berdnikova I. P., Abu-Dzhamaea A. Kh. Korotkov Yu. V. Effektivnost slukhoprotezirovaniya pri ispolzovanii raznykh formul nastroyki slukhovogo apparata [Effectiveness of hearing aids by using different formulas setting the hearing aid]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya - Russian Otorhinolaryngology*, 2014, No. 3 (70), pp. 137-144.

4. *Bolezni ukha, gorla i nosa v detskom vozraste: nats. Rukovodstvo. Pod red. M. R. Bogomil'skogo, V. R. Chistyakovoy* [Diseases of the ear, throat and nose in childhood: national guide. Ed. By M. R. Bogomil'skiy, V. R. Chistyakova]. Moscow, GEOTAR-Media, 2008. 736 p.

5. Daykhes N. A., Yablonskiy S. V., Pashkov A. V., Naumova I. V. *Universalnyy audiologicheskiy skрининг novorozhdennykh i detey pervogo goda: metod. rekomendatsii* [Universal audiological screening of newborns and children of the first year: methodical recommendations]. Moscow, 2009. 28 p.

6. Zabirowa A. R. Etiologiya i patogenez sensonevralnoy tugoukhosti [Etiology and pathogenesis of sensorineural hearing loss]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya - Russian Otorhinolaryngology*, 2012, No. 2, pp. 162- 168.

7. Karpenko L. N., Vakhrushev S. G., Toropova L. A. BAKhA – sposob korrektsii slukha u patsientov, stradayushchikh khronicheskim srednim otitom [Bakha - a method of correction of hearing of patients suffering from chronic otitis media]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya - Russian Otorhinolaryngology*, 2012, No. 3, pp. 46-50.

8. Kirillov E. S., Korkmazov M. Yu. Etiologicheskie aspekty detskoй tugoukhosti v chelyabinskoy oblasti [Etiological aspects of child's hearing loss in the chelyabinsk region]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya - Russian Otorhinolaryngology*, 2011, No. 6 (55), pp. 60-63.

9. Koroleva I. V. *Diagnostika i korrektsiya narusheniy slukhovoy funktsii u detey rannego vozrasta* [Diagnosis and correction of auditory function disorders in young children]. St. Petersburg, KARO Publ., 2005. 288 p.

10. Koroleva I. V. *Vvedenie v audiologiyu i slukhoprotezirovanie* [Introduction to audiology and hearing aids]. St. Petersburg, KARO Publ., 2012. 400 p.

11. Korshun A. V., Korkmazov M. Yu. Analiz zavisimosti effektivnosti kokhlearnoy implantatsii ot nalichiya predoperatsionnogo slukhovogo opyta [Analysis of the dependence of the effectiveness of cochlear implantation on the presence of preoperative auditory experience]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya - Russian Otorhinolaryngology*, 2011, № 6 (55), pp. 77-80.

12. Madison A. E., Starokha A. V., Khandazhapova Yu. A., Kuzmina A. B., Litvak M. M. Etapnata registratsiya otoakusticheskoy emissii pri universalnom audiologicheskom skрининге novorozhdennykh [Stepnata registration of otoacoustic emission with universal audiological screening of newborns]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya - Russian Otorhinolaryngology*, 2011, No. 4 (53), pp. 118-123.

13. Mahacheva Kh. G., Ashabova L. M. Rezultaty provedeniya kompleksnogo audiologicheskogo i geneticheskogo skрининга novorozhdennykh v Respublike Dagestan [Results of comprehensive audiological and genetic screening of newborns in the Republic of Dagestan]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya - Russian Otorhinolaryngology*, 2013, No. 6 (67), pp. 96-98.

14. Ochilzoda A. A. Rodstvennyy brak kak faktor vrozhdennoy glukhoty tugoukhosti u detey [Related marriage as a factor of congenital deafness of hearing loss in children]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya - Russian Otorhinolaryngology*, 2015, No. 6, pp. 90-95.
15. Pashkov A. V., Saveleva E. E., Polunina T. A., Naumova I. V., Samkova A. S. Obektivnye metody diagnostiki narusheniya slukha u detey pervykh let zhizni [Objective methods of diagnosing hearing impairment in children of the first years of life]. *Pediatricheskaya farmakologiya - Pediatric Pharmacology*, 2014, Vol. 11, No. 2, pp. 82–85.
16. Pashkov A. V., Samkova A. S., Kuznetsov A. O., Naumova I. V., Salmiyarov A. V. Issledovanie kostnogo zvukopovedeniya u detey s normalnym slukhom s ispolzovaniem metodiki registratsii korotkolatentnykh slukhovyykh vyzvannykh potentsialov mozga [Investigation of bone conduction in children with normal hearing children with normal hearing using the technique of registration of short-latent auditory evoked potentials of the brain]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya - Russian Otorhinolaryngology*, 2015, No. 5(78), pp. 59-62.
17. Pashkov A. V., Gankovskiy V. A., Naumova I. V., Kuznetsov A. O., Polunina T. A. Vyyavlenie narusheniy slukha u novorozhdennykh i detey pervogo goda zhizni s perinatalnoy patologiyey [Influence of hearing impairment in newborns and children of the first year of life with perinatal pathology]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya - Russian Otorhinolaryngology*, 2015, No. 6 (79), pp. 58-61.
18. Prikhodko E. A. Osobennosti podkhoda k korrektsii v slukhoprotezirovaniy bolnykh s sensevralnoy tugoukhostyu [Features of the approach to correction in hearing care with patients with sensorineural hearing loss]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya - Russian Otorhinolaryngology*, 2011, No. 5 (54), pp.125-128.
19. Tavartkiladze G. A., Yasinskaya A. A. *Vrozhdennye i perinatalnye narusheniya slukha u novorozhdennykh i metody ikh vyyavleniya. Neonatologiya: natsionalnoe rukovodstvo. Pod red. N. N. Volodina* [Congenital and perinatal hearing disorders in newborns and methods for their detection. Neonatology: national guide. Ed. by N. N. Volodin]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2007. 739 p.
20. Tavartkiladze G. A., Polyakov A. V., Markova T. G., Lalayants M. R., Bliznets E. A. Geneticheskiy skrining narusheniy slukha u novorozhdennykh, sochetanny s audiologicheskim skriningom [Genetic screening of hearing disorders in newborns, combined with audiologic screening]. *Vestnik otorinolaringologii - Herald of otorhinolaryngology*, 2010, No. 3, pp. 39–43.
21. Kholmatov D. I., Makhmadiev A. A. Etiopatogenez i lechenie khronicheskogo gnoynogo srednego otita i sensevralnoy tugoukhosti [Etiopathogenesis and treatment of chronic suppurative otitis media and sensorineural hearing loss]. *Vestnik Avitsenny - Herald of Avicenna*, 2013, pp. 104-110.
22. Kholmatov I. B., Ochilzoda A. A. Tugoukhost na pochve rodstvennogo braka roditel'ey kak faktor nasledstvennoy bolezni [Hearing loss due to parent-related parents as a factor of hereditary disease]. *Vestnik Kirgizskoy gosudarstvennoy meditsinskoy akademii - Herald of the Kyrgyz State Medical Academy*, 2014, No. 3 (I), pp. 25–28.
23. Khushvakova N. Zh., Khamrakulova N. O. Rezultaty issledovaniya slukha i gen-diagnosticski sredi tugoukhikh detey spetsializirovannykh internatov g. Samarkanda [Results of hearing and gene-diagnostics studies among the deaf children of specialized boarding schools in the city of Samarkand]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya - Russian Otorhinolaryngology*, 2011, No. 6 (55), pp. 181- 183.
24. Shcherbakova Ya. L., Yanov Yu. K., Kuzovkov V. E., Megrelishvili S. M. Narusheniya slukha i metody ikh korrektsii [Hearing impairment and methods of their correction]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya - Russian Otorhinolaryngology*, 2014, No. 6 (73), pp. 104-110.
25. Brockel M. A., Fehr J. J. Mucopolysaccharidoses /In: Fleisher L.A., Roize M. F. Essence of Anesthesia Practice, W. B. Saunders Company, 2011, No. 3, pp. 250–251.
26. Cole E. B, Flexer C. Children with hearing loss. Developing listening and talking, birth to six. Plural Publishing, Inc., 2015, No. 2, 365 p.
27. Dillon H. Hearing aids. NY.: Thieme, 2012, No. 2, 631 p.
28. Eisenberg L.S. Clinical Management of Children with Cochlear Implants. Plural Publishing, Inc., 2009, No. 2, 890 p.
29. Gelfand S.A. Essentials of Audiology. NY.: Thieme, 2016, No. 4, 546 p.
30. Kang M. Y., Jeong S.W., Kim L. S. Changes in the Hearing-Thresholds of Infants Who Failed the Newborn Hearing Screening Test and in Infants Treated in the Neonatal Intensive Care Unit. Clin. Exp. Otorhinolaryngology, 2012, No. 5, pp.32–36.
31. Lustig L. R., Della Santina C. C. Implantable Hearing Aids. In: Cummings Otolaryngology: Head & Neck Surgery, 5th ed. – Philadelphia: Mosby Elsevier, 2010, Vol. 157, pp. 2203–2218.
32. Madell J. R., Flexer C. Pediatric Audiology. Diagnosis, Technology, and Management. 2013, No. 2, 424 p.
33. Newton V.E. Paediatric Audiological Medicine. Chichester. A John Wiley & Sons Inc. Publication, 2009, No. 2, 526 p.
34. Roukema B. Y., Van Loon M. C., Smits C., Goverts S.T., Merkus P., Hensen E. F. Cochlear implantation after bacterial meningitis in infants younger than 9 months. *International Journal of Otolaryngology*, 2011, Vol. 2011, pp. 1-9.
35. Stach B. A. Clinical audiology an introduction. Plural Publishing, Inc., 2010, No. 2, 788 p.
36. Sumitrajit D., Hall J. W. Otoacoustic emission. Principles procedures and protocols. Plural Publishing, Inc., 2011, No. 1, 256 p.

Сведения об авторах:

Адылова Фарзона Халимбековна – очный докторант кафедры оториноларингологии ТГМУ

Холматов Джамол Исроилович – профессор кафедры оториноларингологии ТГМУ, д.м.н.

Алиев Насим Валихонович – очный аспирант кафедры оториноларингологии ТГМУ

Контактная информация:

Адылова Фарзона Халимбековна – тел.: +992 934 04 03 13; e-mail: kurochka26@mail.ru

© Коллектив авторов, 2017

УДК 616.314-089;615.46.8

Джумаев Ш.М., Таиров У.Т.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ДЕФЕКТОВ И ДЕФОРМАЦИЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОСТЕОЗАМЕЩАЮЩИМИ МАТЕРИАЛАМИ

Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

Djumaev Sh.M., Tairov U.T.

RECOVERY SURGICAL TREATMENT OF VARIOUS TYPES OF DEFECTS AND DEFORMATIONS OF MANDIBLE BY OSTEOCLASTIC MATERIALS

Scientific and Clinical Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery

Аннотация

В статье представлены современные сведения о способах устранения костных дефектов и деформаций нижней челюсти различными способами хирургического лечения с применением остеозамещающих материалов. Рассмотрены основные направления исследований и приведен анализ работ по замещению дефектов костной ткани в челюстно-лицевой хирургии. Дана характеристика остеопластических материалов, подчеркнуты их положительные и отрицательные свойства в различных клинических ситуациях, принципы использования биоматериалов различных форм. Изложены основные положения, которыми должен руководствоваться врач при выборе способа замещения костного дефекта и деформации.

Ключевые слова: дефект, деформация, нижняя челюсть, реконструкция, аутогенные, аллогенные, ксеногенные и аллопластические трансплантаты, артропластика

This article considers the modern information on the ways of bone defect and deformation of the lower jaw elimination by different osteosubstitutional materials.

The main directions of research and carried analysis on replacement of bone tissue defects in maxillofacial surgery are reviewed. The characteristic of osteoplastic materials is given, and their positive and negative effects in different clinical situations, as well as principles of using various forms of biomaterials were underlined. The main provisions, which should guide the physician when selecting the method of replacement of bone defects and deformations are outlined.

