



WWW.IPOVSZRT.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.Хахимов

Зарегистрирован в Министерстве культуры Республики Таджикистан № 029/МЧ-97 от 04.12.2017 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 16.03.2018 г.
Подписано в печать 25.04.2018 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 2414-0252

ДУШАНБЕ

Паёми таълимоти баъдидипломи соҳаи тандурустӣ

Вестник последипломного образования
в сфере здравоохранения

Выходит один раз в 3 месяца

Основан в 2011 г.

2 • 2018

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), **А.Г. Гоибов** (д.м.н., профессор), **С.Б. Давлатов** (д.м.н., научный редактор), **М.Н. Джураев** (д.м.н.), **К.А. Закирова** (д.м.н.), **Х.И. Ибодов** (д.м.н., профессор), **Т.Ш. Икромов** (д.м.н.), **К.И. Исмоилов** (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), **С.М. Мухамадиева** (д.м.н., профессор), **М. Нажмудинова** (д.м.н., профессор), **Ф.И. Одинаев** (д.м.н., профессор), **С.Р. Расулов** (д.м.н.), **З.Я. Рахимов** (к.м.н., доцент), **Р.Р. Рофиев** (к.м.н., доцент), **К.Х. Сироджов** (к.м.н.), **Хамидов Д.Б.** (к.м.н., доцент), **Д.И. Холматов** (д.м.н. доцент), **М.Н. Шакиров** (д.м.н.), **С.М. Шукурова** (член-корр. АМН РТ, д.м.н., профессор)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

А. Азизов (д.м.н., профессор), **Дж.А. Азонов** (д.м.н., профессор), **М.М. Алиев** (д.м.н., профессор; Ташкент), **В.Г. Баиров** (д.м.н., профессор; Санкт-Петербург), **Б.Б. Баховадинов** (д.м.н., профессор; Санкт-Петербург), **Р.Н. Бердиев** (д.м.н., доцент), **М.А. Гафарова** (д.м.н., профессор; Москва), **А.Д. Гоибов** (член-корр. АМН РТ, д.м.н., профессор), **Т.Г. Гульмурадов** (член-корр. АМН МЗ РТ, д.м.н., профессор), **Д.С. Додхоев** (д.м.н.), **М.Ф. Додхоева** (академик АМН МЗ РТ, д.м.н., профессор), **А.Р. Достиев** (д.м.н., профессор), **П.Т. Зоиров** (член-корр. АМН РТ, д.м.н., профессор), **М.С. Исаева** (д.м.н., профессор), **А.А. Исмаилов** (д.м.н.) **М.Я. Камилова** (д.м.н., доцент), **М.М. Каратаев** (д.м.н., профессор; Бишкек), **М.К. Кулджанов** (д.м.н., профессор; Алма-Ата), **Назаров Т.Х.** (д.м.н., профессор; Санкт-Петербург), **Ш.Ф. Одинаев** (д.м.н., доцент), **Р.А. Рахмонов** (д.м.н.), **Руммо О.О.** (д.м.н., профессор; Минск), **С.С. Сатторов** (д.м.н., профессор), **И.В. Тимофеев** (д.м.н., профессор; Санкт-Петербург), **И.Б. Холматов** (д.м.н., профессор)



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 • 2018

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), **Goibov A.G.** (doctor of medical science, professor), **Davlatov S. B.** (doctor of medical science, scientific editor), **Dzhuraev M. N.** (doctor of medical science), **Zokirova K. A.** (doctor of medical science), **Ibodov Kh. I.** (doctor of medical science, professor), **Ikromov T. Sh.** (doctor of medical science), **Ismoilov K. 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), **Mukhamadiyeva S. M.** (doctor of medical science, professor), **Nazhmudinova M.** (doctor of medical science, professor), **Odinaev F. I.** (doctor of medical science, professor), **Rasulov S. R.** (doctor of medical science), **Rakhimov Z. Ya.** (candidate of medical science, docent), **Rofiev R. R.** (candidate of medical science, docent), **Sirodzhov K. Kh.** (candidate of medical science), **Khamidov D. B.** (candidate of medical science, docent), **Kholmatov D. I.** (doctor of medical science, professor), **Shakirov M. N.** (doctor of medical science), **Shukurova S. M.** (Corresponding member of the Academy of medical science of Republic of Tajikistan, doctor of medical science, professor)

EDITORIAL COUNCIL

Azizov A. (doctor of medical science, professor), **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), **Berdiev R.N.** (doctor of medical science, docent), **Gafarova M.A.** (doctor of medical science, professor; Moscow), **Goibov A.D.** (Corresponding member of the Academy of medical science of Republic of Tajikistan, doctor of medical science, professor), **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), **Dodkhoev D. S.** (doctor of medical science), **Dostiev A. R.** (doctor of medical science, professor), **Zoirov P.T.** (Corresponding member of the Academy of medical science of Republic of Tajikistan, doctor of medical science, professor), **Isaeva M.S.** (doctor of medical science, professor), **Ismailov A. A.** (doctor of medical science), **Kamilova M. Ya.** (doctor of medical science, docent), **Karataev M. M.** (doctor of medical science, professor; Bishkek), **Kulzhanov M. K.** (doctor of medical science, professor, Alma-Ata), **Nazarov T. Kh.** (doctor of medical science, professor; St. Petersburg), **Odinaev Sh. F.** (doctor of medical science, docent), **Rakhmonov R. A.** (doctor of medical science), **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), **Kholmatov I. B.** (doctor of medical science, professor)

ISSN 2414-0252

DUSHANBE

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

Слово главного редактора

From the editor

От редактора

Editor-in-chief's speech

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА МЕДИЦИНЫ

THEORY AND PRACTICE OF MEDICINE

Абдуллоев Д.А., Маджитов Д.Э., Билолов М.К., Сайфудинов Ш.Ш.

Послеоперационная пневмония у больных пожилого и старческого возрастов с обтурационным холециститом

Abdullov D.A., Madzhitov D.E., Bilolov M.K., Sayfudinov Sh.Sh.

Postoperative pneumonia in patients of elderly and old age with obturation cholecystitis

Болиева Г.У., Сафарова С.М.

Особенности пред-, интра- и послеоперационного периодов у пациенток с органосохраняющей операцией по поводу миомы матки

Bolieva G.U., Safarova S.M.

Features of pre-, intra-, and postoperative period in patients after organ-preserving surgery for myoma of the utery

Ганиева М.Х., Гаиров А.Г., Камилова М.Я., Джуракулова Ф.М.

Санитарная просвещенность как важнейший детерминант репродуктивного здоровья и поведения молодежи Таджикистана

Ganieva M.H., Gaibov A.G., Kamilova M.Y., Churakulova F.M.

Sanitary enlightenment as the most important determinant of the reproductive health and behavior of youth in Tajikistan

Давлятова Г.К., Камилова М.Я., Ахмедов А.

Значение аудита критических случаев в системе непрерывного образования в родовспомогательных учреждениях Таджикистана

Davlyatova G.K., Kamilova M.M., Akhmedov A.

Significance of audit of critical cases in the system of continuous education in delivery homes of Tajikistan

Икромов М.К.

Оценка эффективности временной перевязки наружной сонной артерии при хирургическом лечении юношеской ангиофибромы основания черепа

Ikromov M. K.

Evaluation of the effectiveness of temporary ligation of the external carotid artery during surgical treatment of juvenile angiofibroma of the skull base

Караев И.И., Рахматова Р.А.

Изучение деятельности пищеварительной системы у детей с лимфобластным лейкозом острого течения

Karaev I.I., Rakhmatova R.A.

Studying of activity alimentary by child with lymphoblastik leukosis sharp flow

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

Клиническое течение и лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза у больных с сочетанной ТБ/ВИЧ-инфекцией

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

Clinical flow and drug stability of TB microbacteria in patients with combined TB/HIV-infections

Муминзода Б.Г., Ахмедов А., Мирзоев Ф.Х.

Оценка эффективности функционирования службы скорой медицинской помощи в составе объединенных больниц

Muminzoda B.G., Akhmedov A., Mirzoev F.Kh.

Evaluation of the effectiveness of the operation of the ambulance service as part of integrated hospitals

Мухиддинов Н.Д., Азимов А.Т., Сайхунов К.Д., Баротов Х.Х.

Влияние антиоксидантов на перекисное окисление липидов у больных с осложненными формами синдрома диабетической стопы

Mukhiddinov N.D., Asimov A.T., Saykhunov K.D., Barotov Kh.H.

Influence of antioxidants on peroxidation of lipides in patients with complicated forms of diabetic foot syndrome

Мухторова П.Р., Шамсидинов Б.Н., Истоилова М.А., Олимов Т.Х.

Восстановление голоса при функциональных дисфониях у больных с невротическими состояниями

Набиев М.Х., Абдуллоев Д.А., Юсупова Ш.Ю., Боронов Т.Б.

Рациональная хирургическая тактика при выборе уровня ампутации у больных с осложненными формами синдрома диабетической стопы

Ниязова С.Дж., Болиева Г.У., Хушвахтова Э.Х., Холова С.Х.

Структура дисгормональных заболеваний молочных желез при гиперпластических процессах малого таза

Нурматова З.И., Юсупова М.Р., Ибрагимова Н.И.

Современный метод безопасного аборта

Одинаев А.А., Мурадов А.М., Икромов Т.Ш., Шумилина О.В.

Оценка функционального состояния почек при остром повреждении у детей

Раджабова С.Г.

Современный подход к лечению диссеминированного рака молочной железы с метастазами в кости с применением бисфосфонатов

Расулов С.Р., Рофиева З.Х., Расулов К.С.
Тенденции рака молочной железы в Республике Таджикистан (заболеваемость, смертность)

Рахматуллоев Р.Р.

Видеолапароскопическая диагностика и лечение острого аппендицита

Рахмонов Р.А., Исокова М.Дж., Ганиева М.Т., Холматова Г.К.

Особенности реабилитации детей, страдающих детским церебральным параличом с эпилептическими приступами

Рузиев М.М., Бандаев И.С., Косимова С.В., Джонова Б.Ю.

Мониторинг и оценка антиретровирусной терапии пациентов с ВИЧ-инфекцией и сочетанной инфекцией ВИЧ/ТБ

Сабуров С.К., Зарипов А.Р.

Интегральный показатель результатов ортопедического лечения соматических больных в зависимости от расположения края металлокерамических коронок

Саидмурадова Р.Х., Махкамов К.К., Вафоева О.Г., Зарипова М.Д.

Особенности нервно-психического и физического развития детей, родившихся от матерей с преэклампсией

Mukhtorova P.R., Shamsidinov B.N., Istoilova M.A., Olimov T.Kh.

Voice restoration in functional dysphonia in patients with neurotic conditions

Nabiev M.H., Abdulloev D.A., Yusupova S.Yu., Boronov T.B.

Rational surgical tactics in choosing the level of amputation in patients with complicated forms of the diabetic foot syndrome

Niyazova S.J., Bolieva G.U., Khushvahtova E.H., Kholova S.H.

Structure of dyshormonal diseases of the mammary glands with hyperplastic processes of the small pelvis

Nurmatova Z.I., Yusupova M.R., Ibragimova N.I.

Contemporary method of safe abortion

Odinaev A.A., Muradov A.M., Ikromov T.Sh., Shumilina O.V.

Assessment of the functional state of kidneys in acute injury in children

Rajabova S.G.

Modern ways for the treatment disseminated breast cancer with metastasis in bones with using bisphosphonates

Rasulov S.R., Rofieva Z.Kh., Rasulov K.S.
Trends of breast cancer in the republic of Tajikistan (morbidity, mortality)

Rakhmatulloev R.R.

Videolaparoscopic diagnosis and treatment of acute appendicitis

Rakhmonov R.A., Isokova M.J., Ganieva M.T., Kholmatoeva G.K.

Peculiarities of rehabilitation of children with ICP with epileptic personalities

Ruziev M.M., Bandyayev I.S., Kosimova S.V., Dzhonova B.Yu.

Monitoring and assessment of antiretroviral therapy of patients with HIV infection and the combined infection of HIV / TB

Saburov S.K., Zaripov A.R.

Integral parameters of the results of orthopedic treatment of somatic patients depending on the location of the ceramic metal crowns

Saidmuradova R.H., Mahkamov K.K., Vafioeva O.G., Zaripova M.J.

Peculiarities of the neuropsychiatric and physical development of the children born from mothers with pre-eclampsia

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Белоконев В.И., Жаров А.В., Пономарева Ю.В.

Бедренная грыжа – исторический обзор техники операций

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Амхадов И.С., Гергиева Т.Ф., Брайловская Т.В.

Особенности проведения операции синус-лифтинг с помощью резорбируемой мембраны и пинов

ЮБИЛЕЙ

К 70-летию КОДИРИ Тавфик Рафикзода

REVIEW

Belokonev V.I., Zharov A.V., Ponomareva J.V.

Femoral hernia - historical review of operative techniques

CASE FROM PRACTICE

Amkhadov I.S., Gergieva T.F., Brailovskaya T.V.

Particularities of undertaking the operation of sinus-lifting by resorbed membrane and pins

ANNIVERSARY

On the 70th anniversary of Professor Kodiri Tavfik Rafikzoda

СЛОВО ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Уважаемые читатели!

Журнал «Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения», выпускаемый ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», является информационной платформой как для научных, так и для практических работников здравоохранения. В журнале публикуются основные результаты научных исследований, в том числе кандидатских и докторских диссертационных работ нашего института и других учреждений Республики Таджикистан, а также наших коллег из-за рубежа. Кроме того, на наших страницах Вы можете найти описания интересных случаев из практики, актуальные обзоры литературы, лекции и юбилейные статьи. Особое внимание уделяется новейшим технологиям учебного процесса непрерывного обучения медицинских сотрудников.

Журнал выходит один раз в три месяца, и каждый номер имеет не менее 80 страниц. На последней странице имеется раздел «Вниманию авторов», где подробно описаны правила оформления и приема статей. Поскольку журнал является рецензируемым, статьи принимаются строго по указанным требованиям и публикуются только после положительного заключения авторитетного эксперта и обязательного редактирования корректорами. Рецензирование является слепым односторонним, а редакторы уделяют особое внимание содержанию статьи и проверке данных статистической обработки, их соответствию современным требованиям.

Журнал внесён в перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук ВАК РФ с 3 июня 2016 года, что обязывает авторов быть более внимательными к качеству написания статей.

*Главный редактор журнала
«Вестник последипломного
образования в сфере здравоохранения», д.м.н.*

Мухиддинов Н.Д.

ОТ РЕДАКТОРА

Наше издание является научно-практическим журналом, в котором публикуются основные научные результаты исследований, полученные соискателями, аспирантами и докторантами. Кроме того, в издание нашего журнала принимаются работы из других лечебно-учебных и научных медицинских учреждений республики. Материалы публикуются в цветном формате, что улучшает восприятие наглядного материала. С целью совершенствования учебного процесса и в помощь педагогическому составу высших образовательных медицинских заведений, а также для слушателей, клинических ординаторов и интернов в журнале издаются обзоры лекций, интересные случаи из практики или описания серии случаев.

Журнал выходит 4 раза в год, и каждый номер имеет свыше 80 страниц. Статьи публикуются только после одностороннего рецензирования и тщательной коррекции строго по требованиям, описанным в каждом номере журнала.

Журнал призван обеспечить большую интеграцию и тесное взаимодействие научных и практикующих медицинских работников, способствует внедрению новых научных и прикладных разработок в практику работы с организациями.

*Редактор журнала «Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»
к.м.н., доцент*

Рофиев Р.Р.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© Коллектив авторов, 2018

УДК 82;364-003.30;366-069;616

Абдуллоев Д.А., Маджитов Д.Э., Билолов М.К., Сайфудинов Ш.Ш.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ПНЕВМОНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТОВ С ОБТУРАЦИОННЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ имени Абуали ибн Сино

Abdulloev D.A., Madzhitov D.E., Bilolov M.K., Sayfudinov Sh.Sh.

POSTOPERATIVE PNEUMONIA IN PATIENTS OF ELDERLY AND OLD AGE WITH OBTURATION CHOLECYSTITIS

Department of Surgery No. 2, Tajik State Medical University after Abu Ali ibn Sino

Цель исследования. Снизить частоту послеоперационной пневмонии у больных, оперированных по поводу острого обтурационного холецистита.

Материал и методы. Проанализированы результаты комплексной диагностики и лечения 116 оперированных пациентов по поводу острого обтурационного холецистита, разделенных на 2 группы. Основную группу составили 70 (60,4%) пациентов, которым на первом этапе выполняли микрохолецистостомию под ультразвуковым контролем. В группу сравнения включено 46 (39,6%) больных с ретроградной эндоскопической папилосфинктеротомией с литоэкстракцией, назобилиарным дренированием и зондированием желудка на первом этапе.

Результаты. Для профилактики послеоперационной пневмонии использовали этапное лечение в двух вариантах. При первом варианте на начальном этапе выполняли микрохолецистостомию после разрешения явлений острого обтурационного холецистита, на втором этапе выполняли лапароскопическую (n=26) и традиционную холецистэктомию (n=20). При втором варианте в качестве первого этапа операции была выполнена папилосфинктеротомия с назобилиарным дренированием, в дальнейшем в отсроченном порядке выполняли радикальное вмешательство.

Из 116 больных с острым обтурационным холециститом в раннем послеоперационном периоде в 42-х случаях наблюдали послеоперационную пневмонию, в развитии которой важное значение имеет недоучет сопутствующих заболеваний до операции и послеоперационные факторы: хронические заболевания легких и сердца, повышение внутрибрюшного давления.

Заключение. Пусковым механизмом возникновения послеоперационной пневмонии у больных с острым обтурационным холециститом является наличие сопутствующих заболеваний дыхательной и сердечной систем, повышение внутрибрюшного давления и длительное назогастральное дренирование.

Ключевые слова: обтурационный холецистит, пожилой и старческий возраст, послеоперационная пневмония

Aim. The study was to reduce the incidence of postoperative pneumonia in patients operated on for acute obstructive cholecystitis.

Materials and methods. The results of complex diagnosis and treatment of 116 operated patients for acute obstructive cholecystitis, which were divided into 2 groups, were analyzed. The main group consisted of 70 (60,4%) patients who underwent microcholecystostomy under the ultrasound control at the first stage. In the comparison group, 46 (39,6%) patients were included, in this group, retrograde endoscopic papillosphincterotomy with lithoextraction, nasobiliary drainage and gastric probing were performed in the first stage.

Results. For the prevention of postoperative pneumonia, stage treatment was used in two versions. In the first variant, microcholecystostomy was performed at the initial stage after resolution of acute obstructive cholecystitis, at the second stage laparoscopic (n = 26) and traditional cholecystectomy (n = 20) was performed.

In the second variant, papillosphincterotomy with nasobiliary drainage was performed as the first stage of the operation, later, in a delayed manner, radical intervention was performed.

Of the 116 patients with acute obstructive cholecystitis in the early postoperative period, postoperative pneumonia was observed in 42 cases, in the development of which important is the underestimation of concomitant diseases before surgery and postoperative factors: chronic lung and heart diseases, increased intra-abdominal pressure.

Conclusion. Thus, the trigger mechanism for the emergence of postoperative pneumonia in patients with acute obstructive cholecystitis is the presence of concomitant diseases of the respiratory and cardiac system, increased intra-abdominal pressure and prolonged nasogastric drainage.

Key words: obstructive cholecystitis, elderly and senile age, postoperative pneumonia

Актуальность

Острый обтурационный холецистит является одним из наиболее распространенных заболеваний органов пищеварения. В последние годы отмечается тенденция к увеличению распространенности желчно-каменной болезни (ЖКБ), приобретающее значение социальной проблемы, как в РФ, так и за рубежом [2, 3].

В связи с высокой распространенностью заболевания и устойчивой тенденцией к его росту, увеличивается и число операций по поводу холелитиаза. Ежегодно в мире производится более 2,5 млн. хирургических вмешательств по поводу ЖКБ. Несмотря на заметные улучшения результатов лечения, летальность после экстренных операций по поводу острого обтурационного холецистита остаётся в несколько раз выше, чем после плановых вмешательств [4]. Это связано как с поздней госпитализацией пациентов, так и с наличием сопутствующих заболеваний и несовершенством хирургической тактики.

По данным Хацко В.В. [9], сопутствующие заболевания послужили источником смертельных исходов у 64% умерших после холецистэктомии в возрасте старше 60 лет.

Высокая частота послеоперационных осложнений, особенно у больных пожилого и старческого возрастов, имеющих возрастные изменения дыхательной системы, обуславливает необходимость разработки новых подходов в лечении и профилактики послеоперационной пневмонии [8, 10]. Послеоперационная пневмония очень коварная по отношению к больному, потому что может привести к летальному исходу. По статистическим данным, почти половина всех пациентов после оперативного вмешательства заболевают пневмонией. Очень часто это осложнение наблюдается после операций на пищеварительной системе.

Среди важнейших факторов, вызывающих послеоперационную пневмонию: застой крови в малом круге кровообращения (этому способствует лежачее на спине положение больного после операции), снижение рабо-

тоспособности легких и малое поступление кислорода, длительная ИВЛ, возраст больного [1, 5, 6]. Пожилые люди чаще заболевают послеоперационной пневмонией из-за слабости иммунитета.

Следует отметить, что эффективность лечебно-профилактических мероприятий определяется не только предоперационной подготовкой, оперативным вмешательством, но и адекватностью комплексного лечения в послеоперационном периоде [7, 10, 11].

Все вышеизложенное указывает на всестороннее изучение проблемы профилактики послеоперационной пневмонии у больных, оперированных по поводу строго обтурационного холецистита.

Материал и методы исследования

Работа основана на анализе результатов лечения 116 оперированных по поводу острого обтурационного холецистита пациентов в ГКБ СМП и ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» г. Душанбе за период 2012-2015 гг. Средний возраст больных составил $63,5 \pm 4,3$ года. Среди больных было 76 (65,5%) женщин и 40 (34,5%) мужчин. Преобладали пациенты пожилого возраста. Длительность приступа острого обтурационного холецистита составила $24,0 \pm 11,3$ часа. У 11 (9,5%) больных острый обтурационный холецистит в сочетании с перитонитом сопровождался ВБГ различной степени тяжести.

В зависимости от тактики лечения пациентов разделили на 2 группы: основную - 70 (60,4%), которым на первом этапе выполняли микрохолицистостомию под ультразвуковым контролем; сравнения - 46 (39,6%), в этой группе на первом этапе производили ретроградную эндоскопическую папилосфинктеротомию с литоэкстракцией, назобилиарное дренирование и дренирование желудка.

Лечебно-диагностический алгоритм включал клиничко-лабораторные данные. В качестве основных методов диагностики послеоперационной пневмонии при остром обтурационном холецистите использовали рентгенографию легких, определение жизненной емкости легких, уровня ВБД и УЗИ.

По показаниям в комплексное обследование больных были включены компьютерная и магнитно-резонансная томография. Использование диагностических методов исследования позволяет оценить состояние гепатобилиарной зоны и выявить осложнение послеоперационного периода. Всем больным в предоперационном периоде проведен комплекс лечебно-профилактических мероприятий, включающих спазмолитическую, антибактериальную, инфузионную и дезинтоксикационную терапии, направленные на нормализацию водно-электролитного баланса, реологических свойств крови и послеоперационных осложнений.

Результаты и их обсуждение

В клинике при лечении больных и профилактике послеоперационной пневмонии использовали этапное лечение в двух вариантах. При первом варианте на начальном

этапе выполняли микрохолецистостомию после разрешения явлений острого обтурационного холецистита, на втором этапе - лапароскопическое (n=26) и традиционное (n=20) лечение.

При втором варианте в качестве первого этапа операции была выполнена папиллосфинктеротомия с назобилиарным дренированием, в дальнейшем в отсроченном порядке выполняли радикальное вмешательство.

Из 116 больных с острым обтурационным холециститом в раннем послеоперационном периоде в 42-х случаях наблюдали послеоперационную пневмонию.

Детальное и всестороннее изучение причин возникновения послеоперационной пневмонии показало, что в развитии заболевания важное значение имеет недоучёт сопутствующих заболеваний до операции и послеоперационные факторы (табл. 1).

Таблица 1

Характер сопутствующих заболеваний и факторы развития послеоперационной пневмонии

<i>Наименование заболеваний и факторы</i>	<i>Количество</i>
Хронический бронхит	8
Бронхоэктатическая болезнь	1
Гипертоническая болезнь	23
Ишемическая болезнь сердца	4
Послеоперационные факторы:	
– повышение ВБД	12
– продолжительность операции более 3 часов	22
– продленная ИВЛ	14
– назогастральное дренирование	32

В некоторых случаях больные имели два и более сопутствующих заболевания и послеоперационные факторы риска развития послеоперационной пневмонии. Наряду с наличием хронических заболеваний легких и сердца у 12 больных с послеоперационной пневмонией до операции имелось повышение ВБД на фоне острого обтурационного холецистита, осложнившегося желчным перитонитом и парезом желудочно-кишечного тракта (табл. 2).

Таблица 2

Показатели ВБД в послеоперационном периоде у больных с пневмонией (n=32)

<i>Степень ВБГ</i>	<i>Кол-во больных</i>
I	8
II	12
III	8
IV	4
Всего	32

Следует отметить, что в развитии послеоперационной пневмонии важное значение имела длительность ВБГ. Так, в 12 наблюдениях с острым обтурационным холециститом и парезом ЖКТ до поступления в клинику отмечалась ВБГ. В послеоперационном периоде наблюдалось её прогрессирование, что приподнимало диафрагму вверх и в результате сдавливались легкие, как следствие, нарушение нормальной экскурсии легких в дальнейшем способствовало нарушению внешнего дыхания.

Изучение динамики ВБД показало, что показатели функции внешнего дыхания на её фоне имеют тенденцию к снижению.

Необходимо отметить, что повышение показателей ВБГ отрицательно влияет также на газотранспортную функцию легких (табл. 3).

Длительное повышение ВБД у 12 больных, имевшее место в дооперационном периоде и прогрессирующее в послеоперационном пе-

риоде, привело к развитию тяжелого течения послеоперационной пневмонии.

Необходимо отметить, что из 32-х пациентов с послеоперационной пневмонией в 20 случаях оперативное вмешательство заканчивалось длительным назогастральным

дренированием желудка вследствие продолжительного пареза ЖКТ. Выраженность пареза, ВБГ и назогастральное дренирование желудка отрицательно влияли на респираторную функцию легких и способствовали развитию послеоперационной пневмонии.

Таблица 2

Показатели функции внешнего дыхания у больных с послеоперационной пневмонией, оперированных по поводу острого обтурационного холецистита

Показатели	Послеоперационный период (n=116)		P
	2-4 сутки	5-7 сутки	
ЖЕЛ	72±1,3	70±0,8	<0,01
ФЖЕЛ	80±1,1	78±0,8	<0,01
PO ₂ мм Hg	84±1,6	82±1,1	<0,01
PCO ₂ мм Hg	43±1,1	46±0,8	<0,01

Примечание: p – значимость различия показателей (по T-критерию Вилкоксона)

Результаты исследования показали, что у 32 больных из 116 с острым обтурационным холециститом продолжительность операций была более 3-х часов. Эти больные длительное время находились в отделении реанимации, что является дополнительным фактором развития послеоперационной пневмонии.

Заключение

Таким образом, пусковым механизмом возникновения послеоперационной пневмонии у больных пожилого и старческого возраста с острым обтурационным холециститом является наличие сопутствующих заболеваний дыхательной системы, повышение ВБД, длительное назогастральное дренирование, продолжительность операции и ИВЛ.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (п. 11 см. в REFERENCES)

1. Апатова О.В. Возможности рентгенографии органов грудной полости в дифференциальной диагностике послеоперационных пневмоний // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2013. Т.3, №2. С.26-29.
2. Величко Е.А., Некрасов Ю.А., Сергеев А.В. Безгазовая лапароскопия в лечении пациентов с острым деструктивным холециститом и повышенным анестезиолого-операционным риском // Клиническая геронтология. 2015. №11-12. С.7-14.
3. Глушков Н.И., Гурина А.В., Кветный М.Б., Аминов Д.Х. Пункционно-дренирующие вмешательства под контролем УЗИ в лечении острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста // Вестник Российской военно-медицинской академии. 2014. №2. С. 241-242.

4. Курбонов К.М., Назирбоев К.Р., Саидов Р.Х., Муродов У.К. Результаты различных способов холецистэктомии при лечении острого деструктивного холецистита // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2017. №2. С. 43-48.

5. Любошевский П.А., Забусов А.В., Тимошенко А.Л. Роль регионарной анестезии в профилактике послеоперационной респираторной дисфункции // Анестезиология и реаниматология. 2011. №6. С. 34-38.

6. Мурадов А.М., Мурадов А.А., Амонова Ш.А., Рахимов Н.Г., Хамидов Дж.Б. Сравнительный анализ функций легких по регуляции реологии у больных с различной патологией при критических состояниях // Здравоохранение Таджикистана. 2015. №4. С.42-52.

7. Полвонов Ш.Б., Курбонов К.М., Назирбоев К.Р. Профилактика и лечение послеоперационных пневмоний у больных с острой кишечной непроходимостью // Вестник Педагогического университета. 2015. № 2-1(63). С. 91-96.

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

9. Хацко В.В., Потапов В.В., Зенин О.К. Билиарный сепсис желчнокаменной этиологии // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. 2016. № 3 (39). С. 62-68.

10. Хрупкин В.И., Афанасьев А.Н., Глаголев Н.С. Декомпрессионные методики лечения больных острым обтурационным холециститом с высоким операционно-анестезиологическим риском // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2014. Т.7, № 4. С. 424-430.

REFERENCES

1. Apatova O. V. Vozmozhnosti rentgenografii organov grudnoy polosti v differentsialnoy diagnostike

posleoperatsionnykh pnevmoniy [Possibilities of chest radiography in the differential diagnosis of postoperative pneumonia]. *Byulleten meditsinskikh internet-konferentsiy – Bulletin of medical Internet conferences*, 2013, Vol. 3, No. 2, pp. 26-29.

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

3. Glushkov N. I., Gurina A. V., Kvetnyy M. B., Aminov D. Kh. Punktсионно-дренирующщие вмешательства под контролем УЗИ в лечении острого холецистита у больных пожилото и старческого возраста [Puncture-drainage intervention under ultrasound control in the treatment of acute cholecystitis in elderly and senile patients]. *Vestnik Rossiyskoy voenno-meditsinskoy akademii – Bulletin of the Russian military medical Academy*, 2014, No. 2, pp. 241-242.

4. Kurbonov K. M., Nazirboev K. R., Saidov R. Kh., Murodov U. K. Rezultaty razlichnykh sposobov kholecistektomii pri lechenii ostrogo destruktivnogo kholecistita [Results of different methods of cholecystectomy in the treatment of acute destructive cholecystitis] *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya – Bulletin of postgraduate education in health care*, 2017, No. 2, pp. 43-48.

5. Lyuboshevskiy P. A., Zabusov A. V., Timoshenko A. L. Rol regionarnoy anestezii v profilaktike posleoperatsionnoy respiratornoy disfunktsii [Role of regional anesthesia in prevention of postoperative respiratory dysfunction]. *Anesteziologiya i reanimatologiya – Anesthesiology and intensive care*, 2011, No. 6, pp. 34-38.

6. Muradov A. M., Muradov A. A., Amonova Sh. A., Rakhimov N.G., Khamidov Dzh. B. Sravnitelnyy analiz funktsiy legkikh po regulyatsii reologii u bolnykh s razlichnoy patologiyey pri kriticheskikh sostoyaniyakh [Comparative analysis of lung function in the regulation of rheology in patients with different pathology in critical conditions]. *Zdravookhranenie Tadzhikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2015, No. 4, pp. 42-52.

7. Polvonov Sh. B., Kurbonov K. M., Nazirboev K. R. Profilaktika i lechenie posleoperatsionnykh pnevmoniy u bolnykh s ostrym kishhechnoy neprokhodimostyu [Preven-

tion and treatment of postoperative pneumonia in patients with acute intestinal obstruction]. *Vestnik Pedagogicheskogo universiteta – Herald of pedagogical university*, 2015, No. 2-1 (63), pp. 91-96.

8. Ukhanov A. P. Ispolzovanie laparoskopicheskoy kholetsistektomii pri lechenii destruktivnykh form ostrogo kholetsistita u bolnykh starshikh vozrastnykh grupp [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.

9. Khacko V. V., Potapov V. V., Zenin O. K. Biliarnyy sepsis zhelchnokamennoy etiologii [Biliary sepsis of cholelithiasis]. *Izvestiya vysshikh uchebnykh zavedeniy. Povolzhskiy region. Meditsinskie nauki – News of higher educational institutions. Volga region. Medical science*, 2016, No. 3 (39), pp. 62-68.

10. Khrupkin V. I., Afanasev A. N., Glagolev N. S. Dekompressionnyye metodiki lecheniya bolnykh ostrym obturatsionnym kholecistitom s vysokim operatsionno-anesteziologicheskim riskom [Decompression methods of treatment of patients with acute obturation cholecystitis with high operational and anesthetic risk]. *Vestnik eksperimentalnoy i klinicheskoy khirurgii – Herald of experimental and clinical surgery*, 2014, Vol. 7, No. 4, pp. 424-430.

11. Dulce M. Taxonera C., Giner M. Update on pathogenesis and clinical management of acute pancreatitis. *World Journal of Gastrointestinal Pathophysiology*, 2012, Vol. 3, No. 3, pp. 60-70.

Сведения об авторе:

Абдуллоев Джамолиддин Абдуллоевич – профессор кафедры общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, д.м.н.

Маджитов Джамшед Эмомалиевич – соискатель кафедры общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Билолов Мухаммад Кандилович – ассистент кафедры общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н.

Сайфудинов Шохин – аспирант кафедры общей хирургии №2 ТГМУ имени Абуали ибн Сино

Контактная информация:

Билолов Мухаммад Кандилович – тел.: +992-93-459-09-09.; e-mail: dr.hero85@mail.ru

¹Болиева Г.У., ²Сафарова С.М.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕД-, ИНТРА- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДОВ У ПАЦИЕНТОК С ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЙ ОПЕРАЦИЕЙ ПО ПОВОДУ МИОМЫ МАТКИ

¹ГУ «НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии МЗиСЗН РТ»

²ГОУ ИПОвСЗ РТ

¹Bolieva G.U., ²Safarova S.M.

FEATURES OF PRE-, INTRA-, AND POSTOPERATIVE PERIOD IN PATIENTS AFTER ORGAN-PRESERVING SURGERY FOR MYOMA OF THE UTERY

1State Institution "Scientific and Research institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology of the Ministry of Health and Social Protection of Population of the Republic of Tajikistan"
State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"

Цель исследования. Изучить частоту развития и влияние наиболее значимой экстрагенитальной патологии на предоперационную подготовку к органосохраняющей операции у пациенток репродуктивного и перименопаузального возрастов с миомой матки, а также особенность течения интраоперационного (длительность операции, объем кровопотери) и послеоперационного периодов в зависимости от используемого при лапаротомии доступа.

Материал и методы. В статистический анализ включены 33 пациентки с миомой матки и настаивающих на органосохраняющем оперативном лечении, в возрасте от 22 до 47 лет, проходивших обследование и лечение в гинекологическом отделении Таджикского Научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и перинатологии МЗиСЗН РТ.

Результаты. Изучение преморбидного фона указывало на различные нарушения менструального цикла у подавляющего большинства (24/96,0% и 4/50%) опрошенных пациенток. При этом в первой группе преобладали нарушения по типу циклической гиперполименореи (72%), во II группе у 5/62,5% отмечены нарушения в виде ациклических кровотечений. Соматический статус обследованных больных женщин характеризовался высокой частотой анемии в обеих группах - 12/48% и 4/50% соответственно, преобладала анемия легкой. Тяжелая анемия у 3/12% пациенток основной группы являлась показанием для гемотрансфузии. Варикозное расширение вен конечностей и малого таза в 9,3 раза больше обнаружено у пациенток II группы - 1/4% и 3/37,5% соответственно. Артериальная гипертензия и ее осложнения установлены в обеих группах (3/12% и 6/75,5%), при этом в группе сравнения в 6,3 раза чаще.

Заключение. Проведенный анализ установил влияние экстрагенитальной патологии на длительность подготовки пациенток с миомой матки к плановому оперативному лечению. Предоперационное пребывание пациенток I группы в 2,3 раза и в 1,2 раза во II группе было дольше, чем послеоперационный период. Данное обстоятельство связано с необходимостью использования дополнительных методик обследования выявленной экстрагенитальной патологии и её коррекции. Длительность операции и интраоперационная кровопотеря не зависят от выбранного при лапаротомии доступа, однако, на данные параметры влияет имеющийся спаечный процесс в малом тазу, наличие варикозного расширения вен органов гениталий. Течение послеоперационного периода не имеет достоверных различий.

Ключевые слова: консервативная миомэктомия, репродуктивный возраст, перименопаузальный возраст, минилапаротомия, экстрагенитальные заболевания

Aim. To study the frequency and influence of the most significant extragenital pathology for preoperative preparation in patients of reproductive and perimenopausal age with uterine myoma prepared for organ-saving operations, as well as the peculiarities of intraoperative (duration of operation, volume of blood loss) and postoperative period.

Materials and methods. The statistical analysis included 33 patients with uterine fibroids and insisting on organ-preserving surgical treatment at the age of 22 to 47 years who underwent examination and treatment in the gynecological department of the Tajik Scientific Research Institute of Obstetrics of Gynecology and Perinatology of the Ministry of Health of the Republic of Tajikistan.

Results. Study of the premorbid background of patients indicated various disorders of the menstrual cycle in (24/96,0% and 4/50%) patients. While in the first group there was a violation in the 5/62,5% there was a violation in the form of acyclic bleeding. In this regard, the somatic status of the examined women's was characterized by a high incidence of anemia in 12/48% and 4/50% more mild anemia.

Severe anemia in 3/12% patients the main group was an indication of blood transfusion. Varicose veins of limb and pelvic in 9,3 times more detects in patients second group in ¼% and 3/37,5%. Arterial hypertension and its complications were in both group (3/12%, 6/75,5%) while in the comparison group more often in 6,3 time.

Conclusion. This article analyzes the frequency of ectogenous diseases, the most significant for preparation for routine surgical treatment of patients with uterine myoma, as well as the features of the intraoperative course (duration of operation, blood loss volume) and postoperative period, depending on the access used for laparotomy. It is established that the course of the intraoperative period does not depend on the access chosen for laparotomy, but the amount of blood loss is affected by the adhesion process in the small pelvis, the presence of varicose veins of the pelvis and the location of the myomatous node in the neck region, which makes it difficult to perform the manipulation. Preoperative stay of patients of the I group in 2,3 times and in 1,2 in II group was longer, than the postoperative period. This circumstance is associated with the need to use additional methods of examination and correction of the revealed extragenital pathology.

Key words: conservative myomectomy, reproductive age, variable age, minilaparotomy, extragenital diseases

Актуальность

Органосохранение при миоме матки является приоритетным в любой возрастной категории больных. Для пациентки репродуктивного возраста с миомой матки органосохраняющие операции зачастую являются единственной возможностью для реализации генеративной функции. Отмечена тенденция увеличения частоты малоинвазивных методик оперативного лечения этой патологии [2, 3, 6]. Для женщин перименопаузального и менопаузального возрастов приоритетным являются органудаляющие операции. Однако сложный симптомокомплекс, возникающий после проведения гистерэктомии и кастрации пациенток, приводит к возникновению разнообразного спектра патологических изменений психоэмоционального, вегетативно-сосудистого и метаболического характера, наиболее серьезными из которых являются возрастание сердечно-сосудистых заболеваний, остеопороз. Возникшие осложнения приводят к значительному снижению качества здоровья этого контингента [5]. В связи с этим среди пациенток старших возрастных групп также присутствует определенный процент органосохраняющих операций, позволяющих сохранить менструальную, а иногда и репродуктивную функции, что, несомненно, способствует улучшению качества жизни. Использование различных оперативных доступов при миомэктомии, отличающихся методом разреза передней брюшной стенки (лапаротомия, мини-лапаротомия, лапароскопия), позволяет добиться эстетич-

ности, возможность бережного извлечения образований из матки, отсутствие необходимости в использовании дорогостоящей эндоскопической аппаратуры [1, 5].

От 84,8% до 90,5% пациенток перименопаузального возраста имеют не менее одной экстрагенитальной патологии. При этом ожирение различной степени имеют 60,7% женщин, у 39% отмечается артериальная гипертензия и ее осложнения, как минимум у 6% диагностируется сахарный диабет II типа [2, 4].

Вопросы выбора методов лечения, использование различных оперативных доступов при миоме матки, особенности дооперационной подготовки, интраоперационных осложнений и послеоперационного ведения пациенток в зависимости от сопутствующей экстрагенитальной патологии у женщин различных возрастных групп остаются актуальными и требуют дополнительного исследования.

Материал и методы исследования

Обследовано 33 пациентки с миомой матки, госпитализированных в гинекологическое отделение Таджикского Научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и перинатологии МЗиСЗН РТ. Возраст обследованных колебался от 22 до 49 лет. Пациентки были разделены на две группы: основная группа - 25 женщин и группа сравнения - 8 женщин репродуктивного и перименопаузального возрастов соответственно. Перед проведением исследования у всех пациенток было получено информированное согласие.

Критерии включения: пациентки репродуктивного и перименопаузального возрастов с миомой матки. Критерии исключения: пациентки пре- и менопаузального возрастов, тяжелая соматическая патология, злокачественные новообразования репродуктивных органов, острые воспалительные заболевания органов гениталий.

Возраст обследованных больных женщин, которые составили основную (I) и контрольную (II) группы, колебался от 22 до 49 лет, в среднем составляя $33,1 \pm 10,1$ лет и $47,2 \pm 0,3$ лет ($p > 0,05$) соответственно.

У каждой взятой под наблюдение женщины изучались жалобы, анамнез жизни и заболевания, характер становления и нарушения менструальной и детородной функций. Всем обследованным производились общесоматический и гинекологический осмотры, антропометрические исследования (рост, масса тела и подсчет индекса массы тела (ИМТ) по Брею), измерение артериального давления (АД) и пульса. Проведены общеклинические анализы (анализ крови, мочи, биохимические показатели) общепринятыми методами.

Функциональные методы исследования включали эхографию органов малого таза с определением размеров матки, миоматозных узлов, яичников, электрокардиографию (ЭКГ). Пациенткам в зависимости от наличия экстрагенитальных заболеваний проводился осмотр кардиолога, сосудистого хирурга и др.

Пациенткам с анемией тяжелой и средней степеней тяжести назначался Феррум-Лек по 2,0 в/в в течение 10 дней, при анемии легкой степени применялась таблетированная форма препарата по 1 т 2 раза в день.

В исследованиях использован традиционный нижнесрединный доступ лапаротомии, а также поперечный доступ в области бикини по Джоэл-Кохену. Разрез по Джоэл-Кохену уменьшен до минилапаротомного - длиной 6 см.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью стандартных статистических программ Microsoft Excel (2011) с использованием параметрических и непараметрических критериев. Определялись процентное выражение данных (%), средний арифметический (M) показатель и стандартное отклонение (m). Достоверность результатов оценивалась с применением критерия Стьюдента, Пирсона и Мана-Уитни. Для всех критериев и тестов критический уровень значимости принимался $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Изучение преморбидного фона больных указывало на различные отклонения периода становления менструальной функции. Отмечалось своевременное ($14,3 \pm 1,1$ лет) наступление менархе у большинства (20/80,0%) женщин основной группы, практически не отличающееся от контрольного значения ($13,7 \pm 1,2$ лет; $p > 0,05$). Нарушения менструального цикла были отмечены у подавляющего большинства (24/96,0% и 4/50%) опрошенных пациенток. Гинекологический анамнез обследованных основной группы был отягощен первичным и вторичным бесплодием - в 7/28% и 18/72% случаев, что явилось основным показанием для проведения органосохраняющей операции. Заслуживает внимания тот факт, что частота первичного и вторичного бесплодия у женщин I группы установлена в 3,5 раза (2/25%) и в 18 раз (1/12,5%), соответственно, чаще, чем во II группе.

Основной жалобой в обеих группах было нарушение менструального цикла (НМЦ). Если в первой группе преобладали нарушения по типу циклической гиперполименореи (72%), то во II группе у 5/62,5% отмечены НМЦ в виде ациклических кровотечений. Практически у каждой второй пациентки (56%) из I группы и третьей (36%) из II группы отмечался болевой синдром. Нарушение функции смежных органов и дискомфорт, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря сопровождало 36% и 25% пациентов в обеих группах.

При объективном осмотре пациенток у 6/24% основной и 4/50% группы сравнения имел место избыток массы тела. При этом ожирение первой и второй степеней в группах отмечено у 12% и 8% и 37,5% и 12,5% соответственно. Индекс массы тела в группах составил $24,8 \pm 2,7$ кг/м² и $27,1 \pm 5,8$ кг/м² соответственно, $p > 0,05$. Таким образом, ожирением I степени в 3,1 раза и II степени в 1,5 раза чаще страдали пациентки группы сравнения. Данный параметр и толщина подкожно-жирового слоя оценивались для выбора при лапаротомии доступа. Пациенткам с ожирением второй степени проведена традиционная лапаротомия нижнесрединным доступом.

Варикозное расширение вен конечностей и малого таза в 9,3 раза больше обнаружено у пациенток II группы и составило в группах 1/4% и 3/37,5% соответственно. Это позволило предположить наличие варикозного расширения вен малого таза и возможные осложнения при лапаротомии у данной категории больных. Среднее артериальное

давление и частота пульса в группах составили $91 \pm 0,8$ мм рт. ст., $74 \pm 0,7$ уд. в мин. и $127 \pm 2,2$ мм рт. ст., $78 \pm 1,0$ уд. в мин соответственно, $p < 0,01$. По данным ЭКГ и осмотра кардиолога, артериальная гипертензия и ее осложнения были установлены в обеих группах (3/12% и 6/75,5%), при этом в группе сравнения чаще в 6,3 раза. В предоперационном периоде пациенткам с нарушением ритма и артериальной гипертензией назначена соответствующая терапия. Уровень глюкозы в крови был в пределах нормальных референсных значений в группе пациенток репродуктивного возраста, верхненормальные цифры глюкозы крови выявлены у 12,5% пациенток группы сравнения. Больным назначено диетическое питание, без необходимости назначения специфической терапии. Данные общего анализа мочи в обеих группах не имели отклонений от референсных значений. Изучение параметров биохимического анализа крови позволило выявить прямую зависимость гипопроteinемии от тяжести диагностированной анемии. При этом в основной группе уровень белка крови варьировал в широком диапазоне: от 49 до 84 г/л и в среднем составил $54,3 \pm 12,2$. В группе сравнения данный показатель равнялся $62,0 \pm 7,8$, $p < 0,01$.

Каждая вторая (13/52,0%) женщина основной группы с гиперпластической патологией страдала анемией, связанной с наличием менометроррагии. У пациенток контрольной группы анемия выявлена у аналогичного количества (4/50,0) больных. Миома матки в обеих группах проявлялась в виде различных НМЦ и сопровождалась снижением уровня гемоглобина. Анемия перед операцией встречалась достоверно чаще в I группе – 12/48% и 4/50% соответственно по группам, при этом преобладала анемия легкой степени в обеих исследуемых группах. Если в I группе этот показатель варьировал от 41 г/л и до 132 г/л, среднее его значение составило $72,3 \pm 45,6$, то в группе сравнения - от 84 г/л до 130 г/л, среднее значение $94,9 \pm 24,5$, $p < 0,01$. Наличие тяжелой анемии явилось показанием для проведения гемотрансфузии 3/12% пациенткам основной группы. Кровотечение, приводящее к анемизации женщины, было критерием исключения пациенток из группы сравнения. Пациенткам с целью лечения анемии назначались железосодержащие препараты, поэтому среднее значение гемоглобина к моменту операции составило $91,4 \pm 17,7$ г/л и $98,3 \pm 2,5$ г/л в обеих группах, что позволило их подготовить на плановое оперативное лечение.

По данным УЗИ, формы миомы матки в группах различались и были представлены следующим образом: узлы с интрамуральным расположением - 10/40% и 4/50%, интрамурально-субмукозная форма узла с деформацией полости матки - 9/36% и 3/37,5%, интрамурально-субсерозная локализация узла - 6/24% и 1/12,5%, соответственно, $p > 0,05$. Наиболее частая локализация миоматозных узлов была в области дна матки - 24% и 50%, в области трубных узлов - 28% и 37,5%, интралигаментарное и перешеечное расположение узлов выявлено в 12% и 12,5% соответственно. Размер доминирующего узла в группах варьировал от 5 до 11 см - в I и от 4 до 8 см - во II группе.

При выборе оперативного доступа руководствовались возрастом пациентки, необходимостью использовать эстетические разрезы, наличием предыдущих рубцов от лапаротомных операций, наличием спаечного процесса в малом тазу, избытком массы тела и толщиной подкожно-жирового слоя на передней брюшной стенке, объемом и расположением миомы матки, что является индикатором трудного доступа при проведении лапаротомии. В основной группе в 18/72% случаях использован поперечный минилапаротомный разрез передней брюшной стенки по Джоэл-Кохену, 4/6% лапаротомия проведена по старому послеоперационному рубцу нижнесрединным доступом, из-за выраженного подкожно-жирового слоя нижнесрединная лапаротомия произведена у 3/12%. В группе сравнения лишь в 1/12,5% использован поперечный разрез по Джоэл-Кохену. В 6/75,5% случаях выполняли нижнесрединный доступ по старому рубцу, в 12,5% - с целью возможного расширения объема оперативного вмешательства. Удаление миоматозных узлов интрамурально-субмукозного расположения в группах сопровождалась вскрытием полости матки у 8/32% и 3/37,5% соответственно. Техника ушивания ложа в обеих группах была традиционной, не было отмечено принципиальных различий.

В ходе оперативного лечения отмечено удлинение времени вхождения в брюшную полость у пациенток с повторной лапаротомией, что связано с наличием спаечного процесса в малом тазу и необходимостью проводить дополнительный гемостаз. Данный фактор также зависел от наличия варикозного расширения вен малого таза и необходимости наложения дополнительных швов. Основные результаты исследования представлены в таблице.

**Характеристика лечебно-профилактической работы
г. Худжанда (на примере центра здоровья №5)**

Результаты исследования			
Исследуемый параметр	I группа	II группа	P
Объём матки до операции, мл	1282±109,7	949±88,8	p<0,01
Спаечный процесс в малом тазу, п/ %	4/6%	6/75,5%	p<0,01
Варикозное расширение вен малого таза, п/ %	1/4%	3/37,5%	p<0,01
Поперечный разрез на коже, п/ %	18/72%	1/12,5%	p<0,01
Нижнесрединный разрез, п/ %	7/28%	7/75,5%	p<0,01
Интраоперационная кровопотеря, мл	234,7±89,3	344,7±89,3	p<0,01
Длительность операции, мин.	65,4±9,9	69,8±11,9	p>0,05
Койко/дни до операции, п	12,2±4,2	11,3±2,2	p>0,05
Койко/дни после операции, п	6,2±1,2	6,9±2,1	p>0,05

Установлено, что увеличение объема кровопотери во II группе было связано с наличием спаечного процесса в малом тазу и варикозным расширением вен малого таза, а также необходимостью проводить дополнительный гемостаз. При этом не зафиксировано значимых различий в длительности операции в зависимости от использованного доступа лапаротомии, $p>0,05$. Использование минилапаротомного поперечного доступа имеет большее эстетическое значение у пациенток с первой лапаротомией, не увеличивает объем кровопотери и не увеличивает количества интраоперационных осложнений. Интраоперационных осложнений, ранений соседних органов зафиксировано не было. В послеоперационном периоде у 12,5%/1 пациенток II группы по данным УЗИ была обнаружена гематома до 4,5 см в области энуклеированного узла на матке и полоска жидкости в позадиматочном пространстве. При этом, учитывая стабильные гемодинамические показатели, отсутствие падения гемоглобина и гематокрита, удовлетворительное состояние пациенток, имелась возможность вести их консервативно. Анализ длительности пребывания (койко/дни) показал, что предоперационное пребывание пациенток I группы было в 2 раза дольше, чем послеоперационный период. Это связано с мероприятиями, направленными на повышение уровня гемоглобина, позволяющего подготовить пациента на плановое оперативное лечение. Во II группе длительность предоперационного периода была в 1,6 раз длиннее, чем послеоперационное их пребывание на койке в связи с

необходимостью использования дополнительных методик обследования и коррекции экстрагенитальной патологии. Течение послеоперационного периода также не зависит от выбранного при лапаротомии доступа, но при этом имеет значение имеющиеся сопутствующая экстрагенитальная патология, в частности анемия и степень ее выраженности, а также варикозное расширение вен малого таза.

Заключение

Результаты исследования позволили выявить, что преимуществами минилапаротомии являются: эстетичность разреза, возможность бережного извлечения образований из матки, отсутствие необходимости в использовании дорогостоящей эндоскопической аппаратуры. Данный метод лапаротомии не влияет на длительность операции и не увеличивает объем интраоперационной кровопотери, как и процента интра- и послеоперационных осложнений. Использование данного доступа возможно у пациенток без предыдущих лапаротомий, после предварительной оценки индекса массы тела, при отсутствии необходимости интраоперационно увеличивать объем оперативного лечения. Учитывая высокую частоту и рост заболеваемости миомой матки у молодых женщин репродуктивного возраста, ассоциацию миомы матки с бесплодием в 5–10%, миомы матки как единственной причиной бесплодия в 1-3%, снижение популярности органудаляющих операций у пациенток старших возрастных групп, существует необходимость в проведении дальнейших исследований к

персональному подходу в лечении миомы матки. Однако наличие у пациенток тяжелых экстагенитальных заболеваний в стадии декомпенсации имеет значение при подготовке женщины к проведению оперативного лечения и является фактором, удлиняющим продолжительность пребывания пациента в стационаре.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 4-6 см. в REFERENCES)

1. Давыдов А.И., Панкратов В.В., Ягудаева И.П. Восстановительное лечение после органосберегающих операций у больных подслизистой миомой матки и аденомиозом // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2011. №10 (6). С. 13–21.
2. Тихомиров А.Л. Миома, патогенетическое обоснование органосохраняющего лечения. М.: Медицина, 2013. 319 с.
3. Хушвахтова Э.Х. Оперативное лечение женщин репродуктивного возраста с гиперпластическими процессами эндо- и миометрия // Здравоохранение Таджикистана. 2016. № 3. С. 63-67.

REFERENCES

1. Davydov A. I., Pankratov V. V., Yagudaeva I. P. Vosstanovitelnoe lechenie posle organosberegayushchikh operatsiy u bolnykh podslizistoy miomoy matki i adenomiozom [Restorative treatment after organ-saving operations in patients with submucosal uterine myoma and adenomyosis]. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii – Questions of gynecology, obstetrics and perinatology*, 2011, No. 10 (6), pp. 13-21.

2. Tikhomirov A. L. *Mioma, patogeneticheskoe obosnovanie organosokhranyayushchego lecheniya* [Myoma, pathogenetic substantiation of organ-preserving treatment]. Moscow, Meditsina Publ., 2013. 319 p.

3. Khushvakhtova E.Kh. Operativnoe lechenie zhenshin reproduktivnogo vozrasta s giperplasticheskimi protsessami endo- i miometriya [Surgical treatment of women of reproductive age with endo- and myometrial hyperplastic processes]. *Zdrovookhranenie Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2016, No. 3, pp. 63-67.

4. Machado R. B., Pompei Lde M., Giribela A.G., Giribela C.G. Drospirenone/ethinylestradiol: a review on efficacy and noncontraceptive benefits. *Womens Health (LondEngl)*, 2011, No. (1), pp. 19–30

5. Maruo T., Ohara N. et al. Lessons learned from the preclinical drug discovery of asoprisnil and ulipristal for non-surgical treatment of uterine leiomyomas. *Expert Opinion on Drug Discovery*, 2011, No. 6(9), pp. 897-911.

