



WWW.TIPRMK.TJ/
JOURNAL



ТИПОГРАФИЯ
ООО «АЗИЯ-ПРИНТ»

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

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

УДК Тадж: 61
№ГР 34-02.1.216 ТЈ

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

Сдано в набор 25.09.2016 г.
Подписано в печать 09.10.2016 г.
Формат 60x84 1/8
Печать офсетная
Усл.печ.л. 7,5 (1+1) + 1 у.п.л. (4+4)
Уч. изд. л. 9,85
Заказ № 703

Подписной индекс для предприятий и организаций: 77719

ISSN 2307-6461

ДУШАНБЕ

Паёми таълимоти баъдидипломии соҳаи тандурустӣ

Вестник последипломного образования
в сфере здравоохранения

Выходит один раз в 3 месяца

Основан в 2011 г.

3 • 2016

Сардабир Н.Д. Мухиддинов – д.и.т.

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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



WWW.TIPPMK.TJ/
JOURNAL



PRINTING HOUSE
«ASIA-PRINT»

Herald of the institute of postgraduate education in health sphere

Every 3 months Journal

Since 2011

3 • 2016

Chief editor N.D. Mukhiddinov
doctor of medical science

MEMBERS OF EDITORIAL BOARD

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

EDITORIAL COUNCIL

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

ISSN 2307-6461
DUSHANBE

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА МЕДИЦИНЫ

THEORY AND PRACTICE OF MEDICINE

Абдуллоев Д.А., Гайратов Т.Г., Холов Б.А.
Пути улучшения результатов лечения больных с ожогами нижних конечностей 5

Артюхов С.В., Мухиддинов Н.Д., Кубачев К.Г., Заркуа Н.Э.
Клинико-статистические группы больных с раковой обтурационной толстокишечной непроходимостью 10

Артюхов С.В., Мухиддинов Н.Д., Кубачев К.Г., Заркуа Н.Э.
Радикальные операции при раке ректосигмоидного отдела и прямой кишки, осложнённом кишечной непроходимостью 15

Кубачев К.Г., Заркуа Н.Э., Мухиддинов Н.Д.
Хирургическая тактика при лечении периапулярного рака, осложненного механической желтухой 20

Мирзоев А.С., Пирмаматов Х.К.
Проблемы устойчивости к противомикробным препаратам и пути их решения в Республике Таджикистан 26

Мухамедов Ш.Ш., Ашуров Г.Г.
Результаты изучения гидродинамики краевого пародонта витальных и девитальных опорных зубов в системе металлокерамической конструкции 31

Нарзулоева М.Ф., Одинаев Ф.И., Шарипов А.А.
Эпидемиологическая оценка бруцеллёза в Республике Таджикистан 34

Нуров Д.И., Исмоилов А.А.
Оценка исходной величины эмалевой резистентности в зависимости от интенсивности кариеса зубов у лиц с отягощенным анамнезом 38

Пиров Б.С., Мухиддинов Н.Д., Калмыков Е.Л., Руммо О.О.
Факторы риска развития хронической почечной недостаточности у родственных доноров почки 43

Расулов Н.А., Курбонов К.М., Назирбоев К.Р.
Трансэнтеральное лазерное облучение зоны сформированных гепатикоюноанастомозов в профилактике рубцовых стриктур 47

Сабуров С.К., Каримов С.М., Таиров У.Т.
Результаты клинико-микробиологической оценки гигиенического состояния полости рта у больных с сопутствующей патологией после протезирования дефектов зубного ряда несъёмными протезами 51

Abdulloev D.A., Gayratov T.G., Kholov B.A.
Ways of improve the treatment results of patients with burns of the lower extremities

Artyukhov S.V., Mukhiddinov N.D., Kubachev K.G, Zarkuya N.E.
Clinical and statistical groups of patients with obturative colonic obstruction cancer

Artyukhov S.V., Mukhiddinov N.D., Kubachev K.G, Zarkuya N.E.
Radical operation in cancer of rectosigmoid and rectum, complicated by intestinal obstruction

Kubachev K.G, Zarkuya N.E., Mukhiddinov N.D.
Surgical tactic in treatment of periampular cancer complicated with obstructive jaundice

Mirzoev A.S., Pirmamadov Kh.K.
Problems of antimicrobial resistance and solutions in the Republic of Tajikistan

Mukhamedov Sh.Sh., Ashurov G.G.
Results of the study of hydrodynamic’s marginal parodont of vitality and devitality supporting teeth in systems of metalceramic designs

Narzuloeva M.F., Odinaev F.I., Sharipov A.A.
Epidemiological evaluation of brucellosis infection in the Republic of Tajikistan

Nurov D.I., Ismoilov A.A.
Evaluation of initial value resistance of the enamel depending on the intensity dental cariesin persons with burdened anamnesis

Pirov B.S., Mukhiddinov N.D., Kalmykov E.L., Rummo O.O.
Risk factors for chronic renal failure in a related donor kidney

Rasulov N.A., Kurbonov K.M., Nazirboev K.R.
Transenteralnoe radiation exposure area formed in prevention gepatikoeyunoanastomozov scar strictures

Saburov S.K., Karimov S.M., Tairov U.T.
Results of clinical and microbiology estimations of the hygenic condition of oral cavity in patient with accompanying pathology after prosthesis defect teeth row by fixed partial denture

Садиков Ф.О., Каримов С.М., Ашууров Г.Г.
Результаты сравнительной оценки краевой проницаемости композитных пломб на этапах оперативно-восстановительного лечения кариеса (in vitro)

55

Сафаров А.М., Косимов З.К., Хамидов Дж.Б.
Влияние психического статуса и когнитивной дисфункции на качество жизни больных после традиционной холецистэктомии в отдаленном периоде с учетом возраста

58

Шомуродова Б.С., Шамсидинов А.Т., Музаффар М.