Key words: defect, deformation, mandibular, reconstruction, autogenic, allogeneic, xenogeneic and alloplastic transplants, arthroplasty

Дефекты и деформации челюстно-лицевой области в настоящее время являются серьезной медико-социальной проблемой, встречаясь с частотой около 4,5%. Этиологическими факторами дефектов и деформаций челюстей являются эндогенные (наследственность, эндокринные нарушения, инфекционная патология, обменные нарушения, неправильное внутриутробное положение плода) и экзогенные (инфекции, остеомиелиты, эпюлиды, лейкозы, нома, онкологические заболевания, огнестрельные и неогнестрельные травмы, лучевое поражение) воздействия, а также различные оперативные вмешательства на нижней челюсти, выполненные по поводу указанных патологий [8, 9, 12, 13, 15].

В основе патогенеза развития деформаций челюстей лежат угнетение или частичное выключение зон роста челюсти, убыль костного вещества, в том числе и возрастная, нарушение функции жевания или открывания рта. Возникшая вследствие адентии атрофия костной ткани вызывает не только исчезновение альвеолярной части, но также частично базальных отделов нижней челюсти, создавая определённые трудности в хирургическом лечении и реабилитации таких пациентов.

Выраженная атрофия или деформация создают ряд серьёзных проблем для пациента: неудовлетворенность больного внешним видом

своего лица, нарушение той или иной функции зубо-челюстно-лицевого аппарата (жевание, речь, способность петь, играть на духовом музыкальном инструменте, широко улыбаться, смеяться); нарушение прикуса затрудняет процесс разжевывания пищи, вынуждает глотать ее торопливо, не обработав слюной; дискомфорт после еды, что объясняется принятием грубой, непережеванной пищи; отчужденность в семье и на работе принуждает больного к самоизоляции в отношении трудового коллектива, семьи, порождает психическую неуравновешенность, чувство ущербности. У больных отмечаются нарушения функций жевания, речи, дыхания, мимики. Эстетический недостаток может явиться причиной развития вторичной невротической реакции. Кроме того, у них возникают вторичные изменения зубо-челюстной системы (поражение зубов кариесом, гипоплазия эмали, патологическая стираемость, аномальное положение зубов, изменение тканей пародонта и нарушение функции жевательного аппарата). Все перечисленное обуславливает важность данной проблемы в социальном аспекте, а также служит причиной обращения этих пациентов за специализированной медицинской помощью.

Проблема восстановления и сохранения объема костной ткани при различных операциях на челюстях является весьма актуальной, несмотря на несомненный прогресс в реконструктивной хирургии. Лечение дефектов нижней челюсти представляет, как правило, сложную хирургическую задачу, решением которой уже свыше 100 лет занимаются выдающиеся хирурги и ортопеды различных стран. И хотя ортопедическое замещение дефектов нижней челюсти впервые применил Lagrey в 1838 г., изготовив серебряный протез для подбородочной области, до сих пор недостаточно четко сформированы хирургические позиции при коррекции названных дефектов. В тех случаях, когда хирургическое лечение откладывается или представляется невозможным, ортопеды используют различного рода протезы и шины, укрепляемые на зубах или деснах.

При планировании реконструктивных хирургических вмешательств, помимо восстановления нарушенных функций нижней челюсти [2, 3, 14], основной задачей челюстно-лицевого хирурга является правильное восстановление анатомической целостности лицевого черепа и контуров лица [1, 15, 19, 22, 37].

Из хирургических методов лечения наиболее распространенными в настоящее время, по мнению авторов, являются: костнопластическая реконструкция дефектов и деформаций различными видами трансплантатов и биоактивных остеопластических материалов; дистракционным остеосинтезом и эндопротезированием, в том числе с использованием внутрикостных имплантатов

[3, 14]. С целью замещения дефектов нижней челюсти используются различные материалы для увеличения объема костной ткани и протезирования: остеотомия, трансплантация аллокости, ауто трансплантаты, эндопротезы из титана, гидроксипатита, графита, а также пересадка свободных лоскутов с костным ауто трансплантатом с использованием микрохирургической техники [2, 3, 7, 8, 11, 12, 13].

Основному этапу дентальной трансплантации нередко предшествуют реконструктивные и костно-пластические операции с использованием костных и синтетических материалов для формирования достаточного объема костной ткани, высоты альвеолярного гребня. Достаточный объем кости в местах предполагаемой имплантации является одним из основных условий, определяющих эффективность отдаленных результатов лечения [2, 3, 14]. Повышение эффективности процессов репаративной регенерации костной ткани, ускорение сроков регенерации дефекта кости и оптимальный способ устранения дефектов и деформаций нижней челюсти являются залогом успешного оперативного вмешательства [1, 4, 12, 44].

Предложено множество способов оперативного вмешательства и большое количество трансплантационных материалов для замещения дефектов нижней челюсти. Они различаются по составу, форме и свойствам. Все они имеют как определённые преимущества, так и недостатки [7, 8, 11, 16, 22, 37].

Все материалы для имплантации бывают биогенной (аутогенные, аллогенные, ксеногенные) и небиогенной природы (синтетические, в том числе искусственно полученные из природных минералов, кораллов). Названные материалы биологически и физиологически совместимы с костными и мягкими тканями человека. Основные требования к выбору костного материала следующие: остеоиндуктивный потенциал, эффективность, доступность и легкость получения материала, возможность получения достаточного количества материала, безопасность, быстрая васкуляризация [18, 22, 23, 24, 28, 36].

По степени выраженности индуктивного потенциала костные материалы классифицируются на: остеоиндуктивные, остеокондуктивные, остеонейтральные и материалы для обеспечения направленной тканевой регенерации (НТР).

В зависимости от взаимоотношения между донором и реципиентом существуют следующие виды трансплантаций: *ауто трансплантация* – пересадка органа в пределах одного организма (донор и реципиент – одно и то же лицо); *изо трансплантация* – пересадку осуществляют между двумя генетически идентичными организмами (однойцовыми близнецами) (выполняется

редко, так как количество этих близнецов невелико и они часто страдают схожими хроническими заболеваниями); *аллотрансплантация* (гомотрансплантация) – пересадка между организмами одного и того же вида (от человека человеку), имеющими разный генотип. Это наиболее часто используемый вид трансплантации. Возможен забор органов у родственников реципиента, а также у других людей; *ксенотрансплантация* (*гетеротрансплантация*) – орган или ткань пересаживают от представителя одного вида другому, например, от животного человеку. Это относительно дешевый вид трансплантации, однако, очень часто наблюдается быстрая резорбция трансплантатов после пересадки. Метод крайне ограничен в применении вследствие культуральных, религиозных и пр. ограничений; *эксплантация* (протезирование) – пересадка неживого небологического субстрата. Чаще трактуется как имплантация – хирургическая операция вживления в ткани чуждых организму структур и материалов.

Эффективность аутоотрансплантации при пластике дефектов челюстей доказана многолетним использованием в клинической практике. Это наиболее эффективный трансплантируемый материал для костной реконструкции. Благодаря своим естественным биологическим свойствам, аутогенные трансплантаты приводят в действие все три механизма новообразования кости: остеокондуктивный, остеоиндуктивный остеогенез и остеогенное образование кости [12, 13, 14, 18]. К достоинствам аутогенного материала можно отнести полную биосовместимость, отсутствие иммуногенности, способность к быстрой реваскуляризации с формированием органотипичной костной ткани. Отсутствие риска ятрогенной передачи инфекции и небольшие материальные затраты, связанные с забором трансплантата, делают этот материал почти идеальным субстратом для костной реконструкции. Недаром аутогенную кость называют «золотым стандартом» в костной реконструктивной хирургии. Однако, при наличии обширных дефектов костной ткани данный способ несколько затруднителен, т.к. необходим значительный объем пересаживаемой ткани. При этом используют аутоотрансплантаты из подвздошной, теменной, большеберцовой костей, лопатки, ребра [5, 20, 25]. Операция сопровождается госпитализацией пациента на 8–10 дней. Получены хорошие результаты при свободной пересадке гребешка подвздошной кости. Авторы, выполнявшие данную процедуру, считают, что губчатая консистенция подвздошной кости способствует более быстрой её васкуляризации и регенерации [23, 31].

Аутоотрансплантаты из симфиза нижней челюсти, гребешка подвздошной кости, большебер-

цовой кости и др. в виде костной стружки или небольших фрагментов костной ткани [5, 26, 36], как отмечают многие авторы, подвергаются быстрой резорбции, что является существенным недостатком этого материала. В отличие от подвздошной кости, кортикальная кость черепа более качественная, менее подвержена резорбции, кроме того, позволяет реконструировать значительные дефекты костной ткани без ухудшения эстетики. Использование этого вида костной ткани позволяет получить плотный кортикальный трансплантат с замедленной резорбцией, повышающей выживаемость трансплантата, что также может быть связано с повышенным содержанием факторов роста в костях черепа. Риск неврологических послеоперационных осложнений крайне невелик, послеоперационный дискомфорт пациента снижен, по сравнению с другими донорскими участками [8, 33]. Однако, неудобство процедуры связано с тем, что расположение донорской и реципиентной зон не позволяет провести одновременно выделение трансплантата и подготовку нижней челюсти [39]. При использовании реберной кости, напротив, велик риск послеоперационных осложнений [19] при небольшом возможном объеме донорской кости и относительно высокой частоте резорбции трансплантата. Следует отметить, что для реконструкции нижней челюсти наиболее часто используются подвздошная кость и малоберцовые трансплантаты [38].

При очевидной биологической ценности аутокости имеется ряд существенных недостатков, ограничивающих использование этого вида материала: высокая травматичность операции за счет забора костного материала и дополнительная операционная травма, снижение прочности донорских участков, угроза переломов, деформации, возникновение остеомиелитов, грубые рубцы, неполное восстановление в объеме костной ткани, низкие остеоиндуктивные свойства аутоотрансплантатов и высокий процент их лизирования, боли и дискомфорт, что психологически тяжело переносится больными, особенно пожилого возраста [5]. Кроме того, чем больше по объёму костный трансплантат, тем выше вероятность его полной резорбции. Это существенно затрудняет прогнозирование результатов и может увеличить сроки регенерации костной ткани [25]. Аутопластика также не рекомендуется при некоторых системных заболеваниях костей (остеопороз, рахит), она нежелательна у детей.

В настоящее время мощное развитие практики аллогенных и синтетических имплантатов ставит под сомнение целесообразность применения аутоотрансплантатов [29, 36].

Внедрение микрохирургической аутоотрансплантации комплексов тканей сделало возмож-

ным замещением обширных дефектов тканей васкуляризованными аутотрансплантатами, что стало значительным прогрессом в челюстно-лицевой хирургии при замещении дефектов нижних челюстей. Реваскуляризованные аутотрансплантаты - комплекс аутокани, имеющей осевую систему кровообращения с перспективой восстановления питания от сосудов, находящихся в реципиентной области [5, 7, 10, 17, 23, 30]. В настоящее время микрохирургическая аутотрансплантация получила широкое применение в реконструктивно-восстановительной хирургии лица и челюстей. Данный метод позволяет восстановить дефекты разные по форме, величине, а также составу [5, 8, 17].

Аутотрансплантатами на микрососудистом анастомозе с включением костной ткани могут быть:

1. ребро с включением фрагментов большой и малой грудных мышц;
2. лопаточная кость с включением фрагмента трапецевидной мышцы;
3. малоберцовая кость с кожно-фасциальной площадкой;
4. ключица с включением грудино-ключично-сосцевидной мышцы;
5. ребро на межреберных артериях;
6. лучевая кость с кожно-фасциальным лоскутом с предплечья;
7. гребень подвздошной кости;
8. лопаточная кость без мышцы.

Несмотря на значительный успех реконструктивно-восстановительной хирургии челюстно-лицевой области с использованием различных васкуляризованных аутотрансплантатов, данный вид оперативного вмешательства очень сложный, калечащий, при этом многие вопросы возможных осложнений (инфицирование, отторжение, полное или частичное рассасывание) и прогнозирования остаются недостаточно изученными.

Применение аллогенных трансплантатов исключает необходимость нанесения дополнительной операционной травмы, сокращает длительность проведения реконструктивной процедуры и снижает объем кровопотери [23]. В начале её использования, возникали значительные трудности, связанные с тканевой несовместимостью и невозможностью немедленной пересадки кости от донора к реципиенту. Поэтому хирурги начали прибегать к использованию различных способов химической обработки и консервации.