6. Melis G.B., Piras B. et al. Pharmacokinetic evaluation of ulipristal acetate for uterine leiomyoma treatment. *Expert Opinion on Drug Metabolism and Toxicology*, 2012, Vol. 10, pp 34-38.

Сведения об авторах:

Болиева Гульнора Ульжаевна - ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Сафарова Саодат Махмадуллоевна – аспирант Таджикского научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и перинатологии

Контактная информация:

Сафарова Саодат Махмадуллоевна - e-mail: mahmadulloevas@gmail.com

© Коллектив авторов, 2018

УДК 618.179:613.956(575.3)

¹Ганиева М.Х., ²Гаибов А.Г., ³Камилова М.Я., ⁴Джуракулова Ф.М.

САНИТАРНАЯ ПРОСВЕЩЕННОСТЬ КАК ВАЖНЕЙШИЙ ДЕТЕРМИНАНТ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И ПОВЕДЕНИЯ МОЛОДЕЖИ ТАДЖИКИСТАНА

¹ГУ «Национальный центр репродуктивного здоровья»

²ГУ «Научно-исследовательский институт профилактической медицины Таджикистана»

³ГУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии»

⁴ГОУ ИПОвСЗ РТ

¹Ganieva M.H., ²Gaibov A.G., ³Kamilova M.Y., ⁴Churakulova F.M.

SANITARY ENLIGHTENMENT AS THE MOST IMPORTANT DETERMINANT OF THE REPRODUCTIVE HEALTH AND BEHAVIOR OF YOUTH IN TAJIKISTAN

¹State Institution "National Reproductive Health Center"

²State Institution "Research Institute of Preventive Medicine in Tajikistan"

³State Institution "Scientific and Research Institute of Obstetrics and Gynecology and Perinatology"

⁴State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"

Цель исследования. Изучить аспекты репродуктивного здоровья и поведения сельской молодежи страны.

Материал и методы. Использованы данные социологического опроса по специально разработанной анкете 600 молодых людей, мужского и женского полов в возрасте от 16 до 30 лет, проживающих в 6 районах республиканского подчинения, относящихся к различным слоям гражданского общества, уровням образования, трудоустройства и семейного положения. В исследовании применяли социально-гигиенический методы, в т.ч. метод экспертных оценок.

Результаты. Рассматривается проблема репродуктивного здоровья, имеющая многоаспектный характер, сельской молодежи районов республиканского подчинения Таджикистана. На опыт половой жизни, полученный до замужества или женитьбы, указывали 14,7% респондентов, исключая учащихся средних школ, не давших ответов на данный вопросы; у каждой пятой девушки регистрировали гинекологические заболевания, в т.ч. отмечается рост болезней, передающихся половым путем: сифилиса в 2 раза, гонореи - в 3 раза, трихомониаза - в 4 раза. Обнаружены слабые знания методов контрацептивной безопасности. Имеется необходимость улучшения воспитательной работы в учебных заведениях и постоянного внимания к вопросам сексуального воспитания, а также коррекция реализуемых программ, направленных на повышение уровня репродуктивного здоровья.

Заключение. Установлена низкая мотивированность молодежи страны к сохранению своего репродуктивного здоровья. Имеется необходимость улучшения пропаганды здорового образа жизни, качества обучения учащихся общеобразовательных школ, студентов высших и средних специальных учебных заведений. Решение этой задачи связано с проведением активных профилактических мер, постоянного их мониторинга, оценки и коррекции репродуктивного поведения молодежи.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, поведение, молодежь, сельское здравоохранение, аспекты здоровья, образ жизни

Aim. To gauge characteristics of reproductive health and behavior of rural youth in the country.

Materials and methods. A Sociological survey data was used via employment of a specially designed questionnaire. In total 600 young people, male and female sex aged 16 to 30, living in 6 districts of the republican

subordination, belonging to different layers of civil society, levels of education, employment and marital status were covered by this study. The study used social and hygienic methods, including a method of expert evaluation.

Results. The problem of reproductive health, which has a multifaceted character, is considered amongst rural youth in the districts of republican subordination in Tajikistan. Reproductive health is essential for the reproduction of the population and ensuring well-being in the country. The respondents indicated the experience of sexual life, received before marriage, in 14,7% of cases, excluding school students who did not answer the corresponding questions, one in five girls registered gynecological diseases, including growth rate of sexually transmitted diseases: syphilis 2 times, gonorrhea - 3 times. Low level of awareness on the safe contraception. There is a need to enhance awareness on abovementioned issues within the educational institutions and the constant attention to the issues of sexual education and the correction of implemented programs aimed at increasing the level of reproductive health are highlighted.

Conclusion. Despite the growing interest in the problem, most aspects of reproductive health care remain unexplored, which adversely affects the health of adolescents and student youth. The low motivation of the country's youth to preserve their reproductive health, as well as the need to improve the propaganda of healthy lifestyles, the quality of education of students in general education schools, and students of higher and secondary special educational institutions is established. The solution of this problem is connected with the implementation of active preventive measures, their constant monitoring, evaluation and correction of reproductive behavior of young people.

Key words: *Reproductive health, behavior, youth, rural health, health characteristics, lifestyle*

Актуальность

Репродуктивное здоровье является неотъемлемой составляющей здоровья человека, имеющей важнейшее значение для воспроизводства населения и обеспечения благополучия в стране. Сохранение репродуктивного здоровья, особенно молодежи, является одной из основных задач, изложенных в стратегических документах [7].

Проблемы репродуктивного здоровья актуальны для всего мира, причем их приоритетные составляющие в разных его регионах зависят от этнических, культурных особенностей населения, а также степени остроты медико-социальной ситуации в отдельно взятом государстве [8].

Социально-экономические и политические перемены, происходящие в Республике Таджикистан, отразились на репродуктивном поведении и здоровье молодежи, являющейся важнейшим потенциалом ее демографического благополучия.

Соответствующие преобразования, включая беспрецедентную ранее миграционную подвижность, значительно изменили традиционный уклад и образ жизни жителей сельской местности, прежде всего, состояние общественного здоровья, которое заметно ухудшилось вследствие упадка ресурсного обеспечения системы здравоохранения [3].

В этой связи в последние годы, согласно Закону Республики Таджикистан №72 от 2 декабря 2002 г. «О репродуктивном здоровье и репродуктивных правах», основные положения которого вошли в Кодекс здравоохранения Республики Таджикистан [9], в Таджикистане проведена большая соответствующая работа, направленная на сохранение, укрепление и улучшение репро-

дуктивного здоровья, повышение ответственности родителей за надлежащее моральное и физическое воспитание и обучение детей как основы будущих поколений [10]. Наряду с этим Правительством страны приняты соответствующие меры по повышению в обществе статуса и престижа семьи, семейного образа жизни [11].

Однако до настоящего времени наблюдается низкий уровень состояния здоровья, особенно женщин, так как среда их обитания по многим санитарно-гигиеническим параметрам, коммунальному благоустройству не отвечает нормативным требованиям [2].

Соответственно, здоровье более 24,0% женщин репродуктивного возраста и их детей во многом зависит от уровня дохода семьи, образования родителей, доступности и качества предоставляемых медико-санитарных услуг [7]. Как известно, стиль жизни матери и состояние здоровья – важные факторы, определяющие здоровья и благосостояние ее детей, а в течение беременности здоровье плода непосредственно зависит от здоровья матери.

Таким образом, решение многофакторных проблем репродуктивного здоровья находится в сфере компетенции деятельности и ответственности органов исполнительной власти, общественных организаций и граждан за выполнение предписаний Кодекса здравоохранения Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования

По специально разработанной анкете в 2016 году проведен опрос 600 человек, проживающих в 6 районах республиканского подчинения (РРП): Рудаки, Вахдат, Гиссар, Шахринау, Варзоб и Турсунзаде.

Вопросы анкеты касались опыта и возрас-

та начала половой жизни, информированности об инфекциях, передающихся половым путем (ИППП), их профилактике, вредных привычках, доступности, обращаемости в лечебно-профилактические учреждения в случае заболевания ИППП, источников санитарного просвещения.

Среди заполненных анкет 46 оказались испорченными и были аннулированы. Из общего количества оставшихся 349 принадлежали лицам мужского пола, 205 - женского; женатыми оказались 156 человек, замужними - 92. В целом, подавляющее большинство респондентов имели базовое среднее образование, незаконченное высшее или среднее специальное образование.

В исследовании использовали метод социологического опроса при типической выборке лиц возрастной категории в пределах от 16 до 30 лет. Анализ полученных ответов осуществляли статистическим методом с использованием пакетов MS OFISE 2007 г.

Результаты и их обсуждение

Репродуктивное поведение представляется как целостная система действий, отношений и психических состояний личности, направленных на рождение или отказ от рождения ребенка любой очередности, в браке и вне его. При этом структурно выделяются: совокупность поведенческих актов и решений на рождение ребенка, действий, предотвращающих зачатия, а также те, которые предотвращают нежелательное рождение [1].

Из 82 студентов вузов – жителей РРП, 29 человек (6,6%) имели опыт половой жизни, из 114 студентов ССУЗ - 15 человек (3,4%), из 238 лиц до замужества или женитьбы 64 (14,7%) человек. Все 120 учеников средних школ опыта половой жизни не имели или на соответствующий вопрос не отвечали.

За последнее десятилетие общая заболеваемость молодежи выросла в 2,0 раза, в т.ч. связанная с органами репродуктивной сферы - в 3 раза, частотой распространенности гонореи - в 3 раза, сифилиса - в 2 раза, других инфекций - более чем в 5 раз.

Этому способствует в 20,4% случаев сексуальная активность молодых людей в сельской местности, практикующих разнообразие половых партнеров, недостаточное и некорректное использование контрацептивных средств, что объясняет значительную распространенность среди них инфекционных заболеваний, передающихся половым путем [5].

В результате исследования выявлено, что немногим более 29,0% студентов медицинских высших и средних специальных учеб-

ных заведений имели информированность о механизме передачи ИППП. В 26,0% случаев респонденты мужского и женского пола указали на незнание ответов на вопросы об их индивидуальной профилактике. Средствами контрацепции пользуются всего 128 (29,5%) человек.

На вопрос о наиболее эффективной и безопасной контрацепции 15,0% респондентов ответили, что такого метода не знают. При этом, практически каждый третий из опрошенных не видит смысла в проведении и участии в занятиях по репродуктивному здоровью и не придает контрацептивной безопасности существенного значения.

Актуальными проблемами репродуктивного здоровья следует считать сохранение в молодежной среде таких пагубных явлений, как потребление табака, алкоголя, наркотиков, ранней половой жизни и низкой санитарной культуры [4].

Установлено, что 52 человека мужского пола прибегают к курению сигарет или насвая (бездымный табак, сублингвальная форма), среди девочек таких было всего 11 человек (5,3%), т.е. почти в 5 раз меньше. Алкоголь употребляли 75 (14,0%) парней и 16 (7,8%) девочек, причем каждый четвертый - по праздникам, семейным торжествам, около 5,0% респондентов - 1 раз в месяц, в один из выходных дней.

Среди учащихся средних образовательных школ, в т.ч. окончивших в них обучение, студентов вузов и ССУЗ начало половой жизни совпадает с исполнением 18 лет – в 4,1% случаев, 19 лет - в 5,0% случаев, 20 лет – в 6,1% случаев, 21 года - в 10,6% случаев, 22 лет – в 15,5% случаев. При этом 46,0% респондентов имели постоянного полового партнера. В то же время 10,8% студенток названных учебных заведений перенесли инфекции, передающиеся половым путем. Из них каждая четвертая не обращалась по поводу заболевания в лечебно-профилактические учреждения, занимаясь самолечением. В качестве источника санитарных знаний по различным аспектам репродуктивного здоровья и адекватного репродуктивного поведения респондентами наиболее часто указывались СМИ, медицинские работники и друзья.

Основные проблемы девочек-подростков связаны с пороками или задержкой развития половых органов, эндометриозом, дисменореей, поликистозом яичников, ранним сексуальным дебютом и воспалительными заболеваниями органов мочеполовой системы [6].

В настоящее время отсутствуют реальные

данные о распространенности среди подростков мужского и женского полов патологии репродуктивных органов, приводящих к нарушению фертильности в связи с низким уровнем обращаемости их в медицинские учреждения, из-за бессимптомного течения многих гинекологических и андрологических заболеваний, отсутствием организации медицинских осмотров в дошкольных и школьных учреждениях ввиду недостаточного количества квалифицированных специалистов, слабой санитарно-просветительной работы среди родителей [1].

В связи с этим, санитарное просвещение, как научная отрасль, должна опираться на опыт не только медицинских дисциплин, но и социологии, психологии и педагогики.

Таким образом, сохранение репродуктивного здоровья и адекватное поведение, репродуктивные установки, сложившиеся в сознании учащихся старших классов общеобразовательных школ и студентов учебных заведений, во многом определяют дальнейшее отношение их к семейной жизни, ответственности к браку, что в целом обуславливает демографическую ситуацию в стране.

Заключение

Большинство аспектов охраны репродуктивного здоровья остаются неизученными, что отрицательно отражается на состоянии здоровья школьников и студентов. Постоянно изменяющиеся социальные условия жизни трансформируют поведенческие реакции, снижают нравственные критерии в межличностных отношениях, меняют ценностные критерии здоровья. На основании проведенных исследований установлено, что низкий уровень социально-гигиенической просвещенности молодых жителей регионов Таджикистана является основными факторами риска развития патологий репродуктивной сферы. Необходима работа по мотивированности молодежи к сохранению репродуктивного здоровья и путем улучшения пропаганды здорового образа жизни в общеобразовательных школах, высших и средних специальных учебных заведениях. Решение этой задачи связано с активным выполнением требований физическими и юридическими лицами Кодекса здравоохранения Республики Таджикистан.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Аполихин О.И. Маскалева Н.Г., Комарова В.А. Современная демографическая ситуация и проблемы

улучшения здоровья населения России // Экспериментальная и клиническая урология. 2015. №4. С. 4-12

2. Бойко Ю.П., Садыкова Э.Л. Региональная демографическая политика в контексте национальной безопасности России // Народонаселение. 2010. № 1. С. 11-18.

3. Гоибова М.А. Новые ориентиры и предпосылки развития социального законодательства в Таджикистане // Юридический вестник Дагестанского государственного университета. 2017. Т. 21, №1. С.94-99.

4. Калачикова О.Н. Социально-гигиеническая грамотность в системе условий формирования репродуктивного поведения населения // Проблемы развития территории. Вологда: ИСЭРТ РАН. 2011. № 2 (54) С. 64-71.

5. Красникова М.Б., Трубина Т.Б. Факторы, влияющие на сексуальное поведение и репродуктивное здоровье девочек-подростков // Казанский медицинский журнал. 2010. №1, Т. 91.С. 94-96.

6. Кузьмин А.И. Жизненные стратегии как регуляторы демографического поведения семьи и населения // Экономика региона. 2011. № 3. С. 63-69.

7. Радзинский В.Е. Планирование семьи в XXI веке. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 256 с.

8. Ришук С.В., Мирский В.Е. Оздоровление молодежи России – основная задача демографической политики государства // Terra medica: журнал для врачей всех специальностей. 2010. № 3. С. 11-18.

9. Кодекс здравоохранения Республики Таджикистан. Душанбе, 2017. С. 68-73

10. Закон Республики Таджикистан №762 от 2 августа 2011 г. «Об ответственности родителей за обучение и воспитание детей».

11. Закон Республики Таджикистан №954 от 19 марта 2013 г. «О предупреждении насилия в семье».

12. Закон Республики Таджикистан №272 от 8 июня 2007 г. «Об упорядочении традиций, торжеств и обрядов в Республике Таджикистан».

REFERENCES

1. Apolikhin O. I. Maskaleva N. G., Komarova V. A. Sovremennaya demograficheskaya situatsiya i problemy uluchsheniya zdorovya naseleniya Rossii [The current demographic situation and problems of improving the health of the population of Russia]. *Ekspierimentalnaya i klinicheskaya urologiya – Experimental and clinical urology*, 2015, No. 4, pp. 4-12

2. Boyko Yu. P., Sadykova E. L. Regionalnaya demograficheskaya politika v kontekste natsionalnoy bezopasnosti Rossii [Regional demographic policy in the context of Russia's national security]. *Narodonaselenie – Population*, 2010, No. 1, pp. 11-18.

3. Goibova M. A. Novye orientiry i predposylki razvitiya sotsialnogo zakonodatelstva v Tadjhikistane [New guidelines and prerequisites for the development of social legislation in Tajikistan]. *Yuridicheskij vestnik Dagestanskogo gosudarstvennogo universiteta – Juridical herald of Dagestan state University*, 2017, Vol. 21, No. 1, pp. 94-99.

4. Kalachikova O. N. Sotsialno-gigienicheskaya gramotnost v sisteme usloviy formirovaniya reproduktivnogo povedeniya naseleniya [Social and hygienic literacy in the system of conditions of formation of reproductive behavior of the population]. *Problemy razvitiya territorii - Problems of development of the territory*, 2011, No. 2 (54), pp. 64-71.

5. Krasnikova M. B., Trubina T. B. Faktory, vliyayushchie na seksualnoe povedenie i reproduktivnoe zdorove devochek-podrostkov [Factors affecting sexual behaviour and reproductive health of adolescent girls]. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal – Kazan medical journal*, 2010, No. 1, Vol. 91, pp. 94-96.

6. Kuzmin A. I. Zhiznennye strategii kak regulatory demograficheskogo povedeniya semi i naseleniya [Life strategies as regulators of demographic behavior of family and population]. *Ekonomika regiona -*, 2011, No. 3, pp. 63-69.

7. Radzinskiy V. E. *Planirovanie semi v XXI veke* [Family planning in the twenty-first century]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2015. 256 p.

8. Rishchuk S. V., Mirskiy V. E. Ozdorovlenie molodezhi Rossii – osnovnaya zadacha demograficheskoy politiki gosudarstva [Improving the health of young people in Russia – the main task of the state's demographic policy]. *Terra medica: zhurnal dlya vrachey vsekh spetsialnostey - Terra medica: journal for physicians of all specialties*, 2010, No. 3, pp. 11-18.

9. *Kodeks zdavoookhraneniya Respubliki Tadjikistan* [Health code of the Republic of Tajikistan]. Dushanbe, 2017. 68-73 p.

10. *Zakon Respubliki Tadjikistan №762 ot 2 avgusta 2011 g.* «Ob otvetstvennosti roditeley za obuchenie i vospitanie detey» [Law of the Republic of Tajikistan №762 of August

2, 2011 "On the responsibility of parents for the education and upbringing of children»].

11. *Zakon Respubliki Tadjikistan №954 ot 19 marta 2013 g.* «O preduprezhdenii nasiliya v seme» [Law of the Republic of Tajikistan №954 of 19 March 2013 "On prevention of domestic violence"].

12. *Zakon Respubliki Tadjikistan №272 ot 8 iyunya 2007 g.* «Ob uporyadochenii traditsiy, torzhestvo i obryadov v Respublike Tadjikistan» [Law of the Republic of Tajikistan № 272 of June 8, 2007 "On the regulation of traditions, celebrations and ceremonies in the Republic of Tajikistan»].

Сведения об авторах:

Ганиева Мунира Худойдодовна – директор ГУ «Национальный центр репродуктивного здоровья» МЗиСЗН РТ
Гаибов Амонullo Гаибович – зав. отделом профилактики инвалидности и медико-социальной экспертизы ГУ «Научно-исследовательский институт профилактической медицины Таджикистана», д.м.н., профессор

Камилова Мавджула Ядгаровна – зав. акушерским отделом ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан), д.м.н., доцент

Джуракуловна Фируза Махкамовна – ассистент кафедры общественного здоровья, экономики, управления (менеджмент) здравоохранением с курсом медицинской статистики ГОУ ИПОвСЗ РТ

Контактная информация:

Ганиева Мунира Худойдодовна – тел.: +992 907736671; e-mail: munira.ganieva.77@mail.ru

Давлятова Г.К., Камилова М.Я., Ахмедов А.

ЗНАЧЕНИЕ АУДИТА КРИТИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ В СИСТЕМЕ НЕПРЕРЫВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ТАДЖИКИСТАНА

ГУ «НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии МЗиСЗН РТ»

Davlyatova G.K., Kamilova M.M., Akhmedov A.

SIGNIFICANCE OF AUDIT OF CRITICAL CASES IN THE SYSTEM OF CONTINUOUS EDUCATION IN DELIVERY HOMES OF TAJIKISTAN

State Institution "Tajik Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology of the Ministry of Health of the Republic of Tajikistan"

Цель исследования. Оценить использование аудита критических случаев в улучшении знаний специалистов по ведению пациенток с акушерскими кровотечениями и тяжелыми преэклампсиями.

Материал и методы. в учреждениях 2-го и 3-го уровней, использующих в своей практике аудит критических случаев (30 врачей - 1-я группа) и специалистов, работающих в учреждениях, использующих старую систему разборов критических случаев акушерских кровотечений и тяжелых преэклампсий (2-я группа – 30 врачей). Тесты включали вопросы и характеризовали знания стандартов ведения пациенток с тяжелыми преэклампсиями и акушерскими кровотечениями.

Результаты. Сравнение результатов тестирования специалистов 1-й и 2-й групп показало более высокий уровень знаний национальных стандартов специалистов, принимающих участие в заседаниях аудита критических случаев акушерских кровотечений и тяжелых преэклампсий.

Заключение. Использование в практике аудита критических случаев улучшает знание стандартов по ведению женщин с акушерскими кровотечениями и тяжелыми преэклампсиями и является важной составляющей частью системы непрерывного образования в учреждениях.

Ключевые слова: аудит критических случаев, акушерские кровотечения, тяжелые преэклампсии, непрерывное образование

Aim. To estimate the using near-miss in improving the specialist's knowledge in management of patients with obstetric bleedings and severe preeclampsia.

Materials and methods. The tests, which consist from 20 questions - standard management of patients with obstetric bleedings and severe preeclampsia. 30 obstetricians (1-st group) from delivery home in which near-miss is a constant practice and 30 obstetricians (2-nd group) from delivery homes, where are using old system clinical analyses of preeclampsia and bleeding severe complications were examined.

Results. The test results comparison of 1-st and 2-nd groups specialists shows, that obstetricians, taking part in near-miss had higher level knowledge's of standards in management of patients with obstetric bleedings and severe preeclampsia.

Conclusion. The using in practice near-miss improve knowledge's of standards of management of patients with obstetric bleedings and severe preeclampsia and is the important part of system continuous education in hospitals.

Key words: near-miss, obstetric bleedings, severe preeclampsia, system continuous education

Актуальность

Важной проблемой современного акушерства является снижение показателя материнской смертности [1]. Разработка протоколов ведения беременности и родов, основанных на данных доказательной медицины, способствует стандартизации подходов к родовспоможению, снижению уровня «акушерской агрессии», полипрагмазии, распространению безопасных методик ведения беременности и родов [2].

В настоящее время в Республике Таджикистан, как и во многих других странах, уделяется приоритетное внимание повышению качества помощи, в особенности матерям и новорожденным. Качество является важным аспектом охраны здоровья. Ненадлежащая или недостаточная помощь является важным фактором предотвратимой материнской и неонатальной смертности и заболеваемости во всех странах, дорого обходится системе здравоохранения. Разница в качестве помощи является важным фактором неравенства в исходах для здоровья [3, 4].

Важность обеспечения хорошего качества медицинской помощи женщинам и новорожденным детям признана в литературе [3]. Подходами к качественной медицинской помощи являются: помощь, основанная на правах, внедрение стандартизированных подходов, основанных на данных доказательной медицины, высокий уровень знаний специалистов, оказывающих медицинскую помощь. В стране за последние годы качество оказываемых услуг значительно улучшилось. Способствующими факторами улучшения качества помощи матерям является внедрение стандартов ведения пациенток с акушерскими кровотечениями и преэклампсиями, а также внедрение инструмента оценки качества помощи – аудита критических случаев (АКС) [5, 6].

Эффективные перинатальные услуги, основанные на данных доказательной медицины, предусматривают наилучшие научные доказательства и предпочтения пациентов и не нуждаются в повторных исследованиях, доказывающих эффективность той или иной технологии. Однако существование разрыва между практиками и стандартами всегда предполагает проведения исследований, и в таких случаях полученные результаты предполагают практический выход. Использование в учреждениях страны инструмента оценки качества услуг – анализа критических случаев и на уровне страны – конфиденциального расследования случаев

материнской смертности – показало, что при внедрении и использовании эффективных перинатальных услуг в практике учреждений родовспоможения существуют барьеры и проблемы, требующие принятия решений для улучшения организации службы. Команды аудита критических случаев, проводящие анализ истинных причин упущенных возможностей, используют методологию, основополагающими принципами которой являются конфиденциальность, анонимность, ненаказуемость и сравнение практик учреждения с национальными стандартами ведения пациентов [5]. Систематическое проведение аудита критических случаев предполагает улучшение организации службы учреждения и улучшение знаний стандартов. Актуальным является изучение влияния использования аудита критических случаев в учреждениях на уровень знаний стандартов специалистами родильных домов.

Материал и методы исследования

Проведена оценка результатов тестирования специалистов акушеров-гинекологов, работающих в 8 учреждениях 2-го и 3-го уровней, использующих в своей практике аудит критических случаев (1-я группа – 30 врачей) и специалистов 6 учреждений, использующих старую систему разборов критических случаев акушерских кровотечений и тяжелых преэклампсий (2-я группа – 30 врачей). Тесты включали вопросы по стандартам ведения пациенток с тяжелыми преэклампсиями и акушерскими кровотечениями. Вопросы тестов отражали критерии диагностики данных нозологий (3 вопроса), перечень необходимого обследования (2 вопроса), неотложную акушерскую помощь при развитии осложнений (4 вопроса), режим антигипертензивной терапии (1 вопрос), режим магнезиальной терапии (1 вопрос), время и способы родоразрешения женщин с тяжелой преэклампсией (2 вопроса), инфузионная терапия при кровотечениях (1 вопрос), показания к гемотрансфузии и плазматрансфузии при кровотечениях (2 вопроса), методы временной остановки кровотечения (2 вопроса), наблюдение за женщинами в послеродовом периоде (1 вопрос), критерии выписки женщин с гипертензивными нарушениями (1 вопрос).

Критериями отбора специалистов, прошедших тестирование, явились стаж работы не менее 3 года, специальность «акушерство и гинекология».

Статистическая обработка включала метод описательной статистики.

Результаты и их обсуждение

Для подготовки вопросов тестов по оценке знаний стандартов проведена систематизация причин упущенных возможностей развития критических случаев в учреждениях, использующих АКС.

Упущенные возможности, связанные с недостаточными знаниями национальных стандартов, установлены в 43 случаях развития критических состояний преэклампсии, в 22 случаях - критических состояний акушерских кровотечений.

Конкретные упущенные возможности развития критических случаев тяжелых преэклампсий, причиной которых были

слабые знания стандартов, представлены в таблице 1. Как видно из представленных в таблице данных, недооценка состояния пациентки с тяжелой преэклампсией при поступлении способствовала неправильному выбору отделения госпитализации и отсутствию должного наблюдения. Неправильный режим магниальной терапии способствовал усугублению состояния пациенток. Запоздалое родоразрешение при тяжелой преэклампсии приводило к развитию осложнений, угрожающих жизни женщин. Незнание токсического действия магниальной терапии явилось причиной развития острой почечной недостаточности.

Таблица 1

Упущенные возможности развития критических случаев тяжелых преэклампсий в результате слабых знаний стандартов

Упущенные возможности	Тяжелые преэклампсии (n=43)		Критические случаи, развившиеся в результате упущенных возможностей
	абс.	%	
<i>Недооценка состояния пациентки с тяжелой преэклампсией при поступлении</i>	16	37,2	Эклампсия в стационаре, печеночная недостаточность
<i>Неправильный режим инфузионной терапии</i>	7	16,3	Отек легких
<i>Неправильный режим магниальной терапии</i>	9	20,9	Эклампсия
<i>Несвоевременное родоразрешение пациенток с тяжелой преэклампсией</i>	6	14	Острая почечная недостаточность, эклампсия
<i>Незнание токсического действия магниальной терапии</i>	5	11,6	Острая почечная недостаточность

Систематизированные причины упущенных возможностей, связанные со слабыми знаниями о пациентках с акушерскими кровотечениями, представлены в таблице 2. Недостаточные знания режима инфузионной терапии при кровотечениях приводило к развитию геморрагического шока. Недостаточные навыки методов временной остановки кровотечения (двуручное сдавление матки, пережатие брюшной аорты, шов по Линчу) способствовали развитию массивных кровопотерь и органоталектующим операциям.

Слабые знания быстрой оценки состояния пациентки при кровотечении были причиной запоздалой неотложной акушерской помощи. Слабая оперативная техника гистерэктомии была причиной массивных кровопотерь.

Таким образом, клиническое обучение в учреждениях, включающее теоретические занятия и отработку навыков, необходимо организовать в форме непрерывного процесса. По-видимому, необходимо учитывать такие факторы, как текучесть кадров, ротацию в подразделениях стационаров.

Результаты тестирования специалистов представлены на рисунке.

Как видно из представленных на рисунке данных, процент участников тестирования, ответивших правильно на все 20 вопросов, в учреждениях А составил 66,7%, в учреждениях Б – 20%, на 17 (85%) вопросов – 20% и 20%, на 14 (70%) вопросов - 10% и 0%, на 10 (50%) вопросов – 3,3% и 35% соответственно. Полученные данные демонстрируют, что систематическое

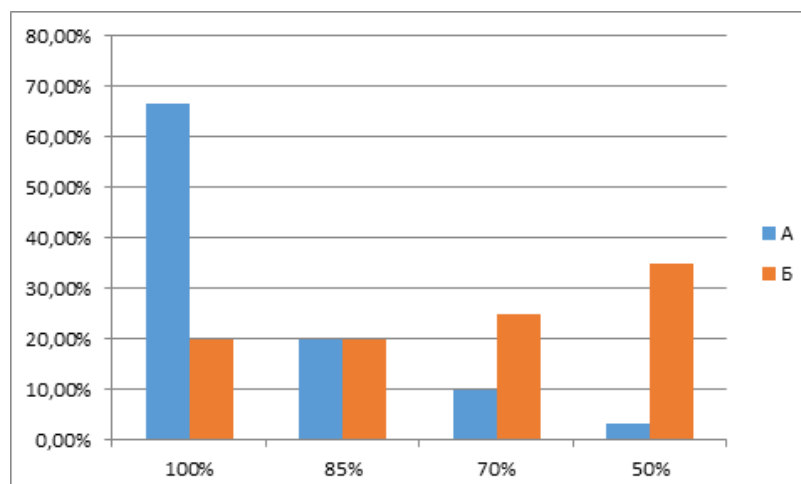
использование АКС в практике работы учреждений улучшает знание стандартов. Методология проведения заседаний АКС предусматривает сравнение практик учреждения со стандартами, при этом проводится анализ «от двери до двери», что означает тщательное рассмотрение случая – диагностика, перечень необходимого обследования, неотложная

акушерская помощь, режимы поддерживающей терапии, правильный выбор времени и способа родоразрешения, наблюдение и ведение в послеродовом периоде, критерии выписки. Участие в заседаниях АКС является своеобразным учебным процессом, способствующим улучшению знаний стандартов ведения пациенток.

Таблица 2

Систематизированные причины упущенных возможностей при акушерских кровотечениях

Акушерские кровотечения	n=22		Критические случаи
	абс.	%	
Режим инфузионной терапии при геморрагическом шоке	4	18,2%	Острая почечная недостаточность
Правильное наблюдение в раннем послеродовом периоде	2	9,1%	Запоздалая диагностика и запоздалая НАП, кровопотеря больше 1 литра
Показания к плазматрансфузии	3	13,6%	Развитие ДВС-синдрома. Полипрагмазия
Методы временной остановки кровотечения (двуручное сдавление матки, пережатие брюшной аорты, шов по Линчу)	5	22,7%	Кровотечения больше 1 литра. Гистерэктомии
Быстрая оценка состояния пациентки при кровотечении	3	13,6%	Несвоевременная неотложная помощь и кровопотеря больше 1 литра
Слабая оперативная техника гистерэктомии дежурных врачей	4	18,2%	Массивные кровопотери



Результаты тестирования специалистов, работающих в учреждениях, использующих АКС (А), и специалистов, работающих в учреждениях, использующих старую систему разборов критических случаев (Б)

Заключение

Таким образом, клиническое обучение в учреждениях, включающее теоретические занятия и отработку навыков, необходимо организовать в форме непрерывного процесса. Аудит критических случаев, используемый регулярно в учреждениях, является важной составляющей системы непрерывного образования.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (п. 6 см. в REFERENCES)

1. Айламазян Э.К., Атласов В.О., Ярославский К.В., Ярославский В.К. Аудит качества медицинской помощи при критических ситуациях в акушерстве (near miss) // Журнал акушерства и женских болезней. 2016. Т. LXV(4). С.15-23.

2. Баччи А. Реализация методологии «Что кроется за цифрами» в Европейском регионе: предпринимаемые шаги, проблемы, успехи, и где мы находимся в настоящее время // Европейский журнал по сексуальному и репродуктивному здоровью. 2010. №70. С. 6-7.

3. Клинические рекомендации по ведению гипертензивных нарушений в акушерстве /под. ред. У.Д. Узакова, Ф.М. Абдурахманова, М.Я. Камилловой и др. Душанбе: GIZ, 2015. 101 с.

4. Национальный план мероприятий по обеспечению безопасного материнства в Республике Таджикистан на период до 2014 года. Постановление Правительства Республики Таджикистан №370 от 1 августа 2008г.

5. Приказ МЗ РТ «О проведении конфиденциального расследования случаев материнской смертности и аудита критических случаев акушерских кровотечений и гипертензивных осложнений во время беременности, родов и послеродового периода». 25 сентября 2013 г. № 557.

REFERENCES

1. Aylamazyan E. K., Atlasov V. O., Yaroslavskiy K. V., Yaroslavskiy V. K. Audit kachestva meditsinskoy pomoshchi pri kriticheskikh situatsiyakh v akusherstve (nearmiss) [Audit of quality of care in critical situations in obstetrics (peim)]. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney – Journal of obstetrics and women's diseases*, 2016, Vol. 65(4), pp. 15-23.

2. Bachchi A. Realizatsiya metodologii «Chto kroetsya za tsiframi» v Evropeyskom regione: predprinimaemye shagi, problemy, uspekhi, i gde my nakhodimsya v nas-

toyashchee vremya [Implementation of the methodology "what lies behind the figures" in the European region: steps taken, problems, successes, and where we are now]. *Evropeyskiy zhurnal po seksualnomu i reproduktivnomu zdoroviyu – The European journal for sexual and reproductive health*, 2010, No. 70, pp. 6-7.

3. *Klinicheskie rekomendatsii po vedeniyu gipertenzivnykh narusheniy v akusherstve. Pod redktsiyey U. D. Uzakova, F. M. Abdurakhmanova, M. Ya. Kamilovoy i dr.* [Clinical guidelines for the management of hypertensive disorders in obstetrics. Edited by W. D. Uzakov, F. M. Abdurakhmanov, M. J. Kamilova, etc]. Dushanbe, GIZ Publ., 2015. 101 p.

4. *Natsionalnyy plan meropriyatiy po obespecheniyu bezopasnogo materinstva v Respublike Tadjikistan na period do 2014 goda. Postanovlenie Pravitelstva Respubliki Tadjikistan № 370 ot 1 avgusta 2008 g.* [National plan of measures to ensure safe motherhood in the Republic of Tajikistan for the period up to 2014. Resolution of the Government of the Republic of Tajikistan No. 370 of 1 August 2008].

5. *Prikaz MZ RT «O provedenii konfidentsialnogo rassledovaniya sluchaev materinskoj smertnosti i audita kriticheskikh sluchaev akusherskikh krovotечeniy i gipertenzivnykh oslozheniy vo vremya beremennosti, rodov i poslerodovogo perioda».* 25 sentyabrya 2013 g. № 557 [Order of the Ministry of health of the Republic of Tatarstan "on confidential investigation of maternal mortality and audit of critical cases of obstetric bleeding and hypertensive complications during pregnancy, childbirth and the postpartum period". 25 September 2013, № 557].

6. Lynch C.M., Sheridan C., Breathnach F.M. Near miss maternal morbidity. *Ir. Medical journal*, 2008, No. 101 (5), pp. 134-136.

Сведения об авторах:

Давлятова Гульджахон Кобиловна – директор Таджикского научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и перинатологии МЗиСЗН РТ, к.м.н.

Камилова Мархабо Ядгаровна – зав. акушерским отделом Таджикского научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и перинатологии МЗтСЗН РТ, д.м.н., доцент

Контактная информация:

Давлятова Гульджахон Кобиловна – 774002, Душанбе ул. М. Турсун-заде, 31, НИИ АГиП; тел.: +992935181111

Икромов М.К.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВРЕМЕННОЙ ПЕРЕВЯЗКИ НАРУЖНОЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМЫ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА

Национальный медицинский центр «Шифобахш» МЗиСЗ РТ

¹*Ikromov M.K.*

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF TEMPORARY LIGATION OF THE EXTERNAL CAROTID ARTERY DURING SURGICAL TREATMENT OF JUVENILE ANGIOFIBROMA OF THE SKULL BASE

National Medical Center «Shifobahsh» of the Ministry of Health and Social Protection of Population of the Republic of Tajikistan

Цель исследования. Оптимизация хирургического лечения юношеской ангиофибромы основания черепа путём разработки малозатратных методов в условиях ограниченных ресурсов.

Материал и методы. В клинике оториноларингологии Национального медицинского центра «Шифобахш» прооперированы 65 больных с распространённой формой юношеской ангиофибромы основания черепа (ЮАОЧ).

В зависимости от выбора тактики хирургического вмешательства больные были распределены на две группы: основная (n=32) - удаление опухоли проводили с временной перевязкой наружной сонной артерии (НСА) на стороне поражения; контрольная (n=33) - оперативное вмешательство проведено традиционным способом, без временной перевязки НСА.

Результаты. У больных основной группы интраоперационное кровотечение отмечалось примерно в 3 раза меньше чем у контрольной группы, что объясняется улучшением обзора операционного поля, возможностью более радикального удаления всех отрочков опухоли. При этом уменьшилось время продолжительности операции и количество койко-дней пребывания больных в стационаре.

Заключение. Временная перевязка НСА на стороне поражения при хирургическом лечении ЮАОЧ является оптимальным и малозатратным методом в регионах с ограниченными экономическими ресурсами. Предложенный метод можно рекомендовать при ЮАОЧ I-II-III степени по классификации U. Fish.

Ключевые слова: ангиофиброма, хирургическое лечение, ограниченные ресурсы, основание черепа, перевязка, сонная артерия

Aim. Optimization of the surgical treatment of juvenile angiofibroma of the skull base by developing low-cost methods in conditions of limited resources.

Material and methods. In the Otorhinolaryngology Clinic of the National Medical Center "Shifobahsh", we operated 65 patients with a common form of juvenile angiofibroma of the skull base .

Depending on the choice of tactics for surgical intervention, the patients were divided into two groups: The main group (32 patients) were those patients who had the tumor removed with the temporary ligation of the external carotid artery (ECA) on the affected side and the control group (33 patients) patients surgical intervention which was carried out without temporary ligation of the ECA (in the traditional way).

Results. The results of the study showed that intraoperative bleeding was noted about 3 times less in the patients of the main group who had been operated with preliminary temporal ligation of the external carotid artery than in the control group. This contributed to the fact that the review of the operating field improved, and it became possible to more radically remove all the spurs of the tumor. Also, the duration of the operation and the patient days of hospital stay decreased.

Conclusion. Based on the results obtained, it can be considered that the temporary ligation of the ECA on the side of the lesion in the surgical treatment of juvenile angiofibroma of the skull base is the optimal and low-cost method in regions with limited economic resources. The proposed method can be recommended for juvenile angiofibroma of the skull based egress according to U. Fish classification.

Key words: *angiofibroma, surgical treatment, limited resources, base of skull, ligation, carotid artery*

Актуальность

Доброкачественные опухоли основания черепа у детей - сравнительно редкое заболевание. Они чрезвычайно разнообразны по гистологической структуре, могут исходить из эпителиальной, соединительно-тканной, мышечной, костной, хрящевой, лимфатической и кроветворной тканей, могут иметь смешанный генез. В структуре ЛОР-заболеваний в последние годы их частота возросла с 6,2% до 9,5% [2, 6].

Доброкачественные опухоли носоглотки встречаются редко. Наиболее распространенной из них является юношеская ангиофиброма основания черепа (ЮАОЧ). По наблюдениям разных авторов, она встречается в 53,6% случаев среди доброкачественных новообразований носоглотки, а среди всех опухолей головы и шеи составляет 0,05% [3].

ЮАОЧ в соответствии с Международной классификацией опухолей (1971) относится к опухолям мягких тканей (мезенхимальные опухоли). По данным литературы, один больной с ЮАОЧ встречается на 12-16 тыс. стационарных больных с оториноларингологическими заболеваниями [5, 7].

Юношеская ангиофиброма основания черепа, обладая экспансивным ростом и высоким процентом рецидивирования, часто принимает злокачественное течение. Доказательством этого является способность опухоли к росту в объёме до больших размеров и разрушительным характером преодолевать на своём пути все препятствия независимо от того, мягкая это ткань, хрящ или кость. В связи с этим проблема лечения данной патологии остаётся актуальной.

Сложным и важным звеном ЮАОЧ является её диагностика в начальной стадии заболевания в связи с неспецифическими признаками в раннем периоде (ринорея, затруднение носового дыхания и т.д.), отдающие предпочтение другим заболеваниям полости носа и носоглотки (аденоиды, риниты и т.д.) [4].

Ангиоматозность образования из сосудов бассейна сонной артерии приводит к профузным интраоперационным кровотечениям, угрожающим жизни пациента, и

поэтому немаловажной задачей хирурга, кроме радикального удаления опухоли, является остановка кровотечения. Несмотря на то, что названная проблема уже решена благодаря появлению в арсенале здравоохранения аппаратуры, использующей высокие технологии, например ангиография и суперселективная эмболизация сосудов бассейна наружной сонной артерии (НСА), во многих регионах страны, где этих технологий нет, перевязка НСА не исчерпала своей актуальности [1].

Следует отметить, что возможность перевязки сосуда с одной или с обеих сторон хирурги обсуждают в каждом конкретном случае строго индивидуально с учётом распространения патологического процесса в соседние органы.

По данным ЛОР-клиники, в Республике Таджикистан юношеская ангиофиброма встречается одинаково во всех регионах страны, кроме высокогорной области – Горно-Бадахшанского автономного округа (ГБАО), и удельный вес соответствует данным мировой литературы.

Материал и методы исследования

В клинике оториноларингологии Национального медицинского центра «Шифобахш» за период 2000-2016 годов мы оперировали 65 больных с распространённой формой ЮАОЧ. Несмотря на то, что некоторые авторы описывают случаи наблюдения юношеской ангиофібромы у больных женского пола, в нашем случае все наблюдаемые больные были исключительно мужского пола. По возрасту больные распределились следующим образом: от 10 до 14 лет - 4, от 15 до 19 лет - 46, от 20 до 24 - 15 пациентов. Основную массу больных составили юноши переходного возраста 15-19 лет - 70,7%.

В зависимости от выбора тактики хирургического вмешательства больные были распределены на две группы: основная (32) - пациенты, которым удаление опухоли проводили с временной перевязкой наружной сонной артерии на стороне поражения; контрольная (33) – пациенты, оперативное вмешательство которым проведено без временной перевязки НСА (традиционным способом).

Заболеваемость во всех районах встречалась одинаково, кроме Горно-Бадахшанской автономной области (табл. 1).

Все больные были обследованы с применением эндоскопических, рентгенографических, а также КТ и МРТ методов исследования, а также гистоморфологическим изучением биоптатов опухоли. Пациентам из основной группы дополнительно проводили ангиографическое исследование

сосудов бассейна наружной сонной артерии. Указанные методы обследования позволили уточнить границы распространения опухоли, оценить состояние костных структур основания черепа, лицевого скелета и тем самым определить наиболее целесообразный хирургический подход к опухоли для радикального удаления. Степень опухоли в зависимости от распространения оценивали по классификации U. Fish (табл. 2).

Таблица 1

Распределение наблюдаемых больных с ЮАОЧ по месту жительства; n=65

Регион проживания	Основная группа		Всего	Контрольная группа		Всего	Общ.
	город	село		город	село		
Хатлонская область	8	2	10	–	9	9	19 (29,2%)
Согдийская Область	3	3	6	1	5	6	12 (18,5%)
Районы республиканского подчинения и г. Душанбе	6	10	16	11	7	18	34 (52,3%)
Горно-Бадахшанская автономная область	–	–	–	–	–	–	–
Всего	17	15	32	12	21	33	65 (100%)

Таблица 2

Распределение больных в группах по степеням классификации U. Fish

Степень опухоли	I	II	IIIА	IIIБ	Всего	%
Основная группа	4	21	6	1	32	49,2
Контрольная группа	4	20	7	2	33	50,8
Всего	8	41	13	3	65	100

В процессе наблюдения мы неоднократно сталкивались с запоздалой диагностикой ЮАОЧ. До поступления в ЛОР-клинику больным выставлялись самые разнообразные диагнозы: хронический ринит, аденоиды, хронический риносинусит, полипозный ринит, хоанальный полип, атрезия хоан, гипертрофический ринит и др. При этом назначались неоднократные курсы медикаментозного и физиотерапевтического лечения.

Результаты и их обсуждение

Анализ показал, что у больных основной группы, которые были прооперированы с предварительной временной перевязкой наружной сонной артерии, отмечался полноценный обзор операционного поля и

возможность более радикального удаления всех отростков опухоли. Интраоперационная кровопотеря составила 200,0-600,0 мл. У больных контрольной группы, которые прооперированы существующими традиционными методами, интраоперационная кровопотеря составила 650,0-1600,0 мл крови, что вызывало необходимость переливания одногруппной свежзамороженной эритроцитарной массы или плазмы крови. Средняя статистическая значимость этих показателей обработана на персональном компьютере системой XL (табл. 3).

Результаты исследований показали, что эффективность временной перевязки НСА на стороне поражения при хирургическом лечении ЮАОЧ выражается не только в умень-

шении интраоперационной кровопотери, но и существенно влияет на продолжительность

оперативного вмешательства и пребывания больных в стационаре (табл. 4).

Таблица 3

Сравнительные показатели объёма интраоперационной кровопотери и объёма введённых компонентов крови и плазмы в сравниваемых группах

Группы	Основная	P	Контрольная
Объём интраоперационной кровопотери, мл	330,9±33,2		1034,8±93,2
Объём введённых компонентов крови и плазмы, мл	36,3±19,1	< 0,001	313,3±59,5

Таблица 4

Сравнительные показатели объёма интраоперационной кровопотери и объёма введённых компонентов крови и плазмы в сравниваемых группах

Группы	Основная	P	Контрольная
Продолжительность операции, мин.	88±7,1		101,1±5,8
Койко-дни	12,4±0,9	<0,001	20,2±2

У 2 больных из основной группы через год после операции отмечался рецидив заболевания, что составляет 6,25%, а в контрольной группе больных - у 6 (18,18%) пациентов.

Проведенная работа показала следующие преимущества оперативного вмешательства с временной перевязкой НСА: уменьшение интраоперационной кровопотери; улучшение качества операционного вмешательства; стабильность объёма циркулирующей крови; минимальная вероятность послеоперационных рецидивов; снижение расходов на лечение; уменьшение времени пребывания больного в стационаре.

Заключение

Основываясь на полученных результатах, можно считать, что временная перевязка НСА на стороне поражения при хирургическом лечении ЮАОЧ является оптимальным и малозатратным методом в регионах с ограниченными экономическими ресурсами. Предложенный метод можно рекомендовать при ЮАОЧ I-II-III степени по классификации U. Fish.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (п. 7 см. в REFERENCES)

1. Везезгов В.А., Науменко Н.Н. и др. Современный взгляд на проблему оптимизации диагностики и лечебной тактики у больных юношеской ангиофибромой носоглотки и основания черепа // Российская оториноларингология. 2011. №2(51). С.61-71

2. Гаджимирзаев.Г.А. и др. Варианты хирургического вмешательства при распространённых формах юношеской ангиофибромой носоглотки // Российская оториноларингология. 2013. №3(64).С.23-26.

3. Науменко Н.Н., Гуляев Д.А., Науменко А.Н., Везезгов В.А. Современные представления о хирургическом лечении юношеской ангиофибромой основания черепа с интракраниальным распространением /Российская оториноларингология. 2010. №1(44).-С.90-94.

4. Пальчун В.Т. Оториноларингология. Национальное руководство. Москва, 2009. 954 с.

5. Шалабаев Б.Д. Хирургическое лечение объёмных деструктивных образований челюстно-лицевой области. Бишкек, 2013. 342с.

6. Юнусов А. С., Закариев А.С. Особенности введения больных с ЮАОЧ // Российская оториноларингология. 2009. Прил. №1. С.385-389.

REFERENCES

1. Verezgov V. A., Naumenko N. N. Sovremennyy vzglyad na problemu optimizatsii diagnostiki i lechebnoy taktiki u bolnykh yunosheskoj angiofibromoy nosoglotki i osnovaniya cherepa [Modern view on the problem of optimization of diagnosis and treatment tactics in patients with juvenile nasopharyngeal angiofibroma and skull base]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya – Russian otorinolaringology*, 2011, No. 2(51), pp. 61-71.

2. Gadzhimirzaev G. A. Varianty khirurgicheskogo vmeshatelstva pri rasprostranyonnykh formakh yunosheskoj angiofibromoy nosoglotki [Options for surgery in common forms of juvenile nasopharyngeal angiofibroma]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya – Russian otorinolaringology*, 2013, No. 3(64), pp.23-26.

3. Naumenko N. N., Gulyaev D. A., Naumenko A. N., Verezgov V. A. Sovremennyye predstavleniya o khirurgich-

eskom lechenii yunosheskoy angiofibromy os ovaniya cherepa s intrakranialnym rasprostraneniem [Modern concepts of surgical treatment of juvenile angiofibroma of skull base with intracranial distribution]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya – Russian otorinolaringology*, 2010, No. 1(44), pp. 90-94.

4. Palchun V. T. *Otorinolaringologiya. Natsionalnoe rukovodstvo* [Otorhinolaryngology. National leadership]. Moscow, 2009. 954 p.

5. Shalabaev B. D. *Khirurgicheskoe lechenie obyomnykh destruktivnykh obrazovaniy chelyustno-litsevoy oblasti* [Surgical treatment of volume destructive formations of maxillofacial area]. Bishkek, 2013. 342 p.

6. Yunusov A. S., Zakariyev A. S. Osobennosti vvedeniya bolnykh s yunosheskoy angiofibromoy osnovaniya cherepa [Features of management of patients with juvenile angiofibroma of the skull base]. *Rossiyskaya otorino-*

laringologiya – Russian otorinolaringology, 2009, Supp. 1, pp. 385-389.

7. Behrbohm H., Koschke O., Nawka T., Swift A. *Ear, Nose and Throat Diseases. 2009 of the original English language edition Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart, Germany, 2012. 772 p.*

Сведения об авторе:

Икромов Махмадуло Курбонович – врач-оториноларинголог ГУ «Национальный медицинский центр Шифобахи» МЗиСЗН РТ

Контактная информация:

Икромов Махмадуло Курбонович – тел.: +992918530898; e-mail: Ikromov.mk-71@mail.ru

Караев И.И., Рахматова Р.А.

ИЗУЧЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ ОСТРОГО ТЕЧЕНИЯ

Национальный медицинский центр «Шифобахш» МЗиСЗ РТ

Karaev I.I., Rakhmatova R.A.

STUDYING OFACTIVITY ALIVENTARY BY CHILD WITH LYMPHOBLASTIK LEUKOSIS SHARP FLOW

National Medical Center «Shifobahsh» of the Ministry of Health and Social Protection of Population of the Republic of Tajikistan

Цель исследования. Определить расположение и периодичность повреждений желудочно-кишечной системы у пациентов при остром лимфобластном лейкозе (ОЛЛ) и возможность предупреждения различных патологических состояний.

Материал и методы. Изучены истории болезней 74 детей (35 девочек и 39 мальчиков) в возрасте от 1 до 18 лет, больных ОЛЛ, находившихся на лечении в гематологическом отделении НМЦ РТ в период с января 2015 г. по ноябрь 2016 г. (основная группа). Терапия проводилась по протоколу ALL-MB-2008.

Результаты. Преимущественными жалобами детей с ОЛЛ до лечения были диспепсия, абдоминальные боли, диареи, запоры и вздутие живота, что связано с инициальным поражением органов брюшной полости.

Заключение. Поражение органов пищеварительной системы при ОЛЛ обусловлено длительным применением высоких доз глюкокортикоидных гормонов, наибольшая частота поражения отмечается в период индукции и менее выражена в периоде консолидации. Сформулированы необходимые мероприятия по вторичной профилактике осложнений со стороны ЖКТ у данной категории детей.

Ключевые слова: дети, подростки, острый лимфобластный лейкоз, желудочно-кишечный тракт, факторы риска

Aim. To define an arrangement and periodicity of damages of gastro enteric system at patients at sharp lymphoblast leukmia and the prevention of various pathological conditions.

Materials and methods. For achievement of an object in view we had been studied stories of illnesses 74 children (35 girls and 39 boys) at the age from 1 till 15 years sick sharp lymphoblast leukmia, were on treatment in hematology branch NMTS RT during the period from January, 2015 till November, 2016 (the basic group). Therapy spent under report ALL-MB-2008.

Results. Presence of complaints on абдоминальные pains can be connect with initial of bodies of a belly cavity. At receipt at all children with sharp lymphoblast leukmia according to ultrasonic the increase in the sizes of a liver (in the front back size on the average on 1/3). At 93,4 % - increase in value of the sum of the linear sizes of a pancreas on an empty stomach on the average more, than in 2 times ($p < 0,05$) has been noted. Changes of the sizes of a liver connected with leukemic infiltration, and changes of the sizes and pancreas structure can have jet character.

Conclusion. Defeat the gastrointestinal treat in children and adolescents with ALL are more due to prolonged use of high doses of glucocorticoids. The highest frequency of gastrointestinal lesions that observed during remission induction therapy of ALL and less pronounced in a period of consolidation. In the treatment of children with ALL should be consider risk factors for complications from the gastrointestinal tract. To reduce the risk of complications associated with the treatment of ALL, recommends a secondary prevention of gastrointestinal lesions.

Key words: children, teenagers, lymphoblastic leukemia in children, a gastro enteric path, risk factors

Актуальность

За последние десятилетия достигнут прогресс в лечении детей, больных острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ). Однако, несмотря на успехи, существует ряд проблем, связанных с токсическим действием лекарственных средств, в частности, с поражением желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), печени и поджелудочной железы. Некоторые работы посвящены лекарственному токсическому поражению печени и гепатобилиарной системы [1, 2, 4]. Кроме того, имеются сообщения о наличии у таких детей дисбактериоза кишечника [6], поражении поджелудочной железы [5, 6], воспалительных процессах в полости рта [3]. Встречаются также единичные сообщения о манифестирующих гастроинтестинальных поражениях [6, 8]. Тем не менее, до сих пор не проанализирована частота выявления симптомов поражения ЖКТ и их корреляция с этапами лечения детей с ОЛЛ.