Наибольшее распространение в клинической практике получили лиофилизированные, деминерализованные, замороженные и облученные аллотрансплантаты. Данные методы обработки позволяют значительно снизить их антигенность, сохраняя свойства трансплантатов на протяжении длительного периода времени [21, 28, 34]. Каж-

дый из существующих способов консервации имеет свои преимущества и недостатки. Консервированные костные фрагменты применяются при определенных показаниях.

Морфологические исследования реорганизации трансплантата аллогенной кости установили её способность к трансформации и образованию новой костной ткани [15]. Авторы обратили внимание на однородность новообразованной кости и принимающего ложа. Причем, наиболее оптимальными признаны формализованные или частично деминерализованные аллотрансплантаты [11]. Этот вид трансплантатов обладает остеиндуктивной активностью и остеокондуктивными свойствами [9, 11, 27]. Кроме того, их антигенные свойства незначительны, они безопасны в отношении передачи ВИЧ-инфекции и других вирусов. Несомненными преимуществами являются: их доступность, эффективность, биосовместимость, остеиндуктивность, остеокондуктивность, экономичность и безопасность [11, 15].

К середине XX века широкое распространение в трансплантологии получил метод лиофилизированной консервации тканей. Сущность метода лиофилизации заключается в сублимации воды из предварительно замороженной ткани в условиях вакуума. Обезвоживание ткани при этом осуществляется за счет поддержания равновесия концентрации водяных паров в тканях и окружающем пространстве. При таком высушивании ткани в ней не происходит денатурации белков, ферментов и других неустойчивых веществ. Остаточная влажность высушиваемого материала во многом зависит от способа лиофильной сушки и аппаратуры и весьма существенно влияет на качество трансплантата, а, следовательно, и на исходы пересадки. Этот материал можно длительное время хранить при комнатной температуре, транспортировка его проста, реакция организма на пересадку такого трансплантата менее выражена и т.д. Отрицательной стороной лиофильной сушки считается негативное воздействие этого метода на механические свойства трансплантата.

Для усиления остеиндуктивных свойств лиофилизированных костных аллотрансплантатов их подвергают деминерализации. Деминерализованные материалы имеют малую механическую устойчивость и меняют форму при механической нагрузке в силу своей эластичности. К недостаткам деминерализованной аллокости относится сложность её заготовки и хранения, при этом сохраняется риск возникновения иммунного конфликта.

Наиболее приемлемой является деминерализованная аллогенная кость в виде блоков, пластин, стружки, порошка. От характера ткани зависит реорганизация новообразованной кости [34].

Также для получения аллотрансплантатного материала используется глубокая заморозка с целью иммобилизации свободной воды и ее кристаллизации. При охлаждении трансплантата до температуры -80°C , очевидно, что свободной воды в системе не остается, следовательно процессы деградации органической составляющей блокируются. Параллельно с кристаллизацией воды, находящейся в межклеточных пространствах, процесс криоконсервации затрагивает и внутриклеточную воду, приводя к гибели большого числа клеток. Для защиты клеток от повреждающего действия низких температур используют различные криопротекторы (глицерол, этиленгликоль, метанол и др.). Однако, как показали результаты экспериментальных и клинических исследований, нельзя применять для вторичной костной пластики аллотрансплантаты, консервированные холодом, если замещению подлежит дефект размером 2 см и более. Вместе с этим, считается целесообразным использование для восстановительных операций на лице костной и хрящевой ткани, консервированной при низких и ультранизких температурах, так как при этом отмечается хороший клинический и косметический результат.

Наряду с успешной пластикой и полным замещением пересаженного аллотрансплантата новообразованной костной тканью с формированием кровеносных сосудов отмечены случаи полного отторжения аллокости [35].

Недостатками аллогенных материалов являются дополнительные затраты при консервации, вероятность инфицирования пациента, быстрая резорбция трансплантатов после пересадки. Кроме того, многие виды стерилизации уничтожают остеоиндуктивный компонент трансплантата.

Отторжение и рассасывание аллогенного трансплантата в результате иммунного конфликта происходит часто - от 6% до 35% случаев. При этом весьма проблематичным, особенно для Центрально-Азиатского региона, является создание банков тканей, в том числе и костных. Поэтому существуют определённые ограничения в использовании трансплантатов данного вида.

Технические сложности, возникающие при аутопластике, проблемы заготовки и хранения, а также значительный процент осложнений при пересадке аллогенных трансплантатов повысили интерес к использованию новых материалов для эндопротезирования дефектов нижней челюсти – титан, поли-ГАП, углепластик, керамика и другие [1, 16, 25, 34, 39].

Комбинированные трансплантаты представляют собой ту или иную комбинацию различных тканевых структур: аутогенных трансплантатов и аллогенных костных тканей, гидроксилатапата и ксенотканей, ксенотканей и синтетических

пластических материалов. На практике наиболее широко используют ауто- и аллокость. Их комбинированное применение расширяет возможности восполнения кости с меньшей травмой. Остеоиндуктивное действие аутогенного трансплантата стимулирует не только клетки костного ложа, но и клетки аутогенного трансплантата. Формирование кости комбинированным трансплантатом может быть даже более эффективным, чем при реконструировании каждым из этих материалов [7, 27, 35, 39].

Использование аллопластических материалов в качестве наполнителя позволяет достичь значительного клинического улучшения. Однако, с гистологической точки зрения, они выполняют роль биологических наполнителей и вызывают лишь незначительную (или не вызывают вообще) регенерацию кости [21].

К аллогенным материалам также относятся реконструктивные титановые пластины, различные мостовидные приспособления, стальные спицы и т.д. [2, 3, 6, 7, 12, 16, 19, 20].

В настоящее время наиболее широкое распространение получили реконструктивные титановые пластины и эндопротезы. Это связано с рядом существенных преимуществ, присущих им. Во-первых, это наиболее простой метод замещения сегментарного дефекта нижней челюсти; во-вторых, он доступен и малозатратен. При использовании реконструктивной пластины не наносится дополнительная операционная травма в донорской области, нет необходимости в участии второй бригады хирургов для забора трансплантатов, укорочено время реабилитации, что немаловажно для больных преклонного возраста и при плохом прогнозе [2, 20].

В то же время применение их ограничено при недостатке мягких тканей и в случаях, когда применяются повышенные дозы лучевой терапии. Нередки и осложнения в виде перелома пластин, остеомиелита концевых фрагментов [17, 35].

Исходя из вышесказанного, представляется особо актуальным поиск материалов, которые наряду с выраженным остеопластическим действием одновременно обладали бы бактериальной устойчивостью, а также щадящих и доступных оперативных вмешательств [12, 33].

Результаты протезирования во многом зависят от состояния протезного ложа: как его костной основы, так и слизистой оболочки в области регенерата. На начальных этапах применения костной пластики нижней челюсти основной задачей хирурга было добиться приживания трансплантата, а вопросы формирования полноценного протезного ложа не всегда брались во внимание [7]. Трудности возникали при необходимости расположения трансплантата в таком положении, чтобы его альвеолярный край правильно соотносился с зубами или альвеолярным отростком

нижней челюсти. Зачастую альвеолярная дуга бывает смещена внутрь или наружу. В области регенерата зачастую формируется толстый слой рубцово-измененной слизистой оболочки, что ведет к разбалансированию и сбрасыванию съемного протеза. При непосредственном переходе слизистой оболочки щек и губ в дно полости рта в области трансплантата, а также при расположении подъязычного валика выше уровня костного регенерата стабилизация ортопедической конструкции практически невозможна. Изменения, которые возникают в результате остеопластики и реконструкции, не всегда позволяют полноценно восстановить эстетический облик лица, а также изготовить полноценный протез из-за трудности получения функционального слепка, определения центральной окклюзии, оптимальной высоты нижнего отдела лица, получения удовлетворительной фиксации протеза [8].

Поэтому планирование ортопедических мероприятий, выбор конструкции протеза после остеопластики нижней челюсти в каждом конкретном случае осуществляется индивидуально, строго по показаниям, вторым этапом после восстановительных операций на нижней челюсти в зависимости от состояния как несъемных, так и съемных конструкций протезов (частичные пластиночные, бюгельные и полные съемные протезы с различными видами фиксирующих элементов) [29].

Проблема улучшения функциональных результатов костной пластики и детальной разработки методов последующего рационального протезирования становится особенно актуальной в наши дни, когда хирургическое лечение данной группы больных достигло высокого уровня, с учетом больших достижений в области дентальной имплантологии [23, 27, 34].

Полная реабилитация больного после костной пластики на челюстях возможна лишь при изготовлении адекватного зубного протеза.

Дентальная имплантация в сочетании с другими известными методами протезирования применяется для механического удержания протезов. В стоматологии применяют металлические, керамические, углеродные и полимерные имплантаты. Из металлов и металлических сплавов наиболее перспективными являются титан и сплавы на его основе [2, 6, 8]. Качественное первичное протезирование после костной пластики нижней челюсти влияет на приживление и функциональную перестройку трансплантата, защищает его от влияния стягивающих рубцов и деформации, а также способствует формированию полноценного протезного ложа и, восстанавливая утраченные функции и внешний вид больного, стабилизирует его психологическое состояние [3, 18, 22, 34].

Анализируя данные доступной литературы по изученной проблеме, можно заключить, что ортопедическое лечение после реконструктивных костнопластических операций на нижней челюсти не удовлетворяют требованиям современного протезирования. Протезы, как правило, являются неудобными, тяжелыми, съемными и не обеспечивают уровень дооперационной жевательной эффективности. Съемные протезы не устраняют полностью деформации лица и потерю костной ткани. Они лишь восстанавливают контур и косметику нижней губы и уменьшают вытекание слюны, но чаще, особенно при дисфункции языка, отличаются низкой функциональностью. Протезы, расположенные на нижней челюсти и опирающиеся на имплантаты и на ткани гребней альвеолярных отростков в дистальных отделах, в плане ретенции и стабилизации являются наиболее эффективными. На основе анализа литературных данных определено, что нуждаемость этих больных в реабилитационных мероприятиях высока, и одной из сложнейших проблем остается восстановление функции жевания и эстетических параметров.

Все вышеизложенное подтверждает актуальность всестороннего изучения проблемы ортопедической реабилитации пациентов после реконструктивных костнопластических операций на нижней челюсти, в том числе с применением дентальных имплантатов.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 18-39 см. в REFERENCES)

1. Абдулаев Ш.О., Храмова Н.В. Остеопластические материалы для замещения дефектов и деформаций челюстно-лицевой области. // Стоматология. 2015. Т. 59-60, № 1-2. С. 98-101.
2. Анциферов В.Н. и др. Комбинированные титано-композитные имплантаты нового поколения для пластики дефектов нижней челюсти // Конструкции из композиционных материалов. 2008. № 4. С. 33-38.
3. Асташина Н. Б. Обоснование возможности применения новых имплантационных систем на этапах комплексного лечения больных с дефектами челюстных костей // Институт стоматологии. 2010. № 1 (46). С. 90-91.
4. Базилян Э.А., Смбалян Б.С. Направленная тканевая регенерация в дентальной имплантации // Клиническая стоматология. 2008. №3. С. 42-48.
5. Вербо Е.В. Рациональное применение ревазуляризованного ребра в реконструкции тканей лица // Анналы хирургии. 2004. № 3. С. 60-67.
6. Гюнтер В.Э., Дамбаев Г.Ц., Сысолятин П.Г. Медицинские материалы и имплантаты с памятью формы. Медицинские материалы с памятью формы: пособие. Томск: МИЦ, 2011. 534 с.

7. Зайтенова Г.Б. Замещение послеоперационных дефектов нижней челюсти комбинированной пластикой // Проблемы стоматологии. Алматы, 2015. № 1-2 (43-44). С. 137-138.

8. Кадыров М.Х. Совершенствование методов хирургического лечения больных с дефектами нижней челюсти // Здравоохранение Таджикистана. 2005. № 3. С. 75-76.

9. Калакуцкий Н.В., Журавлев И.В. Амелобластома нижней челюсти особенности: дифференциальной диагностики // Институт Стоматологии. - 2011. - № 4 (53). - С. 82-83.

10. Кропотов М.А. Первичные опухоли нижней челюсти. Лечение, реконструкция и прогноз // Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи. 2010. № 2. С. 23-29.

11. Лаврищева Г.И. Морфологические особенности приживления аллокости // Биоматериалы. 2006. № 5. С. 36-40.

12. Матякин Е.Г. Реконструктивные операции при опухолях головы и шеи. М.: Вердана., 2009. 224 с.

13. Миланов Н.О., Трофимов Е.И., Адамян Р.Т. Микрохирургическая аутотрансплантация тканей - направление восстановительной хирургии // Анналы РНЦХ РАМН. 2002. Вып. 11. С. 13-19

14. Митрошенков П.Н. Реконструктивная хирургия тотальных и субтотальных дефектов верхней, средней и нижней зон лицевого скелета: руководство для врачей. СПб: Синтез Бук, 2010. С. 368-375.

15. Нагиев Э.Р., Чуудинов А.Н. Способ замещения дефектов нижней челюсти // Каталог Российских разработок: Российско-Китайский Технопарк «Дружба» (КНР). Шеньчжень, 2008. С. 77-81.

16. Пейпл А.Д. Пластическая и реконструктивная хирургия лица / А.Д. Пейпл; пер. с англ. – М.: БИНОМ, 2007. – 1034 с.

17. Сагатбаев Д. С. Отдаленные результаты костной пластики нижней челюсти с использованием лицевых сосудов // Проблемы стоматологии. Алматы. 2015. № 1 (11). С. 24-27.

REFERENCES

1. Abdulaev Sh. O., Khranova N. V. Osteoplasticheskie materialy dlya zameshcheniya defektov i deformatsiy chelyustno-litsevoy oblasti [Osteoplastic materials for the replacement of defects and deformations of the maxillofacial region]. *Stomatologiya - Stomatology*, 2015, Vol. 59-60, No. 1-2. pp. 98-101.

2. Antsiferov V. N., Kombinirovannye titano-kompozitnye implantaty novogo pokoleniya dlya plastiki defektov nizhney chelyusti [Combined titanium-composite implants of new generation for plastic mandibular defects]. *Konstruktivnykh Materialov - Constructions from Composite Materials*, 2008, No. 4, pp. 33-38.

3. Astashina N. B. Obosnovanie vozmozhnosti primeneniya novykh implantatsionnykh sistem na etapakh kompleksnogo lecheniya bolnykh s defektami chelyustnykh kostey [Rationale of the possibility of new implantation systems using on the stages of complex treatment of patients with jaw bone defects]. *Institut Stomatologii - Institute of Stomatology*, 2010, No. 1 (46), pp. 90-91.

4. Bazikyan E. A., Smbatyan B. S. Napravlenaya tkanevaya regeneratsiya v dentalnoy implantatsii [Directed tissue regeneration in dental implantation]. *Klinicheskaya Stomatologiya - Clinical Stomatology*, 2008, No. 3, pp. 42-48.

5. Verbo E. V. Ratsionalnoe primeneniye revaskulyarizovannogo rebra v rekonstruktsii tkaney litsa [Rational use of a vascularized rib in the reconstruction of facial tissues]. *Annaly Khirurgii - Annals of Surgery*, 2004, No. 3, pp. 60-67.

6. Gyunter V. E., Dambaev G. C., Sysolyatin P. G. *Meditsinskie materialy i implantaty s pamyatyu formy. Meditsinskie materialy s pamyatyu formy: posobie* [Medical materials and implants with form memory. Medical materials with form memory: allowance]. Tomsk, MIC Publ., 2011. 534 p.

7. Zaytenova G. B. Zameshchenie posleoperatsionnykh defektov nizhney chelyusti kombinirovannoy plastikoy [Replacement of postoperative defects of the mandible by combined plastic]. *Problemy Stomatologii - Problems of Stomatology*, 2015, No. 1-2 (43-44), pp. 137-138.

8. Kadyrov M. Kh. Sovershenstvovanie metodov khirurgicheskogo lecheniya bolnykh s defektami nizhney chelyusti [Perfection of methods of surgical treatment of patients with defects of the mandible]. *Zdravookhraneniye Tadzhikistana - Health Care of Tajikistan*, 2005, No. 3, pp. 75-76.

9. Kalakutskiy Kh. B., Zhuravlev I. V. Ameloblastoma nizhney chelyusti osobennosti: differentsialnoy diagnostiki [Ameloblastoma of mandible features: the differential diagnosis]. *Institut Stomatologii - Institute of Stomatology*, 2011, No. 4 (53), pp. 82-83.

10. Kropotov M. A. Pervichnye opukholi nizhney chelyusti. Lechenie, rekonstruktsiya i prognoz [Primary tumors of the mandible. Treatment, reconstruction and prognosis]. *Sarkomy Kostey, Myagkih Tkaney i Opukholi Kozhi - Sarcoma of Bones, Soft Tissues and Skin Tumors*, 2010, No. 2, pp. 23-29.

11. Lavrishcheva G. I. Morfologicheskie osobennosti prizhivleniya alloкости [Morphological features of engraftment of allobone]. *Biomaterialy - Biomaterials*, 2006, No. 5, pp. 36-40.

12. Matyakin E. G. *Rekonstruktivnye operatsii pri opukholiyakh golovy i shei* [Reconstructive surgery of head and neck tumors]. Moscow, Verdana Publ., 2009. 224 p.

13. Milanov N. O., Trofimov E. I., Adamyan R. T. Mikrokhirurgicheskaya autotransplantatsiya tkaney - napravlenie vostanovitelnoy khirurgii [Microsurgical autotransplantation of tissues - the direction of reconstructive surgery]. *Annaly RNCH RAMN - Annals of the Russian Research Center for Surgery of RAMS*, 2002. No. 11, pp. 13-19.

14. Mitroshenkov P. N. *Rekonstruktivnaya khirurgiya totalnykh i subtotalnykh defektov verkhney, sredney i nizhney zon litsevoogo skeleta: rukovodstvo dlya vrachey* [Reconstructive surgery of total and subtotal defects of the upper, middle and lower zones of the facial skeleton: a guide for physicians]. St. Petersburg, Sintez Buk Publ., 2010. 368-375 p.

15. Nagiev E. R., Chudinov A. N. Sposob zameshcheniya defektov nizhney chelyusti [The method of substitution of mandibular defects]. *Katalog Rossiyskikh Razrabotok: Rossiysko-Kitayskiy Tekhnopark «Druzhba» - Catalog of Russian Development: Russian-Chinese technopark "Friendship"*, 2008, pp. 77-81.

16. Peypl A. D. *Plasticheskaya i rekonstruktivnaya khirurgiya litsa* [Plastic and reconstructive face surgery]. Moscow, BINOM Publ., 2007. 1034 p.
17. Sagatbaev D. S. Otdalennyye rezultaty kostnoy plastiki nizhney chelyusti s ispolzovaniem litsevykh сосудов [Long-term results of the mandible bone grafting using facial vessels]. *Problemy Stomatologii - Problems of Stomatology*, 2015, No. 1 (11). S. 24-27.
18. Bak M. et al. Contemporary Reconstruction of the Mandible // *Oral Oncology*. 2010. N 46. P. 71-76.
19. Choung P. I., A new technique of block bone grafting with simultaneous implant installation on cleft alveolus patient. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, 2003, No. 8, pp. 16.
20. Daniel E., Browne D. Minimizing Complications in the use of Titanium Condylar Head Reconstruction Prostheses. *Otolaryngology Head and Neck Surgery*, 2004, No. 130, pp. 344-350.
21. Greensmith A. L., Prelaminated osseointegrated fibula free flap for repair of bar are congenital maxillary deficiency. *Plastic Reconstructive Surgery*, 2003, Vol. 112, No. 3, pp. 812-817.
22. Hanasono M., A prospective analysis of bony versus soft-tissue reconstruction for posterior mandibular defects. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 2010, Vol. 125, pp. 1413-1421.
23. Handschel J.H., Hassanyar R.A. Depprich Nonvascularized iliac bone grafts for mandibular reconstruction – requirements and limitations // *In Vivo*. 2011. Vol. 25 (5). P. 795–799.
24. Head C., Microvascular flap reconstruction of the mandible: a comparison of bone grafts and bridging plates for restoration of mandibular continuity. *Otolaryngology Head and Neck Surgery*, 2003, No. 129, pp. 48-54
25. Holt G. R., Bailey B. J., Johnson J. T. *Grafts and implants in facial, head, and neck surgery*. Philadelphia: PA, 2006.
26. Hundepool A. C. Rehabilitation after mandibular reconstruction with the fibula free-flap: clinical outcome and quality of life assessment. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 2008, No. 37, pp. 1009-1013.
27. Kildal M., Mandibular reconstruction with fibula osteoseptocutaneous free flap and osseointegrated dental implants. *Clinics in Plastic Surgery*, 2001, Vol. 28, No. 2, pp. 403-410.
28. Kim P. D., Avoiding Secondary Skin Graft Donor Site Morbidity in the Fibula Free Flap Harvest. *Archives of Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, 2008, No. 134, pp. 1324-1327.
29. Majeed R. Reconstruction of mandibular defects– clinical retrospective research over a 10-year period. *Head Neck Oncology*, 2011, Vol. 3, pp. 23.
30. Maurer P., Scope and Limitations of Methods of Mandibular Reconstruction: A Long-Term Follow-Up. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 2010, No. 48, pp. 100-104.
31. Mehta R. P., Deschler D. G. Mandibular reconstruction in 2004: an analysis of different techniques. *Reconstruction in 2004: an analysis of different techniques. Current opinion in otolaryngology and Head and Neck Surgery*, 2004, Vol. 12, pp. 288-293.
32. Moore W. R., Graves S. E., Bain G. I. Synthetic bone graft substitutes. *Australian and New Zealand Journal of Surgery*, 2001, No. 71, pp. 354-355.
33. Papel I. *Facil plastic and reconstructive surgery*. Thieme Medical Publishers, 2009. 910 p.
34. Sachlos E., Novel collagen scaffolds with predefined internal morphology made by solid freeform fabrication. *Bio-materials*, 2003, No. 24, pp. 1487-1497.
35. Scapular Free Flap M., *Oral Oncology*, 2010, Vol. 46, pp. 71–76.
36. Shibahara T., Fracture of mandibular reconstruction plates used after tumor resection. *Journal of Oral Maxillofacial Surgery*, 2002, Vol. 60, No. 2, pp. 182-185.
37. Shimizu T., An anatomical study of vascularized iliac bone grafts for dental implantation. *Journal of Cranio Maxillofacial Surgery*, 2002, Vol. 30, No. 3. pp. 184-188.
38. World J. Osteosarcoma of the jaws: a review of literature and a case report on synchronous multicentric osteosarcomas. *Surgery Oncology*, 2012, Vol. 10, pp. 240.
39. Yoshikawa H., Myoui A. J. Bone tissue engineering with porous hydroxyapatite ceramics. *Artificial Organs*, 2005, No. 8, pp. 131-136.

Сведения об авторах:

Джумаев Шерзод – заочный аспирант Научно-клинического института стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

Таиров Умар Таирович – научный руководитель Научно-клинического института стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, д.м.н., профессор

Контактная информация:

Таиров Умар Таирович – 734026 г. Душанбе, ул. Н. Махсум 6/3; тел.: +992 907700380; e-mail: stomatologi@mail.ru.

© Коллектив авторов, 2017

УДК 616-08;616-053.3; 616-006.52;616-006; 616.22

¹Шамсидинов Б.Н., ²Гаффарова М.А., ¹Мухторова П.Р.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАПИЛЛОМАТОЗА ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ

¹Кафедра оториноларингологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

²ООО «Стоматбизнес Компани» сеть медицинских клиник «Добромед», Москва, Россия

¹Shamsidinov B.N., ²Gaffarova M.A., ¹Muhtorova P.R.

EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL ASPECTS OF LARYNGEAL PAPILLOMATOSIS IN CHILDREN

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

²«Stomatbiznes Company» a network of health clinics Dobromed, Moscow, Russia

Аннотация

Рецидивирующий папилломатоз гортани – наиболее часто встречающаяся опухоль верхних дыхательных путей. В связи с частым рецидивированием, бурным ростом и анатомической узостью просвета гортани, растущая опухоль приводит к нарушению голосообразовательной, а в последующем, при сужении ее просвета, и дыхательной функции органа. Чаще носит доброкачественный характер, однако часто рецидивирует, что и обуславливает тяжесть его течения. Вариабельна в отношении встречаемости в различных возрастных группах.