В связи с этим нами была поставлена цель – проанализировать частоту поражения ЖКТ, печени и поджелудочной железы и оценить возможность внесения коррективов в алгоритм лечения таких детей на разных этапах лечения ОЛЛ, а также возможность предупреждения осложнений. Для этого необходимо было решить следующие задачи: 1) выявить локализацию и частоту поражения ЖКТ, печени и поджелудочной железы у детей, больных ОЛЛ; 2) проанализировать клинические и лабораторные данные детей, больных ОЛЛ на разных этапах лечения; 3) исследовать зависимость поражения ЖКТ, печени и поджелудочной железы от принимаемых по протоколу ALL-MB-2008 препаратов [3, 7, 9].

Материал и методы исследования

Были изучены истории болезней 74 детей (35 девочек и 39 мальчиков) в возрасте от 1 до 18 лет, больных ОЛЛ, находившихся на лечении в гематологическом отделении Национального медицинского центра (НМЦ) РТ в период с января 2015 г. по ноябрь 2016 г. (основная группа). Терапия проводилась по протоколу ALL-MB-2008: в период индукции ремиссии использовались дексаметазон (DEXA; 6 мг/м²/сут peros), винкристин (внутривенно струйно), рубомицин (внутривенно капельно) и интратекально метотрексат (MTX), цитарабин (ARA-C), DEXA; по достижении клинико-гематологической ремиссии к 36-му дню в группах стандартного и промежуточного риска проводилась консолидация с применением L-аспарагиназы, MTX и пуринета с периодами реиндукции (включающими введение DEXA peros и интратекально)

на 85–96-е, 141–153-и и 197–207-е сутки и с дальнейшей поддерживающей терапией.

Для группы сравнения были взяты 12 детей (12 мальчиков в возрасте от 1,5 до 16 лет), находящихся на лечении в НМЦ РТ в период с 2010 по 2013 г. по поводу нефротического синдрома на фоне различной патологии почек. Всем им была проведена терапия преднизолоном в дозе 2 мг/кг в 2–4 приема до достижения постоянной ремиссии, что эквивалентно дозе ДЕХА в лечении детей с ОЛЛ.

Для изучения частоты поражения ЖКТ, печени и поджелудочной железы оценивали клинические данные: наличие диареи, запоров, рвоты, вздутия живота, жалобы на абдоминальные боли, пальпаторное изменение границ печени и боли при пальпации живота, а также биохимические показатели крови (АлАТ, АсАТ, прямой и непрямой билирубин, общий белок, альбумин, амилаза), параметры коагулограммы и данные УЗИ органов брюшной полости.

Статистическая обработка материала производилась с использованием пакетов приложений Microsoft Office 2007 для статистической обработки материала – Microsoft Excel (версия 7.0) и программы статистической обработки материала Statistica (версия 6.0) с использованием вычислительных методов, рекомендованных для медицины. Основная группа соответствует выборочной совокупности, отобранной гнездовым способом. Полученные результаты входили в диапазон доверительных границ. Достоверность полученных результатов была оценена с помощью коэффициента ошибки репрезентативности.

Результаты и их обсуждение

Анализ жалоб больных ОЛЛ до лечения показал, что 21,6% детей с ОЛЛ беспокоила диспепсия. При ретроспективном анализе наибольшее количество жалоб у детей, больных ОЛЛ, при поступлении в стационар приходится на абдоминальные боли, что в 5,5 раз чаще, чем наличие диареи, запоров и вздутия живота. Наличие жалоб на абдоминальные боли может быть связано с инициальным поражением органов брюшной полости.

При поступлении у всех детей с ОЛЛ по данным УЗИ было отмечено увеличение размеров печени (в передне-заднем размере в среднем на 1/3) и у 93,4% – увеличение значения суммы линейных размеров поджелудочной железы натошак в среднем более чем в 2 раза ($p < 0,05$). Изменения размеров печени связаны с лейкоэмической инфильтрацией, а изменения размеров и структуры поджелудочной железы могут носить реактивный характер.

В период индукции ремиссии количество детей, предъявляющих жалобы на диспепсию, составляло 37,3% ($p < 0,05$). Это может свидетельствовать о том, что в период индукции ремиссии произошло изменение функциональной активности ЖКТ под влиянием гормональной терапии в сочетании с мощной химиотерапией (рвота, вздутие живота, изменения характера стула, абдоминальные боли), в связи с чем повышается риск развития стероидных гастритов.

В период консолидации общее количество детей, предъявляющих данные жалобы, не изменилось, но число жалоб уменьшилось. Полученные данные показывают, что за время консолидации структура жалоб принципиально не менялись. Однако отмечалось уменьшение жалоб на абдоминальные боли и вздутие живота, что может быть связано со специфическим действием глюкокортикоидов и их отсутствием в практике лечения в период консолидации.

При проведении лечения количество детей с повышенной активностью цитолитических ферментов печени увеличилось. Это происходило существенно, скачкообразно на 1-й неделе индукции ремиссии – на 51,2% ($p < 0,05$).

При этом оценка динамики изменения активности АлАт и АсАт также показала, что к 8-му дню от начала лечения происходило существенное возрастание их активности, которое продолжалось на протяжении всего периода индукции ремиссии. В периоды реиндукции и консолидации мы отмечаем более низкие значения активности ферментов, что можно объяснить длительностью приема высоких доз ДЕХА (29 дней на индукции и 10 дней на реиндукции), его влиянием на углеводный обмен, способностью повышать синтез аминотрансфераз, приводящих к активации глюконеогенеза.

До лечения у 14,3% ($p < 0,05$) больных детей с ОЛЛ было выявлено снижение уровня альбумина в среднем до 35,8 г/л. В период индукции ремиссии у 1/4 детей уровень альбумина был снижен в среднем до 36,3 г/л, в периоды консолидации у половины детей уровень альбумина колебался в диапазоне 29–37 г/л с незначительной тенденцией к увеличению в реиндукции, что может свидетельствовать о недостаточности синтетической функции печени, алиментарного поступления белков и действия L-аспарагиназы (подавление синтеза белка не только в опухолевых, но и в нормальных клетках).

Среди детей основной группы нами была выделена группа из 20 пациентов, которым

потребовалась консультация гастроэнтеролога. У детей были клинические проявления дискинезии желчных путей (приступообразные колющие или постоянные давящие боли, в ряде случаев чувство распирания и тяжести в правом подреберье, пузырьные симптомы, горечь во рту, изменение характера стула, наличие взвеси в просвете желчного пузыря по данным УЗИ), у 4 – токсического гепатита (недомогание, субиктеричность склер, нарушение стула, повышение активности АлАт, АсАт, билирубина, снижение уровня факторов свертывания и альбумина, увеличение размеров и изменение структуры печени по данным УЗИ), у одного – портальная гипертензия на фоне тромбоза, у одного – септические очаги в печени, у 5 – энтеропатия на фоне септического состояния, у одного – колит и кровавый стул, у 3 – гастродуоденит, у одного – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). Основная часть из них (13 детей) нуждалась в осмотре гастроэнтеролога в первые 3 недели индукции ремиссии. Назначенная терапия (диета, ферменты, желчегонные препараты, гепатопротекторы, противорвотные средства центрального действия, ингибиторы Н+/К+-АТФазы, антацидные, противодиарейные, слабительные, противомикробные и противогрибковые препараты в зависимости от характера поражения ЖКТ) в 65% случаев имела стойкий положительный эффект, который у 7 больных сохранялся и в периоды консолидации.

В связи с этим имеет значение выделение детей группы риска по возможному развитию осложнений со стороны ЖКТ и их профилактика. К факторам риска можно отнести следующие:

- 1) анамнестические данные;
 - а) наличие хронических заболеваний ЖКТ (ГЭРБ, эрозивные и язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки, энтерит, колит, функциональные диспепсии, функциональные расстройства желчевыводящей системы и др.);
 - б) сопутствующие бактериально-вирусные инфекции (гепатиты, энтеровирусная, герпетическая инфекции и др.) и глистно-паразитарные инвазии;
 - в) часто болеющие дети;
 - г) системные заболевания соединительной ткани;
 - д) эндокринопатии и аутоиммунные заболевания;
 - е) нарушения обменных процессов (дефицит и избыточная масса тела);
 - ж) аллергические заболевания;
- 3) вегетативные расстройства;

2) инициальные изменения биохимических показателей – АлАт, АсАт, γ -ГТ, ЛДГ, билирубина, амилазы; снижение уровня общего белка и альбумина;

3) изменения УЗ-картины органов брюшной полости (взвесь, конкременты в желчном пузыре и др.).

Вторичная профилактика должна быть направлена на предупреждение возможных осложнений согласно факторам риска (применение антацидных препаратов, тюбажей, желчегонных, противорвотных, антибактериальных препаратов). При наличии риска развития запоров на фоне введения винкристина возможно назначение слабительных, увеличивающих объем кишечного содержимого, глютаминовой кислоты.

Заключение

Поражение ЖКТ у детей и подростков с ОЛЛ в большей степени обусловлено длительным применением высоких доз глюкокортикоидных гормонов.

Наибольшая частота поражения ЖКТ отмечается в период индукции ремиссии ОЛЛ и менее выражена в периоде консолидации.

При лечении детей с ОЛЛ необходимо учитывать факторы риска развития осложнений со стороны ЖКТ.

Для уменьшения вероятности развития осложнений, связанных с лечением ОЛЛ, рекомендуется проведение вторичной профилактики поражения ЖКТ.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 7-9 см. в REFERENCES)

1. Абдулкадыров К.М. Гематология: новейший справочник. М.: Эксмо; СПб.: Сова, 2010. 928 с.
2. Ардатская М.Д. Современные возможности диагностики нарушения состава микрофлоры при заболеваниях желудочно-кишечного тракта и пути коррекции // Гастро Newsлайн. 2011. №1. С. 5-7
3. Нагорная Н.В., Вильчевская Е.В., Марченко Е.Н., Бордюгова Е.В., Дудчак А.П., Дубовая А.В., Митенкова А.С. Анализ причин поздней диагностики острого лейкоза у детей // Здоровье ребенка. 2012. №1(36). С. 84-89.
4. Набиев З.Н. Синдром энтеральной недостаточности и его коррекция при кишечной инфекции // Педиатрия и детская хирургия. 2013. №1. С. 14-17.
5. Румянцев А.Г. Острый миелобластный лейкоз у детей. Перспективы оптимизации лечения// Детская гематология и онкология. №1. 2017. С.30-32.
6. Савченко В.Г., Паровичникова Е.Н. Острый про-

миелоцитарный лейкоз Лечение острых лейкозов. М.: Медпресс-информ, 2010. С. 64-110.

RESERENSES

1. Abdulkadyrov K. M. *Gematologiya: noveyshiyy spravochnik* [Hematology: the newest reference book]. Moscow, EHksmo Publ.; St. Petersburg, Sova Publ., 2010. 928 p.
2. Ardatskaya M. D. *Sovremennyye vozmozhnosti diagnostiki narusheniya sostava mikroflory pri zabolevaniyakh zheludochno-kishechnogo trakta i puti korrektsii* [Modern possibilities of diagnostics of the microflora composition disorder in diseases of the gastrointestinal tract and correction path]. *Gastro Newsлайн – Gastro Newsline*, 2011. No. 1, pp. 5-7.
3. Nagornaya N. V., Vilchevskaya E. V., Marchenko E. N., Bordyugova E. V., Dudchak A. P., Dubovaya A. V., Mitenkova A. S. *Analiz prichin pozdney diagnostiki ostrogo leykoza u detey* [Analysis of the causes of late diagnosis of acute leukemia in children]. *Zdorove rebenka – Child's Health*, 2012, No. 1 (36), pp. 84-89.
4. Nabiev Z. N. *Sindrom enteralnoy nedostatochnosti i ego korrektsiya pri kishechnoy infektsii* [Syndrome of enteric insufficiency and its correction in intestinal infection]. *Pediatrics i detskaya khirurgiya – Pediatrics and Pediatric Surgery*, 2013, No. 1, pp. 14-17.
5. Rummyantsev A. G. *Ostryy mieloblastnyy leykoz u detey. Perspektivy optimizatsii lecheniya* [Acute myeloblastic leukemia in children. Prospects for treatment optimization]. *Detskaya gematologiya i onkologiya – Pediatric Hematology and Oncology*, No. 1, 2017, pp. 30-32.
6. Savchenko V. G., Parovichnikova E. N. *Ostryy promielotsitarnyy leykoz Lechenie ostrykh leykozov* [Acute promyelocytic leukemia Treatment of acute leukemia]. Moscow, Medpress-inform Publ., 2010. 64-110 p.
7. Olennikov D. N., Kashchenko N. I., Chirikova N. K. *A Novel HPLC-Assisted Method for Investigation of the Fe²⁺-Chelating Activity of Flavonoids and Plant Extracts 11 Molecules*. 2014, Vol. 19. 18296-18316 p.
8. Rubnitz J. E., Inaba H. *Childhood acute myeloid leukaemia*. *Br. J. Haematol.*, 2012, 159 (3), pp. 259-76.
9. Wu S. F., Chen A. C., Peng C. T., Wu K. N. *Octreotide Therapy in asparaginase-associated pancreatitis in childhood acute lymphoblastic leukemia*. *Pediatr. Blood Cancer*. 2012, 51 (6). 824-825 p.

Сведения об авторах:

Караев Идибек Исламуддинович – директор центра онкологии Хатлонской области

Рахматова Рухиона Акрамовна – ведущий научный сотрудник ГУ «Научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии Таджикистана», к.м.н.

Контактная информация:

Рахматова Рухиона Акрамовна – тел.: +992909968228

© Коллектив авторов, 2018

УДК 616-002.5-07-036-08 (575.3)

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

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ЛЕКАРСТВЕННАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЁЗА У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТБ/ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

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

CLINICAL FLOW AND DRUG STABILITY OF TB MICROBACTERIA IN PATIENTS WITH COMBINED TB/HIV-INFECTIONS

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

Цель исследования. Изучение клинического течения и лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза у детей и взрослых больных с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ.

Материал и методы. Проанализировано 786 амбулаторных карт по форме 25/у ВИЧ инфицированных лиц, из них 509 (64,8%) детей, 277 взрослых (35,2%), которые находились на диспансерном учете в Центрах по борьбе и профилактике ВИЧ-инфекции. На всех обследованных заполнены анкеты для изучения социального статуса. Мужчин было 60 человек (72,3%), женщин - 23 (27,7%). Изучена клиническая структура, распространенность и степень выделения микобактерий туберкулеза, а также их устойчивость к противотуберкулёзным препаратам.

Результаты. Из общего числа 83 больных с сочетанной инфекцией ТБ и ВИЧ подавляющее большинство больных представлено мужчинами - 60 (72,3%), 23 (27,7%) - женщины. Отмечается высокий удельный вес детей (56,6%), заболевших двойной инфекцией. Среди взрослых от 18 до 39 лет - 35% составляли лица с ко-инфекцией ТБ/ВИЧ. Определяется высокий показатель инфильтративного туберкулёза (39,8%), деструкции легочной ткани (74%) у больных с ко-инфекцией. В 61,1% случаев у бактериовыделителей имела лекарственная устойчивость микобактерий туберкулёза: к двум основным противотуберкулёзным препаратам - 44,4%, 16,7% - с широкой лекарственной устойчивости к противотуберкулёзным препаратам первого и второго ряда.

Заключение. Сочетание туберкулёз и ВИЧ инфекции наиболее часто поражает лиц мужского пола. Отмечается высокий процент генерализованных форм туберкулёза с осложнениями, что свидетельствует о поздней диагностики туберкулёза среди ВИЧ инфицированных больных.

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

Aim. To study clinical flow and drug stability of TB microbacteria in children and grown-up patients with combined TB/HIV infection.

Materials and methods. 786 ambulatory cards according to form 25/y of HIV infected individuals were analyzed, out of which 509 (64,8%) were children, 277 were grown-ups (35,2%), who were on dispensary registration at the Centers for HIV Prevention and Prevention. All questionnaires were filled out with questionnaires for studying the social status. There were 60 men (72,3%), women - 23 (27,7%). The clinical structure, prevalence and degree of allocation of mycobacteria of tuberculosis, as well as their resistance to anti-tuberculosis drugs were studied

Results. Out of the total number of 83 patients with TB and HIV co-infection, the vast majority of patients are men - 60 (72,3%), 23 (27,7%) are women. There is a high proportion of children (56,6%) who contracted a double infection. Among adults between 18 and 39 years of age, 35% were persons with co-infection with TB / HIV. A high index of infiltrative tuberculosis (39,8%), pulmonary tissue destruction (74%) in patients with co-infection was determined. In 61,1% of cases, the bacteriostigters had the drug resistance of the mycobacterium tuberculosis: two main anti-tuberculosis drugs - 44,4%, 16,7% - with broad drug resistance to anti-tuberculosis drugs of the first and second rows.

Conclusion. The combination of tuberculosis and HIV infection is most often affected by males. There is a high percentage of generalized forms of tuberculosis with complications, which indicates a late diagnosis of tuberculosis among HIV-infected patients.

Key words: tuberculosis and HIV, bacterial excretion, multiple and broad drug resistance

Актуальность

Распространение вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), вызывающего синдром приобретенного иммунного дефицита (СПИД), начало регистрироваться в Республике Таджикистан в конце 93-х годов В 2015 году в мире зарегистрировано 10,4 миллиона больных туберкулезом (ТБ), из них 1 миллион детей. 87% новых случаев туберкулеза было зарегистрировано в 30 странах мира с высоким распространением этого заболевания. Наибольший рост распространенности отмечается в странах Центральной Азии (61%) и Африке (26%). Доля больных ВИЧ-инфекцией среди впервые выявленных больных ТБ неуклонно растет [1, 3, 4, 5]. По данным ВОЗ, туберкулез является ведущей инфекцией и развивается примерно у половины ВИЧ-инфицированных лиц. Установлено, что у больных активным туберкулезом размножение ВИЧ ускоряется в 160 раз, а темпы прогрессирования ВИЧ-инфекции в целом в 2,5 раза [2, 3].

Выявление устойчивых форм микобактерий туберкулеза у больных с ВИЧ-инфекцией, ранее не получавших противотуберкулезных препаратов, свидетельствует о том, что при ВИЧ-инфекции актуальна не только активация «дремлющих» микобактерий, но и первичное инфицирование или суперинфекция устойчивыми штаммами, что приводит к распространению множественно и широко лекарственно устойчивых форм туберкулеза к противотуберкулезным препаратам (МЛУ и ШЛУ МБТ) [1, 4, 5].

ВОЗ считает, что “туберкулезный кризис” будет усугубляться, если немедленно не предпринять действенных мер и если интенсивность распространения инфекции сохранится на нынешнем уровне. ВИЧ-инфекция в силу своих патогенетических особенностей способствует бурному росту туберкулезной инфекции в человеческом организме и тем самым способствует более быстрому развитию туберкулезной инфекции. Принимая во внимание высокую распространенность обеих инфекций среди групп риска (трудовые мигранты, заключенные, работники коммерческого секса, потребители инъекционных наркотиков) и слабую приверженность этих лиц к лечению, увеличивается вероятность появления резистентных форм туберкулеза,

что имеет немаловажное значение не только в эпидемиологическом, но и в экономическом аспектах [2, 3, 4].

В Таджикистане первый случай ТБ/ВИЧ инфекции был зарегистрирован в 2006 году - 12 больных. К концу 2017 г. общее число выявленных лиц с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ составляет 1454 больных, это более чем в 121 раз. Ежегодно отмечается рост впервые выявленных больных с сочетанной инфекцией ТБ и ВИЧ.

Материал и методы исследования

Для достижения поставленной цели проанализировано 786 амбулаторных карт форм 25/у ВИЧ-инфицированных лиц, из них 509 (64,8%) детей, 277 взрослых (35,2%), которые находились на диспансерном учете в Центрах по борьбе и профилактике ВИЧ-инфекции. Из 786 опрошенных 72% составляли жители сельской местности, 28% – городские. На всех обследованных заполнены анкеты для изучения социального статуса. Мужчины составили 60 человек (72,3%), женщины - 23 (27,7%). Все больные с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ были разделены на 2 группы: 1-я группа n=47 детей (0-17 лет), 2-я группа n=36 взрослых (18-59 лет). Изучена клиническая структура, распространенность и степень выделения микобактерий туберкулеза и их устойчивость к противотуберкулезным препаратам.

Ретроспективно изучены данные рентгенологических, томографических, лабораторных, бактериологических исследований на выявление микобактерий туберкулеза, изначально всем больным провели исследование на лекарственную устойчивость МБТ одним из молекулярно-генетических методов (Xpert МБТ/Rif) с определением лекарственной устойчивости к одному из основных противотуберкулезных препаратов - к рифампицину. Это один из современных методов исследования, который в течение 2-х часов выявляет наличие МБТ и одновременно определяет их устойчивость к рифампицину. Также проведен культуральный метод исследования (посев) и тест на лекарственную чувствительность к препаратам первого и второго ряда.

Все больные с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ были осмотрены и проконсультированы специалистами Республиканского

центра защиты населения от туберкулеза. При исключении активного туберкулёзного процесса пациентам с ВИЧ-инфекцией был назначен курс химиопрофилактики туберкулёза изониазидом в течение 6-месяцев.

Результаты и их обсуждение

Из всех 786 обследованных людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), всего было выявлено 83 больных с активным туберкулёзным процессом, из 509 детей выявлено 47 больных ТБ, показатель выявляемости туберкулёза среди детей составил 9,2%. Из 277 взрослых всего выявлено 36 пациентов с ТБ, пока-

затель выявляемости туберкулёза - 13,0%. Ретроспективный анализ показал, что среди ВИЧ-инфицированных лиц у 55 (66,3%) ТБ был выявлен впервые в жизни, а у 28 (33,7%) был рецидив туберкулёзного процесса.

Все выявленные больные с ТБ/ВИЧ были разделены на две группы. Первую группу составили дети n=47 (0-17 лет), 2-ю группу - взрослые n=36 (18-59 лет). Среди 83 больных с сочетанной инфекцией ТБ и ВИЧ (табл. 1) подавляющее большинство больных представлено мужчинами – 72,3% и только 27,7% - женщинами.

Таблица 1

Повозрастная характеристика больных, инфицированных ВИЧ и туберкулёзом (n= 83)

Возраст, лет	0 - 17		18 - 29		30 - 39		40 - 49		50 - 59		Всего	
	абс.	пок.	абс.	пок.	абс.	пок.	абс.	пок.	абс.	пок.	абс.	пок.
Мужчины	33	39,8	13	15,7	9	10,8	3	3,6	2	2,4	60	72,3
Женщины	14	16,8	5	6,0	2	2,5	2	2,4	-	-	23	27,7
Всего	47	56,6	18	21,7	11	13,3	5	6,0	2	2,4	83	100,0

Обращает на себя внимание высокий удельный вес детей (1-я группа) в возрасте от 0-17 лет - 56,6%, заболевших двойной инфекцией, а среди взрослых (2-я группа) - 18-39 лет (35,0%), т.е. наиболее высокий удельный вес среди пациентов 18-29 лет составлял 21,7%, а среди 30-39 лет - 13,3%. Для этой возрастной группы характерны

высокая инфицированность туберкулёзом, с одной стороны, и активное сексуальное поведение, самый трудоспособный возраст – с другой. Эти лица являются наиболее высокой группой риска по выявлению сочетанной инфекции ВИЧ/ТБ. Наименьший показатель заболевших - 2,4% - в возрастной структуре наблюдается у лиц от 50 до 59 лет.

Таблица 2

Характеристика клинических форм туберкулёза у ВИЧ инфицированных больных

Клинические формы туберкулёза	Всего больных		1-я группа n=47 детей		2-я группа n=36 взрослых	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Первичный туберкулёзный комплекс	6	7,2	6	12,7	-	-
ТБ внутригрудных лимфоузлов	17	20,5	11	23,4	6	16,7
Инфильтративный	33	39,8	14	29,8	19	25,0
Диссеминированный	9	10,8	7	14,9	2	33,3
Фиброзно-кавернозный	3	3,6	-	-	3	8,3
ТБ ЦНС и менингит	4	4,8	3	6,4	1	2,8
Туберкулёзный плеврит	5	6,1	3	6,4	2	5,6
Туберкулёз периферических лимфоузлов	3	3,6	2	4,2	1	2,8
Костно-суставной туберкулез	2	2,4	1	2,1	1	2,8
Туберкулёз кожи	1	1,2	-	-	1	2,8
Всего	83		47	100	36	100

При изучении клинических форм туберкулёза у ВИЧ-инфицированных больных (табл. 2) в первой группе из 47 пациентов легочная форма туберкулёза составила – 27, у 5 (18,5%) из которых определено бактериовыделение (МБТ+). Во второй группе из 34 взрослых пациентов легочными формами туберкулеза страдало 30 больных, у 13 (43,3%) из которых наблюдалось сильное бактериовыделение, что составляло более чем в 2,3 раза больше, чем среди взрослых больных с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ. Полость распада среди детей наблюдалось у 31,8%, а среди взрослых – у 68,2%.

Особенности клинического течения сочетанной ТБ/ВИЧ-инфекции среди изученных категорий свидетельствуют о быстром прогрессировании распространённых форм ТБ, таких как диссеминированный туберкулёз, который среди взрослых составлял 33,3%, с распадом легочной ткани, высокий процент генерализованной формы туберкулёза с осложнениями,

туберкулёз центральной нервной системы и мозговых оболочек. С туберкулезным менингитом выявлено 2,8% взрослых и 6,4% детей, т.е. в 3 раза выше, чем среди взрослых. Также определялся высокий показатель инфильтративного туберкулёза среди детей - 29,8%, а среди взрослых - 25%. ТБ внутригрудных лимфатических узлов, который в основном характерен для детского возраста, составлял 23,4%, а среди взрослых - 16,7%. Костно-суставной туберкулез составлял 2,8% среди взрослых и 2,1% - среди детей. Также встречались и хронические формы ТБ - фиброзно-кавернозный туберкулёз (8,3% среди взрослых), что свидетельствует о поздней диагностике туберкулёза среди лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом. Различные осложнения ТБ специфического и неспецифического характера встречались у 17 (20,4%) больных.

Число больных, у которых выявлена лекарственная устойчивость к противотуберкулёзным препаратам (ЛУ МБТ) составила всего 18 больных (табл. 3).

Таблица 3

Частота и характер лекарственной устойчивости МБТ к основным противотуберкулёзным препаратам (ППП)

<i>Характеристика штаммов МБТ по лекарственной устойчивости (ЛУ)</i>	<i>Число больных легочным ЛУ туберкулёзом n=18</i>	
	<i>абс.</i>	<i>%</i>
Число больных, у которых выявлена ЛУ МБТ из них:	18	100
устойчивость к одному ППП (монорезистентность)	7	38,9
устойчивость к двум ППП (мультирезистентность)	8	44,4
устойчивость к ППП первого и второго ряда (широкая лекарственная устойчивость)	3	16,7

Устойчивость микобактерий туберкулёза к одному противотуберкулёзному препарату (монорезистентность) выявлена у 7 пациентов (38,9%), к двум основным противотуберкулёзным препаратам (рифампицину и изониазиду) (МЛУ МБТ) - 8 (44,4%), а широкая лекарственная устойчивость микобактерий туберкулёза к ППП первого и второго ряда была у 3 (16,7%).

Наиболее высокая частота заболевания сочетанной инфекцией ТБ и ВИЧ отмечается среди людей, прибывших из исправительных учреждений (38%), и среди трудовых мигрантов (22%).

Анализ числа CD4-лимфоцитов из 83 больных с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ показал, что у 60 (72%) пациентов CD4 клетки крови ниже 300 в 1 мкл. У этих больных встречались обширные туберкулёзные поражения, с распадом легочной ткани и

обсеменением; как у детей, так и у взрослых встречались тяжелые осложнения как туберкулёзный менингит.

Заключение

Сочетание туберкулёза и ВИЧ-инфекции наиболее часто поражает лиц мужского пола. Из 83 выявленных больных с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ 72,3% составляли мужчины, а 27,7% женщины. Отмечается высокий процент генерализованных форм туберкулёза с осложнениями, что свидетельствует о поздней диагностике туберкулёза среди ВИЧ-инфицированных больных. Определяется высокий показатель инфильтративного туберкулёза (39,8%), деструкции легочной ткани (74%) у больных с ко-инфекцией. В 61,1% случаев у бактериовыделителей наблюдается лекарственная устойчивость микобактерий туберкулёза. Среди них устойчивость к двум основным противоту-

беркулёзным препаратам МЛУ МБТ - 44,4%, а у 16,7% - широкая лекарственная устойчивость к противотуберкулёзным препаратам первого и второго ряда.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (п. 5 см. в REFERENCES)

1. Аликеева Э.А., Исмаилов Ж.К., Берикова Э.А. и др. Резистентные формы туберкулёза у ВИЧ инфицированных в Казахстане//Наука новые технологии и инновации Кыргызстана. 2017. №8. С. 10-21.
2. Абдуллоев Р.Ю., Камиссарова О.Г., Герасимов Л.Н. Выраженность системного воспалительного ответа у больных туберкулёзом, ассоциированным с ВИЧ-инфекцией //Туберкулёз и болезни лёгких. 2017. С. 36 - 39.
3. Буйневич И.В., Красавцев Е.Л., Горбачева В.А. Туберкулез у детей с ВИЧ инфекцией в Гомельской области //Туберкулёз и болезни лёгких. 2013. С. 20-21.
4. Бородулина Е.А., Бородулин Б.Е., Вдоушкина Е.С., Бородулина Э.В. Динамика характеристик группы пациентов с коморбидностью ВИЧ-инфекции и туберкулёза 3-летнее наблюдение //Туберкулёз и болезни лёгких. 2016. С. 35-39.

REFERENCES

1. Alikeeva E. A., Ismailov Zh. K., Berikova E. A. Resistant forms of tuberculosis in HIV-infected people in Kazakhstan. *Nauka, novye tekhnologii i innovatsii Kyrgyzstana – Science, new technologies and innovations of Kyrgyzstan*, 2017, No. 8, pp. 10-21.

2. Abdulloev R. Yu., Kamissarova O. G., Gerasimov L. N. Vyrazhennost sistemnogo vospalitelnogo otveta u bolnykh tuberkulyozom, assotsirovannym s VICH-infektsiy [Severity of systemic inflammatory response in patients with tuberculosis associated with HIV infection]. *Tuberkulyoz i bolezni lyogkikh – Tuberculosis and lung diseases*, 2017, pp. 36-39.

3. Buynovich I. V., Krasavtsev E. L., Gorbacheva V. A. Tuberkulez u detey s VICH infektsiy v Gomelskoy oblasti [Tuberculosis in children with HIV infection in the Gomel region]. *Tuberkulyoz i bolezni lyogkikh – Tuberculosis and lung diseases*, 2013, pp. 20-21.

4. Borodulina E. A., Borodulin B. E., Vdoushkina E. S., Borodulina E. V. Dinamika kharakteristik gruppy patients s komorbidnostyu VICH-infektsii i tuberkulyozaza 3-letnee nablyudenie [Dynamics of characteristics of a group of patients with HIV and tuberculosis comorbidity for 3-year follow-up]. *Tuberkulyoz i bolezni lyogkikh – Tuberculosis and lung diseases*, 2016, pp. 35-39.

5. Martinson N. A. et al. New regimens to prevent tuberculosis in adults with HIV infection. *New England Journal of Medicine*, 2011, Vol. 365, pp. 11-20.

Сведения об авторах:

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

Махмудова Парвина Ульмасовна – врач фтизиопульмонолог РЦЗНТ

Махмудова Рухсора Ульмасовна – ассистент кафедры фтизиопульмонологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Контактная информация:

Закирова Курбонхон Акрамовна – тел.: +99293-598-59-17; e-mail: dr.zakirova@gmail.com

¹Муминзода Б.Г., ²Ахмедов А., ³Мирзоев Ф.Х.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СОСТАВЕ ОБЪЕДИНЕННЫХ БОЛЬНИЦ

¹Кафедра общественного здоровья, экономики и управления (менеджмента) здравоохранения с курсом медицинской статистики ГОУ ИПОвСЗ РТ

²Академия медицинских наук МЗиСЗН РТ

³Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Душанбе

¹Muminzoda B.G., ²Akhmedov A., ³Mirzoev F.Kh.

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE OPERATION OF THE AMBULANCE SERVICE AS PART OF INTEGRATED HOSPITALS

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

²Academy of Medical Sciences of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan

³Dushanbe City Clinical Emergency Hospital

Цель исследования. Изучение и оценка эффективности функционирования службы скорой медицинской помощи в составе объединенных больниц на примере Городской клинической больницы скорой медицинской помощи города Душанбе (ГКБ СМП) и ГУ «Медицинский комплекс Истиклол».

Материал и методы. Изучены отечественная и зарубежная литература относительно функционирования различных моделей организации службы СМП в различных странах мира, архивные сведения и материалы (отчеты о деятельности) администрации ГКБ СМП и Медицинского комплекса «Истиклол». За основу нормативных данных взят приказ Министерства здравоохранения СССР №404 от 20.05.1988 г. «О мерах по дальнейшему совершенствованию скорой медицинской помощи населению».

Результаты. Появившаяся за последнее время тенденция поэтапного снижения количества объединенных больниц, изменение экономических условий в пользу коммерциализации здравоохранения, диспропорции финансирования в пользу стационарной части привели к отрицательному влиянию на качественные и количественные показатели службы скорой медицинской помощи, функционирующей в составе многопрофильных стационаров.

Заключение. Функционирование службы скорой медицинской помощи в структуре многопрофильных стационаров является неэффективным.

Ключевые слова: служба скорой медицинской помощи, центр экстренной медицинской помощи, многопрофильные объединенные больницы

Aim. The study and assessment of the effectiveness and performance of the ambulance service as part of joint hospitals by the example of the Dushanbe City Clinical Emergency Hospital (DCCEH) and the State Institution "Medical Complex Istiklol".

Materials and methods. The domestic and foreign literature, archival materials on the functioning of various models of the organization of the Clinical Emergency Medical Care (CEMC) service in different countries of the world, materials (reports on activities) of the administration of the State Clinical Hospital of the CEMC and the "Istiqlo Medical Complex" were studied.

Results. It is established that the functioning of the ambulance service in the multi-profile hospitals adversely affects the qualitative and quantitative indicators of emergency medical care.

Conclusion. The operation of the ambulance service in the structure of multi-purpose hospitals is not effective.

Key words: ambulance service, emergency medical care center

Актуальность

В последнее время существенно повысилось значение службы скорой медицинской помощи (СМП), как одного из факторов национальной безопасности. Увеличение количества и тяжести техногенных аварий и катастроф со значительными потерями, а также недостаточная эффективность стационаров, оказывающих скорую медицинскую помощь, на фоне экономического кризиса выдвигают дополнительные задачи по совершенствованию организации СМП [1, 6].

Меняющиеся экономические условия в пользу коммерциализации здравоохранения, диспропорции в вопросах финансирования в пользу стационарной части, ухудшение преимущественности службы СМП с амбулаторно-поликлинической службой определяют актуальность данной проблемы.

Материал и методы исследования

Для изучения вопроса эффективности службы скорой медицинской помощи, находящейся в составе объединенных больниц, изучены архивные материалы и материалы (отчеты о деятельности) администрации ГКБ СМП и Медицинского комплекса «Истиклол», а также отечественная и зарубежная литература.

В частности, изучены: структура подразделений; журнал регистрации вызовов диспетчерской службы; журнал регистрации оперативных вмешательств; журнал регистрации поступивших и умерших больных в приемный покой стационаров; штатное расписание ГКБ СМП и ГУ МК «Истиклол»; действующие Приказы Министерства здравоохранения СССР и Приказ Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ №33 от 28.10.2010, регулирующие деятельность службы СМП Республики Таджикистан; сборник Республиканского центра статистики и медицинской информации Минздрава и социальной защиты населения РТ «здоровья населения и деятельность учреждения здравоохранения» за 1990-2016 г.г. [2, 3, 4, 7, 8, 9].

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

Результаты и их обсуждение

В городе Душанбе по состоянию на 01.01.2017 г. функционирует объединенная больница (ГКБ СМП) на 174 коек и многопрофильная больница ГУ Медицинский комплекс «Истиклол» на 650 коек, имеющие в своей структуре ЦЭМП [3, 4].

В структуре ГКБ СМП развернут приемный покой, имеющий в составе реанимационный зал на одну реанимационную койку и операционный блок для сочетанных травм на 1 операционный стол. Реанимационный зал оснащен необходимым количеством медицинского оборудования для оказания неотложной помощи. В приемном покое предусмотрено 24,5 ставок (3,5 врачебных, 10,5 средних и 10,5 младшего персонала). Первая врачебная специализированная помощь оказывается в круглосуточном режиме за счет дежурных врачей хирургов, анестезиологов-реаниматологов, урологов и других специальностей, таких как нейрохирурги, травматологи (детский и взрослый). Акушер-гинеколог и сосудистый хирург в штатном расписании не предусмотрены. При необходимости больные и пострадавшие транспортируются в профильные учреждения или (в случае нетранспортабельности) специалисты соответствующего профиля вызывается по линии санитарной авиации (часто время ожидания до приезда специалистов составляет от 30 минут до 1 часа и более), что создает определенную сложность и угрозу для жизни пациентов.

В стационарной части ГКБ СМП развернуто 12 внештатных реанимационных коек, где предусмотрено 23,5 врачебных должностей (из них 4,5 больничные ординаторы, остальные дежурные врачи экстренной службы). В целом по больнице в сутки дежурят 12 врачей, из них 6 хирургов (на 3 операционных стола), 2 врача-уролога (на 1 операционный стол) и 4 анестезиолога-реаниматолога. Если в 1998 году было проведено 1639 операций (нагрузка 4,5 операций в сутки), то в 2013 году количество операций составило 4874 (13,2 операции в сутки, увеличение в 2,9 раза). В 2016 году в приемный покой обратились 11674 больных и пострадавших, из которых 4682 (40,1%) были госпитализированы (при этом оперативное лечение проведено у 3417, консервативное у 1265), 6992 (59,8%) больных получили неотложную догоспитальную медицинскую помощь. При такой интенсивности врачебной нагрузки сильно страдает качество лечения экстренных больных, как стационарных, так и поступивших по экстренным показаниям.

Количество обращений в приемный покой имеет тенденцию к росту, что приводит к увеличению нагрузки на медперсонал и, как следствие, к ухудшению качества медобслуживания. Динамика поступивших пациентов в состоянии клинической смерти и результативность (15-30%) проводимых

реанимационных мероприятий показывают недостаточный уровень организации службы догоспитальной помощи в приемном покое стационара.

Станция скорой медицинской помощи ГКБ СМП обслуживает 157 448 населения района Шохмансур и 143 876 населения района Сомони (всего 296 324). За последние годы ГКБ СМП функционирует в условиях дефицита финансовых средств, обеспеченность санитарным транспортом не превышает 0,28 единиц при нормативе 1,0 на 10 000 населения (обеспеченность не более 30%). В структуре станции СМП при ГКБ СМП имеется центральная специализированная подстанция (средний выход санитарного транспорта 14 единиц в сутки). Вместо положенных 25 специализированных бригад функционируют всего лишь 10, при этом вместо 16 БИТ с кардиологическим уклоном работает 1 (6,25%), из положенных 4 бригад психиатрической помощи работает также 1 бригада не в полную смену (25%). Подстанция СМП №1 (по улице Рахим Карим 165 района Фирдавси), подстанция №3 (по улице С.Аюби 91 района Сино) из-за нехватки санитарного транспорта работают в амбулаторном режиме. Подстанция №2, ранее находящаяся рядом с кинотеатром «8 Марта», в 1995 году была ликвидирована. Подстанция №4 (по улице Титова) в 2004 году была передана на баланс ГЦЗ №5, где развернута амбулатория семейного врача.

В динамике с 1990 года население города увеличилось в 2 раза (в 2016 году количество проживающих составило 816 200 человек),

плотность проживания 8452 чел. на кв. метр, территория города расширилась более чем на 10 тысяча га, с увеличением радиуса обслуживания до 35 км, последнее отражается на 15-минутной доступности к пациенту. Время доезда бригад СМП в отдаленные участки города составляет до 30 минут.

Инфраструктура СМП нуждается в восстановлении и создании единой системы службы СМП в городе; восстановлении автопарка СМП, включая строительство современной специализированной автобазы; восстановлении периферических и строительстве новых подстанций в отдаленных участках города в радиусе 15-минутной доступности. Согласно действующим нормативам, для полноценного функционирования службы СМП города необходимо более 100 санитарных машин, кроме нужд дезинфекционной станции (1 санитарная машина на 30 000 населения), медицинской помощи на дому (на 6000 взрослого и 2000 детского населения 1 санитарная машина), в целом необходимо около 600 единиц автотранспорта. Поставленные цели требуют целенаправленных действий, значительных финансовых вливаний и ресурсообеспечения [5].

Проведенный анализ динамики оперативности диспетчерской службы станции СМП при ГКБ СМП показал тенденции к ухудшению (табл. 1).

Как видно из таблицы 1, если обслуживание вызова до 15 минут по скорой помощи в 2008 году составило 85,2 процента, то в 2016 году эта цифра уменьшилась на 9,9% и достигла 75,3 процента.

Таблица 1

Время приезда бригад СМП к пациенту с момента поступления вызова (%)

Время	Годы								
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
до 15 минут (%)	85,2	87,2	76,9	77,4	68,3	53,2	63,4	72,3	75,3
до 30 минут (%)	8,8	7,9	23,1	22,6	31,5	46,6	36,2	27,3	24,3
до 60 минут (%)	4,0	4,2	0,1	-	0,2	0,2	0,4	0,4	0,4

Как видно из таблицы 2, количество вызовов в часы работы (с 8-00 до 16-00 часов) ГЦЗ, по сравнению с 2009 годом, в абсолютных числах возросло на 45,3%, а в процентном

соотношении с 19,9% до 23,1%, что свидетельствует об ухудшении преемственности работы СМП с городскими центрами здоровья (ГЦЗ).

Таблица 2

Динамика обслуживания вызовов в часы работы Городских центров здоровья (%)

Часы	Годы							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
8:00 до 16:00	6750	7196	7063	11375	10265	11023	14023	13356
%	19,9	17,1	17,3	25,1	21,5	21,5	26,0	23,1
16:00 до 4:00	20771	22560	27014	27810	29460	31167	28807	35457
%	61,2	53,6	66,2	61,4	61,6	60,7	53,4	61,4
24:00 до 8:00	6440	12356	6702	6125	8130	9130	11103	8947
%	19,0	29,3	16,4	13,5	17,0	17,8	20,6	15,5
Всего	33961	42112	40779	45310	47855	51320	53933	57760

В ГУ Медицинский комплекс «Истиклол» (начал функционировать с мая 2016 г.) имеется 650 коек (450 детских), развернуто 4 приемных покоя, в которых в соответствии с действующими нормативами не предусмотрены отделения для оказания неотложной догоспитальной помощи. В структуре входящего в комплекс Центра здоровья на 800 посещений в одну смену также не предусмотрено коек для оказания неотложной догоспитальной помощи. Как уже было указано, в структуре медицинского комплекса функционирует Центр экстренной медицинской помощи (ЦЭМП), который обслуживает 313 815 населения района Сино и 201 630 населения района Фирдавси (всего 515 445). Из существующих 15 санитарных машин в среднем на линию выходит 9 единиц санитарной техники, что составляет 0,17 на 10 000 населения при норме 1,0. При этом в структуре выездных бригад не предусмотрены специализированные бригады. Специализированные бригады СМП имеющихся в структуре станций СМП при ГКБ СМП обслуживают население районов Шохмансур и Сомони, что практически создает дискоординацию управления службой СМП. Эту ситуацию усугубляет разделенная по принципу районирования городская телефонная связь «03» и мобильные операторы [6]. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан за №33 от 28.10.2010 г. в одном городе или населенном пункте должна быть только одна станция (отделение) СМП, что на практике не соблюдается.

Выводы

1. Функционирование станции скорой медицинской помощи в составе объединенных больниц приводит к определенным сложностям в процессе администрирования данной службы (ухудшение оперативности,

преимущества с другими медицинскими и немедицинскими учреждениями и нагрузка на службу СМП).

2. Отсутствие в приемных покоях отделений догоспитальной помощи приводит к увеличению нагрузки на медперсонал, что впоследствии приводит к снижению качества обслуживания как на уровне стационарных больных, так и на уровне поступивших в приемный покой.

3. Существующие сложности администрирования и дискоординация в системе управления службой СМП, включая системы связи, недостаточный уровень догоспитальной медицинской помощи в приемных покоях стационаров требуют принятия организационно-структурных решений и пересмотра СНИП в пользу организации в приемных покоях многопрофильных стационаров отделений неотложной помощи, как госпитальных этапов скорой медицинской помощи.

4. С учетом роста населения и расширения административно-территориальных границ столицы инфраструктура службы СМП нуждается в развертывании дополнительных периферических подстанций, восстановлении автопарка санитарных машин, включая обслуживание дезинфекционной станции, организации медицинской помощи на дому при ГЦЗ.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Бомбизо В.А, Трибунский С.И., Колядо Е.Б., Комлева И.Б. Анализ деятельности больницы скорой медицинской помощи (лонгитюдальные исследования) // Сибирский медицинский журнал (Иркутск).2015. №8. С 52.

2. Закон Республики Таджикистан от 26.03.2009 г. №506 «О нормативных правовых актах».

3. Материалы (Годовые отчеты) администрации ГКБ СМП за 2011-2016 годы.

4. Материалы (Годовые отчеты) администрации ГУ «Медицинский комплекс Истиклол» за 2016 год.

5. Материалы коллегии МЗ РТ №9/11 от 29.09.2017 «О состоянии службы скорой медицинской помощи Республики Таджикистан».

6. Никитина Е.И. Основные направления эффективности функционирования службы скорой медицинской помощи //Вестник Челябинского государственного университета. 2013. №3 (294). С. 66-68.

7. Приказ Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ №33 от 28.10.2010.

8. Приказ Минздрава СССР № 404 от 20.05.1988 «О мерах по дальнейшему совершенствованию скорой медицинской помощи населению».

9. Сборник Республиканского центра статистики и медицинской информации Минздрава и социальной защиты населения РТ «Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения» за 1990-2016 гг.

REFERENCES

1. Bombizo V. A., Tribunskiy S. I., Kolyado E. B., Komleva I. B.. Analiz deyatelnosti bolnitsy skoroy meditsinskoj pomoshchi (longotyudialnye issledovaniya) [Analysis of action of the hospital emergency medical care (longitudinal study)]. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal (Irkutsk) – Siberian Medical Journal (Irkutsk)*, 2015, No. 8, pp. 52.

2. *Zakon Respubliki Tadjikistan ot 26.03.2009 g. №506 «O normativnykh pravovykh aktakh»* [Law of the Republic of Tajikistan of 26.03.2009 № 506 "On regulatory legal acts"].

3. *Materialy (Godovye otchety) administratsii GKB SMP za 2011-2016 gody* [Materials (Annual Reports) of the administration of first aid for 2011-2016].

4. *Materialy (Godovye otchety) administratsii «Meditsinskiy kompleks Istiklol» za 2016 god* [Materials (Annual reports) of the Administration of "Medical Complex Istiklol" for 2016].

5. *Materialy kollegii MZ RT №9/11 ot 29.09.2017 «O sostoyanii sluzhby skoroy meditsinskoj pomoshchi Respubliki Tadjikistan»* [Materials of the collegium of the Ministry of Health of the Republic of Tajikistan No. 9/11 of 29.09.2017

"On the status of the emergency medical service of the Republic of Tajikistan"].

6. Nikitina E. I. Osnovnye napravleniye effektivnosti funktsionirovaniye sluzhby skoroy meditsinskoj pomoshchi [Main direction of the effectiveness of the operation of the ambulance service]. *Vestnik Chelyabinskogo gosudarstvennogo universiteta - Herald of Chelyabinsk State University*, 2013, Vol. 3 (294), pp. 66-68.

7. *Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya i sotsialnoy zashchity naseleniya RT №33 ot 28.10.2010* [Order of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan №33 of 28.10.2010].

8. *Prikaz Minzdrava SSSR № 404 ot 20.05.1988 «O merakh po dalneyshemu sovershenstvovaniyu skoroy meditsinskoj pomoshchi naseleniyu»* [Order of the Ministry of Health of the USSR No. 404 of 20.05.1988 "On measures to further improve emergency medical care for the population"].

9. *Sbornik Respublikanskogo tsentra statistiki i meditsinskoj informatsii Minzdrava i sotsialnoy zashchity naseleniya RT «Zdorovya naseleniya i deyatelnost uchrezhdeniy zdravookhraneniya» za 1990-2016 gg.* [Collection of the Republican Center for Statistics and Medical Information of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tatarstan "Public Health and the Health Care Institution" for the years 1990-2016].

Сведения об авторах:

Муминзода Бободжон Гафор – докторант кафедры общественного здоровья, экономики и управления (менеджмента) здравоохранения с курсом медицинской статистики ГУО «ИПО в СЗРТ», к.м.н.

Аламхон Ахмедов – член-корр. Академии медицинских наук Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, д.м.н., профессор
Мирзоев Фатхулло Хайруллоевич – выездной врач линейной бригады Городской клинической больницы скорой медицинской помощи города Душанбе

Контактная информация:

Муминзода Бободжон Гафор – тел.: +992918-63-22-52; e-mail: muminov_bobokul@inbox.ru

¹Мухиддинов Н.Д., ²Азимов А.Т., ²Сайхунов К.Д., ²Баротов Х.Х.

ВЛИЯНИЕ АНТИОКСИДАНТОВ НА ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЁННЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

¹Кафедра хирургии и эндовидеохирургии ГОУ ИПО в СЗ РТ

²Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

¹Mukhiddinov N.D., ²Asimov A.T., ²Saykhunov K.D., ²Barotov Kh.H.

INFLUENCE OF ANTIOXIDANTS ON PEROXIDATION OF LIPIDES IN PATIENTS WITH COMPLICATED FORMS OF DIABETIC FOOT SYNDROME

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

²Department of General Surgery № 2 TGMU by name Abuali ibni Sino

Цель исследования. Изучить влияние антиоксидантов при лечении синдрома эндогенной интоксикации у больных с осложненными формами синдрома диабетической стопы (СДС).

Материал и методы. Изучены результаты 120 больных с осложненными формами СДС, мужчин - 65 (54,1%), женщин - 55 (45,8%) в возрасте от 30 до 65 лет. Тип, тяжесть течения и стадия СД определены согласно классификации ВОЗ (1985). СД 1-типа выявлен у 9 (7,5%), СД 2-го типа - у 111 (92,5%). Оценка клинической эффективности антиоксидантов проведена у больных, получавших мексидол и актовегин (n=60), в сравнении с традиционным лечением (n=60).

Результаты исследования. У больных с осложненными формами СДС наблюдается критическое повышение содержания продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) в плазме крови: малоновый диальдегид (МДА) - $6,3 \pm 1,25$ (мкм/мл), ДК - $0,92 \pm 0,14$ (мкм/мл), супероксиддисмутаза (СОД) - $11,4 \pm 0,2$ (мкм/мл); при распространенных гнойно-септических процессах МДА - $7,82 \pm 0,92$ (мкм/мл), ДК - $1,24 \pm 0,05$ (мкм/мл) и снижение активности СОД до $10,1 \pm 0,2$ (мкм/мл). У больных контрольной группы содержания МДА в плазме крови составило $5,9 \pm 1,23$ мкм/мл, ДК - $0,90 \pm 0,32$ (мкм/мл), СОД $10,1 \pm 0,2$ мкм/мл. Эти показатели до лечения были значительно выше у больных с осложненными формами синдрома диабетической стопы.

Заключение. У больных с осложненными формами синдрома диабетической стопы выявлено наличие окислительного стресса, о чём свидетельствует увеличение МДА. При прогрессировании патологического процесса и активации ПОЛ в крови появляется избыточное количество продуктов нарушенного метаболизма, промежуточных и конечных продуктов ПОЛ, обладающих токсическим действием, что приводит к повреждению и гибели клеток. Но наиболее значимой причиной может являться развивающаяся антиоксидантная недостаточность, что подтверждает положительный эффект антиоксидантов, при применении которых окислительный стресс не формируется.

Ключевые слова: синдром диабетической стопы, перекисное окисление липидов, антиоксидантная защита, окислительный стресс

Aim. To study the influence of antioxidants in the treatment of the syndrome of endogenous intoxication in patients with complicated forms of the diabetic foot syndrome.

Materials and methods. This study is based on the results of clinical observation and treatment of 100 patients with complicated forms of DFS hospitalized in the Endocrine and Purulent-septic Surgery Center, deployed on the basis of the Surgical Department of the State Medical Center of the State Medical Center No. 3 in Dushanbe. Among them, there

were 65 men (54,1%), women - 55 (45,8%). The age of patients ranged from 30 to 65 years. Type, severity of the course and stage of diabetes were determined according to the WHO classification (1985). 1-type diabetes was detected in 9 (7,5%), type 2 diabetes in 111 (92,5%). The duration of the diabetes was 1 to 15 years, with a large proportion of patients with a diabetic history of 6 to 15 years -78 (85,6%). The level of hyperglycemia at admission was an average of 15,9 mmol / l with a glucosuria of up to 4%. In the period up to 14 days from the onset of the disease, 21 patients entered the inpatient department, and more than 14 days - 79. The clinical efficacy of antioxidants was evaluated in patients receiving mexidol and actovegin (n-55) and conventional treatment (n-55).

Results. The results of the study showed that in patients with complicated forms of the diabetic foot syndrome, a critical increase in the content of lipid peroxidation products in the blood plasma is observed-MDA $6,3 \pm 1,25$, DK $0,92 \pm 0,14$, SOD $11,4 \pm 0,2$ and with the prevalent purulent-septic processes MDA - $7,82 \pm 0,92$, DK - $1,24 \pm 0,05$ and decrease in the activity of SOD to $10,1 \pm 0,2$. In the control group, the MDA content in blood plasma was $5,9 \pm 1,23 \mu\text{m} / \text{ml}$, DK - $0,90 \pm 0,32$ and SOD up to $10,1 \pm 0,2 \mu\text{m} / \text{ml}$. These rates before treatment were significantly higher in patients of the main group with complicated forms of diabetic foot syndrome. This indicates one of the reasons for the rapid development and spread of the purulent-septic process under the action of LPO products.

Conclusion. Thus, according to the results of our research on the processes of free radical oxidation in patients with complicated forms of the diabetic foot syndrome, the presence of oxidative stress is revealed, as evidenced by the increase in the final product of POL-MDA. With the progression of the pathological process and the activation of LPO in the blood, there is an excessive amount of products of disturbed metabolism, intermediate and final products of LPO that have a toxic effect, which leads to damage and cell death. But the most significant cause may be the developing antioxidant insufficiency, which confirms the positive effect of antioxidants, in the application of which oxidative stress is not formed.

Key words: diabetic foot syndrome, lipid peroxidation, antioxidant defense, oxidative stress

Актуальность

Синдром диабетической стопы (СДС) - комплекс анатомо-функциональных изменений стопы, обусловленных диабетической нейропатией, ангиопатией, остеоартропатией, осложненных развитием гнойно-некротических процессов. Хроническая гипергликемия, как первичное звено в патогенезе диабета, инициирует мощный спектр гормонально-метаболических нарушений, которые в конечном итоге приводят к поражению практически всех функциональных систем организма [5, 9]. В 2013 г. в мире, по данным ВОЗ, насчитывается 374 млн. больных с сахарным диабетом (СД), а в России - 3 млн. 782 тыс. чел. Сахарный диабет имеет распространение от 2,5% до 3,8% в популяции с удвоением числа больных каждые 10-15 лет [1, 2, 7]. Частота развития СДС за последние годы возросла более чем в 5 раз (у каждого шестого пациента с СД), а результаты лечения данной категории больных оставляют желать лучшего [6, 8]. Каждые 40 секунд в мире выполняется ампутация нижней конечности, связанная с СД, а за год конечность теряют 1 млн. человек [10]. В России доля ампутаций нижних конечностей на фоне СД колеблется от 4,2 до 6,4 на 1000 человек в год [7]. Обязательным компонентом лечения язвенно-некротических дефектов стоп при СД является радикальная хирургическая обработка гнойного очага с последующим лечением гнойной раны [6]. Показания и техника хирургической обработки гнойных

очагов при синдроме диабетической стопы разработаны достаточно хорошо [2, 7]. Однако, результаты лечения гнойных ран при СДС остаются неудовлетворительными.