В статье приведены причинные факторы, и факторы, способствующие затяжному течению ПГ. Течение папилломатоза гортани может самостоятельно закончиться, в статье приводятся возможные причины этого.

Ключевые слова: папилломатоз гортани, эпидемиология, респираторный папилломатоз, ювенильный респираторный папилломатоз

Recurrent laryngeal papillomatosis is the most common upper respiratory tract tumor. Due to the frequent recurrence, rapid growth and anatomical narrow of the larynx lumen, the growing tumor leads to disruption of voice-forming, and subsequently, by narrowing its lumen, the respiratory organ function. It often carries benign character, however, often recurs which explains the course severity. It is variable in relation to frequency of occurrence in different age groups.

The article shows cause factors, and factors which contribute to long course of laryngeal papillomatosis. The course of laryngeal papillomatosis may independently end, and the article provides the possible reasons for that.

Key words: laryngeal papillomatosis, epidemiology, respiratory papillomatosis, juvenile respiratory papillomatosis

Папилломатоз гортани (ПГ) - самое распространенное доброкачественное опухолевое заболевание у детей, характеризующееся рецидивирующим течением, бурным ростом и склонностью к малигнизации [2, 11].

Папиллома с патогистологической точки зрения является доброкачественной фиброэпителиальной опухолью, состоящей из сосочковых разрастаний многослойного плоского эпителия и соединительнотканной стромы. Установлено, что этиологическим фактором заболевания является вирус папилломы человека (ВПЧ). В настоящее время выявлено около 200 различных типов ВПЧ,

определяющихся в первично-доброкачественных и злокачественных новообразованиях кожи и слизистых оболочек. У пациентов с доброкачественным течением респираторного папилломатоза наиболее часто обнаруживаются 6-й и 11-й типы, реже встречаются 8, 16, 18, 30 и 31-й типы [17].

Клинически различают ювенильный респираторный папилломатоз (у детей и подростков) и папилломатоз у взрослых. Ювенильный папилломатоз гортани чаще всего обусловлен перинатально приобретенной ВПЧ-инфекцией низкого онкогенного риска – ВПЧ 6 и 11 типов. Проявляется обычно у детей в возрасте до 10–14

лет. Дети, страдающие ювенильным рецидивирующим папилломатозом гортани, чаще первенцы, рождены юными матерями, при этом роды были вагинальными [3, 10]. Ювенильные папилломы чаще всего бывают множественными и возникают на почти неизменной слизистой оболочке гортани, чаще всего в области передней трети голосовых складок. Нередко папилломы могут локализоваться на вестибулярных складках и слизистой гортанных желудочков [10]. Они склонны к распространению на все отделы слизистой оболочки гортани, бурно рецидивируют (особенно у детей младшего возраста), вызывая дыхательный стеноз [11]. В последнее время появились сообщения, указывающие на то, что рост папиллом в гортани может самопроизвольно прекратиться практически в любом возрасте [12]. Также отмечают, что спонтанная ремиссия у 25-30% больных происходит в связи с активацией половых гормонов, иммунологической перестройкой организма и др. [11].

Ювенильный респираторный папилломатоз носит доброкачественный характер течения, однако, по общим проявлениям его относят к тяжелой, зачастую инвалидизирующей патологии. Это объясняется рецидивирующим течением заболевания, обусловленным отсутствием этиологического лечения [8, 12]. В связи с этим некоторые авторы для обозначения ювенильного респираторного папилломатоза используют термин «рецидивирующий папилломатоз гортани» (РПГ) или «рецидивирующий респираторный папилломатоз» (РРП) [9, 10].

Частота поражения слизистой оболочки дыхательных путей у больных ювенильным респираторным папилломатозом (ЮРП) различна. Чаще всего встречается изолированное поражение гортани (55–57,5%). В 12-15,4% случаев заболевания отмечается сочетанное поражение гортани и трахеи и лишь в 0,4% наблюдается изолированное поражение трахеи [8, 12].

Крайне редко при тяжелых формах заболевания процесс распространяется на слизистую оболочку бронхов и легких. Данные о частоте развития папилломатоза нижних дыхательных путей различны и составляют от 5% до 28,8%. Распространению папиллом в нижележащие отделы дыхательных путей могут способствовать частые хирургические вмешательства, высокая активность процесса, длительность заболевания. Однако, основной причиной распространения является трахеотомия и интубация трахеи [1, 9, 12]. По мнению некоторых авторов, в большинстве случаев первичная локализация процесса – голосовые складки, особенно в области комиссуры [11, 15]. Так, согласно данным Барышева В.В. и др. (2009), в 34% случаев поражается преддверие гортани и в 9% - подголосовой отдел. Тенденция к

распространению от первичного очага на другие отделы гортани отмечается у 78% больных, а у остальных 22% локализация опухолевого роста не менялась [1]. Нередко отмечается вовлечение в патологический процесс трахеи. Так, по мнению других авторов, частота поражения трахеи респираторным папилломатозом варьирует от 2% до 17%. Особая роль отводится трахеостомии, способствующей распространению процесса у 56-76% больных [1, 11, 16].

Изолированное поражение трахеи и бронхов встречается чрезвычайно редко, при этом во многих случаях папилломатоз трахеи протекает бессимптомно [11, 15].

Истинная частота РРП в США и некоторых странах Европы различна. Так, при исследовании частоты развития РРП выяснилось, что в США у детей ежегодно регистрируют около 2500 новых случаев РРП (0,6 - 4,3 на 100 000 населения) и 3600 случаев – у взрослых (1,6 - 3,8 на 100 000 населения). В Дании частота папилломатоза гортани составляет 3,84 наблюдения на 100 000 населения в целом. При этом среди детей она составляла 3,62 на 100 000, а среди взрослых - 3,94 на 100000 населения. В Германии заболеваемость РРП составила 3,62 на 100000 детского и 3,94 на 100000 взрослого населения [1, 11, 16].

По данным других авторов заболеваемость папилломатозом гортани среди детей в возрасте от 0 до 14 лет в Дании составляет 0,7; в США - 0,6; в Японии - 0,1; на Кубе - 1,2; в Таиланде - 2,8 на 100000 детей. Летальность составляет от 5 до 8% [1].

В 28% случаев РРП встречается в первые 6 месяцев жизни. Около 25% заболевших выявляются в возрасте до 1 года. Пик заболеваемости (75%) приходится на возраст от 2 до 5 лет, что, вероятно, связано с так называемым физиологическим иммунодефицитом, функциональной незрелостью иммунной системы и системы интерферон альфа (ИФН-) [5]. Согласно данным других исследований, также более чем у 75% больных симптомы возникали до 5-летнего возраста, однако пик заболеваемости приходился на детей первого (22,8%) и второго (23,6%) годов жизни [5, 7, 16]. Предполагают возможность выявления и врожденного папилломатоза [7].

По данным ряда авторов, изолированный папилломатоз гортани встречался у 77,8% детей, в основном младшего возраста. В возрасте от 3 до 6 лет было 38,9%. Количество девочек превышало число мальчиков на 11,2% [5]. По мнению других авторов, папилломатозом гортани дети обоих полов страдают с одинаковой частотой, а папилломатоз нижних дыхательных путей чаще встречался у мальчиков (55%) [1, 15].

Согласно данным литературы, в возрастном аспекте рецидивирующий респираторный папил-

ломатоз также чаще встречался у детей в возрасте до 5 лет. Количество мальчиков превышало число девочек на 16% [12].

При обследовании 69 детей с папилломавирусной инфекцией верхних дыхательных путей Вергейчик Г.И. с соавт. (2007) установили, что у 29 (80,5%) детей заболевание манифестировало в возрасте до 3 лет, а у 19,4% – до 5 лет [2].

До настоящего времени вопросы этиологии, патогенеза, клиники и лечения папиллом гортани не могут считаться окончательно изученными, и, соответственно, в должной мере не разработаны действенные меры профилактики и лечения респираторного папилломатоза. Наличие большого числа теорий свидетельствует о сложности этой проблемы. Между тем, именно эти вопросы имеют не только теоретическое, но и большое практическое значение, при разработке патогенетической терапии [6].

Среди причин возникновения папилломатоза гортани выделяют хроническое раздражения слизистой оболочки гортани различными вредными факторами: длительное перенапряжение голоса, переохлаждение, вирусно-бактериальная инфекция и пр. [6, 12]. Значительную роль в развитии и затяжном течении хронической патологии гортани отводят гастроэзофагорефлюксной болезни [5, 11, 13].

Намаловажное влияние на развитие папилломатоза гортани оказывает социально-экономический статус. Так, по мнению некоторых исследователей, выявлена корреляция развития болезни с семейным положением, образованностью членов семьи, возрастом матери [19].

В настоящее время вирусная природа папилломатоза гортани не вызывает сомнения и связывается с вирусом папилломы человека – ВПЧ [1, 12, 16].

Также не исключена возможность гибридизации ВПЧ с возбудителями других вирусных инфекций, таких как аденовирусы и вирусы SV-40. Нельзя исключить потенциальной этиологической роли для развития опухоли ассоциации ВПЧ с вирусом простого герпеса (ВПГ-2), цитомегаловирусом (ЦМВ), вирусом Эпштейн-Бара (ВЭБ) [6].

По данным литературы, у пациентов, страдающих РРП, чаще всего обнаруживают ВПЧ 6-го и/или 11-го типов [4].

ВПЧ – один из наиболее распространенных видов инфекции, передаваемый преимущественно половым путем. Инфицированность населения ВПЧ, по различным данным, составляет от 40% до 60%. В США частота выявления новых случаев ВПЧ-инфекций 5,5 млн. в год (106,5 на 100 000), что составляет одну треть от общего числа инфекций, передаваемых половым путем [18].

Вирусы папилломы человека передаются при генитальных контактах, а также контактах «кожа к коже», мануально-генитальных контактах, орально-генитальных и анально-генитальных. Передача инфекции осуществляется также вертикально и горизонтально от инфицированной матери ребенку. Заражение ВПЧ происходит после контакта с больным человеком или животным, а также вирусом-носителем, не имеющим клинических проявлений [20].

Исследование, проведенное Вергейчиком Г.И. (2010), было направлено на изучение вероятности трансплацентарной передачи папилломавирусов от матери плоду. Авторы обследовали матерей, чьи дети страдали папилломами верхних дыхательных путей, на предмет генитальной HPV-инфекции. Была выявлена группа из 69 детей с HPV-инфекцией верхних дыхательных путей в возрасте от 1 года до 9 лет. Все дети были рождены через естественные родовые пути. В 52,5% случаях выявлен папилломатоз гортани, в 41,6% — в носоглотке, в 2,8% случаев папилломы локализовались на слизистой оболочке полости рта и трахеи. У 80,5% детей заболевание манифестировало в возрасте до 3 лет, а у 19,5% - до 5 лет [2].

В литературе имеются сообщения о выявлении случаев папилломатоза гортани, трахеи, бронхов у детей, рожденных путем операции кесарева сечения. Это свидетельствует о возможности трансплацентарной передачи инфекции от матери ребенку. Возможен также перенос ВПЧ-инфекции от родителей к детям. Исследование, проведенное в Финляндии, для установления роли родителей и других членов семьи в инфицировании ребенка папилломавирусом, выявило следующее: в 29% случаев HPV (ВПЧ) – инфекция имела у всех членов семьи (отец, мать и ребенок), в 26% случаев папилломавирусы выявлены у матери и ребенка, в 11% случаев позитивными оказались отец и ребенок, в 8% случаев только у ребенка определены папилломавирусы. У родителей генитальная HPV (ВПЧ)-инфекция определялась в 13-25% случаев, оральная – в 8-34% случаев. У новорожденных детей ДНК HPV в 15% случаев выявляли в генитальной области, в 10% – в полости рта сразу после родов. К 6 месяцам отмечался рост инфицирования, а к 12 месяцам – снижение. При этом наиболее часто (29%) инфицирование ребенка наблюдалось в семьях, где все члены семьи хотя бы один раз за период наблюдения (24 месяца) имели позитивные образцы HPV-инфекции. Также сообщают о развитии папилломатоза гортани у гомозиготных близнецов [14].