В Таджикистане к 2014 г. зарегистрировано 34853 больных СД, из них 5249 человек с впервые выявленным СД, что составляет 63,6 на 100000 населения, а наиболее характерной для больных с осложненными формами СДС является проблема поздней госпитализации [3, 4].

Материал и методы исследования

В основу данного исследования положены результаты клинического наблюдения и лечения 120 больных с осложненными формами СДС, госпитализированных в Центр эндокринной и гнойно-септической хирургии, развернутый на базе хирургического отделения ГУ ГМЦ №3 г. Душанбе. Среди них мужчин было 65 (54,1%), женщин - 55 (45,8%). Возраст больных колебался от 30 до 65 лет. Тип, тяжесть течения и стадия СД были определены согласно классификации ВОЗ (1985). СД 1-типа выявлен у 9 (6,5%), СД 2-го типа у 111 (92,5%). Длительность заболевания СД составила от 1 до 15 лет, причем большая часть представлена больными с диабетическим анамнезом от 6 до 15 лет - 82 (68,3%).

Уровень гипергликемии при поступлении в среднем составлял 15,9 ммоль/л с глюкозурией до 4%.

В срок до 14 суток от начала заболевания поступили в стационар 28 больных, более 14 суток - 92.

Оценка клинической эффективности антиоксидантов проведена у больных, получавших мексидол и актовегин (n=60) и традиционное лечение (n=60).

При поступлении и по ходу лечения интенсивность перекисного окисления липидов (ПОЛ) оценивали в плазме крови по продуктам перекисаации - малоновый диальдегид (МДА), диеновые конъюгаты (ДК) и супероксиддисмутаза (СОД) в сыворотке крови - по методике С.Г. Конюковой (1986). Оценка коагулологических свойств крови основывалась на исследовании уровней фибрина и фибриногена, фибриногена В, тромботеста, толерантности плазмы к гепарину, протромбинового индекса и времени.

Для контроля эффективности лечения проводили динамическое микробиологическое и цитологическое исследование биоптатов тканей, изучили динамику течения раневого процесса - по клиническим признакам, состояние регионарной гемодинамики - по данным ультразвуковой доплерографии, степень распространенности костной деструкции - по данным рентгенографии стопы. Для оценки микрогемодинамики и тканевого обмена на этапах лечения исследовали динамику транскутанного напряжения кислорода ($T_{cp}O_2$) с помощью аппарата ТСМ-400 фирмы «Radiometer» (Дания).

Статистическая обработка выполнена с помощью прикладного пакета «Statistica 6.0» (Statsuft Inc., США). Вычисляли качественные показатели в виде долей (%), количественные показатели в виде среднего значения и его ошибки ($M \pm m$). Дисперсионный анализ проводили методом Вилкоксона. Различия были статистически значимыми при $p < 0,001$.

Результаты и их обсуждение

Результаты исследования показали, что у больных с осложненными формами синдрома диабетической стопы наблюдается критическое повышение содержания продуктов ПОЛ в плазме крови: МДА – $6,3 \pm 1,25$ мкм/мл, ДК – $0,92 \pm 0,14$ мкм/мл, СОД – $11,4 \pm 0,2$ мкм/мл; при распространенных гнойно-септических процессах: МДА – $7,82 \pm 0,92$ мкм/мл, ДК – $1,24 \pm 0,05$ мкм/мл, снижение активности СОД до $10,1 \pm 0,2$ мкм/мл. У больных контрольной группы содержание МДА в плазме крови составило $5,9 \pm 1,23$ мкм/мл, ДК – $0,90 \pm 0,32$ мкм/мл, СОД до $10,1 \pm 0,2$ мкм/мл. Эти показатели до лечения были значительно выше у больных основной группы с осложненными формами синдрома диабетической стопы. Это свидетельствует о том, что одной из причин быстрого развития и распространения гнойно-септического процесса происходит под действием продуктов ПОЛ (табл. 1).

Таблица 1

Показатели ПОЛ в плазме крови при осложненных формах синдрома диабетической стопы ($M \pm m$)

Синдром диабетической стопы	Продукты ПОЛ					
	основная группа n=60			контрольная группа n=60		
	ДК (мкм/мл)	МДА (мкм/мл)	СОД (мкм/мл)	ДК (мкм/мл)	МДА (мкм/мл)	СОД (мкм/мл)
I степени (n=12)	$0,84 \pm 0,08$	$6,3 \pm 0,12$	$11,4 \pm 0,2$	$0,90 \pm 0,32$	$5,9 \pm 1,23$	$11,4 \pm 0,3$
II степени (n=18)	$0,94 \pm 0,32$	$6,5 \pm 1,23$	$11,1 \pm 0,2$	$0,89 \pm 0,22$	$5,7 \pm 1,21$	$11,4 \pm 0,3$
III степени (n=35)	$0,96 \pm 0,14$	$6,9 \pm 1,25$	$10,7 \pm 0,3$	$0,89 \pm 0,11$	$6,0 \pm 1,20$	$10,8 \pm 0,3$
IV степени (n=30)	$0,98 \pm 0,10$	$7,32 \pm 1,27^*$	$10,4 \pm 0,2$	$0,90 \pm 0,12$	$5,72 \pm 1,20^*$	$10,2 \pm 0,2$
V степени (n=25)	$1,24 \pm 0,0$	$7,82 \pm 0,92$	$10,1 \pm 0,2$	$1,12 \pm 0,05$	$6,82 \pm 0,89$	$9,2 \pm 0,2$

Примечание: * - $p < 0,001$ достоверность различий показателей по сравнению с таковыми у пациентов с осложненными формами синдрома диабетической стопы

Полученные предварительные данные указывают, что наряду с клиническими проявлениями заболевания, а также по данным инструментальных методов исследования, объективными критериями выбора метода

лечения являются показатели ПОЛ, гемостаза и реологии крови.

В зависимости от степени распространения СДС, сопутствующих заболеваний больным выполняли различные методы

хирургического лечения и антиоксидантная терапия. В комплексное лечение больных СДС включены целенаправленная антибактериальная, дезинтоксикационная, иммуностимулирующая, сахарокорректирующая, ангиотропная и общеукрепляющая терапии, а также препараты, улучшающие реологические свойства крови. По показаниям проводилась плазмо-гемотрансфузия.

При поступлении у больных обеих групп отмечалось повышение показателей ПОЛ (МДА) в плазме крови в два раза относительно нормальной величины. На 8-10 сутки традиционного лечения содержание МДА в плазме крови составило 72,5%. Внутривенная инфузия 10,0 мл мексидола и 1000 мг актовегина в течение 10 дней в комплексном лечении у больных основной группы с осложненными формами синдрома диабетической стопы приводила к снижению МДА в плазме крови до 40,4%. В процессе лечения осложненных форм синдрома диабетической стопы мы всегда стремились к снижению процессов ПОЛ.

При поступлении у всех больных в ране имелись участки некротизированных и частично лизированных тканей. Сроки очищения ран от некротических тканей в основной группе составили 8-10 суток. Появление грануляций наблюдалось через 10 суток.

Во второй группе (контрольная) очищение раны наблюдалось на 10-12 сутки, уменьшение отёков, гиперемии и появление признаков грануляций - на 14-16 сутки. Клиническую эффективность антиоксиданта мексидола и актовегина путем в/в ведения в комплексе консервативной терапии пациентов наблюдали у больных основной группы, по сравнению с традиционной терапией, что способствовало более выраженному снижению продуктов ПОЛ (МДА) в плазме крови. Применение комплексного традиционного лечения с применением антиоксидантов (мексидол и актовегин) снижает микроциркуляторные нарушения и оказывает антиоксидантный эффект, о чём свидетельствует уменьшение продуктов ПОЛ на 8-10 сутки лечения и положительная динамика раневого процесса.

Анализ результатов цитологического исследования показал, что в 1-е сутки после хирургического вмешательства в цитограммах у всех больных определялось большое количество дегенеративно-измененных, полиморфно-ядерных лейкоцитов. Количество сегментоядерных лейкоцитов достигало до 80%. По мере очищения гнойных ран от некротических масс в цитограммах снижалось содержание дегенеративно-измененных, полиморфно-ядерных лейкоцитов, увеличивалось количество

молодых форм нейтрофильных лейкоцитов с нормальной структурой и четкими контурами. Увеличение количества макрофагов, наличие в ранах полибластов и созревание их в профибробласты и фибробласты в более ранние сроки являются показателями благотворного влияния мексидола и актовегина на течение раневого процесса. На фоне проводимого комплексного лечения больных с СДС с применением этих препаратов была отмечена значительная положительная динамика раневого процесса. Антибактериальную терапию проводили с учетом распространенности ГНП и чувствительности микрофлоры к антибиотикам.

Частота первичных высоких ампутаций у больных с дистальной ишемической и нейроишемической формами СДС у больных контрольной группы составила 6 (10%), у больных основной группы - 2 (3,3%). У 4 (6,6%) больных контрольной и у 2 (3,3%) основной группы с распространенным и прогрессирующим гнойно-некротическим поражением стопы с переходом на голень, после малых операций произведены высокие ампутации на уровне верхней трети голени. Летальность после ампутации у больных контрольной группы отмечалась у 6 (10%) пациентов, в основной - у 1 (1,6%). Общая летальность у больных контрольной группы составила 13,3% (8 больных), в контрольной группе - 5% (3 больных). Основными причинами смерти были острая сердечно-сосудистая недостаточность и продолжающийся эндотоксикоз.

Заключение

Таким образом, по результатам наших исследований процессов свободно-радикального окисления у больных с осложненными формами синдрома диабетической стопы выявлено наличие окислительного стресса, о чём свидетельствует увеличение конечного продукта ПОЛ – МДА. При этом отмечена прямая зависимость между интенсивностью ПОЛ и тяжестью течения гнойно-некротического процесса. При прогрессировании патологического процесса и активации ПОЛ в крови появляется избыточное количество продуктов нарушенного метаболизма, промежуточных и конечных продуктов ПОЛ, обладающих токсическим действием, что приводит к повреждению и гибели клеток. Но наиболее значимой причиной может являться развивающаяся антиоксидантная недостаточность, что косвенно подтверждает положительный эффект лечения антиоксидантами, при применении которых окислительный стресс не формируется.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (п. 10 см. в REFERENCES)

1. Абдуллоев Д.А., Юсупова Ш.Ю., Набиев М.Х. и др. Дифференцированное лечение синдрома диабетической стопы, осложнённого гнойно-некротическими процессами // Вестник Авиценны. 2014. № 2. С. 69-73.

2. Войнов А. В., Бедров А.Я., Войнов В.А. Синдром «диабетической стопы» // Вестник хирургии. 2012. №3. С. 106-109.

3. Набиев М.Х., Абдуллоев Д.А., Хафизов Б.М. Комплексная оценка и коррекция состояния свёртывающей системы крови у больных с синдромом диабетической стопы // Здравоохранение Таджикистана. №3. 2017. С. 55-61.

4. Набиев М.Х., Юсупова Ш.Ю., Сайхуннов К.Д., Боронов Т.Б. Предупреждение развития гнойных осложнений у больных с синдромом диабетической стопы // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2017. №4. С. 69-72.

5. Осинцев Е.Ю., Слободской А.Б., Мельситов В.А. и др. Оптимизация аспирационно-промывного дренирования гнойных ран // Вестник хирургии. 2012. №5. С.61-64.

6. Петрова В.В., Спесивцев Ю.А., Ларионова В.И. и др. Патогенетические и клинические особенности течения гнойно - некротических осложнений синдрома диабетической стопы: обзор // Вестник хирургии. 2010. №2. С.121-124.

7. Сунцов Ю.И., Болотская Л.Л., Маслова О.В., Казаков И.В. Эпидемиология сахарного диабета и прогноз его распространённости в Российской Федерации // Сахарный диабет. 2011. №1. С. 15-18.

8. Суковатых Б.С., Панкрушева Т.А., Абрамова С.А. Оптимизация лечения гнойных ран у больных с синдромом диабетической стопы // Вестник хирургии имени И.И.Грекова. 2014. Т. 173, №3. С. 28-32.

9. Юсупова Ш.Ю., Набиев М.Х., Зокиров Р.А. и др. Распространённость осложнённых форм синдрома диабетической стопы в Республике Таджикистан // Вестник Авиценны. 2015. № 4. С. 13-18.

RESERENSES

1. Abdulloev D. A., Yusupova Sh. Yu., Nabiev M. Kh. Differentirovannoe lechenie sindroma diabeticheskoy stopy, oslozhnyonnogo gnoyno-nekroticheskimi protsessami [Differentiated treatment of diabetic foot syndrome complicated by purulent-necrotic processes]. *Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna*, 2014, No. 2, pp. 69-73.

2. Voynov A. V., Bedrov A. Ya., Voynov V. A. Sindrom «diabeticheskoy stopy» [Diabetic of «foot syndrome»]. *Vestnik khirurgii – Herald of surgery*, 2012, No. 3, pp. 106-109.

3. Nabiev M. Kh., Abdulloev D. A., Khafizov B. M. Kompleksnaya otsenka i korrektsiya sostoyaniya svyortyvayushchey sistemy krovi u bolnykh s sindromom diabeticheskoy stopy [Complex assessment and correction of blood coagulation system in patients with diabetic foot syndrome]. *Zdravookhraneniye Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, No. 3, pp. 55-61.

4. Nabiev M. Kh., Yusupova Sh. Yu., Saykhunov K. D., Boronov T. B. Preduprezhdeniye razvitiya gnoynnykh oslozhneniy u bolnykh s sindromom diabeticheskoy stopy [Prevention of purulent complications in patients with diabetic foot syndrome]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdavookhraneniya – Herald of postgraduate education in health care*, 2017, No. 4, pp. 69-72.

5. Osintsev E. Yu., Slobodskoy A. B., Melsitov V. A. Optimizatsiya aspiratsionno-promyvnoy drenirovaniya gnoynnykh ran [Optimization of aspiration-flushing drainage of purulent wounds]. *Vestnik khirurgii – Herald of surgery*, 2012, No. 5, pp. 61-64.

6. Petrova V. V., Spesivtsev Yu. A., Larionova V. I. Patogeneticheskie i klinicheskie osobennosti techeniya gnoyno - nekroticheskikh oslozhneniy sindroma diabeticheskoy stopy: obzor [Pathogenetic and clinical features of the course of purulent-necrotic complications of diabetic foot syndrome: a review]. *Vestnik khirurgii – Herald of surgery*, 2010, No. 2, pp. 121-124.

7. Suntsov Yu. I., Bolotskaya L. L., Maslova O. V., Kazakov I. V. Epidemiologiya sakharnogo diabeta i prognoz ego rasprostranyonnosti v Rossiyskoy Federatsii [Epidemiology of diabetes mellitus and prognosis of its prevalence in the Russian Federation]. *Sakharnyy diabet – Diabetes mellitus*, 2011, No. 1, pp. 15-18.

8. Sukovatykh B. S., Pankrusheva T. A., Abramova S. A. Optimizatsiya lecheniya gnoynnykh ran u bolnykh s sindromom diabeticheskoy stopy [Optimization of treatment of purulent wounds in patients with diabetic foot syndrome]. *Vestnik khirurgii imeni I.I. Grekova – Herald of surgery named after I. I. Grekov*, 2014, Vol. 173, No. 3, pp. 28-32.

9. Yusupova Sh. Yu., Nabiev M. Kh., Zokirov R. A. Rasprostranyonnost oslozhnyonnykh form sindroma diabeticheskoy stopy v Respublike Tadjikistan [The prevalence of complicated forms of the diabetic foot syndrome in the Republic of Tajikistan]. *Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna*, 2015, No. 4, pp. 13-18.

10. Sreeramaju P., Porbandarwalla N.S., Arango J. et.al. Recurrent skin and soft tissue infections due to methicillin-resistant Staphylococcus requiring operative debridement. *American journal of surgery*, 2011, Vol. 201, No. 2, pp. 216-220.

Сведения об авторах:

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

Азимов Ахтамшох Талабшоевич – соискатель кафедры общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Сайхуннов Кутбиддин Джамолович – соискатель кафедры общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Баратов Хасан Хакимович – ассистент кафедры общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, к.м.н.

Контактная информация:

Мухиддинов Нуриддин Давлаталиевич – +992 919-24-69-16; e-mail: nuridd@mail.ru

¹Мухторова П.Р., ¹Шамсидинов Б.Н., ²Исмоилова М.А., ¹Олимов Т.Х.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ГОЛОСА ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ДИСФОНИЯХ У БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ

¹Кафедра оториноларингологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

²Отделение реабилитации слуха, голоса и речи

¹Mukhtorova P.R., ¹Shamsidinov B.N., ²Ismoilova M.A., ¹Olimov T.Kh.

VOICE RESTORATION IN FUNCTIONAL DYSPHONIA IN PATIENTS WITH NEUROTIC CONDITIONS

¹Department of Otorhinolaryngology of the State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"

²Department of Hearing, Voice and Speech Rehabilitation

Цель исследования. Изучить неясные вопросы патогенеза функциональных дисфоний у больных с невротическими состояниями.

Материал и методы. В исследовании участвовало 22 человека с функциональными и другими видами нарушения речи для фоновосстановительной терапии.

Всем больным проведено общеклиническое и оториноларингологическое обследование. Лечение проводилось по специально разработанной методике, включающей фонопедическую терапию, функциональные тренировки, ортофонические упражнения. Оценка эффективности лечения проводилась по данным клинического наблюдения.

Результаты. Большинство пациентов были голосоречевых профессий. Пусковым механизмом в развитии дисфонии служили простудные заболевания, перенапряжение голоса, отрицательные эмоции. Основные жалобы - охриплость либо афония, быстро наступающая утомляемость голоса, напряжение мышц шеи в момент речи, у некоторых недостаточность дыхания как при фонации, так и в состоянии покоя.

У большинства больных отмечались невротические расстройства. После консультации психиатра им назначалось специфическое лечение.

В результате комплексной восстановительной терапии полная реабилитация голоса наблюдалась у 81% больных, у 18% восстановилась подвижность голосовых складок, но сохранялась охриплость голоса. У 1 пациента не было результатов из-за несоблюдения предписаний врача.

Заключение. Лечение данной нозологии должно быть комплексным, с обязательным участием в нем психиатра.

Ключевые слова: дисфония, парез, паралич, гортань

Aim. To study unclear questions of the pathogenesis of functional dysphonia in patients with neurotic states.

Materials and methods. For 3 years, 22 people participated in the research, who applied to the Otorhinolaryngology Clinic and the Republican Center of Hearing, Speech and Speech of the NMC of the RT with functional and other speech disorders for phonorestitution therapy.

All patients underwent general clinical examination and ENT examination. The treatment was carried out according to a specially developed method, including phonopedic therapy, functional training, orthophonetic exercises. Evaluation of the effectiveness of treatment was conducted according to clinical observation.

Results. When collecting an anamnesis, it was found out that most patients had voice-talking professions. The trigger mechanism in the development of dysphonia was catarrhal diseases, voice overload, negative emotions.

Complaints of patients were hoarseness or aphonia, fast-onset voice fatigue, tension of the neck muscles at the time of speech, in some patients breathing was insufficient, both during phonation and at rest.

The majority of patients had mental disorders in the form of neurotic disorders. These patients were given a consultation of a psychiatrist, and they received appropriate treatment.

As a result of complex restorative therapy, full recovery of voice was observed in 81% of patients, in 18% mobility of vocal folds was restored, but hoarseness was observed. 1 patient had no results due to non-compliance with the prescriptions of the doctor.

Conclusion. Thus, the treatment of this nosology should be comprehensive, with the mandatory participation of a psychiatrist.

Key words: *disphonia, paresis, paralysis, larynx*

Актуальность

Лечение функциональных заболеваний голосового аппарата представляет значительные трудности в связи со сложностью их этиологии и патогенеза. Для выбора правильной тактики лечения больных с функциональными дисфониями необходимо четко установить, является ли данное состояние симптомом невроза или голосовые нарушения приводят к развитию невротического состояния.

Нарушению голоса чаще предшествуют такие патогенные факторы, как простудные заболевания и перенапряжение голоса, однако, они являются лишь пусковым механизмом в развитии дисфонии, так как при ликвидации патологических изменений в гортани после соответствующего лечения голос не восстанавливается [6, 9]. Нарушению голоса реже предшествуют отрицательные эмоции. За последние десятилетия наряду с изменениями и усложнением психопатологической симптоматики неврозов ряд авторов отмечают также появление сложной картины нарушений голоса, которые квалифицируются как «психоневрастические дисфонии» [3, 5]. Длительное нарушение голоса создаёт психотравмирующую ситуацию (особенно для лиц речевых профессий), которая при наличии предрасположенности и астенизирующих факторов приводит к развитию невротического состояния. Рекомендуются функциональные тренировки голосового аппарата начинают с комплекса специальных упражнений для активизации внутренних мышц гортани и удлинения выдоха, например надувания щек, доставания кончиком языка мягкого неба при зевке, вдох и выдох через нос, вдох через нос, выдох через рот, вдох через рот, выдох через нос, вдох и выдох через одну половину носа, затем через другую, вдох через одну половину носа, выдох через другую, вдох через нос, выдох через неплотно сжатые губы. Далее назначали упражнение «дутье в губную гармошку». При этом большое значение придают кон-

ституциональным особенностям, отмечая корреляцию между особенностями личности и дисфонией, и считают, что определение роли психического фактора является главным ключом при выборе лечения [1, 2, 4, 6, 7].

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением в период 2013-2016 гг. находились 22 человека, обратившихся в клинику оториноларингологии и отделение восстановления слуха, голоса и речи НМЦ с функциональными и другими видами нарушений речи для фоновосстановительной терапии.

Всем больным было проведено общеклиническое и оториноларингологическое обследование. Лечение проводилось по специально разработанной методике, включающее фонопедическую терапию, функциональные тренировки, ортофонические упражнения. Оценка эффективности лечения проводилась по данным клинического наблюдения.

Результаты и их обсуждение

Большинство пациентов было в возрасте от 15 до 45 лет. Профессиональной особенностью работы обследованных была необходимость регулярной и длительной голосовой нагрузки. При обращении больные жаловались на охриплость или полное отсутствие голоса, быстро наступающую его утомляемость, напряжение мышц шеи в момент речи. Большинство отмечали недостаточность дыхания не только при фонации, но и в состоянии покоя.

Больные были распределены 2 группы: 1. имеющие профессиональную афонию; 2. имеющие психотравмирующую афонию.

Однако, у 9 человек, которые составили I группу, признаков невротического состояния мы не выявили, их переживания носили характер ситуационно-психологических реакций, выраженность которых зависела от ряда обстоятельств: роли голоса в трудовой деятельности, особенностей личности, длительности голосового расстройства, многократности лечения в прошлом. Эти обследованные жаловались на пониженное

настроение, высказывали беспокойство о своей дальнейшей жизни в профессиональном плане. Рациональная психотерапия и первые, даже незначительные доказательства возможности обрести звучный голос в процессе занятий полностью ликвидировали описанные выше психогенные реакции, и голос восстанавливался в процессе фонетических занятий. В лечении у психиатра больные не нуждались.

У остальных 13 человек II группы психические нарушения можно было квалифицировать как невротические расстройства. По клинической картине невроза они распределились на две неравные группы, наибольшую группу составили 8 больных с неврозом психастенического типа. Преморбидно это были целеустремленные активные личности, несколько ригидные, с гипертрофированным чувством долга. Они хорошо справлялись с профессиональными обязанностями, много и продуктивно работали, не щадили себя, часто переутомлялись. Одновременно им была свойственна некоторая неуверенность в себе, тревожная мнительность, волнения перед публичными выступлениями.

Дисфония у этих больных возникала, как правило, после голосовой нагрузки или простудного заболевания. Голос становился тихим и сиплым, однако, они продолжали работать, форсировали голос, чем еще больше ухудшали свое состояние. Дисфония приводила к возникновению у больных страха перед публичными выступлениями. Внимание их было постоянно приковано к качеству звучания голоса. Дисфония сочеталась с быстрой общей утомляемостью, эмоциональной неустойчивостью, неуверенностью в себе, тревогой, бессонницей, пониженным настроением, болями в области сердца, сердцебиением при отсутствии соматических заболеваний. Состояние больных с описанной выше динамикой развития синдрома можно, по нашему мнению, квалифицировать как невроз тревожного ожидания, который имеет монотематический характер. В случае затяжного течения заболевания, особенно у лиц, для которых голос имел основное значение в их профессиональной деятельности, развивалось состояние невротической депрессии, обусловленной опасениями, связанными с невозможностью продолжения работы по специальности из-за нарушения голоса.

Больным этой группы необходимо начинать лечение у психиатра и одновременно голосовосстановительные занятия. Особенно важна рациональная психотерапия. Зада-

чей психотерапевтической беседы является создание у больных веры в возможность восстановления звучного голоса и излечимости его заболевания. Психотерапевтические беседы проводили неоднократно, постоянно внушали мысль об обратимости нарушений голоса, популярно объясняли причину заболевания и кратко излагали пути восстановительной работы. Одновременно осуществляли медикаментозное лечение. Для устранения астенических явлений назначали витамины, фенибут, ново-пассит. Для снятия аффективной напряженности, тревоги, бессонницы вполне достаточными оказались такие транквилизаторы, как седуксен (до 15 мг в сутки). Положительное действие их обусловлено также релаксирующим эффектом транквилизаторов на мышцы гортани и влиянием на диэнцефальную область, которая имеет связь с гортанными нервами и обеспечивает эффективный тембр голоса и его выразительность. Больным с депрессией назначали антидепрессанты в комбинации с транквилизаторами или небольшими дозами нейролептиков. Для снятия гипертонуса гортанных мышц больным назначали мидокалм в дозах, не превышающих 150 мг в сутки. Исчезновение невротических нарушений предшествовало восстановлению звучного голоса. В первую очередь исчезали тревога, бессонница, вегетативные проявления, улучшалось настроение. С появлением веры в выздоровление менее актуальными становились мысли больных о своей неполноценности, они реже фиксировали внимание на качестве звучания голоса, что способствовало исчезновению тревожного ожидания неудачи. Все это приводило к разрыву порочного круга и способствовало ликвидации патологического рефлекса голосообразования.

Меньшую группу (5 человек) составили больные с афонией, в основе которой лежали истерические расстройства. Преморбидно этой группе были свойственны впечатлительность, восторженность, живая игра воображения. Нарушение голоса провоцировалось психогенно и фиксировалось на длительное время. В отличие от больных психастенией, у которых в клинической картине невроза преобладали страх и тревожное ожидание неудачи, у больных этой группы обращает на себя внимание яркость и образность описания своего самочувствия. Они жаловались на ощущение «скрежета», «налипания пленок», «кома» в гортани. Больные всячески стремились подчеркнуть тяжесть своего состояния, высказывали неверие в возможность своего

выздоровления, в появление голоса, в их поведении отмечались черты демонстративности. Нарушение голоса носило характер «условной приятности и желательности», так как давало им какие-то привилегии, например, длительная нетрудоспособность при неблагоприятной ситуации на работе или разрешение конфликта в семье в свою пользу. В связи с этим восстановление голоса у больных с истерической афонией представляет большую трудность. Фонопедические занятия с этой группой необходимо начинать лишь после длительного лечения у психиатра.

По разработанной методике проведена фонопедическая терапия, целью которой являются восстановление кинестезий и координации голосового аппарата, а также автоматизация правильной фонации методом специальных функциональных тренировок голосового аппарата. Больным с давностью заболевания до 1 месяца назначали режим молчания или значительного ограничения голосовой нагрузки с тем, чтобы дать отдых голосовому аппарату и предупредить фиксацию патологического голосообразования. При длительной афонии рекомендовать режим молчания, по нашему мнению, нецелесообразно, так как он может лишь зафиксировать безгласие.

Нагрузку в этом упражнении предлагали минимальную — 15 секунд за прием по 6 раз в день и увеличивали ее постепенно в течение 3-4 недель до 15 минут по 12 раз в день. Такими тренировками достигаются удлинение выдоха, необходимого для правильной фонации, а также массаж гортани выдыхаемой и выдыхаемой воздушной струей.

С 3-й недели восстановительного обучения мы переходили к ортофоническим упражнениям. Полнозвучный голос достигался при тренировках фонации сонанта «М» довольно легко даже при афонии. После образования звучного громкого сонанта его вводили в слоги, слова и фразы. Дальнейшие ортофонические упражнения не вызывали затруднений. Исключение составляли лишь больные с многолетним анамнезом заболевания, у которых каждое упражнение требует более длительной тренировки. В таких случаях необходимо длительно работать над текстами для закрепления навыка правильного голосообразования. К вокальным упражнениям приступали с 5-6-й недели занятий и проводили их в течение 2 недель. Одновременно для постановки физиологического дыхания больным проводили специальную дыхательную гимнастику в кабинете лечебной физкультуры.

Продолжительность курса восстановления голоса определялась степенью функциональной недостаточности голосового аппарата, длительностью нарушения голоса, тяжестью невротических расстройств и колебалась до 6 месяцев при амбулаторных посещениях 1-2 раза в неделю.

В результате комплексной восстановительной терапии у 18 человек появился звучный громкий голос, у 4 голос значительно улучшился с нормализацией ларингоскопической картины. Лишь у одной больной с истерической афонией мы не достигли положительного результата, так как больная стремилась получить группу инвалидности и отказалась от лечения у психиатра.

Отдаленные результаты сроком до 3 лет мы проследили у 15 человек. Все наблюдаемые продолжают работать, жалоб на голос нет. Повторно обратились четверо, трое — через 1-1,5 года. Рецидив возник после гриппа. Одна больная обратилась через 1,5 года, ее работа связана с большой голосовой нагрузкой и эмоциональным напряжением. У всех нарушение голоса было выражено слабее, чем при первом обращении, и после возобновления фонопедических занятий через 4-5 недель голос полностью восстановился. У троих с истерической афонией рецидив наступил в связи с психотравмирующей ситуацией, им проводилось лечение у психиатра.

Заключение

Таким образом, наш опыт показал, что восстановление голоса при функциональных дисфониях у больных с невротическими расстройствами следует проводить в ранние сроки с момента заболевания, лечение должно быть комплексным, с обязательным участием психиатра. При нарушениях голоса истерической природы лечение у психиатра должно предшествовать фонопедическим занятиям, а у больных с психастенией лечение и занятия следует проводить параллельно. С помощью своевременной фонопедической и психиатрической помощи можно предупредить фиксацию патологической фонации, достигнуть стойкой реабилитации голоса, способствовать исчезновению невротических нарушений.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (п. 7 см. в REFERENCES)

1. Арабей А.А., Юрков А.Ю. Эндоскопическая картина гортани у детей с психосоматической и неврологической патологией // Рос. оторинолар. №3. С. 9-15.

2. Поляков А.П., Решетов И.В., Ратушный М.В. и др. Восстановление верхних отделов пищеварительного тракта и голосовой функции у пациентов после ларингэктомии // Рос.оторинолар. 2017. № 2. С. 64-71.

3. Романова Ж.Г., Заболотная А.М. Конверсионные нарушения голоса // Росс. оторинолар. 2009. №2. С. 356-359.

4. Румянцева В.В., Бестолкова О.С. Акустические показатели голоса в разные возрастные периоды у взрослых и их прогнозирование // Росс. оторинолар. 2015. №1. С.118-122.

5. Филатова Е.А., Шелестова В.В. Опыт применения метода нейромышечной электрофонопедической стимуляции при нарушении голоса // Росс. оторинолар. 2017. №2. С. 384-390.

6. Юрков А.Ю., Шустова Т.И., Степанова Ю.Е., Науменко Н.Н. Вегетативная иннервация слизистой оболочки голосовых складок при патологии гортани // Росс. оторинолар., 2009. №2. С. 394-397.

RESERENSES

1. Arabey A. A., Yurkov A. Yu. Endoskopicheskaya kartina gortani u detey s psikhosomaticheskoy i nevrologicheskoy patologiyey [Endoscopic picture of the larynx in children with psychosomatic and neurological pathology]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya – Russian otorhinolaryngology*, 2017, No. 3, pp. 9-15.

2. Polyakov A. P., Reshetov I. V., Ratushnyy M. V., Vosstanovlenie verkhnikh otdelov pishchevaritel'nogo trakta i golosovoy funktsii u patsientov posle laringektomii [Restoration of the upper digestive tract and voice function in patients after laryngectomy]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya – Russian otorhinolaryngology*, 2017, No. 2, pp. 64-71.

3. Romanova Zh. G., Zabolotnaya A. M. Konversionnye narusheniya golosa [Conversion voice disorders]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya – Russian otorhinolaryngology*, 2009, No. 2, pp. 356-359.

4. Rumyantseva V. V., Bestolkova O. S. Akusticheskie pokazateli golosa v raznye vozrastnye periody u vzroslykh i ikh prognozirovaniye [Acoustic indicators of the voice in different age periods in adults and their prediction]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya – Russian otorhinolaryngology*, 2015, No. 1, pp.118-122.

5. Filatova E. A., Shelestova V. V. Opyt primeneniya metoda neyromyshechnoy elektrofonopedicheskoy stimulyatsii pri narushenii golosa [Experience in application of the method of neuromuscular elektrofonopaedic stimulation in case of voice disorders]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya – Russian otorhinolaryngology*, 2017, No. 2, pp. 384-390.

6. Yurkov A. Yu., Shustova T. I., Stepanova Yu. E., Naumenko N. N. Vegetativnaya innervatsiya slizistoy obolochki golosovykh skladok pri patologii gortani [Vegetative innervation of the mucous membrane of the vocal folds in the pathology of the larynx]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya – Russian otorhinolaryngology*, 2009, No. 2, pp. 394-397.

7. Xi S. Effectiveness of voice rehabilitation on vocalisation in postlaryngectomy patients a systematic review. *Int. Journ. Evid Based Healthc.*, 2010, No. 8 (4), pp. 256-258.

Сведения об авторах:

Мухтарова Парвина Рахматовна – ассистент кафедры оториноларингологии ГОУ ИПОвСЗРТ, к.м.н.

Шамсидинов Бобоназар Насридинович – зав. кафедрой оториноларингологии ГОУ ИПОвСЗРТ, к.м.н.

Исмоилова Мушарафа Абдугаффаровна – врач-фониастр центра слуха, голоса и речи, к.м.н.

Олимов Олимов Точидин Холевич – ассистент кафедры оториноларингологии

Контактная информация:

Шамсидинов Бобоназар Насридинович – Таджикистан, г. Душанбе, пр. Исмоили Сомони, 59/1; e-mail: bobonazar_67@mail.ru

Набиев М.Х., Абдуллоев Д.А., Юсупова Ш.Ю., Боронов Т.Б.

РАЦИОНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ВЫБОРЕ УРОВНЯ АМПУТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Nabiev M.H., Abdulloev D.A., Yusupova S.Yu., Boronov T.B.

RATIONAL SURGICAL TACTICS IN CHOOSING THE LEVEL OF AMPUTATION IN PATIENTS WITH COMPLICATED FORMS OF THE DIABETIC FOOT SYNDROME

Department of General Surgery No. 2 of the Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения при осложненных формах синдрома диабетической стопы (СДС).

Материал и методы. Изучены результаты лечения 79 больных с осложненными формами СДС (диабетическая стопа IV-V ст. по Вагнеру), мужчин – 51 (64,5%), женщин – 28 (35,5%) в возрасте от 30 до 70 лет. Тип, тяжесть течения и стадия СД определены согласно классификации ВОЗ (1985). СД 1-типа выявлен у 2 (2,5%), СД 2-го типа – у 77 (97,5%).

Результаты. На фоне комплексного лечения с целью дистализации уровня ампутации и сохранения опорной функции стопы при сохраненном магистральном кровотоке у 42 больных применяли двухэтапную оперативную тактику. На первом этапе произведена трансметатарзальная ампутация, в последующем осложнившаяся некрозом оставленных кожно-фасциальных лоскутов, по мере очищения ран от некротических масс и появления здоровых грануляций произведено пластическое замещение дефектов свободным перфорированным полнолойным кожным лоскутом. У 12 больных с распространенным и прогрессирующим гнойно-некротическим поражением стопы с переходом на голень произведена ампутация на уровне верхней трети голени с рассечением культи и иссечением всех сухожилий. При этом одновременно выполнена некрэктомия и внутрикожно вдоль краев раны, отступя на 1,5-2 см проксимальнее, проведены две спицы Киршнера. Свободные концы обеих спиц сближали и фиксировали лигатурой так, чтобы не было натяжения краев рассеченной культи голени. После очищения раны культи от некроза, ликвидации признаков воспаления и появления грануляции производили формирование культи с активно-проточным дренированием и орошением раствором декасана.

Заключение. Применение ангиографии для определения проходимости сосудов на нижних конечностях позволяет оценить характер, уровень и протяженность поражения магистральных артерий нижних конечностей, что помогает определить оптимальный уровень ампутации и снизить частоту реампутаций. Основным моментом в лечении больных с осложненными формами СДС является правильный выбор уровня ампутации, при котором необходимо придерживаться функционально-щадящей тактики с сохранением коленного сустава, как перспективы последующего протезирования, что способствует предотвращению развития рецидивов СДС и улучшению качества жизни больных.

Ключевые слова: сахарный диабет, синдром диабетической стопы, ампутация, гнойные осложнения

Aim. Improving the results of surgical treatment for complicated forms of diabetic foot syndrome.

Materials and methods. The basis of this study is the results of clinical observation and treatment of 79 patients with complicated forms of SDS (diabetic foot of IV-V stage according to Wagner) hospitalized in the Center for Endocrine and Purulent-septic Surgery, deployed on the basis of the surgical department of the State Institution of HMTС №3.

Among them, men were 51 (64.5%), women – 28 (35.5%). The age of patients ranged from 30 to 70 years. Type, severity of the course and stage of diabetes were determined according to the WHO classification (1985). Type 1 diabetes was detected in 2 (2.5%), type 2 diabetes in 77 (97.5%).

Results. Against the backdrop of complex treatment for the purpose of distalization of the level of amputation and preservation of the support function of the foot with the preserved main blood flow, two-stage operative tactics were used in 42 patients, at the first stage a transmetatarsal amputation was performed, which was subsequently complicated by necrosis of the left skin-fascial flaps, necrotic masses and the appearance of healthy granulations, plastic replacement of defects with a free, perforated, full-layer skin graft was performed. With preserved main blood flow on the lower limb, confirmed by the data of ultrasound dopplerography, amputation at the level of the upper third of the shank with dissection of the stump and excision of all tendons was performed in 12 patients with a widespread and progressive purulent necrotic lesion of the foot with the transition to the shin. At the same time, necrectomy was performed simultaneously and intradermally along the edges of the wound, retracting 1.5-2 cm proximally, and Kirschner's two spokes were held. The free ends of both spokes were brought together and fixed with a ligature so that there was no tension of the edges of the dissected stump of the shank. After cleansing the stump wound from necrosis, elimination of signs of inflammation and the appearance of granulation, the stump was formed with active-flow drainage and irrigation with decassane solution.

Conclusion. Thus, the use of angiography, determining the patency of the vessels on the lower extremities, both highly informative and the method of investigation makes it possible to assess the nature, level and extent of lesion of the main arteries of the lower extremities. This, in turn, helps determine the optimal level of amputation and reduce the frequency of re-meditation. The main point in the treatment of patients with PFD is the correct choice of the level of amputation, in which it is necessary to adhere to a functionally gentle tactic with the preservation of the knee joint with the prospect of subsequent prosthetics, which helps prevent the development of relapses of VDS and improve the quality of life of patients.

Key words: *diabetes mellitus, diabetic foot syndrome, amputation, purulent complications*

Актуальность

Сахарный диабет (СД) рассматривается в настоящее время как неинфекционная пандемия, охватившая большинство стран планеты. Еще десять лет назад численность больных СД в мире не превышала 130 млн. человек. В настоящее время на планете только лишь по обращаемости насчитывается 366 млн. больных СД (7% населения всего мира), причем около 50% из них приходится на наиболее активный, трудоспособный возраст 40-59 лет. Учитывая темпы распространения этого заболевания, эксперты Всемирной Диабетической Федерации прогнозируют, что количество больных с СД к 2030 г. увеличится в 1,5 раза и достигнет 552 млн. человек, т.е. будет болеть каждый 10-й житель планеты [1, 5]. В Таджикистане к 2014 г. зарегистрировано 34853 больных СД, из них 5249 человек с впервые выявленным СД, что составляет 63,6 на 100000 населения. Согласно официальным статистическим данным, в России в 2011 г. зарегистрировано 3,27 млн. больных сахарным диабетом. Однако реальная численность в 3-4 раза превышает зарегистрированную, достигая 10 млн. человек [2, 3, 6, 7].

Наиболее проблематичной для больных с осложненными формами СД является проблема поздней госпитализации. Заболеваемость и смертность больных СД от сердечно-сосудистых заболеваний в 5 раз выше, поражение магистральных артерий нижних

конечностей в 3-5 раз чаще, а частота критической ишемии в 5 раз выше, чем в остальной популяции. СД – полиэтиологическое заболевание и факторы, способствующие развитию его осложнений, требуют вовлечения всех современных профилактических, диагностических и лечебных возможностей [4, 8]. Синдром диабетической стопы (СДС) является одной из важнейших проблем, требующих качественного подхода в лечении, как медикаментозного, так и хирургического.

Поэтому улучшение результатов хирургического лечения при осложненных формах синдрома диабетической стопы (ОФ СДС), несомненно, является актуальным.

Материал и методы исследования

В основу данного исследования положены результаты клинического наблюдения и лечения 79 больных с осложненными формами СДС (диабетическая стопа IV-V ст. по Вагнеру), госпитализированных в Центр эндокринной и гнойно-септической хирургии, развернутый на базе хирургического отделения ГУ ГМЦ №3. Среди них мужчин было 51 (64,5%), женщин – 28 (35,5%). Возраст больных колебался от 30 до 70 лет. Тип, тяжесть течения и стадия СД были определены согласно классификации ВОЗ (1985). СД 1-типа выявлен у 2 (2,5%), СД 2-го типа – у 77 (97,5%).

Для контроля эффективности лечения проводили динамическое микробиологиче-

ское и цитологическое исследования биоптатов тканей, изучили динамику течения раневого процесса по клиническим признакам, а также состояние регионарной гемодинамики по данным ультразвуковой доплерографии, степени распространенности костной деструкции по данным рентгенографии стопы. Для оценки микрогемодинамики и тканевого обмена на этапах лечения исследовали динамику транскутанного напряжения кислорода (T_{spO_2}) с помощью аппарата ТСМ-400 фирмы «Radiometer» (Дания). Прогноз возможностей сохранения опорной функции стопы основывался на комплексной оценке состояния артериального кровотока по данным ангиографии сосудов нижних конечностей, которую выполняли аппаратом Simens (Германия).

Статистическая обработка выполнена с помощью прикладного пакета «Statistica 6.0» (Statsuft Inc., США). Вычисляли качественные показатели в виде долей (%), количественные показатели в виде среднего значения и его ошибки ($M \pm m$). Дисперсионный анализ проводили методом Вилкоксона. Различия были статистически значимыми при $p < 0,001$.

Результаты и их обсуждение

В комплексное лечение больных СДС включены целенаправленная антибактериальная, дезинтоксикационная, иммуностимулирующая, сахарокорригирующая,

ангитропная, общеукрепляющая терапии и препараты, улучшающие реологические свойства крови. По показаниям проводились плазма-гемотрансфузии. Выраженная гиперкоагуляция, наблюдавшаяся у больных с ОФ СДС, требовала применения антикоагулянтов прямого действия (энокс, гепарин) в лечебных и профилактических дозах. Инфузионная терапия также была направлена на детоксикацию и нормализацию метаболических процессов и гомеостаза. Совокупность многофакторных и многоуровневых вариантов поражения сосудистого русла при СД обуславливает необходимость компенсации как углеводного обмена, так и использования медикаментозных средств, улучшающих кровотоки и восстанавливающих функцию эндотелия и систему гемостаза.

После обработки операционного поля раствором антисептика под местным обезболиванием 2% раствором новокаина производится пункция бедренной артерии с наложением интрадуссера бf и под экраном визуализируется проходимость артериального русла. По данным ангиографии, у 32 (40,5%) больных выявили гемодинамические нарушения: при этом у 11 (34,3%) наблюдали поражение в бедренно-подколенной артерии по типу стеноза, в 9 (28,2%) случаях имелась полная окклюзия в бедренно-подколенной артерии и в 12 (37,7%) – полная окклюзия на обеих тиббиальных артериях (рис. 1).

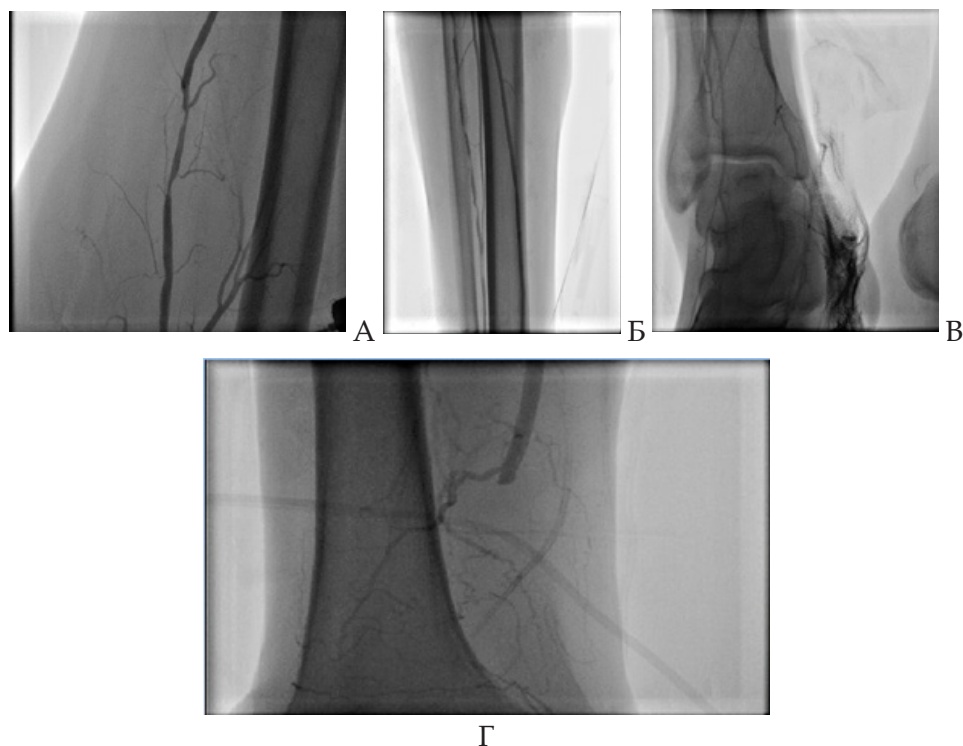


Рис. 1. Ангиограмма больных с СДС: а) стеноз бедренной артерии; б, в) стеноз берцовых артерии, г) полная окклюзия бедренной артерии

У 27 больных с дистальной ишемической и нейроишемической формами СДС, распространенным и прогрессирующим гнойно-некротическим поражением стопы с переходом на голень после малых операций под местной анестезией произведена катетеризация нижеэпигастральной артерии параректальным доступом ниже пупка с использованием стерильных пластиковых катетеров с последующим внутриартериальным введением лекарственных препаратов. Внутриартериально с помощью микродозного струйного насоса два раза в сутки вводили раствор вазопростана (соответствует 60 мкг алпростадил) в 50 мл физиологического раствора в течение 3-х часов и 5,0 мл мексидола. Оценка влияния комплексного лечения с применением вазопростана и мексидола на течение раневого процесса проводилась на основании изучения данных динамики цитограмм раневых отпечатков на 1, 3, 7 и 14 сутки после оперативного вмешательства и на основании клинических признаков исследуемых групп.

На фоне комплексного лечения с целью дистализации уровня ампутации и сохранения опорной функции стопы при сохраненном магистральном кровотоке, у 42 больных применяли двухэтапную оперативную тактику. На первом этапе была произведена

трансматарзальная ампутация, в последующем осложнившаяся некрозом оставленных кожно-фасциальных лоскутов. По мере очищения ран от некротических масс и появления здоровых грануляций произведено пластическое замещение дефектов свободным перфорированным полнослойным кожным лоскутом, толщиной от 0,2 до 0,4 мм, взятым с передне-наружной поверхности бедра. Показателем готовности раны послеоперационной культы к кожной пластике служило наличие равномерных зернистых сочных и достаточно плотных некровотокающих грануляций, с умеренным отделяемым и развитой периферической эпителизацией по краям раны. После пересадки лоскут фиксировали к культе узловыми кетгутowymi швами. Хорошая фиксация аутотрансплантата в ране является необходимым условием его приживления. На донорский участок также накладывали кожные узловы швы. В 29 случаях отмечено полное приживление трансплантата, в 9 случаях – частичное приживление и лишь у 4 больных произошел полный некроз трансплантата. Приживление трансплантата было возможным только в условиях скорректированного углеводного обмена и сохраненной регионарной гемодинамики, при наличии активно гранулирующей раневой поверхности.



Рис. 2. СДС IV до и после трансметатарзальной ампутации: а) до операции; б) после операции; в) после свободной аутодермопластики; г) после трёх месяцев свободной аутодермопластики

Результаты исследования показали, что трансметатарзальную ампутацию при СДС следует рассматривать, как попытку сохранения конечности и её опорной функции,

что, несомненно, влияет на улучшение качества жизни больных. Реампутации конечности после малых хирургических вмешательств выполнены лишь 12 (28,5%)

больным (2 - ампутация на уровне верхней трети голени, 10 – ампутация на уровне верхней трети бедра).

Высокие ампутации конечностей больным произведены из-за прогрессирующего гнойно-некротического процесса и сохраняющейся критической ишемии конечности, после предшествовавших трансметатарзальных ампутаций стопы по поводу гангрены. Частота первичных высоких ампутаций составила 13 (17,8%) случаев (11 – ампутации на уровне верхней трети голени, 2 – ампутации на уровне средней трети бедра).

При сохраненном магистральном кровотоке на нижней конечности, подтвержденном данными ультразвуковой доплерографии, у 12 больных с распространенным и прогрессирующим гнойно-некротическим поражением стопы с переходом на голень произведена ампутация на уровне верхней трети голени с рассечением культи и иссечением всех сухожилий. При этом одновременно произведена некрэктомия и

внутрикожно вдоль краев раны, отступя на 1,5-2 см проксимальнее, проведены две спицы Киршнера. Свободные концы обеих спиц сближали и фиксировали лигатурой так, чтобы не было натяжения краев рассеченной культи голени. После очищения раны культи от некроза, ликвидации признаков воспаления и появления грануляции производили формирование культи с активно-проточным дренированием и орошением раствором декасана. Применение данного способа позволяет надежно фиксировать края рассеченной культи голени, предупреждая выворачивание краев раны, что в последующем дает возможность формировать функционально выгодную культю без кожных дефектов. При этом улучшаются процессы регенерации и снижается риск возникновения вторичных гнойных осложнений.

При развитии сепсиса и переходе процесса с голени на бедро выполнены реампутации на уровне бедра лишь у 4 (5,6%) больных. Летальность удалось снизить до 6,3%.

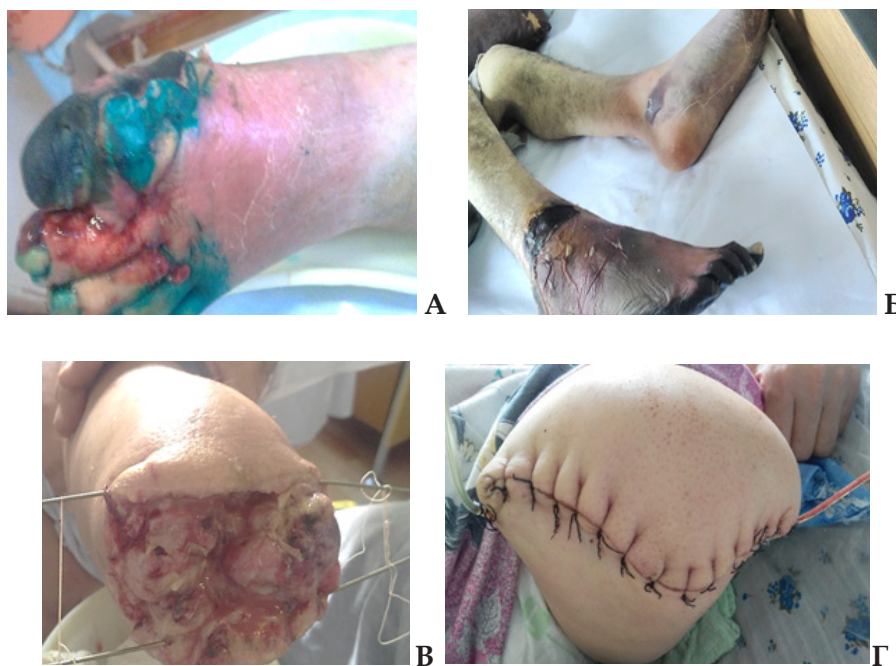


Рис. 3. СДС V: а, б) до ампутации; в, г) после ампутации

У 12 больных с распространенным и прогрессирующим гнойно-некротическим поражением стопы с переходом на голень произведена ампутация на уровне бедра. После опиления бедренная кость обработана и наложена пластина Тахокомб для профилактики послеоперационных гематом культи. При визуальной оценке мышц, при наличии бледно-розовой окраски с малым капиллярным кровотечением и при отсутствии сокращения мышцы, произведено формирование культи путём

наложения фасциальных и кожных швов с одним активно-проточным дренированием под фасцией. Применение данного способа позволяет не нарушать микроциркуляцию в мышцах. При этом улучшаются процессы регенерации и снижается риск возникновения вторичных гнойных осложнений.

Выводы

1. Ангиография, определяя проходимость сосудов на нижних конечностях, как высокоинформативный метод исследований,

позволяет оценить характер, уровень и протяженность поражения магистральных артерий нижних конечностей. Это, в свою очередь, помогает определить оптимальный уровень ампутации и снизить частоту реампутаций.

2. Трансметатарзальная ампутация с последующей свободной аутодермопластикой является операцией выбора для предотвращения развития порочной культы.

3. Основным моментом в лечении больных с ОФ СДС является правильный выбор уровня ампутации, при котором необходимо придерживаться функционально-щадящей тактики с сохранением коленного сустава для возможности последующего протезирования, что способствует предотвращению развития рецидивов СДС и улучшает качество жизни больных

4. Модифицированный способ формирования культы – во первых при неушивании мышцы в процессе формирования культы, существенно не нарушается их кровоснабжение. Во вторых – наложение швов приводят к критическому ухудшению микроциркуляции которое, вызывает мионекроз с последующей несостоятельностью культы.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (п. 8 см. в REFERENCES)

1. Биниенко М.А., Коцлова А.А., Давыденко В.В., Власов Т.Д. Использование дермального эквивалента для ускорения заживления трофических язв при синдроме диабетической стопы // Вестник хирургии. 2016. Т. 175, № 5. С. 63-68.
2. Гавриленко А.В., Котов А.Э., Лоиков Д.А. Результаты лечения критической ишемии нижних конечностей у больных сахарным диабетом // Анналы хирургии. 2013. №6. С.48.
3. Галимов О.В., Ханов В.О., Иванов А.В. и др. Комплексный подход в терапии больных с синдромом диабетической стопы // Хирургия. 2014. №3. С.80-85.
4. Галимов О.В., Ханов В.О., Сайфуллин Р.Р. и др. Синдром диабетической стопы: принципы комплексного лечения // Вестник хирургии. 2015. Т. 174, №5. С. 61-65.
5. Дедов И.И., Шестаковой М.В., Сунцов Ю.И. и др. Результаты реализации подпрограммы «Сахарный диабет» федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями 2007-2012 годы» // Сахарный диабет. 2013. Т. 16, №25. Спецвыпуск 2. С. 2-16.
6. Удовиченко О.В., Коротков И.Н., Герасименко О.А. Доступность и эффективность реваскуляризирующих вмешательств амбулаторных больных с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы // Эндокр. Хир. 2011. №2. С-39-48.
7. Шумков О.А., Лобарский М.С., Алтухов И.А. и др. Реализация мультидисциплинарного подхода к лечению синдрома диабетической стопы: роль ангиохирурга // Хирургия. 2013. №11. С. 9-15.