Необходимо отметить, что рост папиллом в гортани может самопроизвольно прекратиться практически в любом возрасте. Такое течение заболевания, возможно, связывают с пубертат-

ным периодом, иммунологической перестройкой организма и другими причинами [1, 12].

ВПЧ вызывает как гуморальный, так и клеточный типы иммунного ответа. Важную роль в предотвращении клинической манифестации ВПЧ-инфекции играет иммунная система хозяина. Клеточный иммунитет играет основную роль как в персистенции, так и спонтанном регрессе поражений, который может наступить через 6-8 месяцев от начала болезни. Это подтверждается данными о более высокой частоте ВПЧ-ассоциированных заболеваний у реципиентов трансплантата внутренних органов и ВИЧ-инфицированных, нарушениями Т-клеточного иммунитета у больных с бородавками, снижении количества клеток Лангерганса в очагах цервикальной интраэпителиальной неоплазии и большом количестве CD4+ и CD8+-лимфоцитов в инфильтрате регрессирующих генитальных бородавок [18].

Большинство авторов, связывающих патогенез папилломатоза гортани с нарушением иммуногенеза, констатируют, в основном, нарушения в Т-звене иммунитета и отмечают прямую корреляцию между степенью иммунодефицита и частотой рецидивирования, а снижение частоты рецидивов к периоду полового созревания связывают с нормализацией функции иммунной системы под влиянием гормональных факторов. [5, 9, 12, 15].

Наличие иммунологического дефекта, в основном затрагивающего Т-систему, по всей вероятности связано с цитотоксическим воздействием вируса, либо иммунной «несостоятельностью», генетически обусловленным замедлением созревания иммунной системы [5].

Таким образом, анализ литературных данных показывает, что этиологическим фактором ювенильного папилломатоза являются различные типы вируса папилломы человека, в основном 6 и 11. К усугубляющим факторам развития заболевания относят низкий социально-экономический статус семьи и индекс здоровья её членов, характер вскармливания, наличие вирусно-бактериальной инфекции (ВПГ, ЦМВ, ВЭБ, ВИЧ), травмы, повышенную инсоляцию, сопутствующую иммунопатологию и др. Высокая частота распространенности папилломатоза гортани у детей раннего возраста и, в частности, его рецидивы обусловлены степенью нарушения местного и общего иммунитета, включая гормональный статуса. Возросшая частота ювенильного папилломатоза гортани и динамичность эпидемиологических исследований в Республике Таджикистан по вышеуказанной проблеме диктуют необходимость проведения научных изысканий в данном направлении.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 15-20 см. в REFERENCES)

1. Барышев В.В., Андреев В.Г., Попучиев В.В., Ежов С.В. Современные аспекты изучения респираторного папилломатоза. Часть I. // Сибирский онкологический журнал. 2009. № 5 (35). С. 67-72.

2. Вергейчик Г.И., Ситников В.П. Папилломавирусная инфекция верхних дыхательных путей и аногенитальной зоны у детей. Пути передачи и возможности профилактики // Вестн. оторинолар. 2010. № 2. С. 74-78.

3. Заболотный Д.В. Клинико-вирусологические особенности у больных с папилломатозом гортани // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. 2014. №3. С. 59-64.

4. Карпищенко С.А., Катинас Е.Б., Кучерова Л.Р. Рецидивирующий респираторный папилломатоз // Врач. 2012. № 1. С.11-14.

5. Кучерова Л.Р., Сысоев К.А. Местное применение препарата рекомбинантного интерферон-альфа2 в терапии рецидивирующего респираторного папилломатоза // Рос. оторинолар. 2009. №1. С. 77-81.

6. Мустафаев Д.М., Свистушкин В.М., Кочнева А.С. Папилломатоз гортани: современные возможности лечения // Рос. оторинолар. 2013. № 3 (64). С. 190-194.

7. Послова Л.Ю., Пивиков В.У., Костарева Т.Ю., Тумакова Н.Б., Игумнова В.Г., Катмарчиев А.Р. Папилломатоз трахеобронхиального дерева у новорожденных // Медицинский альманах. 2009. № 2 (7). С. 82-84.

8. Романова Ж.Г. Папилломатоз гортани у взрослых // Здравоохранение: научно-практический ежемесячный журнал Республики Беларусь. 2010. № 7. С. 40-46.

9. Самойличенко В.О., Абдулкеримов Х.Т., Рожкова Т.И. Применение аргон-усиленной плазменной коагуляции в лечении рецидивирующего респираторного папилломатоза гортани // Вестник уральской медицинской академической науки. 2010. №3. С. 49-50.

10. Свистушкин В.М., Мустафаев Д.М. Папилломатоз гортани: современное состояние проблемы // Вест. оторинолар. 2013. №2. С. 79-85.

11. Солдатский Ю.Л., Онуфриева Е.К., Погосова И.Е., Стрыгина Ю.В., Дюдя А.В. Инфицированность вирусом папилломы человека верхних дыхательных путей у детей без клинических признаков респираторного папилломатоза // Вестн. оторинолар. 2009. № 1. С. 16-19.

12. Солдатский Ю.Л., Онуфриева Е.К., Стрыгина Ю.В., Погосова И.Е. Рецидивирующий респираторный папилломатоз: современное состояние проблемы // Вестн. оторинолар. 2009. № 4. С. 66-71.

13. Солдатский Ю.Л., Онуфриева Е.К., Погосова И.Е., Завикторина Т.Г. Особенности состояния гортани и глотки у детей, страдающих гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // Рос. оторинолар. 2009. № 1. С. 128-132.

14. Ягода Н.Л. Рецидивирующий респираторный папилломатоз // Медицинский вестник северного Кавказа 2010. №3. С.78-79

REFERENCES

1. Baryshev V. V., Andreev V. G., Popuchiev V. V., Ezhov S. V. *Sovremennye aspekty izucheniya respiratornogo papillomatoza.*

Chast I [Modern aspects of studying of respiratory papillomatosis. Part I]. *Sibirskiy onkologicheskiy zhurnal - Siberian journal of Oncology*, 2009, No. 5 (35), pp. 67-72.

2. Vergeyichik G. I., Sitnikov V. P. Papillomavirusnaya infektsiya verkhnikh dykhatelnykh putey i anogenitalnoy zony u detey. Puti peredachi i vozmozhnosti profilaktiki [Papillomatosis infection of the upper respiratory tract and anogenital area in children. Ways of transmission and possibilities of prevention]. *Vestnik otorinolaringologii – Herald of otorhinolaryngology*, 2010, No. 2, pp. 74-78.

3. Zabolotniy D. B. Kliniko-virusologicheskie osobennosti u bolnykh s papillomatozom gortani [Clinical and virological features of patients with laryngeal papillomatosis]. *Zhurnal ushnykh, nosovykh i gorlovykh bolezney - Journal of ear, nose and throat diseases*, 2014, No. 3, pp. 59-64.

4. Karpishchenko S. A., Katinas E. B., Kucherova L. R. Ret-sidiviruyushchiy respiratornyy papillomatoz [Recurrent respiratory papillomatosis]. *Vrach - Doctor*, 2012, No. 1, pp.11-14.

5. Kucherova L. R., Sysoev K. A. Mestnoe primeneniye preparata rekombinantnogo interferon-alfa2 v terapii retsidiviruyushchego respiratornogo papillomatoza [Local use of recombinant interferon-ALPHA2 in the treatment of recurrent respiratory papillomatosis]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya - Russian otorhinolaryngology*, 2009, No. 1, pp. 77-81.

6. Mustafaev D. M., Svistushkin V. M., Kochneva A. S. Papillomatoz gortani: sovremennyye vozmozhnosti lecheniya [Papillomatosis of the larynx: current possibilities of treatment]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya - Russian otorhinolaryngology*, 2013, No. 3 (64), pp. 190-194.

7. Poslova L. Yu., Pivikov V. U., Kostareva T. Yu., Tumakova N. B., Igumnova V. G., Katmarchiev A. R. Papillomatoz trakheobronkhialnogo dereva u novorozhdennykh [Papillomatosis of the tracheobronchial tree in newborns]. *Meditsinskiy almanakh - Medical almanac*, 2009, No. 2 (7), pp. 82-84.

8. Romanova Zh. G. Papillomatoz gortani u vzroslykh [Papillomatosis of the larynx in adults]. *Zdravookhraneniye: nauchno-prakticheskiy ezhe mesyachnyy zhurnal Respubliki Belarus - Healthcare: scientific and practical monthly magazine of the Republic of Belarus*, 2010, No. 7, pp. 40-46.

9. Samoylichenko V. O., Abdulkherimov Kh. T., Rozhkova T. I. Primeniye argon-usilennoy plazmennoy koagulyatsii v lechenii retsidiviruyushchego respiratornogo papillomatoza gortani [use of argon-enhanced plasma coagulation in the treatment of recurrent respiratory papillomatosis of the larynx]. *Vestnik uralskoy meditsinskoy akademicheskoy nauki - Herald of the Ural medical academic science*, 2010, No. 3, pp. 49-50.

10. Svistushkin V. M., Mustafaev D. M. Papillomatoz gortani: sovremennoye sostoyaniye problem [Papillomatosis of the larynx: current state of the problem]. *Vest. Otorinolar - , 2013, No. 2, pp. 79-85.*

11. Soldatskiy Yu. L., Onufrieva E. K., Pogosova I. E., Strygina Yu. V., Dyudya A. V. Infitsirovannost virusom papillomy cheloveka verkhnikh dykhatelnykh putey u detey bez klinicheskikh priznakov respiratornogo papillomatoza [Infection

with human papilloma virus of the upper respiratory tract in children without clinical signs of respiratory papillomatosis]. *Vestnik Otorinolaringologii - Herald of otorhinolaryngology*, 2009, No. 1, pp. 16-19.

12. Soldatskiy Yu. L., Onufrieva E. K., Strygina Yu. V., Pogosova I. E. Ret-sidiviruyushchiy respiratornyy papillomatoz: sovremennoye sostoyaniye problem [Recurrent respiratory papillomatosis: current state of the problem]. *Vestnik Otorinolaringologii – Herald of otorhinolaryngology*, 2009, No. 4, pp. 66-71.

13. Soldatskiy Yu. L., Onufrieva E. K., Pogosova I. E., Zavitkorporina T. G. Osobennosti sostoyaniya gortani i glotki u detey, stradayushchikh gastroezofagealnoy refluksnoy boleznyu [Features of the larynx and pharynx in children with gastroesophageal reflux disease]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya - Russian otorhinolaryngology*, 2009, No. 1, pp. 128-132.

14. Yagoda N. L. Ret-sidiviruyushchiy respiratornyy papillomatoz [Recurrent respiratory papillomatosis]. *Meditsinskiy vestnik severnogo Kavkaza – Medical Herald of North Caucasus*, 2010, No. 3, pp. 78-79.

15. Bondaryev A., Makris D., Breen D.P., Dutau H. Airway Stenting for Severe Endobroncheal Papillomatosis. *Respiration*, 2009, Vol. 77 (4), pp. 455-458.

16. Katsenos S., Besker H. D. Recurrent respiratory papillomatosis a rare chronic disease difficult to treat with potential to lung cancer transformation apropos of two cases and a brief literature review. *Case Reports in Oncology*, 2011, Vol. 23, No. 4 (1), pp. 162-171.

17. Mammias I. N., Sourvinos G., Spandidos D. A. Human papilloma virus (HPV) infection in children and adolescents. *European Journal of Pediatrics*, 2009, Vol. 168, pp. 267 – 2739.

18. Naren N., Harold S., Pine., Michael P., Underbrink. Recurrent Respiratory Papillomatosis. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 2012, Vol. 45 (3), pp. 671-676.

19. Sataloff R. T. Laryngopharyngeal reflux and voice disorders: an overview on disease mechanisms, treatments, and research. *Advances Discovery Medicine*, 2010, Vol. 10 (52), pp. 213-224.

20. Xue Q., Wang H., Wang J. Recurrent respiratory papillomatosis: an overview. *European Journal of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*, 2010, Vol. 29, pp. 1051–1054.

Сведения об авторах:

Шамсидинов Бобоназар Насридинович – зав. кафедрой оториноларингологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н., доцент
Гаффарова Матлюба Абдузунуновна – директор ООО «Стоматбизнес Компани» сеть медицинских клиник Добромед, д.м.н., профессор
Мухтарова Парвина Рахматовна – ассистент кафедры оториноларингологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Контактная информация:

Шамсидинов Бобоназар Насридинович – тел: +99293583 44 85; e-mail: bobonazar_67@mail.ru

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

© Д.М. Курбанов, 2017

УДК 616-089-06;616.36

Курбанов Д.М.

БИЛОМА ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Kurbanov J.M.

BILOMA AFTER LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

Department of Operative Surgery and Topographical Anatomy of the Tajik Medical State University named after Abuali-ibn-Sino

Описано клиническое наблюдение биломы после лапароскопической холецистэктомии. Особенность описываемого клинического наблюдения заключается в том, что большое скопление желчи в подпеченочном (ограниченном) пространстве в отдаленном периоде после операции и долгое бессимптомное течение появляется в раннем послеоперационном периоде, но, будучи неинфицированными, может длительное время оставаться незамеченным. Минимально инвазивный способ лечения (чрескожное дренирование) под контролем УЗИ позволяет предупредить прорыв биломы в свободную брюшную полость.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холецистэктомия спонтанная билома

In this clinical situation, we are talking about the observation of biloma after laparoscopic cholecystectomy. The features described in our clinical observation is the fact that a large concentration of bile in sub hepatic space in the long term after surgery will be a long asymptomatic accumulation of bile in a confined space (Billoma) appears in the early postoperative period, but as a non-infected may remain unnoticed for a long time. Minimally invasive method of treatment (percutaneous drainage) under ultrasound guidance allows Billoma breakthrough in the free abdominal cavity.

Key words: cholelithiasis, cholecystectomy, spontaneous Billoma

Актуальность. К началу XXI века значительно возросло число пациентов, страдающих калькулезным холециститом, что послужило основанием говорить о его "тихой эпидемии". Данные VI Всемирного конгресса гастроэнтерологов свидетельствуют, что «...холецистолитиаз по распространенности уступает лишь атеросклерозу и служит поводом для ежегодного проведения до 2,5 миллионов плановых и экстренных операций на желчевыводящих путях в мире» [1-3].

Одно из ведущих мест в структуре ранних послеоперационных осложнений занимает желчистечение (билома, наружный желчный свищ, желчный перитонит), которое следует рассматривать как самостоятельную проблему, поскольку оно может быть следствием ятрогенного повреждения

магистральных желчных протоков и быть опасным для жизни [3, 4]. Среди этого вида осложнений самой частой является билома, т.е. скопление желчи, окруженное псевдокапсулой. Оно наблюдается и после открытой холецистэктомии, однако после ЛХЭ встречается чаще [5, 6, 7].

Клиническое наблюдение. Больная П. 1961 года рождения, в 2015 г. обратилась в отделение хирургии КДЦ ТГМУ им. Абуали ибн Сино с жалобами тяжесть и боль в правом подреберье, сухость и горечь во рту, общую слабость. За 2 года до обращения при обследовании по месту жительства диагностирована желчнокаменная болезнь. При УЗИ выявлены множественные конкременты диаметром до 1,0 см. Неоднократно получала консервативное лечение по

месту жительства. Наличие частых приступов и неэффективность консервативных методов терапии явились показаниями к оперативному лечению. Под общим обезболиванием произведена видеолaparоскопическая холецистэктомия. С целью контроля желчеистечения и кровотечения подпечёночное пространство дренировано силиконовой трубкой. Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренаж удален на второй день операции, после контрольного УЗИ. Больная выписана из отделения в удовлетворительном состоянии на 5-е сутки после операции. При контрольных УЗИ на второй и пятый дни после операция каких-либо

скоплений в брюшной полости не отмечено. В течение 45 дней состояние пациентки оставалось удовлетворительным, жалоб не было. Со слов больной, на 46 день после выписки из стационара появились боли опоясывающего характера, сопровождавшиеся тошнотой и рвотой. Появилась лихорадка до 38 °С. Через 4 дня от начала заболевания пациентка госпитализирована повторно в состоянии средней тяжести. На момент поступления гипертермия сохранялась. При осмотре отмечалась припухлость в правом подреберной и частично в эпигастральной областях, умеренная болезненность при пальпации правых отделов живота (рис. 1).



Рис. 1. Больная П. Припухлость в правой подреберной и частично в эпигастральной областях при осмотре

Анализ крови: лейкоциты 14×10^9 /л, общий билирубин 24,4 мкмоль/л, щелочная фосфатаза 399 Е/л. При УЗИ в брюшной полости диагностировано жидкостное скопление от уровня поджелудочной железы до правой подвздошной

области неоднородной структуры и неправильной формы.

Под контролем УЗИ произведено чрескожное дренирование жидкостного скопления, в результате чего получено 2500 мл мутной желчи (рис. 2, 3).



Рис.2. Больная П. Подготовка больного для проведения чрескожной пункции брюшной полости под контролем УЗИ

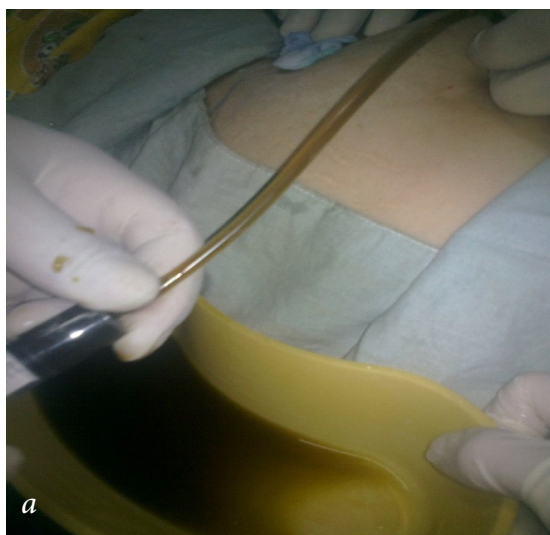


Рис. 3 а, б. Больная П. Вытекание желчи из брюшной полости по дренажной трубке

Из дренажной трубки ежедневно, не уменьшаясь, отделялось около 200 мл желчи. В этой связи на третий день под эндотрохеальным наркозом произведена лапаротомия, обнаружено соскальзывание клипсы с пузырьного протока. Произведено лигирование пузырьного протока, санация и дренирование брюшной полости

После операции нормализовалась температура тела, улучшалось общее состояние больного. При контрольных УЗИ брюшная полость без особенностей, дренажная трубка удалена на 5-е сутки. Больная выписана в удовлетворительном состоянии на 7-е сутки после операции.

Пациентка осмотрена через месяц от момента выписки, состояние не вызывает опасений. Жалоб не предъявляет, также признаков рецидива скопления жидкости (по данным УЗИ брюшной полости) не выявлено.

Цель публикации данного клинического наблюдения заключается в диагностике и тактике лечения редких осложнений лапароскопической холецистэктомии, в частности биломы. Особенностью описываемого клинического наблюдения является то, что большое скопление желчи в подпеченочном пространстве в отдаленном периоде после операции и долгое бессимптомное течение биломы, т.е. скопление желчи в ограниченном пространстве, появляется в раннем послеоперационном периоде, но, будучи неинфицированным, может длительное время оставаться незамеченным. Тем не менее, у больной послеоперационный период проходил без осложнений. Отсутствие каких-либо жидкостных скоплений в брюшной полости при контрольных УЗИ на 2 и 5 дни после операции свидетельствует о соскальзывании клипсы после выписки больного из стационара.

ЛИТЕРАТУРА (пп. 5-7 см. в REFERENCES)

1. Аббасова С.Ф. Лапароскопическая холецистэктомия у больных старших возрастных групп // Хирургия. 2015. № 9. С. 83–86
2. Добровольский С.Р., Рамазанов А.Р., Курбанов Ф.С., Садовый П.Г. Результаты использования различных вариантов холецистэктомии у больных старших возрастных групп // Хирургия. 2011. №9. С.11-14.
3. Редкое осложнение после лапароскопической холецистэктомии // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2015. Т. V, №3. С. 585-588
4. Усовершенствованная техника гепатикоэнтеростомии на сменном транспеченочном дренаже по Гетцу при лечении больных со «свежими» травмами и стриктурами гепатикохоледоха // Вестник Авиценны. 2012. №4. С.22-28.

REFERENCES

1. Abbasova S. F. Laparoskopicheskaya kholetsistektomiya u bolnykh starshikh voznrastnykh grupp [Laparoscopic cholecystectomy in patients of older age groups]. *Khirurgiya - Surgery*, 2015, No. 9, pp. 83–86.
2. Dobrovolskiy S. R., Ramazanov A. R., Kurbanov F. S., Sadovyy P. G. Rezultaty ispolzovaniya razlichnykh variantov kholetsistektomii u bolnykh starshikh voznrastnykh grupp [The results of the different variants of cholecystectomy in patients of older age groups]. *Khirurgiya - Surgery*, 2011, No. 9, pp. 11-14.
3. Redkoe oslozhnenie posle laparoskopicheskoy kholetsistektomii [A rare complication after laparoscopic cholecystectomy]. *Vestnik eksperimentalnoy i klinicheskoy khirurgii - Herald of experimental and clinical surgery*, 2015, Vol. 5, No. 3, pp. 585-588.
4. Usovershenstvovannaya tekhnika gepatikoenterostomii na smennom transpechyonochnom drenazhe po Gettsu pri lechenii bolnykh so "svezhimi" travmami i strikturami gepatikokholedokha [A rare complication after laparoscopic cholecystectomy 4. Improved technique of hepaticoenterostomy on removable transhepatic drainage according to Goetz in the treatment of patients with "fresh" injuries and strictures of the extrahepatic bile ducts]. *Vestnik Avitsenny - Herald Of Avicenna*, 2012, No. 4, pp. 22-28.

5. Bas G., Okan I., Sahin M. et al. Spontaneous biloma managed with endoscopic retrograde cholangiopancreatography and percutaneous drainage: a case report. *Journal of Medical Case Reports*, 2014, Vol. 5, No. 3, pp. 27-29

6. The long-term effect of bile duct injuries on health-related quality of life: a meta-analysis. *HPB (Oxford)*, 2013, Vol. 15, No. 4, pp. 252-259.

7. Problems leading to conversion in laparoscopic cholecystectomy. *Mymensingh Medical Journal*, 2013, Vol. 22, No. 1, pp. 53-58.

Сведения об авторе:

Курбанов Джурабек Муминович – зав. кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Контактная информация:

Курбанов Джурабек Муминович – Таджикистан, Душанбе, пр. Рудаки 139; тел.: +992 93 903 29 39; e-mail: DJQ.@mail.ru

© Коллектив авторов, 2017

УДК 616.62-003.7-089.85

¹Назаров Т.Х., ¹Стецик О.В., ¹Рычков И.В., ¹Агагюлов М.У., ²Трубникова К.Е.

НЕТИПИЧНЫЙ ГИДРОНЕФРОЗ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ КАМНЕ МОЧЕТОЧНИКА

¹Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

²Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Консультативно-диагностический центр для детей», Санкт-Петербург, Россия

¹Nazarov T.KH., ¹Stecik O.V., ¹Rychkov I.V., ¹Agagyulov M.U., ²Trubnikova K.E.

ATYPICAL HYDRONEPHROSIS DURING OBSTRUCTIVE URINARY STONES

¹Federal State Budget and Educational Institution of Higher Education «North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov», Ministry of Health of Russian Federation, Saint Petersburg

²St. Petersburg State Budgetary Healthcare Institution “Consultative and Diagnostics Center for Children”, Saint Petersburg, Russia

Данное клиническое наблюдение посвящено актуальной проблеме современной урологии – мочекаменной болезни и гидронефрозу. Приводится наблюдение нетипичного гигантского гидронефроза вследствие обструктивного, длительного стоящего конкремента нижней трети мочеточника. В терминальной стадии гидронефроза выполнена современная методика лечения – лапароскопическая нефруретерэктомия, исход благоприятный.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, гидронефроз, литотрипсия, нефруретерэктомия

This clinical observation is devoted to the actual problem of modern urology - urolithiasis and hydronephrosis. The authors present the observation of an atypical giant hydronephrosis as a result of an obstructive, long standing concretion of lower third of the ureter. In the terminal stage of hydronephrosis, a modern method of treatment - laparoscopic nephroureterectomy is performed, and the outcome of which is favorable.