REFERENCES

1. Binienko M. A., Kotslova A. A., Davydenko V. V., Vlasov T. D. Ispolzovanie dermalnogo ekvivalenta dlya uskoreniya zazhivleniya troficheskikh yazv pri emipare diabeticeskoy stopy [Use of dermal equivalent to accelerate the healing of trophic ulcers in diabetic foot syndrome]. *Vestnik khirurgii – Herald of surgery*, 2016, Vol. 175, No. 5, pp. 63-68.
2. Gavrilenko A. V., Kotov A. E., Loikov D. A. Rezultaty lecheniya kriticheskoy ishemii nizhnikh konechnostey u bolnykh sakharnym diabetom [Results of treatment of critical lower limb ischemia in patients with diabetes mellitus]. *Annaly khirurgii – Annals of surgery*, 2013, No. 6, pp. 48.
3. Galimov O. V., Khanov V. O., Ivanov A. V. Kompleksnyy podkhod v terapii bolnykh s sindromom diabeticeskoy stopy [An integrated approach in the treatment of patients with diabetic foot syndrome]. *Khirurgiya – Surgery*, 2014, No. 3, pp. 80-85.
4. Galimov O. V., Khanov V. O., Sayfullin R. R. Sindrom diabeticeskoy stopy: printsipy kompleksnogo lecheniya [Diabetic foot syndrome: principles of complex treatment]. *Vestnik khirurgii – Herald of surgery*, 2015, Vol. 174, No. 5, pp. 61-65.
5. Dedov I. I., Shestakovoy M. V., Suntsov Yu. I. Rezultaty realizatsii podprogrammy «Sakharnyy diabet» federalnoy tselevoy programmy «Preduprezhdenie i borba s sotsialno znachimymi zabolovaniyami 2007-2012 gody» [The results of the implementation of the subprogram “diabetes” Prevention and control of socially significant diseases 2007-2012 “of the Federal target program»]. *Sakharnyy diabet – Diabetes*, 2013, Vol. 16, No. 25, Special edition 2, pp. 2-16.
6. Udovichenko O. V., Korotkov I. N., Gerasimenko O. A. Dostupnost i effektivnost revaskulyariziruyushchikh vmeshatelstvu ambulatornykh bolnykh s neyroishemicheskoy formoy sindroma diabeticeskoy stopy [Availability and effectiveness of revascularization interventions in outpatient patients with neuroischemic form of diabetic foot syndrome]. *Endokrinaya Khirurgiya – Endocrine surgery*, 2011, No. 2, pp. 39-48.
7. Shumkov O. A., Lobarskiy M. S., Altukhov I. A. Realizatsiya multidistsiplinarnogo podkhoda k lecheniyu sindroma diabeticeskoy stopy: rol angiokhirusrga [Implementation of a multidisciplinary approach to the treatment of diabetic foot syndrome: the role of an angiosurgeon]. *Khirurgiya – Surgery*, 2013, No. 11, pp. 9-15
8. Morbach S., Furchert H., Groblinghoff U. et. Al. Long-term prognosis of diabetic foot patients and their limbs: amputation and death over the course of a decade. *Diabetes Care*, 2012, Vol. 35, No. 10, pp. 2021-2027.

Сведения об авторах:

Набиев Музаффар Холназарович – зав. кафедрой общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н.
Абдуллоев Джамолiddин Абдуллоевич – профессор кафедры общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, д.м.н.
Юсупова Шоира Юсуповна – профессор кафедры общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, д.м.н.
Боронов Талабшох Боронович – соискатель кафедры общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Контактная информация:

Набиев Музаффар Холназарович – тел.: +992 987 25 60 60; e-mail: myzaffar.Nabiev.2017@mail.ru

Ниязова С.Дж, Болиева Г.У., Хушвахтова Э.Х., Холова С.Х.

СТРУКТУРА ДИСГОРМОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ МАЛОГО ТАЗА

Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии МЗиСЗН РТ

Niyazova S.J., Bolieva G.U., Khushvahtova E.H., Kholova S.H.

STRUCTURE OF DYSHORMONAL DISEASES OF THE MAMMARY GLANDS WITH HYPERPLASTIC PROCESSES OF THE SMALL PELVIS

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

Цель исследования. Изучить частоту и структуру дисгормональных заболеваний молочных желез (ДЗМЖ) при миоме матки (ММ) и доброкачественных новообразованиях яичников (ДНЯ) у пациенток различных возрастных групп.

Материал и методы. Обследовано 49 женщин с доброкачественными новообразованиями яичников и 33 пациентки с изолированной миомой матки репродуктивного и перименопаузального возрастов.

Результаты. Обследование молочных желез позволило выявить различную форму мастопатии у 22 /45,9% пациенток с ДНЯ и у 7/17,1% пациенток с ММ, при этом в группах преобладали диффузные формы фиброзно-кистозной мастопатии, в частности с преобладанием кистозного компонента (10/20,1±5,7%) в группе с ДНЯ и с преобладанием фиброзного компонента (3/7,3±1,1%) в группе с ММ. Частота очаговых форм мастопатии в группах не имела достоверных различий – 1/2,0±2,0% и 1/2,4±0,4%. Кисты молочных желез при ДНЯ установлены в 4 раза чаще, чем при ММ.

Заключение. Несомненная связь между функциональным состоянием половых органов и молочными железами делает необходимым включить в схему обследования пациенток с ДНЯ и ММ дополнительные диагностические мероприятия по выявлению патологии молочных желез, позволяющие своевременно начать профилактические и лечебные мероприятия фоновых процессов. Наиболее простым, общедоступным, не требующим никаких материальных затрат методом первичной диагностики патологии молочных желез является клиническое обследование груди, включающее в себя пальпацию железы и региональных лимфоузлов.

Ключевые слова: доброкачественные новообразования яичников, дисгормональные заболевания молочных желез, мастопатия, миома матки

Aim. To study the frequency and structure of dyshormonal diseases of the mammary glands (DDMG) with uterine myoma (UM) and benign ovarian neoplasms (BON) in patients of different age groups.

Materials and methods. Research 49 women with benign ovarian neoplasms and 33 patients with isolated uterine myoma examined and treated in the gynecological department of the Tajik Scientific Research Institute of Obstetrics and Gynecology and Perinatology of the Ministry of Health of the Republic of Tajikistan were examined to perform the tasks. The study included patients of reproductive and perimenopausal age.

Results. Examination of mammary glands allowed to reveal a different form of mastopathy in 22 / 45,9% of patients from the day and in patients with UM in 7 / 17,1%, with diffuse forms of fibrocystic mastopathy prevailing in the groups, in particular with a predominance of the cystic component (10 / 20,1 ± 5,7%) in the group with the BON and with the predominance of the fibrous component (3 / 7,3 ± 1,1%) in the UM group. The incidence of focal forms of mastopathy in the groups did not have significant differences – 1 / 2,0 ± 2,0% and 1 / 2,4 ± 0,4%. Breast cysts with BON are set 4 times more often than with UM.

Conclusion. Undoubtedly, the connection between the functional state of the genital organs and the mammary glands makes it necessary to include additional diagnostic measures to reveal the pathology of the mammary glands, allowing timely initiation of preventive and therapeutic measures of background processes, into the scheme of examination of patients with BON and UM. The simplest publicly available method of primary diagnosis of breast pathology, which does not require any material inputs, is COG – a clinical examination of the breast, including palpation of the gland and regional lymph nodes.

Key words: *benign neoplasms of ovaries, dyshormonal diseases of mammary glands, mastopathy, uterine myoma*

Актуальность

Миома матки и доброкачественные новообразования яичников (ДНЯ) занимают первое и второе места соответственно среди гиперпластических процессов половых органов [4]. По данным различных авторов, частота их в последние годы возрастает и имеет тенденцию к омоложению, за 10 лет увеличилась с 6-11% до 19-25% в репродуктивном и до 78-85% в перименопаузальном возрастах [3, 4].

Определяющим в патогенезе гиперпластических процессов половых органов является нарушение ритма секреции гонадотропных гормонов. Возникающий при этом дисбаланс выражается в абсолютной или относительной гиперэстрогении и недостатке прогестерона. Молочная железа, как орган-мишень первого порядка, наиболее часто вовлекается в патологический процесс. Мастопатия в общей популяции может быть обнаружена у 60-80% женщин, причем пациентки репродуктивного возраста с гинекологическими заболеваниями в анамнезе обеспечивают 90% маммологического потока [4, 5].

Диффузные дисгормональные заболевания молочных желез различной степени тяжести проявляются более чем у 50% женщин, чаще всего в возрасте 30-50 лет, а на фоне гиперпластических процессов органов малого таза выявляются у 85% пациенток [1, 2, 5, 6]. Отсутствие тенденции к уменьшению частоты гиперпластических процессов половых органов, омоложение заболевания объясняет актуальность проводимых исследований.

Материал и методы исследования

Для выполнения поставленных задач обследовано 49 женщин с доброкачественными новообразованиями яичников (I группа) и 33 пациентки с изолированной миомой матки (II группа).

В комплекс исследований были включены традиционные методы клинического, лабораторного обследования, клиническое обследование груди (КОГ). УЗИ органов малого таза и молочных желез (100%) производилось в I фазу менструального цикла на 6-12 день. Исследовался мазок на цитологию отделяемого из соска. По показаниям больные направлялись в Республиканский

онкологический центр для проведения прицельной пункции молочных желез и гистологического исследования пунктата. У пациенток, которые находились под наблюдением, тщательно изучался анамнез заболевания, особенности социально-бытовых условий, семейное положение, наследственность, менструальная и генеративная функции.

Результаты и их обсуждение

Возраст в исследуемых группах колебался от 21 до 45 лет и от 22 до 47 лет соответственно, при этом средний возраст не имел достоверных различий и составил $37,9 \pm 0,5$ и $36,3 \pm 2,2$ года, $p > 0,05$. Среди обследованных женщин обеих групп преобладали жительницы села - 58,6%. Структурный анализ ДНЯ позволил выявить истинные опухоли у 52%, в том числе 66,6% - цистаденомы, 7,9% - фибромы, 25,5% - дермоидные кисты. Опухолевидные процессы (48%) были представлены у 13,7% эндометриоидными кистами, у 74,1% - функциональными кистами, у 12,2% - параовариальными кистами. По данным УЗИ, формы миомы матки были представлены следующим образом: узлы с интрамуральным расположением - 42,4%/14, интрамурально-субмукозная форма узла с деформацией полости матки - 36,4%/12, интрамурально-субсерозная локализация узла - 21,2%/7. Наиболее частая локализация миоматозных узлов была в области дна матки - 50%, в области трубных узлов - 37,5%, интралигаментарное и перешеечное расположение узлов выявлено в 12,5%.

Наиболее распространенными жалобами были боли внизу живота различной интенсивности от ноющих, тупых болей до схваткообразных и усиливающихся перед менструацией, нарушения менструального цикла, бесплодие, увеличение живота, метеоризм и запоры. Боль различной интенсивности и длительности была основной жалобой пациенток I группы (56%). Основной жалобой пациенток II группы было нарушение менструального цикла (НМЦ), при этом достоверно чаще преобладали нарушения по типу циклической гиперполименореи - $84 \pm 1,6\%$, а в I группе - $4,1 \pm 2,8\%$, в равных долях отмечались ациклические кровотечения и

опсоменорея, $p < 0,01$. Нарушение функции смежных органов и дискомфорт, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря сопровождало 36% и 25% пациентов в обеих группах.

Изучение особенностей менструального цикла установило, что диапазон начала менархе варьировал от 10 до 18 лет, при этом раннее менархе наступило у каждой пятой (10/20,4±5,7%) женщины в I группе и у каждой четвертой во II группе (8/24,2±5,7%), позднее – у 8/16,3±5,3% и 11/34,5±3,1% соответственно по группам.

При анализе репродуктивного анамнеза установлено, что каждая пятая (9/18,4±5,5%) пациентка I группы была нерожавшей, из них 7/14,3±5,0% женщин никогда не были беременными. Повторнородящими были почти половина (23/46,9±7,1%) женщин, каждая третьей женщиной (17/34,7±6,8%) имела 5 родов и более. Гинекологический анамнез обследованных обеих групп был отягощен первичным и вторичным бесплодием: у 7/14,2% и 7/28%; 2/4,0% и 22/72% случаев соответственно.

Анализ гинекологического статуса пациенток обеих групп не выявил каких-либо

достоверных различий, $p > 0,05$. В частности, кольпит был диагностирован у 13 (26,5±6,3%) и 12 (36,4±4,3%) женщин, эктопия и эрозия шейки матки у 14 (28,6±6,4%) и 14 (42,4±6,3%), воспалительный процесс в придатках и хронический эндометрит у 19 (38,7±6,9%) и 14 (42,4 ±6,3%). При объективном осмотре у 24/49% пациенток I группы и у 7/21,2% II группы имел место избыток массы тела. Индекс массы тела пациенток в группах достоверно различался – 26,1±5,8 и 23,2±2,7; $p = 0,4$.

Состояние молочных желез оценивалось путем проведения стандартной пальпации желез и лимфатических узлов (КОГ), а также при помощи УЗИ, проведенного в I фазу у пациенток с сохраненным циклом и при его нарушениях независимо от дня кровотечения.

Обследование молочных желез выявило наличие мастопатии у 22/45,9% пациенток I группы, что достоверно чаще, чем у II группы – 7/17,1%; $p < 0,01$. Анализ жалоб, обусловленных мастопатией, выявил наличие циклических болей и нагрубание молочных желез у 13% и 10% и постоянных болей, не зависящих от цикла, у 7% и 9% пациенток обеих групп (таб.).

Показатели фрактальной оценки ВСП и ИВБ здоровых, беременных ФТБ, ТПЭ и ЭК (M±m)

Клиническая характеристика групп			
Исследуемый параметр	I группа	II группа	P
Возраст, годы	37,9±0,5	36,3±2,2	$p > 0,05$
Индекс массы тела, кг/м ²	26,1±5,8 I группа	23,2±2,7	$p = 0,4$
Болевой симптом, %, n	28/56%	21,2%/7	
НМЦ, n, %	84±1,6%	4,1±2,8%	$p < 0,01$
Результаты исследования			
Фиброзно-кистозная мастопатия	22/45,9%	7/17,1%	$p < 0,01$
+ железистый компонент	5/10,2±4,3%	2/4,9±0,8%	
+ фиброзный компонент	2/4,0±2,8%	3/7,3±1,1%	
+ кистозный компонент	10/20,1±5,7%	-	
Очаговая форма	½,0±2,0%	½,4±0,4%	
Киста молочной железы	4/8,5±4,0%	½,4±2,8%	

Внутрипротоковые папилломы и фиброаденомы среди пациенток I группы обнаружены по 2 (4,0±2,8%).

Цитологическое исследование отделяемого из сосков у пациенток обеих групп (5/10,2% и 2/4,9%) выявило капли жира и элементы воспаления (3 и 1), молозивные тельца (1,1),

разрушенные эритроциты, клетки эпителия с явлениями пролиферации (1). Пациенткам с внутрипротоковой папилломой и фиброаденомой молочной железы после консультации маммолога проведено оперативное лечение в объеме секторальной резекции. Обнаруженный в результате патогистологического исследо-

вания макропрепарата выраженный процесс пролиферации и полиморфизма клеток (2,8%) позволил своевременно начать специфическое терапию, направленную на предупреждение развития онкопроцесса.

Наши исследования позволили установить, что у половины пациенток I группы имеют место обменные нарушения, проявлениями которых является избыток массы тела, достоверно чаще у пациенток II группы отмечаются нарушения цикла по типу циклической гиперполименорреи. Фиброзно-кистозные изменения молочных желез отмечены в обеих группах обследуемых, но преобладали в группе пациенток с ДНЯ, при этом чаще выявляются формы с преобладанием кистозного компонента, тогда как во II группе, наоборот, с преобладанием фиброзного компонента. Дополнительные методы обследования очаговых форм мастопатии позволили своевременно установить наличие диспластических процессов молочных желез.

Заключение

Таким образом, в результате проведенных исследований в 45,9% случаев у пациенток с ДНЯ и у 17,1% с миомой матки выявлены различные формы мастопатии. Клиническое обследование молочных желез у пациенток с гиперпластическими процессами органов малого таза позволяет своевременно установить наличие патологии. Несомненная связь между функциональным состоянием половых органов и молочными железами делает необходимым включить в схему обследования пациенток с ДНЯ и миомой матки дополнительные диагностические мероприятия по выявлению патологии молочных желез, что позволит своевременно начать профилактические и лечебные мероприятия фоновых процессов.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Гилязутдинов И.А., Хасанов Р.Ш. Доброкачественные опухоли молочных желез. Руководство для врачей. Казань: Медлитература, 2014. 216 с.
2. Давыдова М.И., Лetyагина В.П. Клиническая маммология (практическое руководство). М.: АБВ-пресс, 2014. 154 с.
3. Любченко Л.Н., Батенева Е.И. Медика генетическое консультирование и ДНК диагностика наследственной предрасположенности к раку молочной железы и раку яичников. М.: ИГРОНЦ, 2014. 64 с.

4. Тихомиров А.Л. Миома, патогенетическое обоснование органосохраняющего лечения. М.: Медицина, 2013. 319 с.

5. Урманчеева А.Ф., Кутушева Е.А. Опухоли яичника (клиника, диагностика и лечение). СПб.: Изд-во Н-Л, 2012. 68 с.

6. Хамошина М.Б., Паренкова И.А. Не игнорировать мастопатию – не допускать рака. Новый вектор тактики при мастопатии: активная онкопрофилактика. Информационное письмо / под ред. В.Е. Радзинского, Н.И. Рожковой. М.: Редакция журнала Status Praesens, 2015. 24 с.

REFERENCES

1. Gilyazutdinov I. A., Khasanov R. Sh. *Dobrokachestvennye opukhali molochnykh zhelez. Rukovodstvo dlya vrachey* [Benign tumors of mammary glands. A guide for doctors]. Kazan, Medliteratura Publ., 2014. 216 p.
2. Davydova M. I., Letyagina V. P. *Klinicheskaya mam-mologiya (prakticheskoe rukovodstvo)* [Clinical mammology (practical guide)]. Moscow, ABV-press Publ., 2014. 154 s.
3. Lyubchenko L. N., Bateneva E. I. *Medika geneticheskoe konsultirovanie i DNK diagnostika nasledstvennoy predraspolozhenosti k raku molochnoy zhelezy i raku yaichnikov* [Medica genetic counseling and DNA diagnosis of hereditary predisposition to breast cancer and ovarian cancer]. Moscow, IGRONC Publ., 2014. 64 p.
4. Tikhomirov A. L. *Mioma, patogeneticheskoe obosnovanie organosokhranyayushchego lecheniya* [Myoma, pathogenetic rationale for organ-preserving treatment]. Moscow, Meditsina Publ., 2013. 319 p.
5. Urmancheeva A. F., Kutusheva E. A. *Opukholi yaichnika (klinika, diagnostika i lechenie)* [Tumors of the ovary (clinic, diagnosis and treatment)]. St. Petersburg, N-L Publ., 2012. 68 p.
6. Khamoshina M. B., Parenkova I. A. *Ne ignorirovat mastopatiyu – ne dopuskat raka. Novyy emipa taktiki pri mastopatii: aktivnaya onkoprolaktika. Informatsionnoe pismo. Pod red. V. E. Radzinskogo, N. I. Rozhkovoy* [Do not ignore mastopathy – do not tolerate cancer. A new vector of tactics for mastopathy: active oncology. Information letter. Ed. by V.E. Radzinsky, N.I. Rozhkova]. Moscow, Redaktsiya zhurnala Status Praesens Publ., 2015. 24 p.

Сведения об авторах:

Ниязова Сайёра Джумаевна – заочный аспирант Научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и перинатологии

Болиева Гулнора Улжаевна – старший научный сотрудник отдела гинекологии НИИ АзгП, к.м.н.

Хушвахтова Эргашой Хушвахтовна – ведущий научный сотрудник отдела гинекологии НИИ АзгП, д.м.н., доцент

Холова Саноат – заочный аспирант НИИ АзгП

Контактная информация:

Ниязова Сайёра – тел.: +992939550088

© Коллектив авторов, 2018

УДК 618.39-085.2/.3

Нурматова З.И., Юсупова М.Р., Ибрагимова Н.И.

СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД БЕЗОПАСНОГО АБОРТА

Кафедра сестринского дела ГОУ ИПОвСЗ РТ, Худжанд

Nurmatova Z.I., Yusupova M.R., Ibragimova N.I.

CONTEMPORARY METHOD OF SAFE ABORTION

Department is the sister's matter IPOMK RT, Khudzhand

Цель исследования. Оценка эффективности и безопасности использования медикаментозного аборта в 1 триместре беременности с использованием мифепристона.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 150 беременных женщин, использовавших пероральный прием мифепристона и мизопростола с целью медикаментозного аборта, средний возраст 25-30 лет. Прерывание беременности было проведено по социальному фактору – у 5,8%, по желанию женщины – у 35,4%, по медицинским показаниям – у 58,8%.

Результаты. Выявлена эффективность следующей схемы применения: на 1000 мг – 37,34%, на 800 мг – 25,4%, на 600 мг – 11,86%, на 400 мг – 13,7%, на 200 мг – 11,7%. Медикаментозный аборт произошел на 2-й день у 10 (5%) женщин, на 3-й день – у 140 (91,5%) с отторжением и изгнанием плодного яйца, кровянистыми выделениями со сгустками из половых путей, более интенсивными в течение первых трёх дней, чем при обычной менструации. Опорожнение матки подтверждено трансвагинальным ультразвуковым сканированием на 14-й день после аборта.

Заключение. Медикаментозный аборт среди женщин, желающих прервать беременность, является эффективным методом, достигая 98% эффективности, независимо от режима приема препаратов. Медикаментозный аборт необходимо рекомендовать женщинам до 9-й недели беременности только в условиях лечебного учреждения после обследования по протоколу под контролем врача акушера-гинеколога.

Ключевые слова: *здоровье женщины, аборт, прерывание, мифепристон, мизопростол*

Aim. Estimation of effectiveness and safety of the use of drug abortion in 1 the term of pregnancy with the use of preparation of emiparesis.

Materials and methods. Is carried out the retrospective analysis 150 of the pregnant women, by the oral application of emiparesis and mizoprostola during the drug abortion.

Results. On the base of the center of health №5 g. Khudzhand we have carried out 150 drug abortions with the application of preparation of emiparesis, which is used only in the medical establishments. The average age of those surveyed comprised 25-30 years. The termination of pregnancy was carried out on sotsionalnomu factor 5,8%, at will woman -35,4% and from the medical indications – 58,8% of the cases. On the basis this is revealed the effectiveness of the diagram of application in the following order: to 1000mg-37,34%, to 800mg-25,4%, to 600 mg -11,86%, to 400 mg-13,7%, to 200mg -11,7%. Drug abortion occurred on 2-1 days in 10 (5 %) women, to 3-y day – u 140 (91,5 %) with rejection and expulsion of fertile egg, bloody discharges with the clusters from the sexual ways, which during the first three days were more intensive than with the usual menses. Emptying of womb by confirmed trans-vaginal ultrasonic scanning on the 14th day after abortion.

Conclusion. Drug abortion among the women, who desire to interrupt pregnancy, is effective method, reaching 98%. Independent of the mode of reception of preparations. Drug abortion must be recommended to women to the 9th of the weeks of pregnancy only under the conditions of therapeutic establishment after inspection on the protocol under the control of the doctor of obstetrician- gynecologist.

Key words: *the health of woman, abortion, interruption, emiparesis, emiparesis, medikamentozny*

Актуальность

Здоровье женщины – один из первоочередных по приоритетности компонентов благополучия и богатства страны.

Нормальное функциональное состояние репродуктивной системы – показатель здоровья женщины. Сохранение репродуктивного здоровья женщин и обеспечение безопасного материнства – приоритетная задача современной медицины во всем мире.

Репродуктивная функция семьи, связанная с воспроизводством её членов и воспроизводством населения страны, является одной из важнейших. Она напрямую связана со здоровьем человека. Реализация этой функции предполагает формирование установки на деторождение, в свою очередь, рождение здорового ребенка предполагает ориентацию будущих родителей на здоровый образ жизни.

В мире каждый день происходит более 100 миллион половых актов, приводящих к 910 тысячам зачатий. Примерно половина из них являются незапланированными, а четверть – нежелательными. Ежедневно в мире около 150 тысяч беременностей заканчиваются искусственными абортами, что составляет 53 миллион в год. Женщина может зачать, выносить и родить здорового ребенка, сохранив при этом свое здоровье на протяжении всей её жизни [1].

На территории Таджикистана на современном этапе экология, социально-экономические условия жизни, питание, развитие здравоохранения не совсем отвечают требованиям общества.

Одним из наиболее безопасных методов искусственного прерывания беременности является медикаментозный аборт, который с 1988 г. внедрен в мировую медицинскую практику.

Разработки новых технологий производства аборта, особенно внедрение медикаментозных методов, расширило возможности медицинских работников по удовлетворению индивидуальных потребностей и предпочтений женщин, и круг учреждений здравоохранения, в которых могут предоставляться услуги по прерыванию беременности.

Ежегодно в мире производится от 40 до 50 миллионов аборт и почти половина из них – небезопасным путем.

Искусственное прерывание нежеланной беременности является одним из наиболее значимых медико-социальных факторов, оказывающих негативное влияние на ре-

продуктивное здоровье женщин. Известно, что аборт является нередкой причиной гинекологических заболеваний и нарушения детородной функции. Так, более чем у 10-15% женщин, а по некоторым данным – у 21,7% после данной операции возникают отклонения в женской половой сфере, почти у половины обостряются хронические воспалительные процессы гениталий.

Все это обуславливает не только медицинскую, но и социальную значимость вопроса прерывания беременности и внедрения новых современных технологий аборта.

Обеспечение безопасного прерывания беременности остается одной из актуальных проблем акушерства и гинекологии

Раннее начало половой жизни, неосведомленность в вопросах контрацепции, ее недоступность по финансовым соображениям являются главными причинами аборт [1, 2].

Врачи акушеры-гинекологи признали аборт серьезной проблемой охраны репродуктивного здоровья женщин во многих странах.

При рассмотрении эпидемиологии искусственного аборта, эффективности и безопасности применяемых методов и организации службы выполнения аборт сделан ряд рекомендаций: «Разработать нехирургический метод выполнения аборта, нетоксичный для женщины и нетератогенный при применении эффективной дозы, надежно обеспечивающей полное изгнание продуктов зачатия, пригодный для применения в неклинических условиях и экономически приемлемый для женщин во всех странах» [3].

Впервые установленные особенности социально-психологических и психических состояний у беременных женщин имеют практическую значимость для врача, помогающего женщине принять решение о способе искусственного прерывания беременности, и специалисту, оказывающему психологическую помощь женщине на всех этапах осуществления медикаментозного аборта [4].

Медикаментозный аборт обозначает прерывание беременности с помощью лекарственных средств. Реальная возможность их применения в первом триместре беременности появилась в последние 25 лет.

Мифепристон был разработан во Франции в 1970-1980-х гг. учёными, изучавшими глюкокортикоидные рецепторы. Первое

клиническое исследование лекарства в качестве abortивного средства было начато в Женеве в 1981 г. В 1985 г. исследователи сообщили, что мифепристон в комбинации с сокращающими матку препаратами (простогландами) является эффективным методом аборта.

В 1988 г. Франция стала первой страной, выдавшей лицензию на применение мифепристона совместно с простогландином для проведения аборта на ранней стадии беременности. С этого времени метод начал медленно распространяться и был использован миллионами женщин всей планеты.

Медикаментозные методы проведения абортов в I триместре становятся всё более распространёнными во всем мире [6].

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 150 беременных женщин, которым выполнен медикаментозный аборт путем перорального применения мифепристона и мизопростала на базе центра здоровья №5 г. Худжанда. Средний возраст 25-30 лет.

Результаты и их обсуждение

Пациентку информировали о порядке прерывания беременности таблетированным методом, сути метода, симптомах, возможных вариантах течения аборта. Пациентки принимали внутрь три таблетки – 600 мг мифепристона в присутствии врача. В течение 1-1,5 часов они находились под динамическим наблюдением.

Прерывание беременности было проведено: по социальному фактору – 5,8%, по желанию женщины – 35,4%, по медицинским показаниям – 58,8% случаев.

Выявлена эффективность схемы применения в следующих дозировках: на 1000 мг – 37,34%, на 800 мг – 25,4%, на 600 мг – 11,86%, на 400 мг – 13,7%, на 200 мг – 11,7%.

Медикаментозный аборт произошел на 2-й день у 10 (5%) женщин, на 3-й день – у 140 (91,5%) с отторжением и изгнанием плодного яйца, кровянистыми выделениями со сгустками из половых путей, которые в течение первых трёх дней были более интенсивными, чем при обычной менструации. Опорожнение матки подтверждено трансвагинальным ультразвуковым сканированием на 14-й день после аборта.

При динамическом наблюдении в амбулаторных условиях и контрольном посещении врача на 10-14 сутки после прерывания беременности осложнений воспалительного характера не выявлено. Мифепристон все женщины переносили хорошо.

Заключение

Эффективность медикаментозного аборта для прерывания беременности в I триместре беременности составляет 84,4%. Максимальное количество случаев прерывания беременности (37,34%) происходило при приеме 1000 мг мизопростала.

На основании проведенного анализа установлено, что медикаментозный аборт не имел осложнений воспалительного характера и поэтому не влияет на репродуктивную функцию женщины вследствие отсутствия травматизма шейки матки, эндометрия, низкой вероятности развития осложнений.

Эффективность медикаментозного аборта достигает 96-98% и сопровождается минимальными побочными эффектами и осложнениями, частота которых в 1,5-2,8 раза ниже, чем при традиционных методах искусственного аборта с использованием кюретки.

Преимущества медицинского аборта – хорошее психологическое восприятие, высокая эффективность, отсутствие необходимости анестезиологического пособия, исключение травматизации шейки матки и эндометрия, очень низкая вероятностью развития осложнений, сохранение репродуктивной функции.

Медикаментозный аборт необходимо рекомендовать женщинам до 9-й недель беременности только в условиях лечебного учреждения после обследования по протоколу под контролем врача акушера-гинеколога

Риск для здоровья, связанный с абортом, можно фактически устранить, сделав широкодоступным безопасный аборт.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Агишева Т.А., Самойленко И.В., Трущ И.Н. Здоровье женщины. Медицинский справочник. Москва: Вече, 2011. 400 с.
2. Аборт в I триместре беременности / под ред. В.Н. Прилепской, А.А. Кузьмина. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 246 с.
3. Абрахамс Питер. Все о женском здоровье. Москва: Астрель, 2013. 176 с.
4. Кулаков В.И. Вихляева Е.М. и др. Медико-консультативная помощь при искусственном аборте. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. С. 8-26.
5. Прилепская В.Н., Волков В.И., Жердев Д.В. и др. Медикаментозное прерывание беременности с

помощью препарата мифепристон. Планирование семьи. М., 2010. С. 3-31.

RESERENSES

1. Agisheva T. A., Samoylenko I. V., Trushch I. N. *Zdorove zhenshchiny. Meditsinskiy spravochnik* [Women's health. Medical reference]. Moskva, Veche Publ., 2011. 400 p.

2. Prilepskaya V. N., Kuzmin A. A. *Abort v I etirapes beremennosti* [Abortion in the first trimester of pregnancy]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2010. 246 p.

3. Abrakhams Piter. *Vse o zhenskom zdorove* [All about women's health]. Moscow, Astrel Publ., 2013, 176 p.

4. Kulakov V. I. Vikhlyaeva E. M., *Mediko-konsultativnaya pomoshch pri iskusstvennom aborte* [Medical advice with induced abortion]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2010. 8-26 p.

5. Prilepskaya V. N., Volkov V. I., Zherdev D. V., *Medikamentoznoe preruvanie beremennosti s pomoshchyu preparata etiraparesis . Planirovanie semi* [Medical abortion using the drug mifepristone. Family planning]. Moscow, 2010. 3-31 p.

Сведения об авторах:

Нурматова Замира Икромовна – зав. кафедрой сестринского дела ГОУ ИПОвСЗ РТ, Худжанд

Юсупова Махбуба Рахматовна – ассистент кафедры сестринского дела ГОУ ИПОвСЗ РТ, Худжанд

Ибрагимова Назира Икромовна – семейный врач центра здоровья №5, г. Худжанд

Контактная информация:

Нурматова Замира Икромовна – тел: +992918-83-98-06; e-mail: zamirahon78@mail.ru

¹Одинаев А.А., ²Мурадов А.М., ²Икромов Т.Ш., ³Шумилина О.В.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК ПРИ ОСТРОМ ПОВРЕЖДЕНИИ У ДЕТЕЙ

¹ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии МЗиСЗН РТ»

²ГОУ ИПОвСЗ РТ

³ГУ «Научный центр реанимации и детоксикации» г. Душанбе

¹Odinaev A.A., ²Muradov A.M., ²Ikromov T.Sh., ³Shumilina O.V.

ASSESSMENT OF THE FUNCTIONAL STATE OF KIDNEYS IN ACUTE INJURY IN CHILDREN

¹State Institution "Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Child's Surgery"

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

³State Establishment "Scientific Center of Reanimation and Detoxification" of Dushanbe

Цель исследования. Изучить функциональное состояние почек при остром повреждении у детей.

Материал и методы. Проанализированы результаты исследования 144 больных детей с острым повреждением почек (ОПП) в возрасте от 3 до 16 лет.

В зависимости от формы возникновения ОПП все пациенты разделены на 3 группы: прerenальные - 90, ренальные - 34 и постренальные - 20.

Проведена оценка клинико-лабораторных показателей функционального состояния почек расчетными методами оценки мочевыделительной системы: клубочковой фильтрации (СКФ, мл/мин), канальцевой реабсорбции (КР, %), осмотической концентрации (Uosm, мосм/кг), осмолярного давления (Uosm, кПа), концентрационного коэффициента (КК, усл.ед), а также качественные методы исследования - проба на концентрацию по Зимницкому.

Результаты. Анализ критериев ОПП при поступлении с учетом времени развития патологии показал, что из 144 больных ОПП в 1 стадии (Risk) оказалось всего 24 (16,7%) пациента, во 2 стадии (Injury) - 54 (37,6%), в 3 стадии (Failure) - 66 (45,8%), что требовало дифференцированной тактики ведения этих пациентов в зависимости от степени почечной дисфункции и тяжести клинических проявлений заболевания, обусловленных развитием органических осложнений.

Заключение. Нарушение функции почек при ОПП у детей зависит от тяжести и стадии патологии, этио-логического фактора и сопутствующей фоновой патологии.

Ключевые слова: дети, острое повреждение почек, функциональное состояние почек

Aim. To study the functional state of the kidneys in acute injury in children.

Materials and methods. The results of 144 patients study with acute renal damage injury from 3 to 16 years are analyzed. Depending from the form and cause of acute kidney injury (AKI), patients were divided into 3 groups: prerenal - 90, renal - 34 and postrenal - 20 patients.

Conducted the evaluation of clinical and laboratory parameters of the functional state of kidneys by computational methods of evaluation of the urinary system: glomerular filtration (GFR, ml/min), tubular reabsorption (TR, %), osmotic concentration (Uosm, mOsm/kg), osmolar pressure (Uosm, kPa), concentration coefficient (CC, conventional units) and also qualitative methods of research - a test for concentration according to Zimnitskiy.

Results. Analysis of the criteria of AKI during admission, taking into account the time of development of the pathology showed, that of 144 patients with AKI in stage 1 (Risk) were only 24 (16,7%) patients, in stage 2 (Injury) - 54 (37,6%), in stage 3 (Failure) - 66 (45,8%), which required a differentiated management tactics of these patients, depending from the degree of renal dysfunction and the severity of clinical manifestations of disease due to development of organ complications.

Conclusion. The impairment of renal function in AKI in children depends from the severity and stage of pathology, etiologic factor and concomitant background pathology.

Key words: children, acute kidney injury, functional state of kidneys

Актуальность

Наиболее частым вариантом почечного повреждения является острый канальцевый некроз, который составляет 58% [1, 4]. Преренальные поражения, не успевшие перейти в острый канальцевый некроз, встречаются в 21%, постренальные - в 10%. На гломерулонефриты, васкулиты и интерстициальные нефриты приходится 7% ОПП. Возникновение дисфункций почек при тяжелом сепсисе встречается в 25% случаев, при полиорганной недостаточности и шоке - в 55% [3, 5, 6]. В послеоперационном периоде и при возникновении септического шока острая дисфункция почек развивается до 65% [6]. По данным Республиканского центра медицинской статистики и информации Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ за 2015 г., количество детей, страдающих почечной патологией, составляет 793 на 100000 тыс. населения [2].

В доступной литературе недостаточно информации о функциональном состоянии почек, особенностях их ультразвуковой картины и доплерографических показателей внутривисочечной гемодинамики у больных детей с ОПП в зависимости от этиологии,

стадии, тяжести и наличия органных осложнений, что обусловило актуальность настоящего исследования.

Материал и методы исследования

Проанализированы результаты исследования 144 больных с острым повреждением почек в возрасте от 3 до 16 лет. Мальчиков было 60,4%, девочек - 39,6%. При этом среди детей с ОПП преобладали больные в возрасте 8-11 лет, среди которых 22,2% составили мальчики; 3-7 лет, среди которых девочек было 16,7%. В возрасте 12-16 лет ОПП наблюдалось в 19,4% и 8,3% у мальчиков и девочек соответственно.

В зависимости от причины возникновения ОПП больные разделены на 3 группы: преренальные факторы - 90 больных (нейроинфекция - 8, травма - 21, ОКЗ - 11, перитонит - 34, сепсис - 15); ренальные - 34 (острый внутрисосудистый гемолиз - 6, токсический нефрит - 9, острый гломерулонефрит - 9, острый тубулоинтерстициальный нефрит - 10) и постренальные - 20 (мочекаменная болезнь - 11, обструкция мочевых путей - 9).

При поступлении больных в клинику для определения стадии и тяжести ОПП нами использовались шкалы RIFLE (2004) и AKIN (2007) (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных с ОПП при поступлении по шкалам RIFLE и AKIN

Формы ОПП	I ст. Risk и 1ст. AKIN, креатинин \geq в 1,5 раза, СКФ>25%, диурез <0,5 мл/кг/ч за 6 часов	II ст. Injury и 2ст. AKIN, креатинин \geq в 2 раза, СКФ>50%, диурез <0,5мл/кг/ч за 12 часов	III ст. Failure и 3 ст. AKIN креатинина \geq в 3 раза, СКФ>75%, диурез <0,5мл/кг/ч за 12 часов
Преренальная n=90	11 (7,6%)	38 (26,4%)	41 (28,4%)
Ренальная n=34	8 (5,6%)	9 (6,3%)	17 (11,8%)
Постренальная n=20	5 (3,5%)	7 (4,8%)	8 (5,6%)
Всего n=144	24 (16,7%)	54 (37,6%)	66 (45,8%)

Примечание: % к общему количеству больных

Общеклинические исследования крови производили на автоматическом гематологическом аппарате «System 9000» (Baker, США). Определение биохимических показателей крови и мочи выполняли на автоматическом биохимическом анализаторе Technikon (США) и биохимическом лабораторном аппарате Spectrum (Abbot, США), а также газовом анализаторе и ионометре (Fresenius, ФРГ).

Для оценки клинико-лабораторных показателей, функционального состояния почек производились расчетные методы оценки мочевыделительной системы: клубочковой фильтрации (СКФ, мл/мин), канальцевой

реабсорбции (КР%), осмотической концентрации:

$$U_{osm} \text{ (мосм/кг НгО)} = 33,3 \times d$$

где: *d* - две последние цифры величины плотности мочи;

осмолярного давления:

$$U_{osm} \text{ (кПа)} = 75,59 \times d$$

где: *d* - две последние цифры величины плотности мочи;

концентрационного коэффициента:

$$КК \text{ (усл.ед)} = U_{osm} \text{ (кПа)} / P_{osm} \text{ (кПа)},$$

а также качественные методы исследования: проба на концентрацию по Зимницкому.

СКФ и КР рассчитывали по пробе Реберга:

$$\text{КФ (мл/мин)} = \text{C creat.} \times 1,73/\text{ПТ} \times 115/173$$

– возраст (г), с поправкой по формуле Шварца (табл. 2).

Пересчет по формуле Шварца (Schwartz):

$$\text{СКФ} = k \times \text{РОСТ}/\text{SCR}$$

где: *рост*, см; *SCr* – концентрация креатинина в сыворотке крови; *k* – возрастной коэффициент.

Таблица 2

Возрастные коэффициенты для расчета по формуле Шварца (Schwartz)

Возраст	<i>k</i> для <i>SCr</i> , мг/100 мл	<i>k</i> для <i>SCr</i> , мкмоль/л
< 1 года	0,33	29
> 1 года	0,45	40
2-12 лет	0,55	49
13-21 год М	0,70	62
13-21 год Ж	0,55	49

Лабораторно верифицировался мочевого синдром (лейкоцитурия, альбуминурия, протеинурия, бактериурия, микрогематурия и др.), а также производился бактериологический посев мочи и определение чувствительности. В динамике проводилось измерение почасового и посуточного диуреза.

При развитии выраженной гипотонии со снижением САД ниже 70 мм рт.ст. пациентам исследовали количественный и биохимический состав мочи (мочевина, креатинин, натрий, калий и другие необходимые параметры).

Полученные цифровые данные обработаны с использованием методов вариационной и разностной статистики с вычислением *M±m* и оценкой достоверности результатов по критерию Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

Анализ критериев ОПП при поступлении с учетом времени развития патологии показал, что из 90 больных преренальной дисфункцией в 1 стадии было 11 (7,6%), во 2 стадии – 38 (26,4%), в 3 стадии – 41 (28,4%) пациент, т.е. в клинику поступали в основном во 3 и 2 стадиях по AKIN и RIFLE. Из 34 больных с ОПП ренальной этиологии выявлено 8 (5,6%), 9 (6,3%), 17 (11,8%), а из 20 с постренальным ОПП – 5 (3,5%), 7 (4,8%), 8 (5,6%) соответственно по стадиям заболевания.

Из 144 больных с ОПП в 1 стадии Risk оказалось всего 24 (16,7%) пациента, во 2

стадии Injury – 54 (37,6%) и, соответственно, в 3 стадии Failure – 66 (45,8%), что требовало дифференцированной тактики ведения данных пациентов в зависимости от степени почечной дисфункции и тяжести ее клинических проявлений, обусловленных развитием других органных осложнений.

Оценка функционального состояния почек имеет большое клиническое значение для выбора тактики лечения и прогнозирования заболевания.

Данные изучения осмотической, фильтрационной, концентрационной функций почек у детей с ОПП в зависимости от этиологии и стадии по RIFLE (2004) и AKIN (2007) приведены в таблице 3.

Анализ показателей ОК Uosm и ОД Uosm мочи показало их статистически достоверные различия к показателям практически здоровых детей в зависимости от тяжести, стадии ОПП, а также этиологического фактора. Выявлено, что ОК Uosm и ОД Uosm мочи достоверно снижаются во 2 и 3 стадиях почечной дисфункции, по сравнению с 1 стадией, а также этих показателей 3 стадии к данным 2 стадии: при преренальной этиологии – ОК Uosm мочи на 21,7% ($P < 0,01$) и 48,0% ($P < 0,001$), ОД Uosm мочи на 20,0% ($P < 0,001$) и 46,7% ($P < 0,001$), а также на 33,6% ($P < 0,001$) и 33,3% ($P < 0,001$) соответственно от этих показателей 3 стадии к данным 2 стадии (табл. 3); при ренальной этиологии – ОК Uosm мочи на 30,7% ($P < 0,01$) и на 59,5% ($P < 0,001$), при этом отмечается тенденция снижения ОД Uosm мочи на 7,6%, недостоверное на 0,03%, а также достоверное снижение этих показателей в 3 стадии ко 2 стадии на 41,3% ($P < 0,001$) по ОК Uosm и тенденция на 8,2% соответственно ОД Uosm; при постренальной этиологии – ОК Uosm мочи снизилась на 99,8% ($P < 0,05$) и на 35,1% ($P < 0,001$), ОД Uosm мочи на 25,0% ($P < 0,001$) и 37,4% ($P < 0,001$), а также на 23,8% ($P < 0,001$) и 16,5% ($P < 0,001$) показателей осмотической концентрации и давления при ОПП 3 ко 2 стадии (табл. 3).

Анализ показателей ОК Uosm и ОД Uosm мочи в зависимости от этиологии и тяжести ОПП также показал их взаимосвязь и зависимость от этих факторов, которые статистически достоверно различаются по стадиям почечной дисфункции. Выявлено, что ОК Uosm и ОД Uosm мочи в 1, 2 и 3 стадиях преренальной, по сравнению с показателями 1, 2 и 3 стадий: при ренальной этиологии ОПП в 1 стадии отмечается снижение ОК Uosm на 15,6% и ОД Uosm на 13,3%, во 2 стадии – на 25,3% и отсутствии достоверной разницы по осмотическому давлению, в 3 стадии имеется снижение на

Таблица 3

Характеристика функциональных показателей почек при ОПП у детей в зависимости от этиологии и стадии

Стадии ОПП, n=144	ОК (Uosm)	ОД (U osm)	КФ, мл/мин	КР, %	КК, (усл. ед)	Креатинин, ммоль/л	Диурез, мл/мин/кг
Преренальная и Ренальная n=90	I ст. и AKIN, n=11 (7,6%)	512,8±23,4	1133,9±48,7	72,6±4,1	76,2±2,4	1,66±0,08	0,54±0,02
	II ст. и AKIN n=38 (26,4%)	401,5±21,5***	907,1±34,7***	54,2±9,3	72,1±3,1	1,23±0,07***	0,37±0,03
	III ст. и AKIN n=41 (28,4%)	266,5±16,3***	604,7±24,5***	20,7±2,4***	41,1±2,2***	0,77±0,06***	0,18±0,01***
Ренальная n=34	I ст. и AKIN, n=8 (5,6%)	432,9±26,4	982,7±36,3	70,1±3,2	77,6±1,8	1,38±0,07	0,49±0,02
	II ст. и AKIN n=9 (6,3%)	300,1±14,6***	907,7±32,4	51,8±9,7	73,2±2,0***	0,92±0,03***	0,23±0,01
	III ст. и AKIN n=17 (11,8%)	175,2±11,8***	982,4±32,1	28,4±2,6***	59,5±4,1***	0,5±0,01***	0,16±0,04***
Постренальная n=20	I ст. и AKIN, n=5 (3,5%)	666,8±31,7	604,6±21,6	75,4±3,3	82,2±1,6	2,16±0,11	0,46±0,02
	II ст. и AKIN n=7 (4,8%)	566,7±22,2*	453,2±17,2***	49,7±10,4*	75,5±1,3*	1,77±0,16	0,24±0,03***
	III ст. и AKIN n=8 (5,6%)	432,1±21,3***	378,2±13,9***	19,5±3,1***	49,2±2,3***	1,28±0,14***	0,19±0,02***

Примечание: процент по отношению к здоровым детям контрольной группы * – P<0,05; ** – P<0,01; *** – P<0,001

37,4% ($P < 0,001$) и увеличение на 62,5% ($P < 0,001$) соответственно; при постренальной этиологии – в 1 стадии отмечалось увеличение ОК U_{osm} на 30,0% и снижение ОД U_{osm} на 46,7%, во 2 стадии на 41,1% и на 50,0%, при 3 стадии почечной дисфункции отмечалось достоверное увеличение ОК U_{osm} на 62,1% и снижение ОД U_{osm} на 37,5% соответственно (табл. 3).

Выявленные выраженные нарушения ОК U_{osm} и ОД U_{osm} зависят от функционального состояния почек, тяжести, степени и глубины нарушения ОПП, т.е. уровня снижения КФ и КК. У детей с ОПП отмечается достоверное динамическое снижение показателей КФ, КР и КК в зависимости как от этиологии, так тяжести течения почечной дисфункции на фоне анемии, электролитных и метаболических нарушений, повышения креатинина и мочевины, а также снижения минутного диуреза (табл. 3).

Выявлено, что КФ и КК в зависимости от тяжести течения и стадии ОПП достоверно снижаются во 2 и 3 стадиях почечной дисфункции, по сравнению с 1 стадией, а также этих показателей 3 стадии к показателям 2 стадии: при преренальной форме – КФ на 25,3% и на 71,5% ($P < 0,001$), КК на 25,9% ($P < 0,001$) и на 53,6% ($P < 0,001$), также на 61,8% ($P < 0,01$) и 37,4% ($P < 0,001$) соответственно (табл. 3); при ренальной форме – снижение КФ на 26,1% и 59,5% ($P < 0,001$), КК на 33,3% ($P < 0,01$) и на 63,8% ($P < 0,001$), также при этом выявлено достоверное снижение этих показателей при 3 стадии ко 2 стадии по КФ на 45,2% ($P < 0,05$) и КК на 45,7% ($P < 0,01$) соответственно (табл. 3); при постренальной форме – КФ снизилась на 34,1% ($P < 0,05$) и на 74,1% ($P < 0,001$), КК достоверно снизился на 18,1% и 40,7% ($P < 0,01$), также отмечено снижение в 3 стадии, по сравнению со 2 стадией ОПП, КФ на 60,8% ($P < 0,01$) и КК на 27,7% ($P < 0,001$) соответственно (табл. 3).

Статистический анализ показателей КФ и КК в зависимости от этиологии и стадии ОПП показал их взаимозависимость от тяжести и глубины почечной дисфункции. Выявлено, что динамика КФ и КК в 1, 2 и 3 стадиях преренальной ОПП, по сравнению с показателями 1, 2 и 3 стадий, следующая: при ренальной форме в 1 стадии отмечается снижение КФ на 3,4% и КК на 22,9%, во 2 стадии – на 4,4% и на 25,2%, в 3 стадии – на 37,2% и на 35,1% ($P < 0,001$) соответственно; при постренальной этиологии – в 1 стадии отмечается недостоверное увеличение КФ на 3,9% и снижение КК на 30,1%, во 2 стадии на 8,3% и на 43,9%, при 3 стадии на 6,3% и 66,2% соответственно (табл. 3).

Одним из достоверных маркеров почечной дисфункции является повышение

концентрации креатинина в крови, что зависит от степени нарушения КФ, КР, КК, а также снижения почасового диуреза. В зависимости от тяжести и стадии ОПП у детей при 1 стадии отмечается повышение креатинина более чем в 1,5 раза (преренальной 140,0±10,8 ммоль/л, ренальной 138,7±8,4 ммоль/л, постренальной 133,6±9,3 ммоль/л) при снижении СКФ более чем на 25%, по сравнению с практически здоровыми детьми, и уменьшение диуреза менее чем на 0,5 мл/кг/ч за 6 часов (табл. 3). Во 2 стадии ОПП выявлено повышение креатинина более в 2 раза (преренальной 232,3±6 ммоль/л, ренальной 245,1±11,4 ммоль/л, постренальной 229,6±8,7 ммоль/л) при снижении СКФ более чем на 50% и олигоурии (при диурезе менее 0,5 мл/кг/ч за 12 часов). В 3 стадии ОПП обнаружено увеличение креатинина более чем в 3 раза (преренальной 380,7±13,6 ммоль/л, ренальной 401,8±14,6 ммоль/л, постренальной 360,8±14,4 ммоль/л) при пониженной СКФ более чем на 75% и практической анурии: диурез менее 0,5 мл/кг/ч за 12 часов (табл. 3). Расчеты концентрации креатинина между 1 и 2, 3 стадиями ОПП, а также 2 и 3 стадиями показало его достоверное увеличение при преренальной этиологии на 64,5% ($P < 0,001$), на 170,0% ($P < 0,001$), а также 63,9% ($P < 0,001$) соответственно; при ренальной форме на 77,2% ($P < 0,001$), на 190,5% ($P < 0,001$), а также на 63,9% ($P < 0,001$) показателей креатинина 3 стадии ко 2 стадии; при постренальной форме – на 71,9% ($P < 0,001$), 170,1% ($P < 0,001$), а также 57,1% ($P < 0,001$) соответственно (табл. 3).

Выводы

1. Изучение функционального состояния почек у детей с ОПП показывает, что нарушение их функции зависит не только от тяжести и стадии патологии, но также в большей степени от этиологического фактора и сопутствующей фоновой патологии.

2. Интегральные характеристики функционального состояния почек не достаточно в полном объеме характеризуют уровень дисфункции органа и, в частности, внутривисцерального кровообращения, наличие ишемии или некроза, а также уровень паренхиматозного, коркового поражения и других морфо-логических изменений. Поэтому для более целенаправленной и объективной оценки функционального состояния почек и выявления их анатомо-морфологических, структурных и гемодинамических изменений проводят УЗИ исследование.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 4-6 см. В REFERENCES)

1. Бунова С.С., Билевич О.А., Михайлова Л.В. и др. Острая почечная недостаточность: причины, исходы, методы заместительной почечной терапии // Омский научный вестник. 2012. Т. 114. С. 8-11

2. Республиканский центр медицинской статистики и информации Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ за 2015 год (статистический сборник). Душанбе, 2016. 384 с.

3. Савенкова Н.Д., Чемоданова М.А., Панков Е.А. Острое повреждение почек у детей // Нефрология.- 2013.- Т. 17, № 4.- С. 26-35.

RESERENSES

1. Bunova S. S., Bilevich O. A., Mikhaylova L. V., Ostraya pochechnaya nedostatochnost': prichiny, iskhody, metody zamestitelnoy pochechnoy terapii [Acute renal failure: causes, outcomes, methods of replacement renal therapy]. *Omskiy nauchnyy vestnik – Omsk Scientific Herald*, 2012, Vol. 114. pp. 8-11.

2. *Respublikanskiy tsentr meditsinskoy statistiki i informatsii Ministerstva zdravookhraneniya i sotsialnoy zashchity nasele-niya RT za 2015 god.* (Statisticheskiy sbornik) [Republican center of medical statistics and information of the Ministry of health and social protection of the Republic of Tajikistan for 2015. (Statistical compendium.)]. Dushanbe, 2016. 384 p.

3. Savenkova N. D., Chemodanova M. A., Pankov E. A. Ostroe povrezhdenie pochek u detey [Acute kidney injury in children]. *Nefrologiya – Nephrology*, 2013, Vol. 17, No. 4, pp. 26-35.

4. Benzer M, Alpay H, Baykan O., Early detection of acute kidney injury. Is it possible? *Pediatric Nephrology*, 2012, Vol. 27 (9), pp. 1619.

5. Bresolin N., Blanchini A. P., Haas C. A. Pediatric Acute Kidney Injury assessed by pRIFLE as a prognostic factor in the intensive care unit. *Pediatric Nephrology*, 2013, Vol. 28 (3), pp. 485-492.

6. Stajic N., Bogdanovic R., Spasojevic-Dimitrijeva B., Acute kidney injury in pediatric patients hospitalized in two Serbian tertiary care centers during one year. *Pediatric Nephrology*, 2012, Vol. 27 (9), pp. 1773.

Сведения об авторах:

Одинаев Азиз Абдусатторович – соискатель ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии МЗиСЗН РТ», к.м.н.