Key words: urolithiasis, hydronephrosis, lithotripsy, nephroureterectomy

Степень тяжести состояния и самочувствия больных уролитиазом обычно связана не столько с самим фактом наличия этого заболевания, сколько с теми осложнениями, к которым оно приводит [3, 4]. Наиболее частым осложнением уретеролитиаза является гидронефротическая трансформация. [1]

Гидронефроз – заболевание, характеризующееся прогрессирующим расширением чашечно-лоханочной системы (ЧЛС), которое обусловлено нарушением оттока мочи. Повышение гидростатического давления в ЧЛС приводит к атрофии паренхимы и прогрессирующему снижению функции почки [2, 5].

При длительной обструкции мочеточника заболевание зачастую длительное время протекает бессимптомно и приводит к значительным структурно-функциональным изменениям паренхимы почки и мочеточника, когда органосохраняющие операции уже неэффективны.

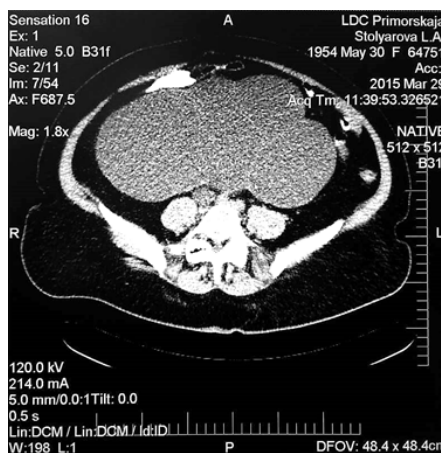
При высокой частоте органуносящих операций, приводящих к инвалидизации больного, проблема терминального гидронефроза остается актуальной и требует дальнейшего изучения.

Приводим клиническое наблюдение

Пациентка Л.А., 61 год госпитализирована в плановом порядке в клинику нашей кафедры 31.08.2015 г. (история болезни №11207/5) для оперативного лечения. Жалобы на умеренные боли в поясничной области, больше справа, общая слабость, недомогание.

Из анамнеза: считает себя больной с осени 2014г, когда появились вышеуказанные жалобы. Наблюдалась у уролога в поликлинике по месту жительства.

02.02.2015 г. выполнено УЗИ почек, мочевого пузыря: размеры правой почки не определяются, множественные кисты в проекции почки диаметром до 18 мм. В нижней трети правого мочеточника визуализируется локальное расширение до 13 мм, сразу за ним отчетливо лоцируется конкремент 8,5 мм. Левая почка не изменена, паренхима равномерная. Мочевой пузырь не заполнен.



Заключение: УЗИ-признаки множественной кисты правой почки? Правосторонняя уретероэктазия в нижней трети, МКБ? Конкремент правого мочеточника.

29.03.2015 г. выполнена компьютерная томография почек с контрастированием. Заключение: конкремент нижней трети правого мочеточника (размерами 10,8x8x11,7 мм; плотность по НУ=1870), уретероэктазия справа. Объемное кистозное образование в брюшной полости.

Рекомендовано дообследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастированием (вероятно выраженный гидронефроз правой почки).



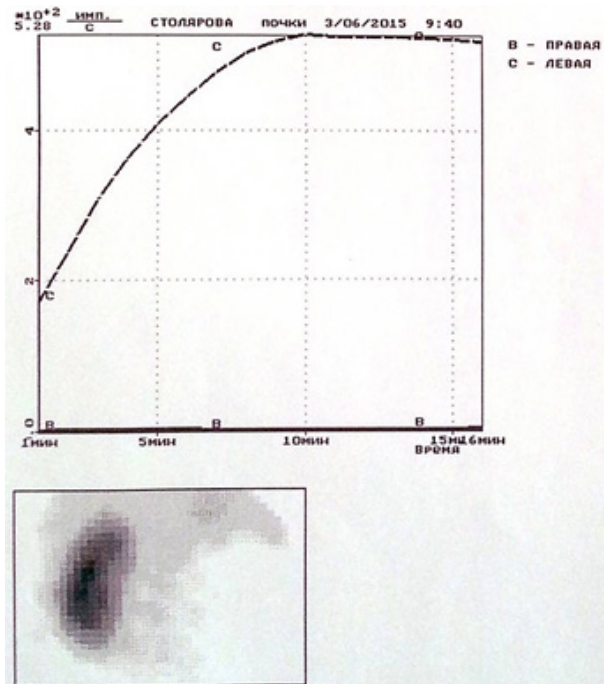
08.04.2015 г. повторно выполнена компьютерная томография почек с контрастированием. Заключение: КТ-признаки мультибугристого кистозного образования в брюшной полости справа, локального конкремента в нижней трети правого мочеточника, локальной зоны накопления контрастного препарата в дне желчного пузыря (полип?), КТ-признаки дискинезии желчевыводящих путей, стеатоза печени.

24.04.2015 г. поступила в урологическое отделение одной из городских клиник Санкт-Петербурга с целью обследования и лечения с жалобами на тянущие боли в правой поясничной области, иррадиирующие в паховую область, учащенное мочеиспускание малыми порциями.

24.04.2015 г. выполнена обзорная рентгенография органов мочевыводящих путей: на рентгенографии брюшной полости на уровне S3 справа контрастное образование.

29.04.2015 г. выполнена диагностическая уретероскопия справа. Выполнить контактную уретеролитотрипсию не представляется возможным из-за высокой плотности камня и выраженного перегиба мочеточника на высоте около 5 см от устья. Ретроградно выполнена уретерография, на

которой определяется фиксированный S-образный перегиб мочеточника, за которым визуализируется крупный контрастный конкремент. В связи с неэффективностью литотрипсии и возможным повреждением мочеточника (перфорация, отрыв) оперативное лечение решено прекратить. В послеоперационном периоде назначена противовоспалительная, антибактериальная (цефотаксим, ципрофлоксацин) терапия.



07.05.2015 г. выписана под наблюдение уролога поликлиники по месту жительства. 03.06.2015 г. выполнена динамическая сцинтиграфия почек. Заключение: тяжелое нарушение функции правой почки. Ренограмма афункциональна. Накопительно-выделительная функция левой почки нарушена в средней степени.

Объективно: состояние пациентки средней тяжести, температура тела 36,7°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски и влажности. Подкожный жировой слой выражен. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД 120/80 мм рт.ст., пульс 86 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Язык влажный, чистый. Живот симметричный, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Почки: правая – пальпируется объемное образование, безболезненное при пальпации; левая – не пальпируется, безболезненна. Стул регулярный. Суточный диурез 1500 мл.

Клинико-биохимические анализы крови и мочи:

Клинический анализ крови от 21.09.2015: Лейкоциты $8,2 \times 10^9$ /л; Эритроциты $4,31 \times 10^{12}$ /л; Гемоглобин 139 г/л; Гематокрит 0,393 л/л; Средний

объем эритроцита 91,2 фл; Среднее содержание гемоглобина в эритроците 32,3 пг; Средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах 355 г/л; Распределение эритроцитов по объёму 12,4%; Количество тромбоцитов 129×10^9 /л; Средний объем тромбоцитов 10,3 фл; Тромбоцитоз $0,132 \times 10^{-2}$ л/л; Распределение тромбоцитов по объёму 17,1%.

Биохимический анализ крови от 01.09.2015: Общий белок 75 г/л; АЛТ 25 ед/л; АСТ 24 ед/л; Амилаза 37 ед/л; Билирубин общий 4,2 мкмоль/л; Глюкоза 6,5 ммоль/л; Креатинин 66 мкмоль/л; Мочевина 7,6 ммоль/л; Калий 4 ммоль/л; Натрий 142 ммоль/л.

Химический анализ мочи от 01.09.2015: Глюкоза норма; Белок 1+ 0,7 г/л; Билирубин -; Уробилиноген норма; pH 5,5; Кровь 1+0,6 мг/л; Кетоны -; Нитриты -; Лейкоциты 250 лейкоц/мкл; Прозрачность 1+; Удельный вес 1,019; Цвет Желтый.

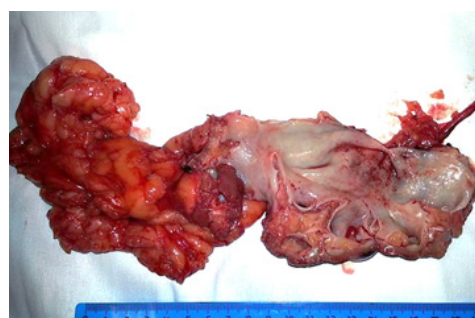
Клинический диагноз:

Основной: Мочекаменная болезнь. Конкремент нижней трети правого мочеточника. Хронический пиелонефрит.

Сопутствующий: Полип желчного пузыря. Дегенеративно-дистрофическое заболевание поясничного отдела позвоночника

Осложнение: Уретерогидронефроз справа, терминальная стадия.

08.09.2015 г. Оперативное вмешательство: лапароскопическая нефроуретерэктомия справа. Под эндотрахеальным наркозом в типичных местах заведены 2 троакара 10 мм и 2 троакара 5 мм. Инсуффляция CO₂ до 14 мм рт.ст. Заведен лапароскоп, контрольная лапароскопия. Правая почка больших размеров примерно 30 см в длину. Отмечается выраженная дилатация мочеточника. Мочеточник освобожден до нижней трети, где отмечается конкремент, перевязан в двух местах и пересечен. Почка пунктирована в нижнем полюсе, выделено около 1 литра мутной мочи. Почка мобилизована вместе с паранефрием. Выделена почечная ножка. На почечную артерию и вену наложены пластиковые клипсы и пересечены. Почка полностью выделена и удалена через разрез на передней брюшной стенке - параумбиликально. Установлен дренаж в ложе правой почки. Гемостаз. Троакары удалены из брюшной полости. Деинсуффляция. Швы на рану. Асептическая повязка. Макропрепарат: огромных размеров почка, гидронефротическая трансформация.



Гистологическое заключение от 10.09.2015 г. Макро: Правая почка – вскрыта. Размеры 18×17×1,5 см. Капсула с очагами кровоизлияниями, буроватого цвета, крупнобугристая. В почке множественные крупные кисты, занимающие всю почку. Диаметр кист от 4 до 8 см. Стенки кист гладкие. Мочеточник протяженностью 17 см, диаметром 1 см, толщина стенки до 0,4 см, слизистая продольно-складчатая. В просвете определяется обструктивный конкремент размерами ≈15×10мм, черного цвета, плотной консистенции. Микро: Клубочки склерозированы, перигломерулярный фиброз, фиброз стромы, атрофия эпителия канальцев. Стенка мочеточника фиброзирована, выстлана типичным эпителием.

Послеоперационный период без особенностей.

22.09.2015 г. выписана в удовлетворительном состоянии.

Осмотр и обследование через 4 месяца после операции. Жалоб не имеет. Клинико-биохимические анализы крови и мочи в пределах нормы. По данным изотопной реносцинтиграфии, функция единственной оставшейся почки удовлетворительная. Ведет активный образ жизни, находится под нашим наблюдением.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Комяков Б.К. Урология: учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 464 с.
2. Пушкарь Д.Ю. Урология: учебник. М., 2013. 275 с.
3. Тиктинский О.Л., Александров В. П. Мочекаменная болезнь. СПб: Питер, 2000. 167 с.

REFERENCES

1. Komyakov B. K. *Urologiya: uchebnik* [Urology: textbook]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2013. 464 p.
2. Pushkar D. Yu. *Urologiya: uchebnik* [Urology: textbook]. Moscow, 2013. 275 p.
3. Tikinskiy O. L., Aleksandrov V. P. *Mochekamennaya bolezn* [Urolithic illness]. St. Petersburg, 2000. 167 p.

Сведения об авторах:

Назаров Тоирхон Хакназарович – профессор кафедры урологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения РФ, д.м.н.

Стецкич Олег Васильевич – доцент кафедры урологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения РФ, к.м.н.

Рычков Иван Вячеславович – очный аспирант кафедры урологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения РФ

Агагюлов Мурад Уружбекович – ординатор кафедры урологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения РФ

Трубникова Ксения Евгеньевна – врач лучевой диагностики Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Консультативно-диагностический центр для детей», к.м.н.

Контактная информация:

Назаров Тоирхон Хакназарович – Россия, 193015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41; тел.: +7 812303-50-00; e-mail: tair-nazarov@yandex.ru