Икромов Турахон Шарбатович – ассистент кафедры детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н.

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

Шумилина Ольга Владимировна – ученый секретарь Научного центра реанимации и детоксикации г. Душанбе, к.м.н.

Контактная информация:

Мурадов Алишер Мухтарович – тел.: +(992)900730110; e-mail: AlisherMuradov@mail.ru

Раджабова С.Г.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ДИССЕМИНИРОВАННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С МЕТАСТАЗАМИ В КОСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИСФОСФОНАТОВ

ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН РТ

Rajabova S.G.

MODERN WAYS FOR THE TREATMENT DISSEMINATED BREAST CANCER WITH METASTASIS IN BONES WITH USING BYSPHOSPHONATES

State institution-republic oncological scientific center Ministry of health and social protection of population republic of Tajikistan, Dushanbe

Цель исследования. Оценка использования бисфосфонатов у больных диссеминированным раком молочной железы (ДРМЖ) с метастазами в кости для устранения метастатических симптомов, профилактики костных переломов, повышения качества жизни и улучшения результатов лечения.

Материал и методы. Проведено ретроспективное 49 (51,6%) и проспективное 46 (48,4%) исследование 95 медицинских карт больных с гистологически верифицированным диагнозом «Диссеминированный рак молочной железы. Метастазы в кости» за период с 2004 по 2014 г.

Результаты. В основной группе отмечалась следующая выживаемость: до 12 месяцев – 69,5%, 12 – 36 месяцев – 17,4%, 36 месяцев и более – 13,1% больных. В контрольной группе: до 12 месяцев прожили 89,3%, до 36 месяцев – 8,7%, более 36 месяцев – 2%.

Заключение. Использование бисфосфонатов в паллиативном лечении больных РМЖ с метастазами в кости позволяет оптимизировать лечение данной категории больных, что улучшает отдаленные результаты лечения.

Ключевые слова: ДРМЖ, метастазы в кости, бисфосфонаты, качество жизни

Aim. That use of bisphosphonates in breast cancer patients with bone metastases for removal of metastatic symptoms. Prevention of bone fractures, as well as improving the quality of life and improve treatment outcomes.

Materials and methods. In terms of the Republican oncological scientific center conducted retrospective 49 and prospective 46 a study of 95 medical records of patients with histological unified diagnosis of breast cancer with bone metastases during the period from 2004 to 2014.

Results. When comparing the results of treatment in the studied groups after carrying out the appropriate treatment in the main group was noted following treatment scheme 12 months lived 69,5% of patients, 12-36 months 17,4%, 36 months and more 13,1% of patients, respectively. In the control group were observed the following pattern survival 12 months lived 89,3%, up to 36 months, and 8,7% over 36 months 2% respectively.

Conclusion. The use of bisphosphonates in palliative treatment of patients with breast cancer with bone metastases optimize the treatment of this category of patients and improve long-term outcomes.

Key words: DBC, metastasis in bones, bisphosphonates, quality of life

Актуальность

Рак молочной железы (РМЖ) является одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем современной онкологии, занимая

ведущее место по показателям заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований в женской популяции. Частота РМЖ возрастает с каждым годом примерно на 1,5% [3].

В России, также как и в странах Европы и Америки, отмечается рост заболеваемости РМЖ. Каждый год выявляется более 52 тыс. новых случаев РМЖ, при этом прирост за 5 лет составил 13,4%. [1, 4, 5]. По данным Расулова С.Р., в Республике Таджикистан достаточно полного анализа частоты и структуры заболеваемости не проводилось [2], однако, в стране наблюдается аналогичная мировой тенденция заболеваемости.

По статистическим данным Агентства при Президенте РТ, за период 2002-2010 гг. на территории Таджикистана зарегистрировано 5447 женщин с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования репродуктивной системы, из них больных раком молочной железы (РМЖ) – 2411 (44,3%) случаев. В структуре онкологической заболеваемости женской популяции Таджикистана в 2010 г. первое ранговое место занял РМЖ с удельным весом 23,1%, второе – рак шейки матки (РШМ) – 17,5%. Заболеваемость РМЖ в РТ с 2012 по 2016 годам выявлено 2243 случаев, из них: I-II стадии были у 1649 больных; III стадия – 293 случая; в запущенной IV стадии находился 301 больной. Число умерших женщин от РМЖ за 2012 – 2016гг. составило 1302.

Таким образом, согласно приведенным выше данным, по нашей республике отмечается стабильный рост впервые выявленных случаев РМЖ.

Малая результативность программ раннего выявления, а также нарушение режима лечения самим больным увеличивают частоту появления диссеминированных форм рака молочной железы. РМЖ даёт 70% всех костных метастазов при онкологических заболеваниях [5].

Болевой синдром имеется у 70% больных с метастазами в костях в течение жизни. При поражении костей скелета у 25% больных

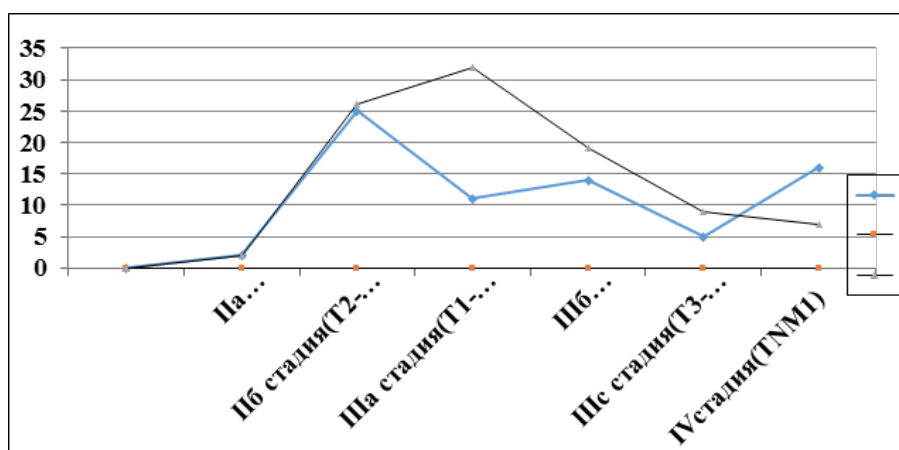
РМЖ наблюдаются патологические переломы длинных трубчатых костей, у 46% больных – компрессионные переломы позвонков.

Лечение костных метастазов является актуальной проблемой современной онкологии. Основным клиническим проявлением поражения костей является болевой синдром, нарастающий по мере прогрессирования процесса, резко снижающий качество жизни, способствующий развитию тревоги, депрессии и приводящий к стойкой инвалидизации. Большинство препаратов для лечения метастатического рака молочной железы направленно на облегчение симптомов заболевания. Одним из основных лекарственных препаратов, вошедших в список препаратов для лечения костных метастазов наряду с химиопрепаратами, являются бисфосфонаты.

Материал и методы исследования

В условиях Республиканского онкологического научного центра проводилось ретроспективное – 49 (51,6%) и проспективное – 46 (48,4) исследование 95 медицинских документаций больных с гистологически верифицированным диагнозом «Рак молочной железы с метастазами в кости» за период с 2004 по 2014 г. У всех 95 (100%) пациенток, в прошлом получавших комбинированное (операция+ТГТ) или/и комплексное лечение (ПХТ+операция+ТГТ+гормонотерапия), в какой-то период клинической ремиссии произошла диссеминация процесса в виде метастазирования в кости.

По международной классификации TNM исследуемые пациентки до определения диссеминации основного процесса в кости были распределены следующим образом: T2N0M0 (Ia ст.) – 2; T2-3N1M0 (Iib ст.) – 26; T1-3N2M0 (IIa ст.) – 32; T4N1-2M0 (IIIb ст.) – 19; T3-4N3M0 (IIIc ст.) – 9; и лишь у 7 женщин при первичном обращении отмечались отдаленные метастазы в кости T4N0-3M1 (IV ст.) (рис.).



Распределение больных по стадиям при первичном обращении

Таблица 1

Распределение больных по возрастным категориям

<i>Критерии возраста, лет</i>	<i>Абс. Число</i>	<i>%</i>
20 – 29	5	5,3
30 – 39	21	22,1
40 – 49	39	41
50 – 59	26	27,4
60 – 69	2	2,1
70 и старше	2	2,1
Всего	95	100

При изучении основных очагов метастазирования в кости выяснилось, что кости черепа были поражены в 7 (6%) случаях, шейный отдел позвоночника – в 16 (13,8%), грудной отдел – в 25 (21,6), поясничный отдел – в 31 (26,8%), кости таза – в 14 (12,1%), кости нижней конечности – в 13 (11,2%), кости верхней конечности и ребра – в 8,5%.

Исходя из результатов дополнительных методов исследования (рентгенография, КТ, остеосцинтиграфия), у 32% пациенток установлена остеолитическая форма остеогенных метастазов.

Больных распределили на 2 группы: первая, основная – 46 больных; вторая, контрольная – 49 пациенток. В основной группе использованы бисфосфонаты третьего поколения (Золендроновая кислота 4 мг / 100 мл или Бондронат 4 мг/кг), которые считаются специфический противоопухолевыми препаратами, с учетом содержания кальция в крови. В качестве химиотерапии использованы препараты доксорубин, циклофосфан, а также препараты группы платины – Цисплатин 100 мг/м², группа таксанов – Доцетаксел (таксотер) – 80 мг/м², Паклитаксел – 175-220 мг/м². Для повышения иммунного статуса, а также улучшения качества жизни пациенткам проведено лечение иммуномодулятором Тимоцином 1,0 мл внутримышечно или подкожно, а также Тимофером в

такой же дозе. В контрольной группе в качестве противоопухолевой терапии костей были использованы схемы полихимиотерапии (АС, FАС, САР). Также 11 (22,4%) больным местно проводилось облучение метастатических очагов при солитарных метастазах в костях в разовой очаговой дозе (РОД) 5 Гр, суммарная очаговая доза (СОД) составляла 25 Гр, целью которого явилось снижение болевого синдрома.

Оценка КЖ проведена по опроснику EORTC Модуль миелома (QLQ-MY20). Данный опросник QLQ MY 20 использовался как инструмент для оценки результатов лечения больных раком молочной железы с метастазами в кости, учитывая поражение костной системы как в основной группе (n=46), так и в контрольной (n=49).

Оценка результатов лечения проводилась по U-критерию Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждение

До проведения соответствующей терапии по шкале «симптомы болезни» оценивались ОГ – 33,0, КГ – 30,0 баллов, по шкале «побочные эффекты» ОГ – 31,0, КГ – 32,0, по шкале «изображение тела» в обеих группах по 33,0 баллов, несмотря на разницу всех показателей, данные результаты являются статистически незначимыми. Показатели шкалы «Будущая перспектива» ОГ – 29,0, КГ – 31,0 балл имеют статистически значимый результат P<0,05 (табл. 2).

Таблица 2

Значения опросника QLQMY20 до лечения (Me [25q; 75q])

<i>Название шкалы</i>	<i>Основная группа (ОГ) (n=46)</i>	<i>Контрольная группа (КГ) (n=49)</i>	<i>p</i>
<i>Симптомы болезни (СБ)</i>	33,0	30,0	>0,05 (0,304)
<i>Побочные эффекты (ПЭ)</i>	31,0	32,0	>0,05 (0,121)
<i>Будущая перспектива (БП)</i>	29,0	31,0	<0,05 (0,032)
<i>Изображение тела (ИТ)</i>	33,0	33,0	>0,05 (0,736)

После проведения соответствующего лечения отмечались следующие результаты. По шкале «симптомы болезни» ОГ равняется 37,0, КГ – 30,0 баллам ($P < 0,01$); по шкале «будущая перспектива» ОГ – 29,0, КГ – 30,0 баллов ($P < 0,001$); по шкале «изображение тела» ре-

зультаты в обеих группах равняются 33,0 баллам ($P < 0,05$). Результаты всех трех шкал являются статистически значимыми. И только по шкале «побочные эффекты» ОГ – 29,0 баллов, КГ – 0; $P > 0,05$, что, соответственно, показывает статистически незначимый результат.

Таблица 3

Значения опросника QLQMY20 после лечения (Ме [25q; 75q])

Название шкалы	Основная группа (n=46)	Контрольная группа (n=49)	P
Симптомы болезни	37,0	30,0	<0,01 (0,003)
Побочные эффекты	23,0	0,0	>0,05 (0,521)
Будущая перспектива	29,0	30,0	<0,001 (0)

е тела	33,0	33,0	статистически незначимый результат, в основной группе отмечалась следующая схема выживаемости: до 12 месяцев прожили 69,5% пациенток, от 12 до 36 мес. – 17,4%, 36 мес. и более – 13,1% больных. В
--------	------	------	--

При сравнении результатов лечения в исследуемых группах после проведения соответ-

контрольной группе до 12 месяцев прожили 89,3%, до 36 мес. – 8,7%, более 36 мес. – 2% пациенток.

Таблица 4

Сравнение расчётной продолжительности жизни после лечения в обеих группах

Группа (n)	До 12 мес. (n, %)	12-36 мес. (n, %)	Более 36 мес. (n, %)
1 группа n-46	69,5	17,4	13,1
2 группа n-49	89,3	8,7	2

Таким образом, применение бисфосфонатов в сочетании с ПХТ дало достоверные результаты по реабилитации пациентов. Устранение костных метастазов, улучшение качества жизни (снятие болевого синдрома, уменьшение инвалидизации) повлияли на выживаемость пациентов в основной группе.

Заключение

Проведённый нами анализ указывает, что разница выживаемости между двумя группами составила: до 12 мес. – 19,8%; 12-36 мес. – 8,7%; больше 36 мес. – 11,1%, что даёт больным РМЖ с метастазами в кости шанс на увеличение продолжительности жизни и улучшение её качества. Применение бисфосфонатов в паллиативном лечении больных РМЖ с метастазами в кости является эффективным методом лечения данной категории больных. Использование бисфосфонатов позволяет оптимизировать лечение данной категории больных и улучшить отдаленные результаты лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гарин А.М., Барин И.С. Десять наиболее распространенных злокачественных опухолей. Москва: Макс-Пресс, 2010. 380 с.
2. Расулов С.Р. Анализ одногодичной заболеваемости раком молочной железы в Республике Таджикистан // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2013. №4. С. 24-28.
3. Семиглазов В.Ф. и др. Индивидуализация адъювантной терапии рака молочной железы // Фарматека. 2011. №7. С. 8-13.
4. Семиглазов В.Ф., Семиглазов В.В., Манихас А.Г. Рак молочной железы. Химиотерапия и таргетная терапия. М.: Медпресс-информ, 2012. 360 с.
5. Семиглазов В.Ф. Новые подходы к лечению рака молочной железы. // Вопросы онкологии. 2013. № 3. С. 288-291.

RESERENSES

1. Garin A. M., Barin I. S. *Desyat naibolee rasprostranennykh zlokachestvennykh opukholey* [Ten most common malignant tumors]. Moscow, Maks-Press Publ., 2010. 380 p.

2. Rasulov S. R. Analiz odnogodichnoy zaboлеваemo-
sti rakom molochnoy zhelezy v Respublike Tadjikistan
[One-year incidence of breast cancer in the Republic of
Tajikistan]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere
zdravookhraneniya – Herald of Postgraduate Education in Health
sphere*, 2013, No. 4, pp. 24-28.

3. Semiglazov V. F., Individualizatsiya adyuvantnoy
terapii raka molochnoy zhelezy [Individualization of ad-
juvant therapy of breast cancer]. *Farmateka – Pharmateka*,
2011, No. 7, pp. 8-13.

4. Semiglazov V. F., Semiglazov V. V., Manikhas A. G.
Rak molochnoy zhelezy. Khimioterapiya I targetnaya terapiya
[Mammary cancer. Chemotherapy and targeted therapy].
Moscow, Medpress-inform Publ., 2012. 360 p.

5. Semiglazov V. F. Novye podkhody k lecheniyu raka
molochnoy zhelezy [New approaches to the treatment of
breast cancer]. *Voprosy onkologii – Oncology issues*, 2013,
No. 3, pp. 288-291.

Сведения об авторе:

*Раджабова Соджидамо Гадомадовна – аспирант Респу-
бликанского онкологического научного центра Республики
Таджикистан*

Контактная информация:

*Раджабова Соджидамо Гадомадовна – г. Душанбе, улица
И.Сомони 59А, корпус 10; тел.: +99293 551 88 36*

¹Расулов С.Р., ²Рофиева З.Х., ³Расулов К.С.

ТЕНДЕНЦИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН (ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, СМЕРТНОСТЬ)

¹Кафедра онкологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

²Кафедра акушерства и гинекологии ТНУ

³ГУ «РОНЦ» МЗиСЗН РТ

¹Rasulov S.R., ²Rofieva Z.Kh., ³Rasulov K.S.

TRENDS OF BREAST CANCER IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN (MORBIDITY, MORTALITY)

¹Department of Oncology of the State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"

²Department of Obstetrics and Gynecology, Tajik National University

³State Establishment "Republican Oncological Scientific Center" of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan

Цель исследования. Изучить показатели заболеваемости и смертности от рака молочной железы в Республике Таджикистан за период с 2006 по 2016 г.

Материал и методы. В основу исследования положен ретроспективный анализ статистических данных организационно-методического отдела РОНЦ и Республиканского Центра медицинской статистики и информации Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан о заболеваемости и смертности от рака молочной железы у 4007 женщин в период с 2006 по 2016 г.

Результаты. Показатели заболеваемости раком молочной железы среди женского населения республики составили 11,1-11,2 на 100 000, смертность от рака молочной железы на 100 000 женского населения составила 4,9. Пик заболеваемости РМЖ приходится на возраст 45-54 года (32,9%).

Заключение. Заболеваемость раком молочной железы в Республике Таджикистан из года в год растет и занимает первое место среди других злокачественных опухолей женского населения. Ежегодный прирост заболеваемости РМЖ составляет 1,07%. В последние годы отмечается тенденция к снижению смертности от данной патологии.

Ключевые слова: рак молочной железы, заболеваемость, смертность

Aim. To study morbidity and mortality rates from breast cancer in the Republic of Tajikistan for the period from 2006 to 2016.

Materials and methods. The research is based on a retrospective analysis of the statistical data of the organizational and methodological department of the Russian Cancer Center and the Republican Center for Medical Statistics and Information of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan on morbidity and mortality from breast cancer in 4007 women in the period from 2006 to 2016.

Results. The incidence of breast cancer among the female population of the republic was 11,1-11,2 per 100 000, the death rate from breast cancer per 100 000 female population was 4,9. The peak incidence of BC is at the age of 45-54 years (32,9%).

Conclusion. The incidence of breast cancer in the Republic of Tajikistan is increasing from year to year and ranks first among other malignant tumors of the female population. The annual increase in the incidence of breast cancer is 1,07%. In recent years, there has been a trend towards a decrease in mortality from this pathology.

Key words: breast cancer, morbidity, mortality

Актуальность

Рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место в структуре мировой онкологической заболеваемости (22-28%) и смертности (16-18%) среди женского населения. В мире ежегодно регистрируется более 1,5 млн. случаев данного заболевания и погибают от него около 500000 женщин. Прирост заболеваемости составляет 1,2-1,5% [3]. По данным Международного агентства по изучению рака, в 2012 г. стандартизованный показатель заболеваемости РМЖ в мире составил 73,4 случая заболевания на 100 000 населения, а показатель смертности составил 14,9 случая заболевания на 100 000 населения [7].

В США в 2010 г. было зарегистрировано более 207000 случаев рака молочной железы. Примерно 40% впервые выявленных случаев РМЖ и 60% летальных исходов, связанных с РМЖ, приходится на возрастную группу старше 65 лет. Средний возраст женщин на момент выявления РМЖ составляет 61 год [8, 9].

Во Франции более 50% пациенток со впервые выявленным РМЖ – старше 65 лет, а на возрастную группу пациенток старше 70 лет приходится 30% наблюдений [5, 6].

В России РМЖ также выходит на первое место среди злокачественных заболеваний у женщин как по показателям заболеваемости (20,9%), так и смертности (16,7%). Чаще всего РМЖ диагностируют у женщин в возрасте 50–65 лет. В России средний возраст женщин с впервые выявленным РМЖ в 2014 г. составил 61,4 года [1, 2]. Ежегодный стандартизованный показатель прироста заболеваемости РМЖ в России составил 1,8%. В I-II стадиях выявляются 69,5% больных, на долю III и IV стадий заболевания приходится более 30% вновь выявленных случаев [4].

В Республике Таджикистан, по данным Республиканского Центра медицинской статистики и информации Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, РМЖ среди других злокачественных опухолей всего населения находится на первом месте и составляет 13,1%.

Заболеваемость раком молочной железы в развитых странах растет в результате распространения факторов риска данной патологии в женской популяции, а также массового распространения маммографического скрининга, в результате которого выявляются образования, которые в отсутствие скрининга не были бы выявлены.

Одним из основных критериев оценки диагностического компонента является пока-

затель ранней выявляемости рака. Несмотря на достижения современной медицины в ранней диагностике рака молочной железы, мероприятия по повышению уровня онкологической настороженности медперсонала и населения, показатели ранней выявляемости рака молочной железы остаются на низком уровне.

На сегодняшний день мероприятия по раннему выявлению рака молочной железы включают: формирование групп повышенного риска развития рака молочной железы; выявление лиц с генетической предрасположенностью развития рака молочной железы; открытие сети маммологических кабинетов, центров; создание выездных маммологических групп; формирование программ скрининга; диспансеризация женского населения (рентгеномаммографический скрининг, УЗИ, врачебный осмотр); техническое обеспечение. Однако, в регионах с ограниченными экономическими ресурсами проведение этих мероприятий трудно осуществимо. В связи с этим в Республике Таджикистан доля больных с местно-распространенными и генерализованными формами рака молочной железы остается высокой.

Методы скрининга должны быть безопасны, легко проводимы, недороги, приемлемы для испытуемых и испытателей, высокочувствительны и специфичны.

Материал и методы исследования

Произведен статистический анализ заболеваемости и смертности 4007 женщин, взятых на учет по поводу рака молочной железы в период с 2006 по 2016 гг. по данным организационно-методического отдела РОНЦ и Республиканского Центра медицинской статистики и информации Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. Изучена динамика заболеваемости и смертности по годам, анализированы повозрастные показатели и степень распространённости процесса.

Полученные данные обрабатывали методом описательной статистики с вычислением средних величин.

Результаты и их обсуждение

Статистический анализ за 2006-2016 годы показал, что заболеваемость раком молочной железой в Республике Таджикистан также имеет тенденцию к значительному росту. Если в 2006 году впервые было выявлено 229 женщин с этой патологией, то в 2016 году выявлено 467, что в два раза больше. Ежегодный прирост заболеваемости РМЖ составил 1,07 раз. Показатели заболеваемости раком молочной

железы среди женского населения республики составили 11,1-11,2 на 100 000. Конечно, с учетом низкой обращаемости женщин, при отсутствии онкологической настороженности и отсутствии диспансеризации эти показатели являются неокончательными. Соответственно, отмечается увеличение показателей смертности женщин от этой патологии, хотя частота её в последние годы имеет тенденцию к сни-

жению, что связано с увеличением частоты раннего выявления РМЖ, а также с появлением более эффективных химиопрепаратов и гормональных средств. Изучение динамики смертности женщин от рака молочной железы показало, что в 2006 году умерло 130 больных, а в 2016 году – 312 больных, что в 2,4 раза больше (рис. 1). Показатель смертности от рака молочной железы на 100 000 женского населения составил 4,9.

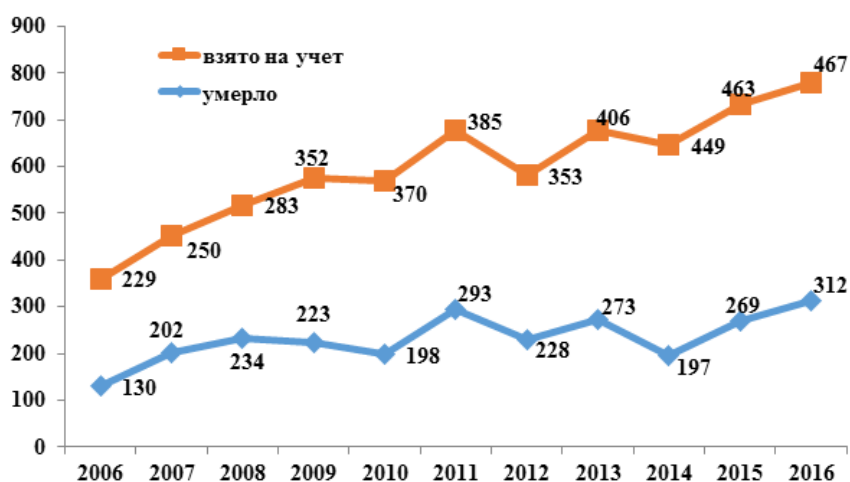


Рис. 1. Заболеваемость и смертность от рака молочной железы за 2006 – 2016 годы

Известно, что РМЖ – это болезнь менопаузального и постменопаузального периодов. До 30 лет РМЖ заболевают не более 10% пациенток. Изучение возрастных данных больных РМЖ показало, что в возрасте 18-19 лет заболели всего 5 женщин, что составило 0,2%. С 20 до 34 лет показатели заболеваемо-

сти оказались низкими, далее частота заболеваемости в возрасте от 35 до 54 лет резко возрастает и составляет 57,7% случаев. Пик заболеваемости РМЖ приходится на возраст 45-54 лет, что составило 32,9%. Начиная с 65 лет, частота заболеваемости раком молочной железы постепенно угасает (рис. 2).

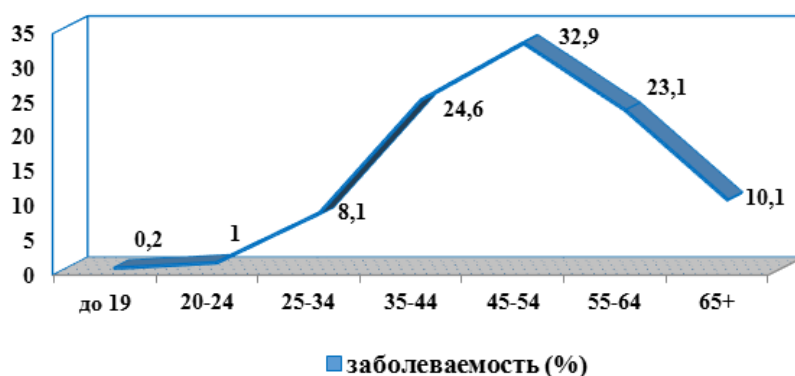


Рис. 2. Повозрастные показатели заболеваемости

Возраст самой старшей больной составлял 97 лет. Низкие показатели заболеваемости женщин в возрасте старше 60 лет в Республике Таджикистан мы связываем с тем, что, по данным демографической статистики ООН, всего 6% населения республики составляют люди старше 60 лет [10].

Установлено, что опухолевый процесс несколько чаще локализовался в правой молочной железе (54%), двустороннее поражение молочных желез встретилось в 0,5% (рис. 3).

Анализ распространенности опухолевого процесса показал, что 69% больных при обращении имели I-II стадии, только 31% имели

III-IV стадии процесса, что не соответствует действительности. Это свидетельствует о том, что онкологи на местах и врачи общей лечеб-

ной сети не всегда отличают II стадию от II клинической группы, куда входят больные с III-IV стадиями процесса (рис. 4).

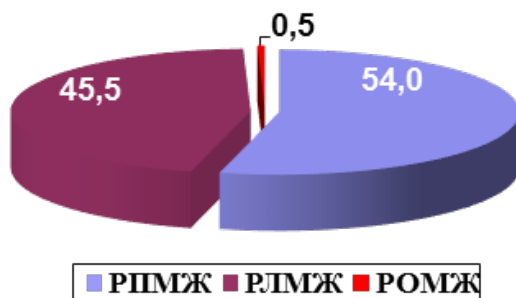


Рис. 3. Частота поражения молочных желез опухолью

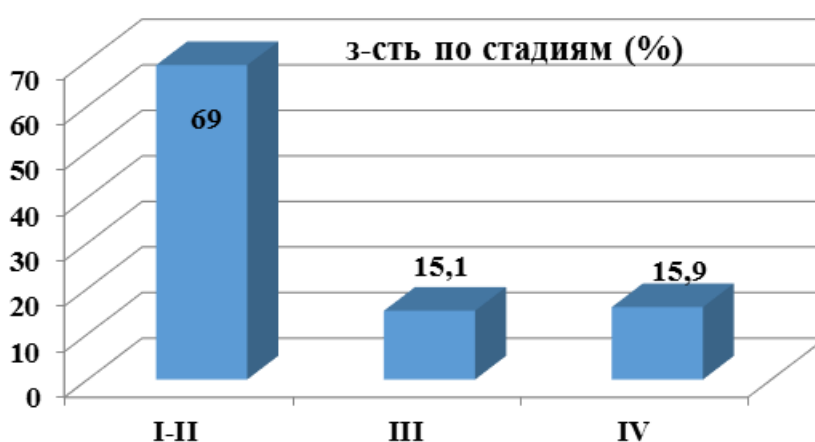


Рис. 4. Показатели заболеваемости по стадиям

В последние годы значительно улучшилась осведомленность населения и врачей общей лечебной сети о РМЖ, онкологи активно ведут просветительную работу среди населения и медработников, чем можно и объяснить увеличение частоты выявления РМЖ на ранних стадиях.

Заключение

Заболеваемость раком молочной железы в Республике Таджикистан, как и во многих странах мира, из года в год растет и занимает первое место среди других злокачественных опухолей женского населения. Ежегодный прирост заболеваемости РМЖ составляет 1,07%. Наиболее часто РМЖ встречается у женщин в возрасте 35-54 лет. Пик заболеваемости приходится на возраст 45-54 года. В связи с ранней диагностикой и появлением в арсенале онкологов более эффективных химиопрепаратов и гормональных средств заметно снижается смертность от РМЖ.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 5-10 см в REFERENCES)

1. Злокачественные новообразования в России в 2015 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2017. 250 с.
2. Мерабишвили В.М. Рак молочной железы: заболеваемость, смертность, выживаемость (популяционное исследование) // Вопросы онкологии. 2011. Т. 57, №5. С. 609-615
3. Остапенко В., Остапенко А. Значение и особенности оперативного лечения местнораспространенного рака молочной железы // Вопросы онкологии. 2011. Т. 57, №5. С.578-582
4. Стенина М.Б. Рак молочной железы: что принес 2013 год // Практическая онкология. 2014. Т. 15, №1. С. 24-30.

RESERENCES

1. Kaprin A. D., Starinskiy V. V., Petrova G. V. Zlokahevstvennyye novoobrazovaniya v Rossii v 2015 godu (zabolevaemost i smertnost) [Malignant neoplasms in Russia in 2015 (morbidity and mortality)]. Moscow, MNIIOI im. P. A. Gertsena filial FGBU «NMIRC» Minzdrava Rossii Publ., 2017. 250 p.

2. Merabishvili V. M. Rak molochnoy zhelezy: zabolevaemost, smertnost, vyzhivaemost (populyatsionnoe issledovanie) [Breast Cancer: Morbidity, Mortality, Survival (Population Study)]. *Voprosy onkologii – Oncology Issues*, 2011, Vol. 57, No. 5, pp. 609-615.
3. Ostapenko V., Ostapenko A. Znachenie I osobennosti operativnogo lecheniya mestnorasprostranennogo raka molochnoy zhelezy [The importance and features of surgical treatment of locally advanced breast cancer]. *Voprosy onkologii – Oncology Issues*, 2011, Vol. 57, No. 5, pp. 578-582.
4. Stenina M. B. Rak molochnoy zhelezy: chto prines 2013 god [Breast cancer: what brought the year 2013]. *Prakticheskaya onkologiya – Practical oncology*, 2014, Vol. 15, No. 1, pp. 24-30.
5. Binder-Foucard F., Bossard N., Delafosse P., Belot A., Woronoff A. S., Remontet L. Incidence and mortality of cancer in France during the period 1980–2012: solid tumors. *J. Epidemiol. Publ. Health*, 2013, Vol. 62, No. 2, pp. 95–108. DOI: 10.1016 / j. respe. 2013.11.073.
6. Elomrani F., Zine M., L'annaz S., Management of early breast cancer in older women: from screening to treatment, *Breast Cancer. Targets and Therapy*, 2015, Vol. 7, pp. 165–171. DOI: 10.2147 / bctt. S87125.
7. Ervik M., Lam F., Ferlay J., Cancer Today, Lyon, France: *International agency for research on cancer*, 2016, available at: <http://gco.iarc.fr / today> (September 20, 2016).
8. Leone J., Leone B. A., Leone J. P. Adjuvant systemic therapy in older women with breast cancer. *Breast Cancer (Dove Med. Press)*, 2016, Vol. 8, pp. 141–147. DOI: 10.2147 / BCTT. S110765.
9. SEER Cancer Statistics Factsheets: Breast Cancer. Bethesda, MD: National Cancer Institute, 2015.
10. World Population Prospects. The 2017 Revision. Key Findings and Advance Tables. United Nations New York, 2017.

Сведения об авторах:

Расулов Самеъ Рахмонбердиевич – зав. кафедрой онкологии ГОУ «ИПОвСЗРТ», д.м.н.

Рофиева Зарина Хамдамовна – зав. кафедрой акушерства и гинекологии ТНУ, д.м.н., профессор

Расулов Кошиф Самеович – заочный аспирант ГУРОНЦ МЗиСЗН РТ

Контактная информация:

Расулов Самеъ Рахмонбердиевич – 734026, проспект И. Сомони 59; тел.: +992918682186; e-mail: same_rasulov@mail.ru

Рахматуллоев Р.Р.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Медико-санитарная часть ГУП «ТАЛКО», г. Турсунзаде

Rakhmatulloev R.R.

VIDEOLAPAROSCOPIC DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ACUTE APPENDICITIS

Medico-sanitary part of the "TALCO", Tursunzade

Цель исследования. Оценить возможности видеолaparоскопии в диагностике и хирургическом лечении больных с острым аппендицитом.

Материал и методы. Приведены результаты видеолaparоскопической диагностики и хирургического лечения 220 пациентов с острым аппендицитом. Женщин было 146 (82,3%), мужчин – 74 (17,6%) в возрасте от 17 до 74 лет.

Результаты. С помощью видеолaparоскопии выявлена катаральная форма аппендицита в 3 (1,4%), флегмонозная – в 182 (82,7%), гангренозная – в 35 (15,9%) случаях.

Заключение. Малая травматичность эндовидеохирургического метода лечения острого аппендицита благодаря снижению тяжести хирургической агрессии способствует реабилитации больных.

Ключевые слова: видеолaparоскопическая аппендэктомия, острый аппендицит

Aim. To evaluate the possibilities of videolaparoscopy in the diagnosis and surgical treatment of patients with acute appendicitis.

Materials and methods. The results of videolaparoscopic diagnostics and surgical treatment in 220 patients with acute appendicitis are presented. There were 146 women (82,3%) and 74 men (17,6%). The age of patients ranged from 17 to 74 years.

Results. Using videolaparoscopy revealed that the catarrhal form of appendicitis was established in 3 cases (1,4%), phlegmonous in 182 cases (82,7%), gangrenous 35 (15,9 %) cases.

Conclusion. Small trauma of endovideosurgical treatment of acute appendicitis makes it easier to cope with a serious disease, with the possibility of early rehabilitation of patients, by reducing the severity of surgical aggression.

Key words: videolaparoscopic appendectomy, acute appendicitis

Актуальность

Диагностика и хирургическое лечение острого аппендицита остаются не до конца решенными проблемами неотложной абдоминальной хирургии. Это объясняется высокой частотой (4-6%) заболевания и частыми диагностическими ошибками – 12-31% случаев [1, 2]. По данным авторов, микроскопически неизмененный червеобразный отросток удаляется в 59% случаев [1]. При этом в результате аппендэктомий, выполненных при отсутствии показаний, наблюдается ряд осложнений. Отдаленные результаты таких

аппендэктомий хуже, чем после хирургических вмешательств, выполненных по поводу деструктивных форм острого аппендицита [2].

Традиционный хирургический доступ при остром аппендиците сопряжен с такими осложнениями, как нагноение раны, послеоперационная грыжа и спаечная кишечная непроходимость. Современная тенденция к снижению травматичности оперативных вмешательств с внедрением новых технологий в хирургии острого аппендицита реализуется в виде лапаро-

скопической аппендэктомии [2]. Однако последняя в отличие от лапароскопической холецистэктомии еще не стала операцией выбора, что объясняется привычкой к открытому доступу при аппендэктомии и традицией погружного метода обработки культи червеобразного отростка. До настоящего времени остаются нерешенными вопросы показаний и противопоказаний к применению эндовидеохирургической технологии в лечении этой самой большой группы хирургических больных.

Видеолапароскопия обеспечивает точную диагностику, возможность полноценной ревизии брюшной полости, а также минимальную травматичность операции; позволяет избежать напрасной аппендэктомии, снизить количество послеоперационных осложнений, потребность в анальгезии и сократить время пребывания больных в стационаре.

Материал и методы исследования

В хирургическом отделении ГУП ТАЛКО г. Турсунзаде за период с 2005 по 2015 г. с помощью видеолапароскопической техники были прооперированы 220 больных с диагнозом «острый аппендицит». Из общего числа больных (n=220) мужчин было 74, женщин – 146 в возрасте от 17 до 74 лет. Пациенты были госпитализированы в сроки от 6 до 48 часов от начала заболевания. Всем больным были проведены клинико-лабораторные и инструментальные методы диагностики: УЗИ, рентгенография брюшной полости и диагностическая лапароскопия. Катаральная форма аппендицита установлена в 3 (1,4%), флегмонозная – в 182 (82,7%), гангренозная – в 35 (15,9%) случаях. Все пациенты оперированы в экстренном порядке. Объем оперативных вмешательств заключался в удалении червеобразного отростка с дренированием брюшной полости.

Всем больным была выполнена видеолапароскопическая аппендэктомия, причём у 18 из них произведены симультанные вмешательства на придатках матки (цистэктомия у 7 больных, резекция яичника у 11) и у одной удалён некротизированный жировой подвешок толстой кишки.

Результаты и их обсуждение

Лапароскопическую аппендэктомию выполняли два хирурга с применением трёх портов. Прямыми эндоскопическими признаками острого аппендицита были видимые деструктивные изменения стенки червеобразного отростка: отек, утолщение червеобразного отростка, гиперемия серозной оболочки с геморагиями, наложения

фибрина, инфильтрация брыжейки отростка, а также его ригидность при инструментальной пальпации.

Косвенными признаками аппендицита были воспалительные изменения париетальной брюшины, наличие мутного выпота в малом тазу и правой подвздошной области, гиперемия брюшины и инфильтрация купола слепой кишки.

Важным этапом видеолапароскопической аппендэктомии являлась обработка брыжейки аппендикса, которая зависела от анатомического строения и наличия выраженности воспалительного процесса в нем.

При отсутствии или умеренно выраженном воспалительном процессе в брыжейке в 168 случаях выполняли интракорпоральную перевязку брыжейки капроновой нитью путём проведения её через зону основания червеобразного отростка, после чего коагулировали моно- или биполярным зажимом и пересекали брыжейку. В остальных 52 случаях, когда был выражен воспалительный процесс в брыжейке и, особенно, в области её основания, где высок риск повреждения сосудов брыжейки с кровотечением, выполняли коагуляцию брыжейки биполярным зажимом. Следует отметить, что безопаснее, если линия коагуляции и отсечения брыжейки проходит вдоль стенки червеобразного отростка, т.е. в зоне расщепления и вхождения сосудов в стенку отростка, во избежание неконтролируемого кровотечения из сосудов отростка. Во всех наблюдениях аппендэктомию выполняли лигатурным способом, без погружения культи отростка в купол слепой кишки. При этом интракорпорально лигировали капроновой нитью основание отростка. Слизистую культи отростка обрабатывали электрокоагуляцией. Отросток удаляли в контейнере через левый порт. При местном или диффузном перитоните, после аспирации экссудата, брюшную полость промывали растворами антисептиков и дренировали через правый порт.

Принципиальное значение в предупреждении послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений в лапароскопической хирургии также, как и при традиционной, имеет антибиотикопрофилактика. В качестве основного препарата мы использовали цефалоспорины третьего поколения – цефтриаксон. При гангренозном аппендиците, осложнённом перитонитом, дополнительно внутривенно вводили амикацин и метронидазол.

Интраоперационных осложнений не

было. Из послеоперационных осложнений в трёх случаях наблюдали нагноение троакарной раны в пределах подкожной клетчатки в области дренажной трубки у больных, оперированных по поводу гангренозного аппендицита, которые заживлялись вторичным натяжением.

Летальных исходов не было. Средняя продолжительность лапароскопической аппендэктомии составляла 40 минут. Больных выписывали на 3-6 сутки, удлинение сроков операции определялось наличием дренажа.

Видеоэндоскопическая ревизия брюшной полости позволяет установить диагноз и выполнить как аппендэктомию, так и операцию на придатках матки и других органах без дополнительных разрезов в ходе одного наркоза.

Послеоперационные осложнения у больных острым аппендицитом, подвергшихся видеолапароскопии, отмечены у 8 (4,7%) больных. В том числе инфицирование троакарных ран отмечалось у 3 (3,1%), инфильтрат брюшной полости – у 5 (1,5%) пациентов.

Заключение

Эндовидеохирургическое лечение острого аппендицита благодаря снижению тяжести хирургической агрессии способствует ранней реабилитации больных. При этом устраняются послеоперационные осложнения традиционной аппендэктомии, сокращаются сроки пребывания больных в стационаре.

Видеолапароскопическая аппендэктомия является малоинвазивным, малозатратным и

альтернативным методом открытого хирургического лечения.

ЛИТЕРАТУРА (п. 2 см в REFERENCES)

1. Луцевич О.Э., Вторенко В.И., Разумный А.П., Локтев В.В., Абдулхакимов А.А. Послеоперационные осложнения при эндовидеохирургических вмешательствах у больных острым аппендицитом, осложненным перитонитом // Московский хирургический журнал. 2011. № 1. С. 4-7.

RESERENSES

1. Lutsevich O. E., Vtorenko V. I., Razumnyy A. P., Loktev V. V., Abdulkhakov A. A. Posleoperatsionnye oslozhneniya pri endovideokhirurgicheskikh vmeshatelstvakh u bolnykh ostrym appenditsitom, oslozhnennym peritonitom [Abdulkhakov A.A. Postoperative complications in endovideosurgical interventions in patients with acute appendicitis complicated by peritonitis]. *Moskovskiy khirurgicheskiy zhurnal – Moscow Surgical Journal*, 2011, No. 1, pp. 4-7.

2. Bhangu A. Safety of short, In-Hospital delays before surgery for acute appendicitis: emiparesis Cohort Study, systematic review, and meta-analysis. *Ann Surg.*, 2014, No. 259, pp. 894-903.

Сведения об авторе:

Рахматуллоев Рахимджон Рахматуллоевич – главный врач Медико-санитарной части ГУП «ТАЛКО», д.м.н.

Контактная информация:

Рахматуллоев Рахимджон Рахматуллоевич – ул. Аскарали Мирзоев, дом 5; тел.: +992935057643; e-mail: rahmatulloev55@mail.ru

© Коллектив авторов, 2018

УДК 616.831 – 009.11; 616.853 – 053.2

Рахмонов Р.А., Исокова М.Дж., Ганиева М.Т., Холматова Г.К.

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ С ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМИ ПРИСТУПАМИ

Кафедра неврологии и основы медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Rakhmonov R.A., Isokova M.J., Ganieva M.T., Kholmatoeva G.K.

PECULIARITIES OF REHABILITATION OF CHILDREN WITH ICP WITH EPILEPTIC PERSONALITIES

Department of Neurology and the Fundamentals of Medical Genetics of the Avicenna Tajik State Medical University

Цель исследования. Изучение клиники и ЭЭГ-характеристики эпилептических приступов у детей с детским церебральным параличом (ДЦП) и коррекции противосудорожной терапии при комплексной реабилитации больных.

Материал и методы. Проведено обследование 94 детей с ДЦП с эпилептическими приступами в детском неврологическом отделении ГУ НМЦ РТ на базе кафедры неврологии и основы медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Возраст больных варьировал от 2 до 14 лет. По формам ДЦП дети распределились следующим образом: двойная гемиплегическая форма – 16 (17%), спастическая диплегия – 26 (27,7%), гемипаретическая форма – 18 (19,1%), атонико-астатическая форма – 8 (8,5%) больных, гиперкинетическая форма – 9 (9,6%), смешанная форма – 17 (18,1%).

Результаты. При обследовании у больных наблюдались различные типы эпилептических приступов, из них большие генерализованные тонико-клонические приступы отмечались у 29 (31%) больных, большие генерализованные атонические приступы – у 9 (9,6%), парциальные Джексонские приступы – у 18 (19,1%), миоклонические приступы – у 11 (12%), абсансы – у 9 (9,6%) и у 6 (6,4%) – смешанные эпилептические приступы. У 12 (12,8%) больных в анамнезе наблюдались судорожные приступы.

Заключение. Детям с наличием редких пароксизмов необходимо проводить реабилитационные мероприятия на фоне увеличения суточной дозы антиконвульсантов на 10-20% от ранее потребляемой. Наличие судорожного синдрома у детей с церебральными параличами не является абсолютным противопоказанием к их реабилитации.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, судорожный синдром, ЭЭГ-исследование, антиконвульсантная терапия, реабилитация, социальная адаптация

Aim. To study the clinic and EEG characteristics of epileptic seizures in children with cerebral palsy and correction of anticonvulsant therapy in complex rehabilitation of patients.

Materials and methods. A total 94 children with cerebral palsy with epileptic seizures were examined in the child neurology department GNMCR T on the basis of Department of neurology and the fundamentals of medical genetics of ATSMU. The average age composed from 2 to 14 years.

Results. According to the forms CP children were disturbed in to 5 forms: double hemiplegia- 16 (17%) children, 26 (27,7%) with spastic depligia, 18 (19,1%) with emiparesis form, 8 (8,5%) atonic-astatic form, 9 (9,6%) with hyperkinetic forms and 17 (18,1%) children with mixed forms.

At examination in patients were observed different type of epileptic seizures: big generalized epileptic tonic-clonic seizures in 29 (31%) patients, big generalized atonical seizures 9 (9,6%) in patients, focal Jekson seizures in 18 (19,1%), myoclonic seizures in 11 (12%), absence in 9 (9,6%) and in 6 children (6,4%) we observed mixed epileptic seizures. 12 patients (12,8%) had in anamnesis epileptic seizures.

Conclusion. Children with rare paroxysms it is necessary to escort the rehabilitation measure again the background of increasing daily dose of anticonvulsant 10% of the previous dose. The presence of convulsive syndrome in children with cerebral palsy is not an absolute contraindication to their rehabilitation.

Key words: infantile cerebral palsy, convulsive syndrome, EEG examination, anticonvulsant therapy, rehabilitation, social adaptation

Актуальность

Детский церебральный паралич (ДЦП) является одним из наиболее частых инвалидизирующих заболеваний у детей. Занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваемости нервной системы [1, 2, 8]. ДЦП – патология, связанная с нарушением последовательности прохождения фаз онтогенетического развития [2, 3, 8, 9]. Представляет собой объединение групп различных по клиническим проявлениям синдромов, которые возникают в результате недоразвития мозга и его повреждений на различных этапах онтогенеза, ведущих к неспособности сохранения нормальной позы и выполнения произвольных движений. Наличие у ребенка с ДЦП эпилепсии оказывает значительное негативное влияние на моторное и психическое развитие, а также значительно ограничивает возможности реабилитационной терапии таким детям [4, 5, 6]. Прогнозирование риска возникновения эпилептических приступов у таких детей еще в раннем периоде является важнейшим маркером в выборе тактики лечения. На сегодняшний день имеется множество исследований, посвященных изучению эпилепсии у детей с ДЦП [5, 6, 7, 9]. По данным различных публикаций, в зависимости от формы ДЦП риск развития эпилепсии при данном заболевании варьирует от 15 до 90% [1, 2, 6, 8, 9]. По данным Белоусовой Е.Д., факторами риска развития эпилепсии при спастических формах детского церебрального паралича являются пороки развития центральной нервной системы, микроцефалия и наличие кортикального типа поражения головного мозга [3]. Также нужно отметить, что кортикальные дисплазии, являющиеся причиной развития ДЦП и эпилепсии в 14% случаев, определяли неблагоприятный прогноз эпилепсии, развитие умственной отсталости и резистентность к антиконвульсантам. Чаще всего эпилептические судорожные приступы возникают у детей со спастической тетраплегией детского церебрального паралича, отмечается начало эпилептических приступов в возрасте до 1 года [1, 6].

Актуальность выбранной темы важна также и потому, что эпилептические пароксизмы при ДЦП отличаются тяжёлым течением, усугубляя имеющуюся у детей задержку психомоторного и речевого развития, изучение которых является не только актуальным, но и значимым для профилактики.

Материал и методы исследования

Было проведено обследование 94 детей с ДЦП с эпилептическими приступами в детском неврологическом отделении ГУ НМЦ РТ на базе кафедры неврологии и основы медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибн Сино. Возраст больных варьировал от 2 до 14 лет.

Всем детям с детским церебральным параличом проводили неврологический осмотр, электроэнцефалографическое исследование, МРТ и КТ головного мозга, осмотр логопеда. Проведена консультация узких специалистов – окулиста, ортопеда и педиатра. После осмотра специалистов, лабораторных и инструментальных исследований выставлен окончательный клинический диагноз, где выявлены нарушения не только в двигательном и психоречевом развитии, но также определены частота, течение и характер эпилептических приступов. Всем детям был назначен комплекс реабилитационной терапии, в том числе противосудорожные препараты. Подбор антиконвульсантных препаратов был сделан в зависимости от частоты и характера судорожных припадков.

Статистическую обработку полученных результатов производили с помощью программы статистической обработки STATISTICA 6.0, электронных таблиц Microsoft Excel. Для обработки данных использовали непараметрические методы статистики.

Результаты и их обсуждение

Дети распределились по формам ДЦП на следующие виды: двойная гемиплегическая форма (ДГФ) – 16 (17%) детей, спастическая диплегия (СД) – 26 (27,7%), гемипаретическая форма (ГПФ) – 18 (19,1%), атонико-астатическая форма (ААФ) – 8 (8,5%), гиперкинетическая форма (ГКФ) – 9 (9,6%) и смешанная форма (СФ) – 17 (18,1%) пациентов.

Частота эпилептических приступов варьировала от 1 до 24 в месяц, в том числе 2-3 приступа в месяц отмечались у 46 (48,9%) детей, 1 раз в неделю – у 21 (22,3%), более 1-2 раз в день – у 15 (16%). При обследовании у больных наблюдались различные типы эпилептических приступов, из них большие генерализованные тонико-клонические приступы имелись у 29 (31%) больных, большие генерализованные атонические приступы – у 9 (9,6%), парциальные Джексоновские приступы – у 18 (19,1%), миоклонические приступы – у 11 (12%), абсансы – у 9 (9,6%) и у 6-ти (6,4%) больных отмечались смешанные формы. У 12 (12,8%) пациентов в анамнезе наблюдались судорожные приступы.

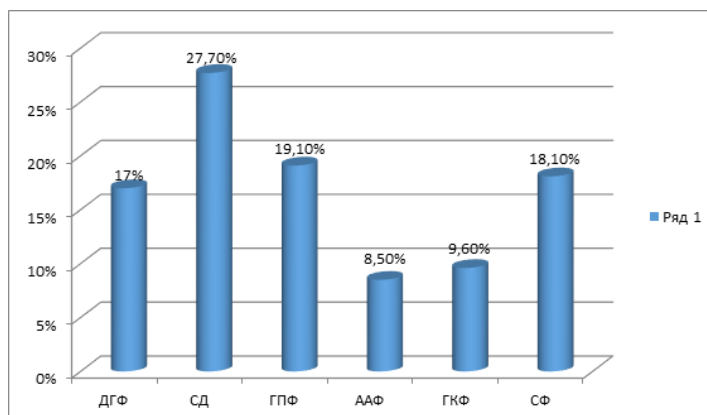


Рис. 1. Формы детского церебрального паралича

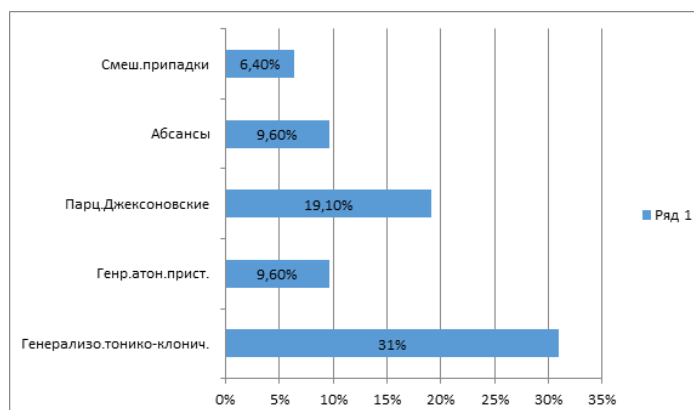


Рис. 2. Виды эпилептических припадков

По данным нейровизуализации (МРТ и КТ головного мозга) было выявлено наличие органических изменений головного мозга. Среди них необходимо отметить перивентрикулярную лейкомаляцию, корково-подкорковые атрофии, рубцово-глиозные изменения в веществе головного мозга, мультикистозные энцефаломалиции, вентрикуломегалия и поражение подкорковых ядер.

При изучении данных ЭЭГ наблюдалась взаимосвязь между клиникой и ЭЭГ картиной. У 53,3% отмечались локальные изменения в виде преобладания медленных волн, спайк или острых волн в одной из областей головного мозга. Разряды «пик-волны» с частотой 3-3,5 в 1 сек. Обнаружены у 10% с абсансами, у 13,3% детей дисфункция стволовых структур головного мозга со снижением порога судорожной готовности. У 16,7% детей обнаружены диффузно распространенные разряды острых волн и замедление фоновой активности с задержкой электрогенеза.

Всем детям с ДЦП был назначен комплекс реабилитационных мероприятий: медикаментозная терапия (ноотропные средства; препараты, улучшающие мозговое кровообращение; витаминотерапия; антиконвульсанты) и физио-

терапевтические процедуры, педагого-психологическая и логопедическая коррекция.

В качестве медикаментозной терапии судорожных приступов при ДЦП служит назначение адекватных противоэпилептических препаратов для данных типов припадков. Во время реабилитации больным с церебральными параличами были назначены противосудорожные препараты (депакин, конвулекс, карбомазепин, фенобарбитал, суксилеп). Лечение противоэпилептическими препаратами начинали с небольшой дозы и постепенно увеличивали ее до терапевтической и/или прекращения припадков. Во время реабилитации дозу антиконвульсантов повышали на 10-20%. В группе больных, у которых в анамнезе отмечались эпилептические приступы, во время реабилитации были назначены противосудорожные препараты короткими курсами.

Заключение

При обследовании детей с ДЦП наблюдались различные типы эпилептических приступов. Наличие судорожного синдрома у детей с церебральными параличами не является абсолютным противопоказанием к их реабилитации. Детям с наличием редких пароксизмов необходимо проводить реабилитационные

мероприятия на фоне увеличения суточной дозы антиконвульсантов на 10-20% от ранее потребляемой. Больным, у которых в анамнезе наблюдались эпилептические припадки, во время реабилитации назначают противосудорожные препараты короткими курсами. Использование комплексных методов реабилитации у больных ДЦП позволяет компенсировать имеющийся неврологический дефицит, улучшить качество их жизни и социальную адаптацию.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 9, 10 см в REFERENCES)

1. Алексеева Г.Ю., Шоломов И.И. Оценка факторов риска, участвующих в развитии ДЦП у детей-инвалидов // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т.7, №2. С. 446-450.
2. Батышева Т.Т. и соавт. Эпилептический синдромы при детском церебральном параличе // Оригинальные статьи. Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2011. Т.3, № 2. С. 10-14.
3. Белоусова Е.Д. Комплексная реабилитация детей с резистентными инвалидизирующими формами эпилепсии: пособие для врачей. Москва, 2014.
4. Гузева В.И. Детская неврология: клинические рекомендации. Москва: ООО «МК», 2014. 304 с.
5. Добринская Н.Д., Пальчик А.Б. и соавт. Клинико-функциональная характеристика эпилепсии у детей со спастико-гиперкинетической формой детского церебрального паралича // Педиатр. 2011. Т. 2, №3. С. 70-75.
6. Зыкова В.П. Диагностика и лечение заболеваний нервной системы у детей. М., 2013. 432 с.
7. Медетбекова Ж.А. Особенности реабилитации детей с ДЦП с эпилептическими приступами // Вестник Алматинского государственного института усовершенствования врачей. Спец. Вып. 2011. С. 32-33.
8. Морозова Е.А., Зайкова Ф.М. и соавт. Клиническая эволюция перинатальной патологии головного мозга: синдром дефицита внимания с гиперактивностью и эпилепсия у детей. // Казанский медицинский журнал. 2010. Т. 91, №4. С. 449-455.

RESERENSES

1. Alekseeva G. Yu., Sholomov I. I. Otsenka faktorov riska, uchastvuyushchikh v razviti DCP u detey-invalidov [Assessment of risk factors involved in the development of cerebral palsy in disabled children]. *Saratovskiy nauchno-meditsinskiy zhurnal – Saratov Journal of Medical Scientific Research*, 2011, Vol. 7, No. 2, pp. 446-450.
2. Batysheva T. T., Epilepticheskie sindromy pri detskom tserebralnom paraliche [Epileptic syndromes in children's cerebral palsy]. *Originalnye stati. Epilepiya i paroksizmalnye*

sostoyaniya – Original articles. Epilepsy and paroxysmal conditions, 2011, Vol. 3, No. 2, pp. 10-14.

3. Belousova E. D. *Kompleksnaya reabilitatsiya detey s rezistentnymi invalidiziruyushchimi formami epilepsii: posobie dlya vrachey* [Complex rehabilitation of children with resistant disabling forms of epilepsy: a manual for doctors]. Moscow, 2014.
4. Guzeva V. I. *Detskaya nevrologiya: klinicheskie rekomendatsii* [Pediatric Neurology: Clinical Recommendations]. Moscow, ООО «МК» Publ., 2014. 304 p.
5. Dobrinskaya N. D., Palchik A. B., *Kliniko-funktsionalnaya kharakteristika epilepsii u detey so spastiko-giperkineticheskoy formoy detskogo tserebralnogo paralicha* [Clinico-functional characteristics of epilepsy in children with spastic-hyperkinetic form of infantile cerebral palsy]. *Pediatr – Pediatrician*, 2011, Vol. 2, No. 3, pp. 70-75.
6. Zykova V. P. *Diagnostika i lechenie zabolevaniy nerovnoy sistemy u detey* [Diagnosis and treatment of diseases of the nervous system in children]. Moscow, 2013. 432 p.
7. Medetbekova Zh. A. *Osobennosti reabilitatsii detey s DTsP s epilepticheskimi pristupami* [Features of rehabilitation of children with cerebral palsy with epileptic seizures]. *Vestnik Almatinskogo gosudarstvennogo instituta usovershenstvovaniya vrachey – Herald of Almaty State Institute of Advanced Medical Education, Spets. Vyp.* 2011, pp. 32-33.
8. Morozova E. A., Zaykova F. M., *Klinicheskaya evolyutsiya perinatalnoy patologii golovnoy mozga: sindrom defitsita vnimaniya s giperaktivnostyu i epilepsiya u detey* [Clinical evolution of perinatal pathology of the brain: attention deficit hyperactivity disorder and epilepsy in children]. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal – Kazan Medical Journal*, 2010, Vol. 91, No. 4, pp. 449-455.
9. Garfinkle J. Cerebral palsy, developmental delay, and epilepsy after neonatal seizures. *Pediatr Neurol.*, 2011, Vol. 44, No. 2, pp. 88-96.
10. Himmlmann K., Uvebrant P. Function and neurjimaging in cerebral palsy: a population-based stude. *Dev Med Child Neurol.*, 2011, No. 53(6), pp. 516-21.

Сведения об авторах:

Рахмонов Рахматулло Азизович – зав. кафедрой неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибн Сино, д.м.н., профессор

Исокова Мухайё Джурабоевна – ассистент кафедры неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Ганиева Манижа Тимуровна – ассистент кафедры неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н.

Холматова Гулрухсор Кенджаевна – ассистент кафедры неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Контактная информация:

Рахматуллоев Рахимджон Рахматуллоевич – ул. Аскаралы Мирзоев, дом 5; тел.: +992935057643; e-mail: rahmatulloev55@mail.ru

© Коллектив авторов, 2018

УДК 616.98:578.828-364 (575.3)

¹Рузиев М.М., ²Бандаев И.С., ³Косимова С.В., ⁴Джонова Б.Ю.

МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И СОЧЕТАННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ВИЧ/ТБ

¹Научно-исследовательский институт экспертизы и восстановления трудоспособности инвалидов

²ГУ «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины»

³Республиканский центр эндокринологии

⁴ГУ «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины»

¹Ruziev M.M., ²Bandayev I.S., ³Kosimova S.V., ⁴Dzhonova B.Yu.

MONITORING AND ASSESSMENT OF ANTIRETROVIRAL THERAPY OF PATIENTS WITH HIV INFECTION AND THE COMBINED INFECTION OF HIV / TB

¹Scientific Research Institute for Expertise and Restoration of the Disabled

²State Institution "Republican Educational and Clinical Center for Family Medicine"

³Republican Center of Endocrinology

⁴State Institution "Republican Educational and Clinical Center for Family Medicine"

Цель исследования. Оценка эффективности программ по проведению антиретровирусной терапии ЛЖВ и пациентам с сочетанной инфекцией ВИЧ/ТБ.

Материал и методы. Проведен анализ официальных материалов Центров по профилактике и борьбе со СПИД и специализированных служб по профилактике и борьбе с туберкулезом (ТБ) в сфере противодействия сочетанной инфекции ТБ/ВИЧ по результатам добровольного тестирования и консультирования больных, принимающих АРТ за 2005-2015 годы. В рамках исследования проведен анализ социально-демографических характеристик одномоментного перекрестного анкетного опроса людей, живущих с ВИЧ-инфекцией (ЛЖВ), принимающих антиретровирусную терапию, с изучением их амбулаторных карт.

Результаты. Комплекс услуг, предоставляемый в рамках реализуемой в стране программы по ТБ/ВИЧ, позволил своевременно выявлять у людей, живущих с ВИЧ-инфекцией (ЛЖВ), туберкулез (ТБ) и у пациентов с туберкулезом – ВИЧ-инфекцию и одновременно проводить терапию обеих патологий.

Заключение. Своевременное выявление сочетанных инфекций и лечение данных пациентов позволило стабилизировать смертность пациентов от ТБ/ВИЧ с тенденцией к уменьшению.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, антиретровирусная терапия, сочетанная ТБ/ВИЧ инфекция

Aim. Evaluation of the effectiveness of antiretroviral therapy programs for PLHIV and patients with co-infection with HIV / TB.

Materials and methods. Analyzes of official materials of the Centers for the Prevention and Control of AIDS and specialized services for the prevention and control of tuberculosis (TB) in the field of combating TB / HIV co-infection by voluntary testing and counseling of patients taking ART for 2005-2015 are analyzed. The analysis of socio-demographic characteristics of one-stage cross-section questionnaire survey of people living with HIV (PLHIV) taking antiretroviral therapy, with the study of their outpatient cards was carried out.

Results. The package of services provided within the framework of the country's TB / HIV program enabled the timely identification of tuberculosis (TB) in people living with HIV (PLHIV) and HIV infection in patients with tuberculosis and simultaneously treating both pathologies.

Conclusion. The timely detection of co-infections and the treatment of these patients allowed to stabilize the mortality of patients from TB / HIV with a tendency to decrease.

Key words: HIV infection, antiretroviral therapy, co-infected TB / HIV infection

Актуальность

Для Республики Таджикистана, как и для других стран мира, ВИЧ-инфекция представляет одну из наиболее острых и актуальных проблем, поскольку является реальной угрозой социально-экономическому развитию и национальной безопасности страны. Эпидемическая ситуация с ВИЧ-инфекцией в стране является напряжённой и имеет тенденцию к устойчивому развитию. За последние 10 лет показатель распространённости ВИЧ увеличился более чем на 25%. Так, по данным Республиканского центра профилактики и борьбы с ВИЧ (ГУ РЦ СПИД) кумулятивно до 31.12.2016 года всего было выявлено 8750 ВИЧ-позитивных лиц и на 31.12.2016 года число людей, живущих с ВИЧ, составило 6782 человек [6, 8]. За 12 месяцев 2016 года в республике зарегистрировано 1041 новых случаев, по некоторым оценкам, их реальное число около 16000 человек. Вышесказанное определено значительными социальными и экономическими изменениями, переходом к рыночной экономике и, как следствие, падением доходов населения, ростом безработицы, проституции и наркомании [5], а также увеличением внешней миграции населения. Все эти факторы вызвали рост социально-обусловленных заболеваний, среди которых лидируют: туберкулез, болезни, передаваемые половым путем, и ВИЧ-инфекция, чаще всего в виде их сочетания.

Серьезной проблемой для лиц, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), является преодоление возникающих барьеров, ограничивающих их доступ к медицинской помощи [3]. Действующая национальная политика в стране обеспечивает с 2006 года равный бесплатный доступ к антиретровирус-

ной (АРВ) терапии для взрослых и детей, мужчин и женщин. На фоне имеющегося определенного прогресса в стране в вопросах охвата ЛЖВ АРВ терапией существуют некоторые издержки в проведении мониторинга эффективности АРВ терапии, что потребовало проведения настоящего исследования.

Материал и методы исследования

Проведен анализ официальных материалов Центров по профилактике и борьбе со СПИД и специализированных служб по профилактике и борьбе с туберкулезом (ТБ) в сфере противодействия сочетанной инфекции ТБ/ВИЧ по результатам добровольного тестирования и консультирования больных, принимающих АРТ, за 2005-2015 годы. В рамках исследования проведен анализ социально-демографических характеристик одномоментного перекрестного анкетного опроса людей, живущих с ВИЧ-инфекцией, принимающих АРВ терапию, с изучением их амбулаторных карт.

Статистическая обработка полученных данных проводилась методами вариационной статистики с использованием критерия достоверности Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

Государственная политика страны в сфере ВИЧ-инфекции, благодаря активному сотрудничеству с международным сообществом, гарантирует ВИЧ-инфицированным людям бесплатное получение АРТ.

В стране продолжается работа по совершенствованию программ ЛЖВ, включая предоставление пациентам услуг по профилактике и лечению (АРТ), обеспечению надлежащего ухода и поддержки. В таблице 1 приведены данные о числе ЛЖВ, которым в 2011-2015гг. была впервые назначена АРТ.

Таблица 1

Назначение ЛЖВ АРТ
в 2009-2015 гг.

Годы >	2011	2012	2013	2014	2015
Число ЛЖВ, которым впервые была назначена АРТ	357	418	649	885	1282
Число выявленных новых случаев ВИЧ	989	828	876	1008	1151

В настоящее время обеспечение страны антиретровирусными препаратами (АРВ препараты) осуществляется полностью посредством финансирования со стороны международных органи-

заций, главным образом со стороны Глобального фонда по борьбе с СПИД, туберкулезом и малярией (ГФСТМ). Перебоев с обеспечением АРВ препаратами, в целом, не отмечается.

Клинические протоколы АРТ, используемые в стране, разработаны в соответствии с клиническими протоколами и рекомендациями ВОЗ [2], периодически пересматриваются, обновляются и утверждаются Министерством здравоохранения и социальной защиты населения РТ для повсеместного строгого исполнения по всей стране

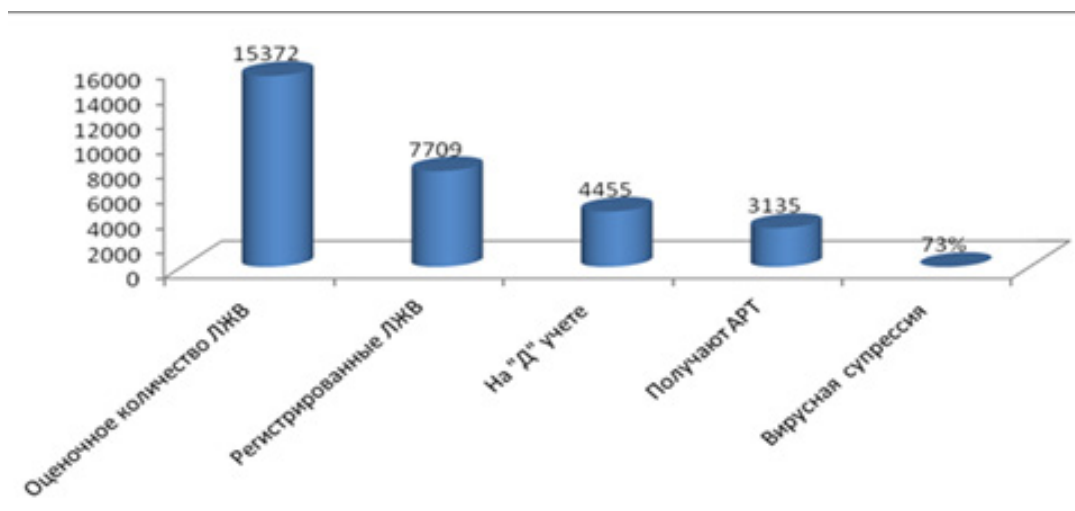
В настоящее время АРТ предоставляется пациентам в 38 центрах СПИД (Республиканский, областные, городские и районные). На регулярной основе проводится повышение квалификации врачей-инфекционистов центров СПИД, проводящих АРТ.

На конец декабря 2015 г. АРТ получали 3 135 ЛЖВ (взрослых и детей), в том числе 795 человек мужского и 1340 – женского пола. От общего количества ЛЖВ, которым была назначена АРТ, начиная с 2006 года, 73,1% продолжают получать лечение, 18,7% ЛЖВ, взятых на лечение в том же году и далее, умерли к настоящему времени от разных причин, в том числе от заболеваний, около 8% ЛЖВ прекратили лечение ввиду низкой приверженности или

были утеряны для последующего наблюдения (УДПН) и т.п.

Удержание на АРТ на протяжении 12 месяцев в 2014 году составило 79,5% ЛЖВ, в целом, данный показатель для ЛУИН-ЛЖВ составляет 55%. ЛУИН-ЛЖВ часто теряются для последующего наблюдения в связи с лечением из числа таких людей, как освобождающиеся из тюрем.

В диаграмме приводятся данные по комплексному показателю «Каскад лечения» за 2015 год, связанному с АРТ. Охват ЛЖВ из числа находящихся под диспансерным наблюдением (4660), использующих АРТ, составляет в настоящее время 67,8%; охват всех ЛЖВ (6117), включая, в том числе, и не находящихся под диспансерным наблюдением, АРТ составляет 51,3%; охват ЛЖВ АРТ, учитывая оценочное число ЛЖВ (15 100) в стране, составляет 20,8%; охват ЛЖВ при учете кумулятивного числа случаев ВИЧ в стране за период 1991-2015 (7709) составляет 40,7%. Вирусная супрессия наблюдается у 73% ЛЖВ, получающих АРТ и прошедших тест на вирусную нагрузку (обследуются не все из-за недоступности).



Каскад лечения ВИЧ в Таджикистане за 2015 г.

Анализ полученных данных выявил следующие недостатки и упущения, существующие в работе по предоставлению ЛЖВ АРТ, которые мешают повышению эффективности лечения пациентов, в целом:

- неэффективность АРТ не выявляется своевременно;
- низкий уровень мониторинга эффективности АРТ, поскольку определение вирусной нагрузки доступно только в ГУ РЦ СПИД;
- ограниченный охват целевых групп опиоидной заместительной терапией (ОЗТ);
- недостаточная интеграция АРТ в систему здравоохранения, что осложняет

соблюдение режима лечения пациентами. Существующая система не ориентирована на больного, и он вынужден посетить несколько клинических учреждений, прежде чем получит лечение и помощь (например: больной с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ или ЛУИН на ОЗТ и АРТ. АРТ в настоящее время не предоставляется в противотуберкулезных учреждениях и пунктах ОЗТ).

- высокий уровень УДПН в связи с внешней или внутренней миграцией населения или после освобождения из тюрьмы.

Правильно подобранная пациентам АРТ и наличие у них высокой приверженности к получаемому лечению позволяют карди-

нально улучшить состояние их здоровья и продлить им жизнь на долгие годы. На сегодня в мире накоплено много убедительных, научно и практически доказанных данных относительно того, что АРТ предотвращает более чем на 90% передачу ВИЧ половым путём. В связи с этим в мировой практике наблюдается тенденция к тому, чтобы начинать лечение ЛЖВ в более ранние сроки в целях охраны здоровья пациентов и предупреждения передачи ВИЧ от них другим людям.

Диспансерное наблюдение за ЛЖВ с проведением АРТ в соответствии с рекомендациями из клинического протокола ВОЗ и оказываемые услуги по уходу и поддержке, несомненно, оказывают положительное влияние на жизнь пациентов, продлевая ее и уменьшая смертность от заболеваний, связанных с ВИЧ. На последние указывают проценты числа смертей среди ЛЖВ: 2,2% смертных случаев в 2015 году при 4,2% в 2011 г.

Многочисленные исследования показали, что клиничко-морфологические особенности течения ВИЧ-ассоциированного туберкулеза имеет свои особенности [1, 4, 7]. Туберкулез продолжает оставаться основной причиной смерти среди ЛЖВ в Таджикистане. Сочетание ВИЧ-инфекции и туберкулеза (ТБ) за всё время наблюдений (2005–2015 гг.) было диагностировано у 1067 пациентов (кумулятивное число), из них умерли 526 (49,3%) человек. По регионам страны наихудшие показатели по числу смертей среди больных с сочетанной инфекцией ВИЧ/ТБ наблюдаются в Хатлонской области – 86,8%; Районах республиканского подчинения – 51,1%. АРТ была назначена 490 (45,9%) пациентам с сочетанной инфекцией ВИЧ/ТБ (кумулятивное число). По регионам страны наихудшие показатели охвата АРТ больных с сочетанной инфекцией ВИЧ/ТБ наблюдаются в Согдийской области – 23%; ГБАО – 17,6%;

Душанбе – 52% (кумулятивные показатели).

В 2015 г. тестирование на ВИЧ в стране было проведено максимальному количеству больных ТБ за всё время наблюдений (9434 человек), из них ВИЧ-инфекция была выявлена у 99 человек, коэффициент выявления составил 0,8. В свою очередь, при обследовании ЛЖВ на ТБ последний был выявлен у 77 ЛЖВ.

Анализ количества зарегистрированных случаев сочетанной ТБ/ВИЧ инфекции показывает увеличение данного показателя за последние пять лет практически в 2,5 раза и соответствует 11,5% от общего числа зарегистрированных ЛЖВ. Этот рост можно частично объяснить интеграцией добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ-инфекцию (ДКТ) в лечебных учреждениях, где предоставляются услуги, связанные с ТБ и/или ВИЧ. Среди всех пациентов с ТБ, протестированных на ВИЧ, у 1,4% пациентов был диагностирован статус ВИЧ. Увеличение новых случаев сочетанной ТБ/ВИЧ инфекции противопоставляется относительно стабильному уровню смертности, который колеблется от 40 случаев в 2009 году до 42 случаев в 2013 году.

Основными факторами, способствующими распространению сочетанной инфекции туберкулеза и ВИЧ в стране являются: высокий уровень распространенности ТБ, включая формы, резистентные к воздействию лекарственных средств, бедность, экономические невзгоды, высокий уровень миграции, а также отсутствие доступа к быстрым и качественным медицинским услугам

Несмотря на то, что все без исключения ЛЖВ, а также ВИЧ-инфицированные с ТБ имеют право на получение АРТ (независимо от количества CD4 клеток) в стране, доля охвата АРТ пациентов с сочетанной ТБ/ВИЧ инфекцией по результатам анализа составила 57,4% в 2011 году и 67,2% - в 2012 году.

Таблица 1

Динамика показателя отношения числа смертей от ТБ/ВИЧ в год к числу выявленных случаев ТБ/ВИЧ в год за 2009-2013 гг.

Годы	2009	2010	2011	2012	2013
Число выявленных случаев ТБ/ВИЧ	49	102	115	116	171
Число смертей среди общего количества лиц с ТБ/ВИЧ	40	40	34	24	42
Отношение числа смертей от ТБ/ВИЧ к числу выявленных случаев ТБ/ВИЧ, %	81,6	39,2	29,6	20,7	24,6

В стране продолжается сотрудничество между специализированными службами по профилактике и борьбе с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией в сфере противодействия сочетанной инфекции ТБ/ВИЧ: в 2012 году ДКТ на ВИЧ было проведено 8644 больным с ТБ, а в 2013 году – 8657. Комплекс услуг, предоставляемый в рамках реализуемой в стране программы по ТБ/ВИЧ, позволяет своевременно выявлять у пациентов ту или другую инфекцию (ТБ у ЛЖВ и ВИЧ у больных ТБ) и проводить в последующем одновременно лечение обеих патологий. Это позволяет уменьшить число смертей среди ЛЖВ от ТБ. В 2012 году число смертей среди пациентов с сочетанной инфекцией составило 24 человека, а в 2013 году – 42. Данный показатель по отношению к числу выявленных в том же году лиц с ТБ/ВИЧ – составил соответственно 20,7% и 24,6%, что значительно меньше величины аналогичного показателя в 2010 году, который был равен 39,2% (табл. 2).

Заключение

Комплекс услуг, предоставляемый в рамках реализуемой в стране программы по ТБ/ВИЧ, позволяет своевременно выявлять у пациентов ту или другую инфекцию (ТБ у ЛЖВ и ВИЧ у больных ТБ) и проводить в последующем одновременное лечение обеих патологий, что позволило в последние годы стабилизировать смертность пациентов от ТБ/ВИЧ с тенденцией к уменьшению.

В то же время, на основании полученных данных можно сделать вывод о недостаточном уровне сотрудничества в стране национальных программ по противодействию ВИЧ с одной стороны, и ТБ с другой, а также эффективности совместных программ. В связи с этим следует провести тщательный анализ ситуации в обеих сферах деятельности по всем вопросам, связанным с сочетанной инфекцией ВИЧ/ТБ.

Для повышения эффективности противодействия эпидемии ВИЧ необходимо практически продолжать использование передового международного опыта в сфере предоставления ЛЖВ АРВ терапии, активно изыскивать дополнительные источники финансирования закупок АРВ препаратов и, главным образом, внутренние, на уровне государства. В целях объективизации эффективности АРТ или неудачи последней следует повысить качество мониторинга лечения в соответствии с современными требованиями.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Буринский Н.В., Боровиков К.С. Клинико-морфологические особенности течения ВИЧ-ассоциированного туберкулеза // Украинский научно-медицинский журнал. 2013. №1. С. 45-48.
2. ВОЗ: Антиретровирусная терапия для профилактики. http://www.who.int/hiv/topics/artforprevention/about_art/ru/
3. ВОЗ: Политика сотрудничества в области проведения мероприятий в отношении ТБ/ВИЧ <http://www.who.int/hiv/topics/tb/actions/ru/>
4. Марченко Н.А. Особенности течения впервые диагностированного туберкулеза у ВИЧ-инфицированных в зависимости от состояния иммунной системы. // Туберкулез, легочные болезни, ВИЧ-инфекция. 2013. №2 (13). С. 59-65.
5. Мирзоев А.С., Нуров Р.М., Рафиев Х.К. и др. Детерминанты ВИЧ-инфекции в Таджикистане // Здравоохранение Таджикистана. 2011. № 11. С. 34-40.
6. Отчет ГУ РЦСПИД за 2016 год. Душанбе, 2017. 18 с.
7. Роевко Г.Н., Черенько С.А., Погребная М.В., Сенько Ю.А. Сроки и причины развития рецидивов туберкулеза у ВИЧ-инфицированных пациентов // Туберкулез, легочные болезни, ВИЧ-инфекция. 2013. №4 (11). С. 42-46.
8. Сборник статистических данных «Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения в 2016 году. Душанбе, 2017. С. 317-323.

RESERENSES

1. Burinskiy N. V., Borovikov K. S. Kliniko-morfologicheskie osobennosti techeniya VICH-assotsiirovannogo tuberkuleza [Clinical and morphological features of the course of HIV-associated tuberculosis]. *Ukrainskiy nauchno-mediitsinskiy zhurnal – Ukrainian Scientific Medical Journal*, 2013, No. 1, pp. 45-48.
2. VOZ: *Antiretrovirusnaya terapiya dlya profilaktiki* [WHO: Antiretroviral therapy for prevention] http://www.who.int/hiv/topics/artforprevention/about_art/ru/
3. VOZ: *Politika sotrudnichestoa v oblasti provedeniya meropriyatij v otnoshenii TB/VICH* [WHO: Policies for collaboration on TB / HIV activities]. <http://www.who.int/hiv/topics/tb/actions/ru/>
4. Marchenko N. A. Osobennosti techeniya v pervye diagnostirovannogo tuberkuleza u VICH-infitsirovannykh v zavisimosti ot sostoyaniya immunnnoy sistemy [Peculiarities of the course of newly diagnosed tuberculosis in HIV-infected patients, depending on the state of the immune system]. *Tuberkulez, legochnye bolezni, VICH-infektsiya – Tuberculosis, pulmonary diseases, HIV infection*, 2013, No. 2 (13), pp. 59-65.
5. Mirzoev A. S., Nurov R. M., Rafiev Kh. K., Determinanty VICH-infektsii v Tadjikistane [Determinants of HIV infection in Tajikistan]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2011, No. 11, pp. 34-40.
6. *Otchet GU RCSPID za 2016 god* [Report of the State Institution «Republican Center for AIDS Prevention and Control» for 2016]. Dushanbe, 2017. 18 s.

7. Roenko G. N., Cherenko S. A., Pogrebnaya M. V., Senko Yu. A. Sroki i prichiny razvitiya retsidivov tuberkuleza u VICH-infitsirovannykh patsientov [The timing and causes of tuberculosis recurrence in HIV-infected patients]. *Tuberkulez, legochnye bolezni, VICH-infektsiya – Tuberculosis, pulmonary diseases, HIV infection*, 2013, No. 4 (11), pp. 42-46.

8. Sbornik statisticheskikh dannykh «Zdorove nasele-niya i deyatelnost uchrezhdeniy zdravookhraneniya v 2016 godu [Compendium of statistical data "Health of the population and the activities of health facilities in 2016]. Dushanbe, 2017. 317-323 p.

Сведения об авторах:

Рузиев Муродали Мехмондустович – директор Научно-исследовательского института экспертизы и восста-

новления трудоспособности инвалидов при Министерстве труда и социальной защиты населения Республики Таджикистан, к.м.н.

Бандаев Ильхомджон Сироджидинович – директор ГУ «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины», д.м.н.

Косимова Сайёра Валиевна – врач Республиканского центра эндокринологии

Джонова Бунафша Юсуфзода – к.м.н., начальник отдела ГУ «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины», к.м.н.

Контактная информация:

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

© Коллектив авторов, 2018

УДК 616.314-08:614

Сабуров С.К., Зарипов А.Р.

ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ РЕЗУЛЬТАТОВ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАСПОЛОЖЕНИЯ КРАЯ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ КОРОНОК

Кафедра ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Saburov S.K., Zaripov A.R.

INTEGRAL PARAMETERS OF THE RESULTS OF ORTHOPEDIC TREATMENT OF SOMATIC PATIENTS DEPENDING ON THE LOCATION OF THE CERAMIC METAL CROWNS

Department of Orthopedic Dentistry, Tajik State Medical University named after Abu Ali Ibn Sino

Цель исследования. Изучение интегральных показателей супраконструкционных элементов несъемного протеза и уровня биохимических показателей ротовой жидкости у больных с сопутствующей соматической патологией в зависимости от расположения края металлокерамических коронок.

Материал и методы. Проведено клинико-лабораторное обследование у 72 больных с неблагоприятным соматическим фоном в возрасте 20-60 лет с диагнозом: «Частичное отсутствие зубов». В супернатанте ротовой жидкости у больных с включенными дефектами зубных рядов определяли количество белка и активность ряда ферментов до начала ортопедического лечения, после фиксации металлокерамических протезов (МКП) с суб- и супрагингивально расположенным краем коронок, спустя 6 и 12 месяцев после фиксации.

Результаты. Результаты ортопедического лечения окклюзионных дефектов напрямую зависят от метода препарирования (суб- или супрагингивальном расположении края металлокерамических коронок), а не от вида используемой ортопедической конструкции при протезировании МКП. Среди обследованных больных с окклюзионными дефектами зубных рядов, при их устранении с использованием супрагингивального расположения края металлокерамических коронок в большинстве случаев получены хорошие результаты. У больных с наличием дефектов зубного ряда ортопедические результаты лечения с использованием субгингивального расположения края металлокерамических коронок были оценены как удовлетворительные при незначительном устранении воспалительных явлений с сохранением значительной гиперемии десневых сосочков в области супраконструкционных элементов на фоне отека и кровоточивости.

Характер расположения края металлокерамических коронок не приводит к значимому изменению концентрации белков в ротовой жидкости и не может оказывать существенного влияния на активность исследуемых ферментов ротовой жидкости у больных с неблагоприятным соматическим фоном.

Заключение. У больных с органной патологией использование металлокерамических коронок с супрагингивальным расположением края в большинстве случаев дает хорошие результаты. Супрагингивальное расположение края металлокерамических коронок дает удовлетворительный результат при незначительном сохранении воспалительных явлений и значительной гиперемией десневых сосочков в области супраконструкционных элементов на фоне отека и кровоточивости. Через 6 и 12 месяцев после протезирования с субгингивально расположенным краем металлокерамических коронок в ротовой жидкости резко увеличивается активность лактатдегидрогеназы, снижается активность щелочной фосфатазы, что, на наш взгляд, обусловлено воздействием на мягкие ткани опорных зубов и кости челюстей края металлокерамических коронок при их субгингивальном расположении.

Ключевые слова: несъемные протезы, полиорганная патология, супраконструкционные элемент

Aim. The study of integral indicators of suprastructural elements of a non-removable prosthesis and the level of biochemical parameters of oral fluid in patients with concomitant somatic pathology, depending on the location of the edge of the cermet crowns.

Materials and methods. Clinico-laboratory examination was performed in 72 patients with an unfavorable somatic background at the age of 20-60 years with the diagnosis: "Partial absence of teeth". In the supernatant of the oral liquid, the amount of protein and the activity of a number of enzymes before the initiation of orthopedic treatment, after fixing the cermet prosthesis (MCP) with the sub- and supragingivally located edge of the crowns, were determined in patients with denture defects included after 6 and 12 months after fixation.

Results. The results of orthopedic treatment of occlusal defects directly depend on the method of preparation (sub- or supragingival location of the edge of the cermet crowns), and not on the type of orthopedic structure used when prosthetic MCP. Among the examined patients with occlusal defects of the dentition, when they were eliminated using the supragingival location of the edge of the metal-ceramic crowns, in most cases good results were obtained. In patients with dentition defects, the orthopedic results of treatment with the use of subgingival location of the edge of the cermet crowns were evaluated as satisfactory with insignificant elimination of inflammatory phenomena while maintaining significant hyperemia of the gingival papilla in the region of supra-structural elements against edema and bleeding.

The nature of the location of the edge of the metal-ceramic crowns does not lead to a significant change in the concentration of proteins in the oral fluid and can not have a significant effect on the activity of the investigated oral fluid enzymes in patients with an unfavorable somatic background.

Conclusion. In patients with organ pathology, the use of metal-ceramic crowns with a supragingival edge arrangement in most cases gives good results. Supragingival location of the edge of the metal-ceramic crowns gives a satisfactory result with insignificant preservation of inflammatory phenomena and considerable hyperemia of the gingival papillae in the region of supraconstructive elements against the background of edema and hemorrhage. At 6 and 12 months after prosthetics with the subgingival edge of the cermet crowns in the oral fluid, the activity of lactate dehydrogenase increases sharply, the activity of alkaline phosphatase decreases, which, in our opinion, is due to the impact on the soft tissues of the supporting teeth and bones of the jaws of the edge of the metal-ceramic crowns at their subgingival location.

Key words: non-essential prostheses, multi-organ pathology, supra-structural elements

Актуальность

Проблема заболеваний пародонта до настоящего времени остается в центре внимания многочисленных исследований и является актуальной в стоматологии в связи с широкой распространенностью и недостаточной эффективностью проводимого лечения. По статистике ВОЗ (2010), частота поражения пародонта в разных странах мира составляет от 80% до 100%. При рентгенологическом исследовании у 28,6% соматических больных выявлена прогрессирующая деструкция костной ткани альвеолярного отростка, которая распространялась на подлежащие участки тела челюсти. В большинстве случаев (71,4%) среди обследованных больных выявлена неравномерная резорбция альвеолярного отростка [2].

Представляя собой важную медико-социальную проблему, распространенность хронических воспалительных заболеваний пародонта неуклонно растет не только среди лиц пожилого, но и молодого возраста [1, 3-7]. Несмотря на многочисленные исследования, представления об этиологии и патогенезе воспалительных заболеваний пародонта остаются во многом спорными и неясными. Роль определенных этиологических факторов в развитии заболеваний пародонта практически установлена, однако, в отношении патогенеза до настоящего времени существуют противоречивые мнения.

Материал и методы исследования

Для достижения поставленной цели проведено клинико-лабораторное обследование 72 больных с неблагоприятным соматическим фоном в возрасте от 20 до 60 лет с диагнозом частичного отсутствия зубов, обратившихся для протезирования несъемными мостовидными конструкциями в УКЦ «Стоматология» ТГМУ им. Абуали ибн Сино. Все пациенты имели включенные окклюзионные дефекты зубных рядов верхней и нижней челюстей III и IV классов по Кеннеди, либо на одной челюсти, либо на обеих челюстях. Разделение обследованных лиц в первой и второй подгруппах проведено в зависимости от расположения гингивального края опорных элементов МКП. У больных с сопутствующей соматической патологией в первую подгруппу вошли 64 пациента с субгингивальным расположением края металлокерамических коронок. Вторую подгруппу составили 56 больных с супрагингивальным расположением края металлокерамических коронок.

У пациентов с субгингивально расположенным краем металло-керамических коронок препарирование проводили с уступом в 135° или тангенциально. При супрагингивальном расположении края металло-керамических коронок препарирование проводили с уступом в 90°. Субгингивальное препарирование осуществляли на глубину зубодесневой бороздки, супрагингивальное

препарирование выполняли на 0,3-2,5мм выше десневого края с круговым уступом толщиной 0,2-1,0 мм

В супернатанте ротовой жидкости у больных с включенными дефектами зубных рядов определяли количество белка и активность ряда ферментов до начала ортопедического лечения, после фиксации МКП, и спустя 3, 6 и 12 месяцев после фиксации. Забор смешанной слюны осуществляли в утренние часы натощак. Пациент пассивно сплевывал слюну в центрифужную пробирку в течение 10 мин.

Концентрацию белка в ротовой жидкости определяли биуретовым методом, активность α -амилазы – по Каравею, аланинаминотрансферазы и лактатдегидрогеназы – по Френкелю и Ройтману, щелочной фосфатазы – по Бессею и Лоури на биохимическом анализаторе.

Результаты исследования обработаны статистически с использованием критерия Стьюдента и непараметрических методов математического анализа.

Результаты и их обсуждение

До протезирования при первичном осмотре у больных с сопутствующей соматической патологией гигиена полости рта была неудовлетворительной – на 94,5%.

В околозубных тканях опорных зубов установлено, что до ортопедического лечения окклюзионных дефектов индекс РМА в среднем составил $58,72 \pm 4,20\%$. Через месяц после протезирования субгингивально расположенным краем металлокерамических коронок воспалительный процесс охватывал $21,52 \pm 0,16\%$ тканей вокруг опорных зубов. По истечении 6 месяцев с момента протезирования воспалительный процесс усилился и охватывал до $36,63 \pm 0,02\%$, а через 12 месяцев – $60,29 \pm 0,18\%$ тканей около опорных зубов. При протезировании субгингивально расположенным краем металлокерамических коронок величина исследуемого индекса в динамике составила соответственно $49,32 \pm 4,01\%$; $0,13 \pm 0,02\%$ и $1,34 \pm 0,12\%$; $0,64 \pm 0,13\%$ соответственно.

Полученные результаты свидетельствует о зависимости между усилением воспалительного процесса в околозубных тканях опорных зубов и методом препарирования и расположением края металлокерамических коронок.

Индекс Мюллемана (Muhlemann, %) – это уровень кровоточивости десневой борозды при зондировании или при нажиме на сосочек, наблюдался на 30 суток от начала протезирования субгингивально расположенным краем металлокерамических коронок, сни-

жался до исходного значения у $59,23 \pm 6,60\%$. В отдаленные сроки наблюдения (6 и 12 мес.) значение исследуемого индекса составило $32,83 \pm 0,12\%$, $40,12 \pm 0,09\%$,

При протезировании супрагингивально расположенным краем металлокерамических коронок: на 30 суток у всех пациентов отмечалось снижение индекса Мюллемана до среднецифрового значения $0,19 \pm 0,16\%$ против исходного значения $33,48 \pm 2,83\%$, через 6 и 12 мес. после протезирования – до $2,53 \pm 0,56\%$ и $0,49 \pm 0,12\%$.

У больных с общесоматической патологией при оценке влияния субгингивально расположенного края металлокерамических коронок на распространенность воспалительного процесса в околозубных тканях опорных зубов было установлено, что до ортопедического лечения окклюзионных дефектов индекс РМА в среднем составил $60,23 \pm 4,20\%$. Через месяц после фиксации соответствующего протеза в полости рта у этих же больных воспаление охватывало лишь $23,48 \pm 0,16\%$ поверхности десны. По истечении 6 и 12 мес. с момента протезирования субгингивально расположенным краем металлокерамических коронок распространенность воспалительного процесса вновь достоверно увеличивалась до значения $42,12 \pm 0,02\%$. Вместе с тем, у общесоматических больных с металлокерамическими конструкциями величина исследуемого индекса в динамике составила соответственно $53,10 \pm 4,01\%$, $36,18 \pm 0,02\%$, $12,03 \pm 0,14\%$, и $1,22 \pm 0,12\%$.

Полученные результаты среди обследованных больных с неблагоприятным соматическим фоном указывают на существование достоверной взаимозависимости между воспалительным процессом в околозубных тканях опорных зубов и ортопедическим лечением включенных дефектов зубных рядов субгингивально расположенным краем металло-керамических коронок.

Относительно благоприятная динамика индекса Мюллемана наблюдалась у больных с окклюзионными дефектами при лечении этой группы супрагингивальным расположением края металлокерамических коронок. На 30 суток от начала ортопедического лечения показатель кровоточивости десневой борозды снижался против исходного значения до $56,96 \pm 6,60\%$. В отдаленные сроки наблюдения (6 и 12 мес.) значение исследуемого индекса составило $42,35 \pm 0,09\%$ и $36,94 \pm 0,12\%$.

В группе больных с супрагингивальным расположением края металлокерамических коронок выявлена следующая закономерность: на 30 суток у всех пациентов отмеча-

лось снижение индекса Мюллемана до среднецифрового значения $0,23 \pm 0,09\%$ против исходного значения $37,52 \pm 3,99\%$; $25,13 \pm 1,82\%$, через 6 и 12 мес. после протезирования – до $0,57 \pm 0,17\%$.

У больных с сопутствующей соматической патологией с супрагингивальным расположением края металлокерамических коронок значение пародонтального индекса PI (Russel) удерживалось на минимальной отметке в отдаленные сроки стоматологического наблюдения и было не столь существенным – $3,73 \pm 0,13$; $4,03 \pm 0,17$ и $4,89 \pm 0,81$ баллов соответственно на 30 сутки и через 6-12 мес. после протезирования МКП. При субгингивальном расположении края металлокерамических коронок исследуемый показатель составил соответственно $2,89 \pm 0,45$; $3,01 \pm 0,10$ и $3,17 \pm 0,12$ баллов.

Исходное значение индекса ОНI-S по J. Green и J. Vermillion до протезирования составило соответственно $4,80 \pm 0,09$; $3,46 \pm 0,73$ и $2,96 \pm 0,05$ баллов. Наименьший показатель индекса ОНI-S был зарегистрирован через 1 месяц после фиксации МКП с суб- и супрагингивальным расположением края – он составлял соответственно $2,66 \pm 0,70$ и $1,93 \pm 0,23$ балла. Следует отметить, что данный показатель имел статистически значимые различия с аналогичными показателями по истечении 6 месяцев после протезирования субгингивальным расположением края металлокерамических коронок. Вместе с тем, за аналогичный период у больных с наличием общесоматической патологии и супрагингивальном расположении края металлокерамических коронок исследуемый балльный показатель не имел статистически значимых различий.

Полученные в результате клинического обследования данные позволяют отметить, что при неблагоприятном соматическом фоне на 30 сутки протезирования окклюзионных дефектов признаки воспаления практически не определяются у больных с наличием супрагингивального расположения края металлокерамических коронок. У этих больных через 6 месяцев после протезирования при осмотре полости рта в области супраконструкционных элементов регистрировалась десна бледно-розового цвета, плотно прилегающая к поверхности опорного зуба, не кровоточащая при зондировании. Аналогичная клиническая картина наблюдается при осмотре полости рта и через 12 месяцев. Вместе с тем, у больных с наличием субгингивального расположения края металлокерамических коронок на 30

сутки и через 6 и 12 месяцев после устранения окклюзионных дефектов признаки воспаления в околозубных тканях опорных зубов составили соответственно $23,48 \pm 0,16$; $28,09 \pm 0,08$; $34,15 \pm 0,16$ и $42,12 \pm 0,02\%$ по индексу РМА.

Полученный клинический материал среди больных с сопутствующей соматической патологией свидетельствует о том, что результаты ортопедического лечения окклюзионных дефектов напрямую зависят от метода препарирования (суб- или супрагингивального расположения края металлокерамических коронок), а не от вида используемой ортопедической конструкции при протезировании МКП. Так, среди обследованных больных с окклюзионными дефектами зубных рядов при их устранении с использованием супрагингивального расположения края металлокерамических коронок в большинстве случаев получены хорошие результаты. У больных с наличием дефектов зубного ряда ортопедические результаты лечения с использованием субгингивального расположения края металлокерамических коронок были оценены как удовлетворительные при незначительном устранении воспалительных явлений с сохранением значительной гиперемии десневых сосочков в области супраконструкционных элементов на фоне отека и кровоточивости.

Из полученных результатов следует, что при сопутствующей патологии протезирование как с субгингивальным, так и супрагингивальным расположением края металлокерамических коронок не приводит к значимому изменению концентрации белков в ротовой жидкости до ($1,78 \pm 0,20$ г/л), на 30 сутки ($1,66 \pm 0,35$ г/л) и через 6-12 мес. ($1,73 \pm 0,44$ г/л, $1,79 \pm 0,12$ г/л) после его проведения. Следовательно, данный параметр не может оказывать существенного влияния на активность исследуемых ферментов ротовой жидкости у больных с неблагоприятным соматическим фоном.

Вместе с тем, у больных с наличием общесоматической патологии сразу же после фиксации МКП достоверно увеличивается активность α -амилазы в смешанной слюне до значения $91,3 \pm 17,8$ ЕД/л против исходного значения до протезирования ($3,67 \pm 5,5$ ЕД/л) ($p < 0,001$). Тенденция к её повышенной активности отмечается и через 6-12 месяцев после протезирования, когда она на $44,23 \pm 3,0$ ЕД/л, $52,08 \pm 7,3$ ЕД/л превышает аналогичный показатель до устранения окклюзионных дефектов. Данное явление можно связать с

тем, что в процессе протезирования дефектов зубного ряда МКП происходит раздражение эпителиальных рецепторов тканей полости рта, что приводит к секреции слюнными железами дополнительного количества этого фермента.

Протезирование МКП окклюзионных дефектов у больных с неблагоприятным соматическим фоном, как и другими несъемными конструкциями, приводит к снижению активности в ротовой жидкости аланинаминотрансферазы: до $27,1 \pm 4,4$ МЕ/л сразу после его проведения и $22,5 \pm 2,8$ МЕ/л спустя 6 и 12 месяцев против исходного значения исследуемого показателя $39,3 \pm 2,3$ МЕ/л, $43,9 \pm 9,8$ МЕ/л. Также отмечается тенденция к уменьшению активности в ней аспартатаминотрансферазы (соответственно $65,7 \pm 13,5$ МЕ/л, $57,5 \pm 6,2$ МЕ/л, $71,1 \pm 2,4$ МЕ/л, $79,6 \pm 11,4$ МЕ/л). Данное явление можно объяснить тем, что до протезирования дефектов зубного ряда в процессе пережевывания пищи происходит механическое воздействие на слюнные железы пищевым комком с последующим усиленным поступлением из них в ротовую жидкость трансаминаз. После проведения протезирования окклюзионных дефектов зубных рядов у больных с общесоматической патологией эффективность пережевывания пищи увеличивается, а степень ее воздействия на железистую ткань уменьшается.

У больных с сопутствующей соматической патологией применение субгингивального расположения края металлокерамических коронок оказывает неоднозначное воздействие на активность щелочной фосфатазы в ротовой жидкости. Сразу же после фиксации МКП протеза она снижена на 53,1% (до $17,5 \pm 3,3$ МЕ/л), по сравнению с аналогичным показателем до протезирования ($37,3 \pm 7,0$ МЕ/л) ($p < 0,001$). Можно полагать, что при наличии общесоматической патологии во время устранения дефекта зубных рядов происходит раздражение рецепторов костной ткани с последующим торможением интенсивности поступления из нее в кровь и ротовую жидкость щелочной фосфатазы. Через 6 и 12 месяцев после фиксации МКП протеза активность щелочной фосфатазы в ротовой жидкости увеличивается на 18,7% и 21,3%, по сравнению с её уровнем до протезирования ($p < 0,001$).

Заключение

На основании проведенных исследований можно резюмировать, что ортопедическое лечение у больных с органной патологией и дефектами зубных рядов сопровождается

значительным ухудшением при субгингивальном расположении края металлокерамических коронок, по сравнению с супрагингивальным их расположением, с вовлечением десны в области супраконструкционных элементов в воспалительный процесс и усилением степени индуцированной кровоточивости десны опорных зубов. Сразу же после фиксации несъемных мостовидных протезов в ротовой жидкости резко увеличивается активность α -амилазы на фоне снижения активности щелочной фосфатазы, что связано с воздействием на слюнные железы процедуры протезирования окклюзионных дефектов. Через 6 и 12 месяцев после протезирования МКП конструкциями в ротовой жидкости резко увеличивается активность лактатдегидрогеназы.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (п. 7 см. в REFERENCES)

1. Абакаров С.И., Свиринов В.В., Абакарова Д.С. и др. Эффективность рационального протезирования в комплексном лечении пародонтита // Институт Стоматологии. 2010. № 3. С. 50-53.
2. Аминджанова З.Р., Исмоилов А.А., Каримов С. Основные результаты проведенных исследований по изучению исходных показателей пародонтологического статуса у соматических больных // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2015. № 1. С. 10-15.
3. Булкина Н.В., Ведяева А.П., Савина Е.А. Коморбидность заболеваний пародонта и соматической патологии // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2012. № 3. С. 110-115.
4. Грудянов А.И. Терапия воспалительных заболеваний пародонта снижает риск развития ишемической болезни сердца и осложнений при сахарном диабете // Лечащий врач. 2012. № 7. С. 106-108.
5. Зорина О.А., Борискина О.А., Ребриков Д.В. Взаимосвязь полиморфизма генов с риском развития агрессивного пародонтита // Стоматология. 2013. № 4. С. 28-30.
6. Царев В.Н., Арутюнов С.Д., Ипполитов Е.В. и др. Цитокиновый профиль плазмы крови и десневой жидкости у жителей Дагестана при хроническом пародонтите // Российский стоматологический журнал. 2012. № 6. С. 18-22.

RESERENSES

1. Abakarov S. I., Svirin V. V., Abakarova D. S., Effektivnost ratsionalnogo protezirovaniya v kompleksnom lechenii parodontita []. Institut Stomatologii - , 2010, No. 3, pp. 50 – 53.

2. Amindzhanova Z. R., Ismoilov A. A., Karimov S. Osnovnye rezultaty provedennykh issledovaniy po izucheniyu iskhodnykh pokazateley parodontologicheskogo statusa u somaticheskikh bolnykh [The main results of the conducted studies on the study of the initial parameters of the periodontal status in somatic patients]. *Vestnik postdiplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya – Herald of Postgraduate Education in Health sphere*, 2015, No. 1, pp. 10-15.
3. Bulkina N. V., Vedyayeva A. P., Savina E. A Komorbidnost zabolevaniy parodonta I somaticheskoy patologii [Comorbidity of periodontal diseases and somatic pathology]. *Meditsinskiy vestnik Severnogo Kavkaza – Medical Gazette of the North Caucasus*, 2012, No. 3, pp. 110-115.
4. Grudyanov A. I. Terapiya vospalitelnykh zabolevaniy parodonta snizhaet risk razvitiya ishemicheskoy bolezni serdtsa I oslozhneniy pri sakharnom diabete [Therapy of inflammatory periodontal diseases reduces the risk of developing coronary heart disease and complications in diabetes mellitus]. *Lechashchiy vrach – The attending physician*, 2012, No. 7, pp. 106 – 108.
5. Zorina O. A., Boriskina O. A., Rebrikov D. V. Vzaimosvyaz polimorfizma genov s riskom razvitiya agressivnogo parodontita []. *Stomatologiya -*, 2013, No. 4, pp. 28-30.
6. Tsarev V. N., Arutyunov S. D., Ippolitov E. V., Tsitokinovyy profil plazmy krovi I desnevoy zhidkosti u zhitel'ey Dagestana pri khronicheskom parodontite [Cytokine profile of blood plasma and gingival fluid in Dagestan residents with chronic periodontitis]. *Rossiyskiy stomatologicheskii zhurnal – Russian Dental Journal*, 2012, No. 6, pp. 18-22.
7. Ebadian A. R., Radvar M., Tavakkol Afshari J., Gene Polymorphisms of TNF- α and IL-1 β Are Not Associated with Generalized Aggressive Periodontitis in an Iranian Subpopulation. *Iran. J. Allergy Asthma Immunol.*, 2013, Vol. 12, No. 4, pp. 345-351.

Сведения об авторах:

Сабуров Сабур Каримович – доцент кафедры ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н.

Зарипов Акбар Захмонович – зав. кафедрой ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н.

Контактная информация:

Сабуров Сабур Каримович – тел.: +992 985-61-53-53

Саидмурадова Р.Х., Махкамов К.К., Вафоева О.Г., Зарипова М.Д.

ОСОБЕННОСТИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО И ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Кафедра неонатологии ГОУ ИПОвСЗРТ

Saidmuradova R.H., Mahkamov K.K., Vafoeva O.G., Zaripova M.J.

PECULIARITIES OF THE NEUROPSYCHIATRIC AND PHYSICAL DEVELOPMENT OF THE CHILDREN BORN FROM MOTHERS WITH PRE-ECLAMPSIA

Department of Neonatology of the State Education Establishment «Institute of postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»

Цель исследования. Изучить особенности нервно-психического и физического развития доношенных новорожденных, родившихся от матерей с преэклампсией.

Материалы и методы. Проведено сравнительное клиническое исследование 62 новорожденных от матерей с преэклампсией и без преэклампсии во время беременности и родов.

Результаты. В основной группе беременных с преэклампсией более половины детей (52%) родились с несоответствием своему сроку гестации с признаками морфо-функциональной и нервно-психической незрелости, низкой оценкой по шкале Балларда, они вошли в группу риска по рождению в асфиксии, с дальнейшим срывом адаптации в раннем неонатальном периоде. Преждевременно родившихся в этой группе оказалось 31 (31%), в срок родившихся было всего 7 (17%) новорожденных. В контрольной группе (нормальное течение беременности и родов) всего 2 детей (10%) родились с задержкой внутриутробного развития, 6 детей (30%) родились преждевременно. Остальные 12 (60%) новорожденных соответствовали сроку гестации по морфологическим и нервно-психическим признакам.

Заключение. Преэклампсия во время беременности является высоким риском неблагоприятного исхода для новорожденных в виде рождения с задержкой внутриутробного развития, асфиксии и с нарушением функции ЦНС, с отставанием в физическом развитии. В дальнейшем по мере онтогенеза дети были подвержены физическому и психомоторному отставанию.

Ключевые слова: новорожденный, малая масса тела при рождении, задержка внутриутробного развития (ЗВУР), преэклампсия, беременная женщина, родильница

Aim. To study the peculiarities of the neuropsychiatric and physical development of mature children born from mothers with pre-eclampsia.

Materials and methods. In the main group of pregnant women with pre-eclampsia, more than half of the children (52%) were born with a discrepancy with their gestational age, with signs of morpho-functional and neuropsychiatric immaturity, a low score on the Ballard scale. They were included at risk group of being born with asphyxia, with further disruption of adaptation in the early neonatal period. In this group 31 (31%) prematurely born were registered while infants born on time amounted 7 (17%) cases only. In the target group (normal course of pregnancy and childbirth), only 2 children (10%) were born with a delay in prenatal development, 6 children (30%) were born prematurely. Remaining 12 (60%) of newborns met with the gestational age according to morphological and neuropsychiatric signs.

Conclusion. Pre-eclampsia during pregnancy is a subject for high risk of adverse outcome for infants born with a delay in intra-uterine development, asphyxia and with a disturbance of the central nervous system, with a delay in physical development. Later, as far as result of ontogenesis the children were exposed to physical and psychomotor lag behind.

Key words: newborn, Low birth weight, Intra- uterine growth retardation (IUGR), pre-eclampsia, pregnant women, puerperant

Актуальность

Преэклампсия, как одно из самых опасных в акушерской практике осложнений, сопровождающееся высокой материнской и перинатальной смертностью, на протяжении столетий держит в «режиме ожидания» её возникновения каждого практикующего врача. Каждый четвертый ребенок при этой патологии имеет последствия перенесенной гипоксии и внутриутробной задержки роста, отстает в физическом и нервно-психическом развитии [2]. Все новорожденные от матерей с преэклампсией и плацентарной недостаточностью, особенно с признаками нарушения гемодинамики в системе мать–плацента–плод, в антенатальном периоде относятся к группе риска по формированию в течение первых трех лет жизни повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, нарушения моторного и речевого развития, соматической патологии, а в дальнейшем социальной дезадаптации, трудностей школьного обучения, повышенной детской заболеваемости [2, 3].

Известно, что при нормальных условиях внутриутробного развития уже к 36-37 неделям беременности у плода завершаются процессы формирования активного и пассивного тонуса и рефлекторных реакций, циклической организации поведенческих состояний, а под влиянием различных вредных факторов возникают нарушения взаимоотношений между организмом беременной и плодом, что приводит к изменению течения беременности и нарушению родовой деятельности. Поэтому обследование неврологического статуса новорожденного даёт возможность объективной оценки степени нарушения функционального развития ЦНС в результате неблагоприятных факторов у матери [2]. Беременность высокого риска является одним из факторов перинатальных поражений ЦНС у плода и становится ключевой проблемой в педиатрии [2, 3]. Память о перинатальном периоде не только запечатлевается по механизму импринтинга во всей программе развития ребенка, но и существенно влияет на его состояние здоровья и уровень дальнейшего развития [1, 2].

За последние годы в 4-5 раз возросла общая заболеваемость новорожденных от матерей с преэклампсией. Нарушения физического и нервно-психического развития отмечаются более чем у ¼ детей первого года жизни. Не менее 5% новорожденных имеют те или иные врожденные или наследственные заболевания. Частота таких грозных инвалидирующих состояний, как церебральный

паралич, умственная отсталость и других неврологических расстройств, остается высокой – 1.5-2.5 на 1000 родившихся живыми [2].

Материал и методы исследования

Изучены особенности постнатальной адаптации нервно-психического и физического развития 62 новорожденных, акушерско-гинекологический анамнез и течение беременности родов их матерей. Учитывая осложнения беременности, новорожденные и их матери были разделены на 2 группы: основную и контрольную. Основную группу составили 42 новорожденных и их матери с наличием преэклампсии во время беременности и родов. Критерием включения исследуемых в контрольную группу было отсутствие в анамнезе родильницы преэклампсии. Объем составил 20 детей. Изучена структура экстрагенитальной патологии с обострением во время данной беременности.

Морфо-функциональное развитие новорожденных было оценено по модифицированной шкале Балларда, которая включала в себя характеристику физического развития и неврологического статуса соответственно своему сроку гестации. В исследуемой группе, где отмечена преэклампсия, все женщины были репродуктивного возраста, т.е. от 18 до 36 лет. Первородящие составили большинство – 30 (71%) человек, 12 (28%) были повторнородящими. Основными симптомами у первородящих были стойкое повышение артериального давления (А/Д), наличие белка в моче и головная боль. У повторнородящих вышеуказанные симптомы проявились на фонеотягощенного акушерского анамнеза, где у 9 женщин (21,4%) отмечены выкидыши от предыдущих беременностей, у трех (7,1%) была неразвивающаяся беременность. Из экстрагенитальной патологии хронический пиелонефрит и диффузный зоб во время беременности занимали особое место. У 36 исследуемых женщин отмечено обострение хронического пиелонефрита (85,7%), диффузный зоб имели 28 (66,7%). У 16 беременных женщин (38%) отмечена угроза прерывания беременности в ранних и более поздних сроках гестации. Из этих женщин в стационарных условиях получили лечение всего трое (18,7%), в амбулаторных – пятеро (31,3%), а 8 женщин коррекцию патологического состояния не получили (49,9%). Из этого следует, что половина исследуемых женщин основной группы (49,9%) имели жалобы на постоянную головную боль, слабость, но лечение не получили, отказывались по семейным и другими причинам, в связи с чем, возможно, и связана преэклампсия

в родах. Контрольную группу составили женщины в возрасте от 18 лет до 41 года (20 женщин). Первородящих было 6 (30%), повторнородящих – 14 (70%). Беременность в контрольной группе протекала на фоне токсикоза I половины у 8 женщин (40%), повышения А/Д, белка в моче – у 3 женщин (15%), наличие экстрагенитальной патологии в виде обострения хронического пиелонефрита имели 2 женщины (10%). Только одна пациентка имела отягощенный акушерский анамнез в виде предыдущего выкидыша (5%) и у 2-х женщин (10%) родоразрешение было путем кесарева сечения в связи с предложением плаценты. Осложнений в родах не наблюдалось.

Анализ выявил, что родильницы, у которых роды осложнились преэклампсией, в основном были первородящими – 71%. Осложнения во время беременности, которые могли привести к преэклампсии в родах в основной группе отмечались у 85,5% женщин, а в контрольной группе риска по преэклампсии составили всего 10% беременных женщин. Из этого следует, что высокую группу риска по преэклампсии составили первородящие беременные женщины, возможно, за счет латентно протекающего хронического пиелонефрита, который не выявлен в подростковом периоде до наступления беременности.

Изучение адаптации и клинического течения состояния новорожденных основной группы после рождения показало, что почти все дети родились в асфиксии разной степени (38 из 42 детей) – 90%. Из них тяжелую асфиксию с оценкой по шкале Апгар 0/3 балла перенесли 7 детей (16%), средне-тяжелую с оценкой 4/6 баллов – 31 новорожденный. Всего 4 ребенка (9,5%) из основной группы родились без признаков асфиксии. А в контрольной группе из 20 новорожденных всего 3 (15%) родились в асфиксии средней тяжести с оценкой по шкале Апгар 6/7 баллов. Тяжелой асфиксии в контрольной группе не наблюдалось.

Наличие преэклампсии во время беременности в основной группе стало провокационным фактором задержки внутриутробного развития плода (ЗВУР) у 22 детей (52%) и преждевременных родов у 13 (31%), по сравнению с контрольной группой, где беременность протекала без преэклампсии, а ЗВУР наблюдалась только у 2 детей (10%), преждевременное рождение – у 6 (30%). Учитывая внутриутробные страдания плода и рождения преждевременно, большой процент новорожденных (52%) не соответ-

ствовали своему сроку гестации к рождению. В связи с этим в основной группе было проведено исследование морфо-функциональной и нервно-психической зрелости по шкале Баллард у новорожденных от матери с преэклампсией в родах. Количественная оценка степени выраженности отдельных морфологических и функциональных признаков позволила уточнить не только гестационный возраст новорожденного, но и объективно определить соответствие или несоответствие зрелости организма ребенка его истинному гестационному возрасту, имея точные акушерские данные. Использовались 6 критериев физической зрелости (исчерченность стоп, диаметр сосков, лануго, развитие хрящевой ткани, ушных раковин, морфо-функциональная зрелость гениталий в зависимости от пола ребенка) и 6 критериев нервно-мышечной зрелости, которые характеризуют мышечный тонус и объем спонтанной двигательной активности. Каждый критерий оценивался по балльной системе (от 1 до 5 баллов). Соответственно оценкам в баллах у новорожденного подбирался определенный его данным гестационный возраст по специальной таблице.

Анализ исследования показал, что в основной группе, где беременность осложнилась преэклампсией, более половины детей (52%) родились с несоответствием своему сроку гестации, с признаками морфо-функциональной и нервно-психической незрелости, с низкой оценкой по шкале Балларда, что явилось фактором риска по рождению этих детей в асфиксии и в дальнейшем срыва в раннем периоде адаптации. Преждевременно родившихся в этой группе оказалось 31 (31%), а в срок родившиеся составили всего 17% – 7 новорожденных, по отношению к контрольной группе, где всего 2 детей (10%) родились со ЗВУР и 6 детей (30%) преждевременно родившиеся. Остальные 12 (60%) детей соответствовали сроку гестации по своим морфологическим и нервно-психическим признакам.

Ранний неонатальный период новорожденных от матерей, перенесших преэклампсию, протекал с синдромами нарушения функций ЦНС в виде гипервозбудимости, внутричерепной гипертензии, угнетения, судорожного синдрома и мозговой комы, что имело место в 52% случаев. Ведущим явился синдром внутричерепной гипертензии – 43%. Признаки внутриутробной инфекции были выявлены у 6 (24%) детей. Каждый пятый новорожденный (21%) переведен на второй этап выхаживания.

Заклучение

Таким образом, преэклампсия во время беременности женщины является фактором высокого риска неблагоприятного исхода для новорожденных в виде рождения с ЗВУР, в асфиксии и с нарушением функции ЦНС. Также она провоцирует несоответствие физических данных своему сроку гестации. В дальнейшем по мере онтогенеза после рождения дети были подвержены физическому и психомоторному отставанию.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Неонатология: практические рекомендации / под ред. Райнхарда Рооза, Орсолягенцеля Боровичени, Ганса Прокитте. М.: Медлит, 2013. 568 с.
2. Пальчик А.Б., Шабалов Н.П. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных. СПб.: Питер, 2013. 219 с.
3. Физиологические аспекты и стандарты выхаживания недоношенных детей (части I и II): учебно-методическое пособие / под редакцией Шабалова Н.П. М., 2015. 95 с.
4. Неонатология: национальное руководство. Краткое издание/ под ред. Н.Н. Володина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 896 с.

RESERENSES

1. Rooz R., Borovicheni O., Prokittle G. *Neonatologiya: prakticheskie rekomendatsii* [Neonatology: recommendations for action]. Moscow, Medlit Publ., 2013. 568 p.
2. Palchik A. B., Shabalov N. P. *Gipoksicheski-ishemicheskaya entsefalopatiya novorozhdennykh* [Hypoxic-ischemic encephalopathy of newborns]. St. Petersburg, Piter Publ., 2013. 219 p.
3. Shabalov N. P. *Fiziologicheskie aspekty I standarty vykhazhivaniya nedonoshennykh detey (chasti I I II): uchebno-metodicheskoe posobie* [Physiological aspects and standards of care of premature children (parts I and II): educational and methodical manual]. 2015. 95 p.
4. Volodin N. N. *Neonatologiya: natsionalnoe rukovodstvo. Kratkoe izdanie* [Neonatology: national leadership. Short edition]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2013. 896 p.

Сведения об авторах:

Саидмуродова Раъно Хабибуловна – доцент кафедры неонатологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

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

Вафоева Ольга Геннадьевна – врач-ординатор РД №3 г. Душанбе

Зарипова Мавджуда Джангиевна – клинический ординатор кафедры неонатологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Контактная информация:

Саидмуродова Раъно Хабибуловна – тел.: +992 937778040; e-mail: rsaidmuradova57@mail.ru

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

© Коллектив авторов, 2018

УДК 616.34-007.43-031:611.981-089:930.24

Белоконев В.И., Жаров А.В., Пономарева Ю.В.

БЕДРЕННАЯ ГРЫЖА – ИСТОРИЧЕСКИЙ ОБЗОР ТЕХНИКИ ОПЕРАЦИЙ

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Belokonev V.I., Zharov A.V., Ponomareva J.V.

FEMORAL HERNIA – HISTORICAL REVIEW OF OPERATIVE TECHNIQUES

FGBOU VO "Samara State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation

Аннотация

В структуре патологии бедренная грыжа занимает особое место. Наиболее полное историческое описание способов закрытия бедренного канала представлено в монографии М.В.Дунье (1939). Значение этой работы огромно, так как автор собрал и описал 57 вариантов операций за период с 1834 по 1935 годы, которые были использованы при лечении бедренной грыжи. Анализ представленного в монографии материала показывает, что вмешательства выполнялись либо бедренным по Bassini, либо паховыми доступами Ruggi-Parlavescchio способами. При этом для закрытия собственно бедренного канала использовались разные приемы.

В статье приведены систематизированные данные по принципам, заложенным в каждом способе пластики у пациентов с бедренной грыжей, рассмотрены известные и новые варианты операций, которые используются в настоящее время и включены в перечень разрабатываемых клинических рекомендаций.

Ключевые слова: бедренная грыжа, исторический обзор, техника операций

Femoral hernia has a special place in the structure of disorders. The most complete historical review of methods of femoral channel closure is represented in monograph of M.V. Dunie (1939). The significance of this work is great; during the period from 1834 till 1935 the author collected and described 57 different methods of operations, which were used in femoral hernia treatment. The analysis of the material presented in the monograph shows that interventions were made either with the femoral approach in Bassini operation or with the inguinal approach in Ruggi-Parlavescchio operation. Different methods were also used for the femoral channel closure.

In this article systematized information about principles of each method in femoral hernia reconstruction is presented. Well-known and recent methods of operation techniques, which are used nowadays and are included in the list of clinical recommendations, are reviewed.

Key words: femoral hernia, historical review, operation technique

Операции при бедренной грыже относятся к наиболее сложным хирургическим вмешательствам [12, 14, 16, 17], что обусловлено особенностями строения формирующегося при этом бедренного канала. Его малые размеры, имеющие форму щели между паховой связкой и лонной костью, прикрытой Купферовской или лобковой связкой, влагалитцем бедренной вены и

лакунарной связкой, создают предпосылки для возможных осложнений как на этапе выделения грыжевого мешка, так и пластического закрытия бедренного канала [6, 7, 10, 11].

Наиболее полное историческое описание способов закрытия бедренного канала представлено в монографии М.В. Дунье (1939) [4]. Значение этой работы огромно, так как ав-

тор собрал и описал 57 вариантов операций за период с 1834 по 1935 годы, которые были использованы при лечении бедренной грыжи. Анализ представленного в монографии материала показывает, что вмешательства выполнялись либо бедренным по Bassini (1894) [цит. по 4], либо паховыми доступами Ruggi (1892) - Parlavecchio (1892) [цит. по 4] способами. При этом для закрытия собственно бедренного канала использовались разные приемы. Наиболее часто его закрывали с помощью швов, наложенных между паховой и Купферовской связками, сужающих пространство, через которое выходит грыжевой мешок. При этом для более надежного закрытия бедренного канала в швы захватывались внутренняя косая и поперечная мышцы пахового канала, апоневроз влагалища прямой мышцы живота после его рассечения послабляющими разрезами.

Для закрытия бедренного канала применяли фасциально-мышечный-надкостничный лоскут, выкроенный на гребешке лобковой кости, который подшивали к пупартовой связке (Ferrari, 1883; Mikulicz, 1904) [цит. по 4]. Предпринимались попытки обтурации грыжевых ворот фрагментом декальцинированной кости (Triaz, 1893) [цит. по 4], длинной приводящей мышцей бедра (Schwazz, 1892) [цит. по 4], лоскутом гребешковой мышцы (Watson Cheyne, 1892) [цит. по 4], сухожилием длинной головки разгибателя голени (Poulet, 1896) [цит. по 4], лоскутом из подвздошно-гребенчатой фасции (Mayo, 1899) [цит. по 4], портняжной мышцей (Polya, 1906) [цит. по 4]. Сужения бедренного пытались добиться путем прикрепления паховой связки U-образным гвоздем к лобковой кости (Rous, 1900) [цит. по 4], лентой из наружной косой мышцы живота (Микули, 1925; Чалусов, 1925) [цит. по 4]. Безусловно, что многие из вышеописанных предложений лечения бедренной грыжи имеют лишь исторический интерес, но их значение состоит в том, что на протяжении длительного периода времени происходил поиск решения задачи, направленной на закрытие бедренного канала тем или иным способом.

Из описанных в тот период способов операций в руководствах настоящего времени рекомендуются следующие вмешательства. При операциях, выполняемых бедренным доступом, это операции: способ Bassini, при котором паховый канал закрывается путем наложения 3-4 швов между медиальным участком паховой связки лонной связкой;

способ Fabriciusa, когда грыжевые ворота закрывают путем сшивания пупартовой связки с гребешковой фасцией с захватом гребешковой мышцы; способ Salzera, при котором грыжевые ворота закрывают лоскутом на ножке из апоневроза m.pectinealis; способ Lichtensteina (1987) [17], при котором бедренный канал закрывается с помощью обтурирующего эксплантата; способ Benhavida (1987), при котором канал бедренной грыжи закрывают при помощи протеза в виде зонтика.

При вмешательствах паховым доступом рекомендуют следующие операции. Способ Ruggi-Parlavecchio, когда поле мобилизации, выделения и обработки грыжевого мешка со стороны пахового канала, освобождают лонную, лакунарную и паховую связки, а также влагалище бедренной вены. Бедренный канал закрывают путем наложения швов между паховой и лонной связками. Способ Lotheissen-MkVay – послойная пластика бедренного канала. Поле вскрытия пахового канала рассекают поперечную фасцию и нижний ее листок иссекают до гребешковой связки, обнажая при этом влагалище бедренной и подвздошной вены. Вначале бедренный канал закрывают путем наложения швов между апоневрозом поперечной мышцы живота вместе с верхним листком поперечной фасции, сохраняя при этом свободным ее край, к связке Купера и медиальному краю вскрытого футляра бедренных сосудов. Затем поверх узловыми швами подшивают свободный край поперечной фасции к паховой связке, формируя при этом латерально внутреннее паховое кольцо. Для уменьшения натяжения в надлобковой области рассекают передний листок влагалища прямой мышцы живота. Послабляющие разрезы апоневроза можно выполнять разной длины и в разных направлениях.

Предбрюшинный доступ при бедренных грыжах был описан А.Неру в 1951 году и внедрен в практику L. M. Nyhus в 1951 году [17]. Такой вариант операции стал основой для эндоскопических технологий грыжесечения при паховых и бедренных грыжах.

Способ Rives (RivesJ., 1967) относится к ненапряжным протезирующим способам пластики бедренного канала, который выполняется паховым доступом. Этапы подхода к бедренной грыже, выделение и обработка грыжевого мешка соответствуют способу Ruggi-Parlavecchio, однако, затем по всей длине задней стенки пахового канала продольно рассекается поперечная

фасция, которая тупо отделяется от париетальной брюшины до запирающего отверстия и *arcusaroneuroticus*. Затем синтетический протез прямоугольной формы размером 10 × 15 см с продольным разрезом по латеральному краю для формирования окна Кукса, через которое будет выходить семенной канатик, предварительно сложив его по нижнему контуру для формирования складки шириной до 3 см, подшивают по ней к гребешковой связке отдельными узловыми швами. После этого нижний край протеза разворачивают на 180 градусов и помещают в предбрюшинное пространство позади лобковой кости, а верхнюю его часть располагают в предбрюшинном пространстве позади поперечной мышцы и фиксируют сквозными П-образными швами к мышцам брюшной стенки, создавая таким образом прочную стенку пахового канала, закрывающую медиальную и латеральную ямки – места выхода прямой и косой грыжи, а так же вход в бедренный канал. Семенной канатик укладывается на протез и над ним сшиваются края апоневроза наружной косой мышцы живота – передней стенки пахового канала с формированием медиально наружного отверстия, через которое семенной канатик опускается в мошонку [5].

В Национальном руководстве по «Абдоминальной хирургии» под редакцией академиков И.И.Затевахина, А.И.Кириенко, В.А.Кубышкина в разделе «Наружные брюшные грыжи» его автор А.М. Шулуто (2016) [13] описывает и рекомендует для лечения бедренной грыжи способы Fabriciusa, Bassini, Ruggi-Parlavecchio, Rives.

Из описания всех вышеперечисленных операций при определении к ним показаний нет конкретных указаний на возможности их применения в зависимости от состояния тканей в зоне пахового и бедренного канала, что имеет важное значение для достижения результата [1, 3-7]. Проведенные нами исследования основаны на анализе лечения 137 пациентов с бедренной грыжей, из которых 85 (62%) были оперированы в экстренном, а 52 (38%) – в плановом порядке. У 14 (10,2%) из них во время операции было обнаружено полное разрушение надкостницы лонной кости и надлонной связки, что не позволило применить для закрытия бедренного канала способ Руджи-Парлавеччио. Это послужило мотивацией для поиска и разработки способа, направленного на преодоление возникающих при выполнении операции

проблем, обусловленных разрушением тканей в зоне бедренного канала. Так был разработан способ лечения бедренной грыжи (патент на изобретение №2445002) [8, 9]. Суть предлагаемой операции состоит в том, после грыжесечения бедренной грыжи паховым доступом бедренный канал закрывают, а паховый канал укрепляют с помощью протеза, имеющего не классическую овальную, а дополненную по нижнему контуру выступом форму. Размещая протез позади лонной кости, с помощью его вход в бедренный канал перекрывается без натяжения тканей, исключая при этом возможную компрессию бедренных сосудов. Схема этапов операции и устройство, с помощью которого за лонную кость проводятся лигатуры, фиксирующие протез, представлены на рисунках 1, 2, 3, 4, 5, 6.



Рис. 1. Схематическое изображение бедренной грыжи

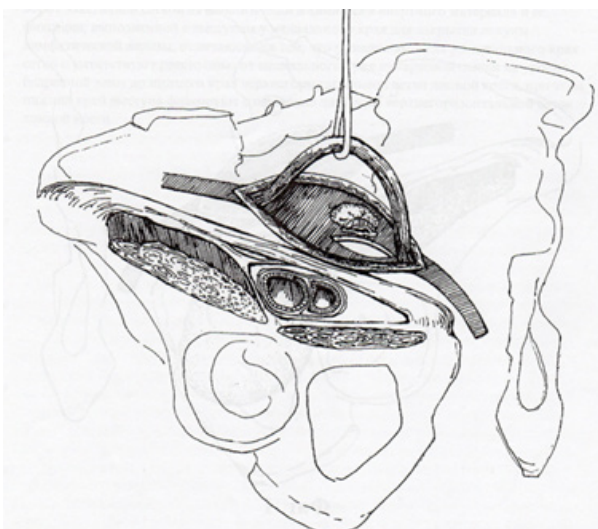


Рис. 2. Схема этапа выделения и обработки грыжевого мешка при бедренной грыже паховым доступом

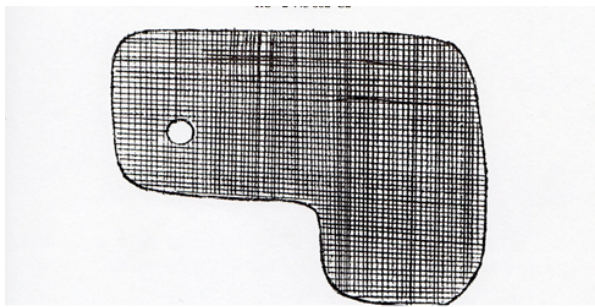


Рис. 3. Форма протеза для закрытия канала бедренной грыжи

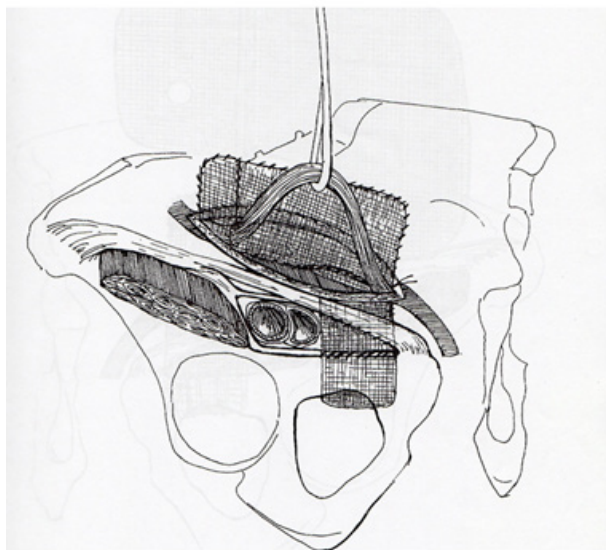


Рис. 4. Схема расположения протеза для закрытия внутреннего отверстия канала при бедренной грыже

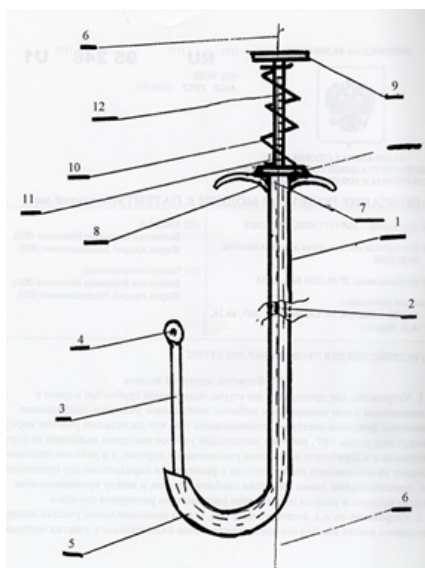


Рис. 5. Схема устройства (Патент на полезную модель № 95248) [19] для безопасного проведения лигатуры позади лонной кости при фиксации протеза во время операции по поводу бедренной грыжи

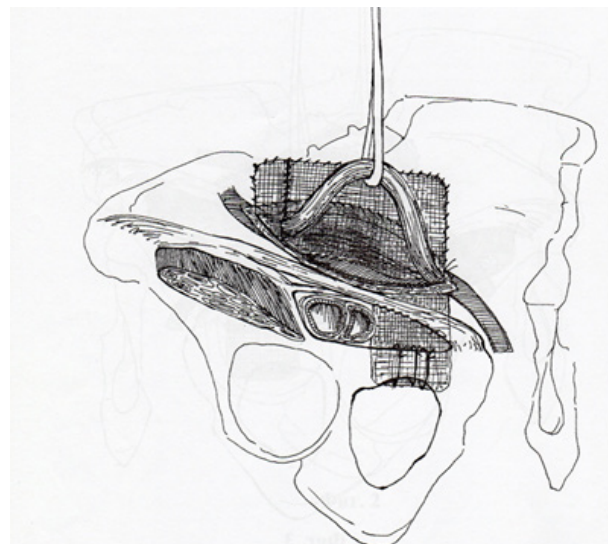


Рис. 6. Схема завершённого этапа протезирующей ненапряжной пластики бедренного канала (патент на изобретение №2445002)

Выводы

1. При выполнении операций у пациентов с бедренной грыжей при выборе способа пластики следует учитывать морфологические изменения в зоне бедренного канала.

2. При длительном анамнезе бедренной грыжи происходит атрофия надкостницы лонной кости и надлонной связки (связки Купера), что исключает пластическое закрытие бедренного канала как бедренным, так и паховым доступами традиционными способами.

3. Больным с длительным анамнезом бедренной грыжи показано грыжесечение паховым доступом с использованием протеза сложной формы, располагаемого предбрюшинно, прикрывающего внутреннее отверстие бедренного канала.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 14-17 см. в REFERENCES)

1. Абоев А.С. Реконструкция брюшной стенки при грыжах паховой области. Владикавказ: Полиграф. предприятие им. В.Гассиева, 2011. 188 с.

2. Винник Ю.С., Петрушко С.И., Горбунов Н.С., Миллер С.В., Войтив Ю.Я. Хирургия грыж передней брюшной стенки. Красноярск: Поликом, 2008. 396 с.

3. Власов В.В., Микитюк С.Р., Суходолов А.И., Гайда М.С., Латинский Э.В., Грешило А.А. Новые подходы в лечении бедренной грыжи // Герниология. 2006. № 11(3). С. 12 – 13.

4. Дунье М.В. Оценка некоторых способов грыжесечений на основании обследованных отдаленных

результатов 1144 операций грыж. Витебск: Издание Витебского мединститута, 1939. 180 с.

5. Егиев В.Н., Лядов К.В., Воскресенский П.К., Рудакова М.Н., Чижов Д.В., Шурыгин С.Н. Атлас оперативной хирургии грыж. М.: Медпрактика, 2003. 228 с.

6. Жебровский В.В., Ильченко Ф.Н. Атлас операций при грыжах живота. Симферополь, 2004. С. 135-137.

7. Крымов А.П. Брюшные грыжи. Киев: Медицина, 1950. С. 271-279.

8. Патент на изобретение №2445002, Российская Федерация, МПК А61В 17/00. Способ лечения паховых и бедренных грыж / В.И. Белоконев, А.В. Вавилов, А.В. Жаров, Ю.В. Пономарева, А.Г. Нагога. Заявка №2009121928/14, 08.06.2009; опубл.20.03.2012 Бюл. №8.

9. Патент на полезную модель №95248, Российская Федерация, МПК А61В 17/12. Устройство для проведения лигатуры / В.И. Белоконев, А.В. Жаров. Заявка №2009117136/22, 05.05.2009; опубл.27.06.2010 Бюл. №18.

10. Просяный Э.В. Бедренные грыжи после паховой герниопластики // Хирургия. 1989. № 2. С. 66-68.

11. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи брюшной стенки. М.: Медицина, 1990.

12. Федосеев А.В., Леонченко С.В., Муравьев С.Ю., Фабер С.Ю. Перспективы urgentной хирургии ущемлённых паховых и бедренных грыж // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2007. Т. 29. С. 165-168.

13. Шулутко А.М. Бедренные грыжи. В кн.: Абдоминальная хирургия. Национальное руководство: краткое издание / под ред. И.И. Затевахиной, А.И. Кириенко, В.А. Кубышкина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. С. 775-777.

RESERENSES

1. Aboev A. S. *Rekonstruktsiya bryushnoy stenki pri gryzhakh pakhovoy oblasti* [Reconstruction of the abdominal wall in hernias of the inguinal region]. Vladikavkaz, Poligraf. predpriyatie im. V. Gassieva Publ., 2011. 188 p.

2. Vinnik Yu. S., Petrushko S. I., Gorbunov N. S., Miller S. V., Voytiv Yu. Ya. *Khirurgiya gryzh peredney bryushnoy stenki* [Surgery of anterior abdominal wall hernias]. Krasnoyarsk: Polikom, 2008. 396 s.

3. Vlasov V. V., Mikityuk S. R., Sukhodolov A. I., Gayda M. S., Latinskiy E. V., Greshilo A. A. *Novye podkhody v lechenii bedrennoy gryzhi* [New approaches in treatment of femoral hernia]. *Gerniologiya – Herniology*, 2006, No. 11(3), pp. 12-13.

4. Dune M. V. *Otsenka nekotorykh sposobov gryzhesecheniy na osnovanii obsledovannykh otdalennykh rezul'tatov 1144 operatsiy gryzh* [Evaluation of some methods of hernias on the basis of the examined long-term results of 1144 hernia operations]. Vitebsk, Izdanie Vitebskogo medinstituta Publ., 1939. 180 p.

5. Egiev V. N., Lyadov K. V., Voskresenskiy P. K., Rudakova M. N., Chizhov D. V., Shurygin S. N. *Atlas operativnoy khirurgii gryzh* [Atlas of operative surgery of hernias]. Moscow, Medpraktika Publ., 2003. 228 p.

6. Zhebrovskiy V. V., Ilchenko F. N. *Atlas operatsiy pri gryzhakh zhivota* [Atlas operations for hernias of the abdomen]. Simferopol, 2004. pp. 135-137.

7. Krymov A. P. *Bryushnye gryzhi* [Abdominal hernia]. Kiev, Meditsina Publ., 1950. 271-279 p.

8. Belokonev V. I., Vavilov A. V., Zharov A. V., Ponomareva Yu. V., Nagoga A. G. *Patent na izobretenie №2445002, Rossiyskaya Federatsiya, MPK A61V 17/00. Sposob lecheniya pakhovoykh i bedrennykh gryzh*. Zayavka №2009121928/14, 08.06.2009; opubl.20.03.2012 Byul. No. 8.

9. Belokonev V. I., Zharov A. V. *Patent na poleznuyu model №95248, Rossiyskaya Federatsiya, MPK A61V 17/12. Ustroystvo dlya provedeniya ligatury*. Zayavka №2009117136/22, 05.05.2009; opubl.27.06.2010 Byul. №18.

10. Prosyanyy E. V. *Bedrennye gryzhi posle pakhovoy gernioplastiki* [Femoral hernias after inguinal hernioplasty]. *Khirurgiya – Surgery*, 1989. No. 2, pp. 66-68.

11. Toskin K. D., Zhebrovskiy V. V. *Gryzhi bryushnoy stenki* [Abdominal wall hernias]. Moscow, Meditsina Publ., 1990.

12. Fedoseev A. V., Leonchenko S. V., Muravev S. Yu., Faber S. Yu. *Perspektivy urgentnoy khirurgii ushchemlennykh pakhovoykh i bedrennykh gryzh* [Prospects for urgent surgery of strangulated inguinal and femoral hernias]. *Nauchno-meditsinskiy vestnik Tsentralnogo Chernozemya – Scientific and medical Bulletin Of the Central black earth region*, 2007, Vol. 29, pp. 165-168.

13. Zatevakhina I. I., Kirienko A. I., Kubyshkina V. A., Shulutko A. M. *Bedrennye gryzhi. V knige: Abdominalnaya khirurgiya. Natsionalnoe rukovodstvo: kratkoe izdanie* [Abdominal surgery. National guide: summary]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2016. Pp. 775-777.

14. Brittenden J., Heys S. D., Eremin O. *Femoral hernia: mortality and morbidity following elective and emergency surgery*. *J. R. Coll. Surg. Edinb.*, 1991, Vol. 36, pp. 86-88.

15. Lichtenstein I.L., Shulman A.G., Amid P.K., Montllor M.M. *The tension free hernioplast*. *Am. J. Surg.*, 1989, Vol. 157, pp. 188-193.

16. McVay C. B., Savage L. E. *Etiology of femoral hernia*. *Ann.Surg.*, 1961, Vol. 25, pp. 154.

17. Nyhus L. M. *Individualization of hernia repair: a new era*. *Surgery*, 1993, Vol. 114, pp. 102.

Сведения об авторах:

Белоконев Владимир Иванович – зав. кафедрой хирургических болезней №2 ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава РФ, д.м.н., профессор

Жаров Андрей Владиславович – заочный аспирант кафедры хирургических болезней 2 ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава РФ, врач-хирург ФГБУЗ ВО СГБ №10

Пономарева Юлия Вячеславовна – старший научный сотрудник ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава РФ Института экспериментальной медицины и биотехнологий, к.м.н.

Контактная информация:

Белоконев Владимир Иванович – тел.: +79276061983; e-mail: belokonev63@yandex.ru

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

© Коллектив авторов, 2018

УДК 616.314-08:616

¹Амхадов И.С., ¹Гергиева Т.Ф., ²Брайловская Т.В.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ СИНУС-ЛИФТИНГ С ПОМОЩЬЮ РЕЗОРБИРУЕМОЙ МЕМБРАНЫ И ПИНОВ

¹Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»
²ЦНИИС и ЧЛХ Министерства здравоохранения Российской Федерации

¹Amkhadov I.S., ¹Gergieva T.F., ²Brailovskaya T.V.

PARTICULARITIES OF UNDERTAKING THE OPERATION OF SINUS-LIFTING BY RESORBED MEMBRANE AND PINE

¹State budgetary institution of the public health of the Moscow area «Moscow regional research clinical institute after M.F. Vladimirskov»
²Central research institute of dentistry and maxilla-facial surgery of the Ministry public health of Russian Federation

Цель исследования. Изучение эффективности резорбируемой технологии и пинов при проведении синус-лифтинга.

Материал и методы. В исследовании представлен клинический случай по предложенной авторами методике проведения операции синус-лифтинг у пациентов с ранее проведенными хирургическими вмешательствами в области верхнечелюстной пазухи.

Результаты исследования. Проведение операции синус-лифтинг с помощью резорбируемой мембраной из полимолочной кислоты и рассасывающихся пинов способствует ускорению процессов регенерации тканей.

Заключение. В ближайшие и отдаленные сроки наблюдения использование биорезорбируемой технологии и пинов проводило к уменьшению количества осложнений, повышая эффективность проводимого хирургического лечения.

Ключевые слова: верхнечелюстная пазуха, синус-лифтинг, резорбируемые технологии

Aim. Study of efficiency the resorbed technologies and pins when undertaking sinus-lifting.

Material and methods. In research present clinical event offered authors the method of the undertaking sinus-lifting operation beside patient with earlier called syrgical interference in the field of sinus maxilla.

Results. Undertaking sinus-lifting operation by means of resorbed membrane and dissolving pins promotes the speedup of the processes of tissue regeneration.

Conclusion. In nearest and remote periods of the observation using of bioresorbed technologies and pins conducted to reduction amount complications, raising efficiency conducted surgical treatment.

Key words: maxillary sinus, sinus-lifting, resorbable technology

Актуальность

За последние годы накоплен богатый клинический опыт лечения верхнечелюстных синуситов, появились новые исследования патологии анатомии носа и околоносовых пазух (ОНП), предложен ряд модифицированных методик лечения данного забо-

левания, однако число пациентов с заболеваниями верхнечелюстных пазух (ВЧП) не уменьшается [1, 3].

В остеопластической хирургии околоносовых пазух накоплен большой опыт и получены положительные результаты. Однако остается большой процент послеопераци-

онных осложнений, особенно у пациентов с воспалительными заболеваниями. Анализ научной литературы последних лет показывает, что актуальными остаются вопросы лечения больных с воспалительными заболеваниями ВЧП и поиска новых материалов и методик, направленных на закрытие дефекта передних стенок ОНП [2].

Материал и методы исследований

В исследовании участвовали 25 пациентов. Для пластики костного окна использовались биорезорбируемая мембрана и пины на основе полимолочной кислоты. Полимолочная кислота, или полиамид (ПЛА), относится к алифатическим полимерам и представляет собой прозрачный хрупкий бесцветный термопластик. Приблизительное время резорбции для ПЛА от 18 до 36 месяцев. Пины прочно удерживаются как в кортикальной, так и в губчатой кости. Также преимуществом рассасывающихся пинов является их мобильность: они достаточно легко приспособляемы и могут быть размещены даже в узких местах и в сложных анатомических условиях.

Проведено предоперационное обследование, включающее сбор анамнеза, ортопантомографию, компьютерную томографию челюстей, анализ крови. Всем пациентам перед операцией провели санацию полости рта и профессиональную гигиену.

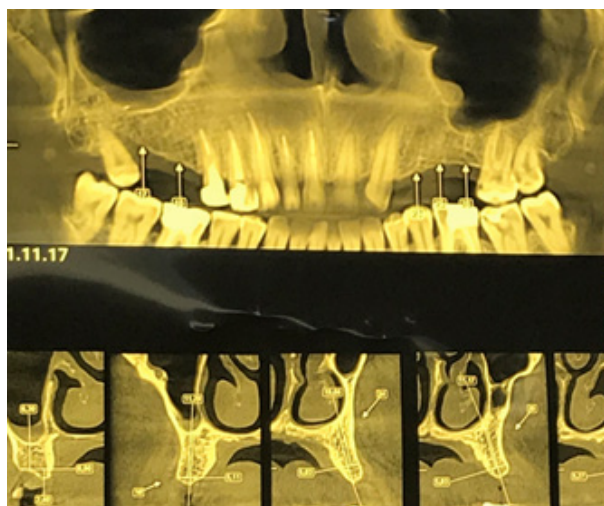
Результаты и их обсуждение

Использование биорезорбируемой мембраны и пинов на основе полимолочной кислоты при проведении пластики костного окна имплантационного участка минимизирует и укорачивает период послеоперационного воспаления и стимулирует эпителизацию и васкуляризацию поврежденных мягких тканей вокруг имплантата. Следовательно, использование биорезорбируемой технологии при проведении синус-лифтинга облегчает быстрое восстановление адекватной периимплантатной манжеты. Кроме того, раннее окончание воспалительного процесса и начало структурного ремоделирования костного окна имплантационного участка минимизируют формирование рубцовой ткани, что сопровождается лучшим эстетическим результатом.

Клинический случай

Пациентка М. Обратилась с жалобами на отсутствие зубов и дискомфорт при жевании. Со слов пациентки, зубы 1.6, 1.7, 2.4, 2.5, 2.6 утрачены более года назад (рис. 1). Также в анамнезе прослеживается хронический синусит. В области ВЧП слева ранее

проводилась хирургическая манипуляция в ЛОР-отделении: гайморотомия по Колдуэллу-Люку. После изучения жалоб, анамнеза и КТ-исследования было принято решение о проведении синус-лифтинга слева с одномоментной дентальной имплантацией в проекции отсутствующих зубов 2.4, 2.5, 2.6.



После проведения местной анестезии по вершине альвеолярного гребня в проекции отсутствующих зубов 2.4, 2.5, 2.6 произведен разрез и сформированы вначале слизисто-надкостничный лоскут, затем костное «окно» для поднятия Шнейдеровой мембраны, сформированы костные ложа для дентальных имплантатов (рис. 2). Вокруг костного «окна», до момента отслаивания, были установлены пины из полимолочной кислоты с помощью специального ультразвукового аппарата.

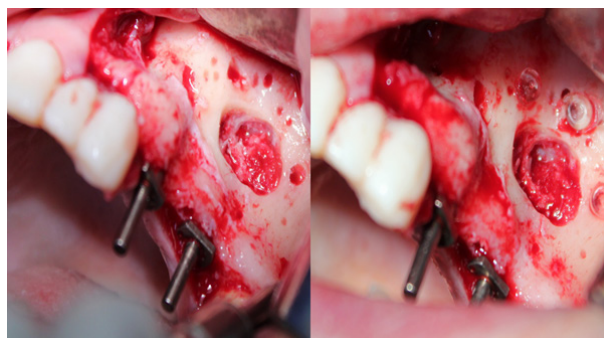


Рис. 2. Формирование костного «окна» при операции синус-лифтинг и установка пинов из полимолочной кислоты вокруг сформированного костного «окна»

После успешного проведения этапов синус-лифтинга установлены дентальные имплантаты. Края резорбируемой мембраны смоделированы ножницами соответственно параметрам дефекта. Область костного «окна» заполнена костнопластическим материалом (рис. 3).

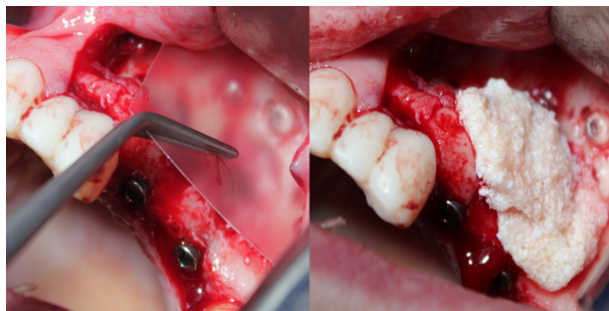


Рис. 3. Примерка резорбируемой мембраны и моделирование под параметры дефекта

Резорбируемая мембрана фиксируется к ранее установленным пинам с помощью ультразвукового наконечника. Слизисто-надкостничный лоскут уложен на место, фиксирован швами «Викрил» 5,0. (рис. 4).



Рис. 4. Момент ушивания слизисто-надкостничного лоскута

Таким образом, проведение операции синус-лифтинга с помощью резорбируемой мембраной из полимолочной кислоты и рассасывающихся пинов имеет ряд существенных преимуществ: максимальная фиксация пина в кости за счет проникновения в микропоры и адгезии; максимальная стабильность системы «пластина-пин» за счет прочной адгезии головки пина и пластины (реализация принципа угловой стабильности); надежная фиксация даже в очень тонких костях за счет формирования заклепки на противоположной стороне кости; простота применения (не требуется нарезания резьбы, только высверливание отверстия); быстрота установки - суммарное время высверливания и установки пина составляет 10-15 секунд.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Амхадова М.А., Герасименко М.Ю., Гаджиев Р.С. Флюктуофорез мексидола при лечении синусов, развившихся после синус-лифтинга // Физиотерапия, бальнеология и курортология. 2014. № 2. С. 28-34.

2. Амхадова М.А., Егоров В.И., Гергиева Т.Ф., Марченко А.С. Взаимосвязь развития синусита при операции синус-лифтинг у пациентов после ранее проведенного хирургического вмешательства в области верхнечелюстной пазухи (ретроспективный анализ) // Российская оториноларингология. 2017. №7. С. 28-32.

3. Даминов Р.О. Воспаление верхнечелюстной пазухи после операции дентальной имплантации и синус-лифтинга // Стоматология. 2010. №5. С. 59-62.

RESERENSES

1. Amkhadova M. A., Gerasimenko M. Yu., Gadzhiev R. S. Flyuktuoforez meksidola pri lechenii sinusov, razvivshikhsya posle sinus-liftinga [Flyuktuoforez Mexidol in the treatment of sinusitis, which developed after the sinus lift]. *Fizioterapiya, balneologiya i kurortologiya – Physiotherapy, balneology and balneology*, 2014, No. 2, pp. 28-34.

2. Amkhadova M. A., Egorov V. I., Gergieva T. F., Marchenko A. S. Vzaimosvyaz razvitiya sinusita pri operatsii sinus-lifting u patsientov posle ranee provedennogo khirurgicheskogo vmeshatelstva v oblasti verkhnechelyustnoy pazukhi (retrospektivnyy analiz) [Relationship between the development of sinusitis in sinus-lifting surgery in patients after previous surgery in the maxillary sinus (retrospective analysis)]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya - Russian otorhinolaryngology*, 2017, No. 7, pp. 28-32.

3. Daminov R. O. Vospalenie verkhnechelyustnoy pazukhi posle operatsii dentalnoy implantatsii i sinus-liftinga [Inflammation of the maxillary sinus after dental implantation and sinus lifting]. *Stomatologiya - Dentistry*, 2010, No. 5, pp. 59-62.

Сведения об авторах:

Амхадов Ислам Султанович – аспирант МОНИКИ
Гергиева Тамара Феликсовна – аспирант МОНИКИ
Брайловская Татьяна Владиславовна – ЦНИИС и ЧЛХ МЗ РФ, д.м.н.

Контактная информация:

Гергиева Тамара Феликсовна – тел.: +7 968-296-63-53



**КОДИРИ
ТАВФИК РАФИКЗОДА
(к 70-летию со дня рождения)**

Кодири Т.Р. родился в 1948 году в городе Ленанабад (ныне Худжанд) Таджикской ССР. В 1965 году окончил среднюю школу № 6 Худжанда с золотой медалью, в 1971 году – с отличием лечебный факультет Таджикского государственного медицинского института имени Абуали ибн Сино в городе Душанбе. Был оставлен в клинической ординатуре при кафедре урологии ТГМИ (1971-1973). С 1973 года работал врачом-урологом Республиканской клинической больницы №3. В 1976 году перешел ассистентом на кафедру урологии ТГМИ, с 1987 года был доцентом названной кафедры. С 1994 года являлся профессором, с 1995 года – заведующим кафедрой урологии ТГМУ. С 1998 года являлся заведующим кафедрой урологии (с 2003 года – кафедра урологии и андрологии) Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров (ТИП-ПМК), с июня 2008 года – на должности профессора

этой кафедры. Кроме педагогической и лечебной работы одновременно работал на должностях председателя профкома ТГМИ (1977-1981), проректора по международным связям ТГМИ (1986-1990), проректора по воспитательной и лечебной работе ТГМУ (1994-1995), директора Худжандского филиала ТИППМК (2008-2009). В 1993-2008 гг. – член и ответственный секретарь научного журнала «Здравоохранение Таджикистана», в 1995-2008 гг. – Главный уролог Министерства здравоохранения РТ, в 1999-2002 гг. – председатель Общества урологов Душанбе, в 2003-2008 гг. – президент и председатель Правления Ассоциации урологов Таджикистана. С 2003 года – председатель Международной благотворительной организации «Офият». С 2009 г. – председатель Общества урологов и андрологов Согдийской области РТ, с 2014 г. – главный уролог Управления здравоохранения Согдийской области РТ.

Будучи еще практическим врачом, одновременно работал над кандидатской диссертацией, которую успешно защитил в Киевском НИИ урологии и нефрологии в 1983 году на тему: «Функциональная способность почек у больных уролитиазом до и после оперативных вмешательств в условиях жаркого климата», которая в НИИ в течение 10 лет считалась лучшей защитой. Десятилетие кропотливых клинических и экспериментальных исследований на базе Таджикского (Душанбе) и Днепропетровского (Украина) медицинских институтов завершилась блестящей защитой докторской диссертации «Патогенез и пути оптимизации лечения нефроуретеролитиаза единственной почки» в стенах Украинского НИИ урологии и нефрологии в 1993 году. Цикл работ в 70-е и начале 80-х годов прошлого столетия имел важное научное значение и был новым в проблеме адаптации человека к экстремальным условиям. Автором впервые выявлены новые компенсаторные механизмы поддержания гомеостаза, которые появлялись у больных при воздействии высокой внешней температуры и отсутствовали у здоровых лиц; были уточнены критерии стадий хронической почечной недостаточности (ХПН) в условиях жаркого климата и предложена сезонная классификация ХПН; предложена новая методика коррекции послеоперационных водно-электролитных нарушений в жаркое полугодие.

Будучи уверенным в том, что открытия могут быть на стыке различных наук, используя и адаптируя методы физики твердого тела, механики, гидравлики, акустики в медицинские исследования, Кодири Т.Р. впервые в мировой практике изучил физико-технические свойства мочевых конкрементов и механизмы их разрушения, что дало возможность предложить усовершенствованные методы дистанционной литотрипсии и конструкции контактных литотрипторов. На основании морфофункциональных и ультраструктурных исследований при моделировании уролитиаза у животных раскрыты новые механизмы в патогенезе мочекаменной болезни, предложена принципиально новая оригинальная этиопатогенетическая классификация нефролитиаза. Впервые в мировой практике выявлен новый феномен, которому Кодири Т.Р. и

соавторы дали название «перикапсулярные лимфокапилляры». Изучение психического статуса больных и экспериментальные нейрхимические исследования мозга и почек (впервые в СССР и пространстве СНГ) позволили выдвинуть гипотезу о структурных изменениях отделов ЦНС, как основы психических нарушений. Этим самым впервые сделана смелая попытка изменить подход к психосоматическому пониманию проблемы.

Кодири Т.Р. первый в истории Таджикистана доктор наук по урологии (1993), профессор по урологии (1995), профессор по урологии и андрологии (2004). Один из основоположников научной урологии республики и основоположник службы андрологии Республики Таджикистан. Его научные интересы охватывают проблемы широко распространенной краевой патологии – мочекаменной болезни, пиелонефритов, лексикографии в урологии, андрологии, в последние годы нового направления в медицине – работы с подсознанием. За 40 с лишним лет практической работы лечил и оперировал тысячи больных, «золотые руки» – отзываются о нем. Им предложены модификации ряда оперативных вмешательств при пластических операциях, методы дистанционной и контактной литотрипсии (дробления камней почек), конструкции двух аппаратов для контактного дробления камней, методики консервативного лечения при ряде урологических заболеваний. Его перу принадлежат 467 научных статей, 109 из них публиковались на государственном языке. За рубежом опубликованы 115 работ. Является автором 49 книг по урологии (13 монографий, 3 руководства, 3 курса лекций, 3 словаря, 7 учебных пособий, 9 научных брошюр, 11 учебно-методических и научно-методических рекомендаций), 3 классификаций, 3 научных гипотез, 3 изобретений, 4 оригинальных методик лечения (один – впервые в мировой практике), 1 нового феномена в медицинской мировой практике. Кроме этого опубликованы 108 научно-популярных статей.

За подготовку учебного пособия по урологии на государственном языке стал Лауреатом премии Бунёди Оли Сомон (1995). Первый доклад по урологии из Таджикистана на уровне СССР был сделан им (1990, IV съезд урологов СССР), первая публикация из Таджикистана в журнале «Урология» (1999) принадлежит ему. За последние 10 лет под его руководством защищены 10 кандидатских диссертаций. Трое из его бывших учеников в 2011-2012 гг. за пределами республики защитили докторские диссертации.

Проводит активную учебно-методическую работу: является организатором первого и единственного межвузовского семинара по учебно-методической работе с иностранными студентами в Таджикской ССР (1987), первого семинара среди медицинских вузов республик Средней Азии и Казахстана по внедрению интерактивного метода обучения «Критическое мышление» (2002). Им написан ряд учебных пособий и курсов лекций для студентов медицинского университета и врачей-слушателей последипломного обучения по взрослой урологии и по урологии детского возраста на двух языках. С учетом расширения границ функционирования кафедры, увеличения объема деятельности под руководством профессора Кодири Т.Р. в 2003 году кафедра урологии преобразована в кафедру урологии и андрологии; она была второй подобной кафедрой в пределах СНГ после Санкт-Петербургской.

Кодири Т.Р. всегда был активным общественником, основную работу все годы учебы и работы сочетал с большой организаторской деятельностью и управленческой работой. Будучи членом Ученого совета ТГМИ/ТГМУ, комсомольских и профсоюзных организаций, председателем различных общественных советов, сделал много полезного для общества, развития сектора здравоохранения, медицинского института и укрепления социальной справедливости. Способствовал углублению международных связей Таджикского медицинского института. В сложной военно-политической обстановке на месте оказывал помощь в становлении Балхского медицинского факультета (Афганистан, 1987), внес определенный вклад в деле получения Таджикским госмединститутом международной премии АПН (1990). В сложные и беспокойные для Таджикистана 1995-2000 гг. был депутатом и председателем депутатской комиссии Октябрьского районного Маджлиса народных депутатов города Душанбе и способствовал решению вопросов здравоохранения, народного образования и социальной защиты населения.

Долгие годы на общественных началах являлся членом Ученых советов ТГМИ, ТИППМК и НИИ питания, диссертационных советов при ТГМУ и ТИППМК, председателем Проблемно-экспертной комиссии при ТИППМК, аналогичной комиссии Минздрава РТ, членом Центрального научно-методического совета ТИППМК, Аттестационной комиссии Минздрава РТ, Фармкомитета МЗ РТ, Правления Ассоциации хирургов РТ, Главным урологом Минздрава РТ, затем Управления здравоохранения Согдийской области РТ и др.

Ему всегда поручали сложные и новые участки работы: впервые среди медицинских вузов СССР ему удалось перевести приемные экзамены по биологии на компьютерную основу (1986),

организовывал и руководил отделом международных связей ТГМИ (1985-1990), службой воспитательной работы ТГМУ (1994-1995), Душанбинским обществом урологов (2001-2004), Ассоциацией урологов Таджикистана (2004-2008), Обществом урологов и андрологов Согдийской области (с 2009 года). По его инициативе организованы первые в истории Таджикистана научно-практические конференции урологов в областях (Худжанд, 1997; Куляб, 1999), первая конференция урологов и андрологов Согдийской области с международным участием (2013), первое андрологическое отделение в Душанбе (1995). Впервые организовал Республиканский клинический урологический центр (1998), школу «Молодой педагог» при ТИППМК (2000). Способствовал развитию научного потенциала сектора здравоохранения, будучи председателем вузовской (ТИППМК, 2002-2003), затем Республиканской проблемно-экспертной комиссии по хирургическим дисциплинам (2003-2005).

Известны его заслуги в реализации Закона о языке РТ: по его инициативе в ТГМУ организован первый и единственный среди высших учебных заведений республики отдел по переводу и подготовке медицинской учебной литературы и медицинского наследия на таджикском языке (1992). Будучи председателем Совета по подготовке медицинской учебной литературы в ТГМУ, за короткий период времени (1993-1996) подготовил к печати более 80 наименований учебной литературы на таджикском языке. Уважение к родному языку и культуре подвигло его к составлению и выпуску первого отраслевого русско-таджикского словаря по урологии (1994). В ТИППМК именно его стараниями и трудами были достигнуты заметные достижения в реализации Закона о языке РТ, что было отмечено Комиссией Минобразования РТ при лицензировании и аккредитации ТИППМК (2004). Будучи членом редколлегии (с 1993 года), затем ответственным секретарем (с 1995 года) научного медицинского журнала «Здравоохранение Таджикистана» способствовал появлению, а затем и увеличению количества научных статей на таджикском языке. Неоднократно награжден Почетными грамотами Минздрава, Минобразования, Академии наук и совпрофа Таджикской ССР, значком «Отличник здравоохранения» (1995), медалями «40 лет ТГМИ» (1979) и «50 лет ТГМИ» (1989), «10-летие Вооруженных сил РТ» (2007). Имеет поощрение Президента Республики Таджикистан «За особые заслуги в развитии науки и высшего образования РТ» (1996), в 2002 году награжден Почетным званием «Заслуженный работник Таджикистана».

Кодири Т.Р. пользуется заслуженным авторитетом и уважением среди сотрудников института, врачей и медсестер клиники, больных благодаря высокому профессионализму, эрудиции, трудолюбию, порядочности, человеколюбию, творческому подходу к делу. Он инициативен, принципиален, развито чувство ответственности за порученное дело, строг и требователен к себе и другим. Хороший организатор, обладает реформаторским характером, корректен, имеет чувство сострадания к больным и занимается благотворительностью. Тысячи студентов-медиков, сотни специалистов урологов и андрологов считают его своим Учителем. Отдает всего себя для передачи знаний и практических навыков ученикам и обучающимся врачам. Постоянно подчеркивает, что только врач с глубокими знаниями и клиническим мышлением, хорошим практическим опытом может оказать квалифицированную помощь больным, что будущее медицины требует от врача освоения новых технологий, применения современных методов диагностики и лечения.

Он из тех редких людей, которые являются примером в жизни и работе для сотрудников и учеников. Он полон творческих сил, новых планов, неутомимой энергии, надежд на развитие и дальнейший подъем урологической службы республики, уверенности в победе разума и справедливости в деле процветания родины.

**ГОУ ИПОвСЗ РТ
Управление здравоохранения ИОГВ Согдийской области
Общество урологов и андрологов Согдийской области
поздравляют юбиляра и желают ему здоровья и дальнейших творческих успехов!**