Эффективность лечения заболеваний пародонта с применением фитопрепаратов и ортопедической коррекцией

62

ОБЗОРЫ

Абдурахманова Р.Ф., Иззатов Х.Н., Хаджаева Г.Р., Шарипова Б.А., Кахарова М.Х.
Рассеянный склероз: этиология, патогенез и клиника (часть I)

68

Хамидов А.К., Расулов С.Р., Мурадов А.М., Хамидов Дж.Б.

Злокачественные новообразования и синдром эндогенной интоксикации

74

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Ситорай Акбар, Рахматов Б.М., Нарзуллаева А.Р., Раджабзода М.Э.

Инвазивное лечение атрио-вентрикулярной блокады ишемического генеза

80

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Муродова Ш.М.

Диагностика и консервативное лечение хронического толстокишечного стаза

85

Sadikov F.O., Karimov S.M., Ashurov G.G.

Results of the comparative estimation marginal permeability of composite filling materials on stage of operative-reconstruction treatment of the caries (in vitro)

Safarov A.M., Kosimov Z.K., Khamidov Dzh.B.

The effect of psychological status and cognitive dysfunction on quality of life after traditional cholecystectomy on distant period, by taking in to account the age of patient

Shomurodova B.S., Shamsidinov A.T., Muzaffari M.

Efficiency of treatment of periodontal diseases with the use of phytopreparations and orthopedic correction

REVIEWS

Abdurakhmanova R.F., Izzatov Kh.N., Khadijaeva G.R., Sharipova B.A., Kakharova M.Kh.
Multiple sclerosis: etiology, pathogenesis and clinics (part I)

Khamidov A.K., Rasulov S.R., Muradov A.M., Khamidov Dzh.B.

Malignant neoplasms and the syndrome of endogenous intoxication

CASE FROM PRACTICE

Sitorai Akbar, Rakhmatov B.M., Narzulleva A.R., Radzhabzoda M.E.

Invasive treatment of ischemic atrioventricular block

IN ASSIST TO PRACTICAL PHYSICIAN

Murodova Sh.M.

Diagnostics and conservative treatment of chronic large intestine stasis

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА МЕДИЦИНЫ

© Коллектив авторов, 2016

УДК–616. 13–089; 615.33

Абдуллоев Д.А., Гайратов Т.Г., Холов Б.А.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОЖОГАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино
Городская клиническая больница №3 г. Душанбе

Abdulloev D.A., Gayratov T.G., Kholov B.A.

WAYS OF IMPROVE THE TREATMENT RESULTS OF PATIENTS WITH BURNS OF THE LOWER EXTREMITIES

Department of General Surgery № 2 of the Tajik Medical State University named after Abuali-ibn-Sino
City clinical hospital № 3, Dushanbe

Цель исследования. Изучить эффективность регионарной антибактериальной и антиоксидантной терапии и поэтапное хирургическое лечение больных с ожогами нижних конечностей.

Материал и методы. В работе проанализированы результаты обследования и лечения 55 больных, поражённых пламенем в результате несчастных случаев в быту и на производстве, различной степени тяжести за период 2013-2015 гг. Все больные разделены на 2 группы, сопоставимые по площади ожога, возрасту, времени поступления в стационар: основную – 26 (47,3%), контрольную – 29 (52,7%).

Результаты. С целью улучшения результатов хирургического лечения применён метод внутриартериального введения антибиотиков и антиоксидантов (мексидол). При кровотечении после некрэктомии и временном укрытии ожоговых ран использовались пластинки «Тахокомб®». У больных основной группы процессы очищения раны, разрастание и стимуляция грануляций происходили быстрее, по сравнению с пациентами контрольной группы. Это создаёт условия для раннего выполнения свободной аутодермопластики.

Заключение. Внутриартериальное применение антибиотиков в зависимости от чувствительности в сочетании с антиоксидантными препаратами у больных с ожоговыми ранами нижних конечностей позволяет сократить сроки очищения ран к свободной аутодермопластике на 13,7%. При этом сокращается срок пребывания больных в стационаре на 7-8 суток.

Ключевые слова: *внутриартериальная антибиотикотерапия, мексидол, поэтапная аутодермопластика, пластинки «Тахокомб®»*

Aim. To study the effectiveness of regional anti-bacterial and antioxidant therapy and a staged surgical treatment of patients with burns of the lower extremities.

Materials and methods. This article analyzes the results of examination and treatment of 55 patients with lesions of the flame in accidents at home and in the production of varying severity over the period of 2013-2015. All patients were divided into 2 groups: the main group consisted of 26 (47,3%) patients, control group consisted of 29 (52,7 per cent) patients. The study group was comparable to the area of the burn, age, time elapsed from the disease onset to admission.

Results. With the aim of improving the results of surgical treatment we applied the method of intra-arterial administration of antibiotics (including sensitivity) and antioxidants (Mexidol), as well as used records «Takhokomb®» NYCOMED firm, Austria GmbH., when bleeding after necrectomy and temporary cover of burn wounds. The study showed that patients of the main group showed positive dynamics of the flow of burn wounds compared to control patients. This facilitates timely cleaning of wounds, growth and stimulation of granulation on the burnt surface, which creates conditions for the early implementation of free autodermplasty.

Conclusion. Thus, intra-arterial administration of antibiotics depending on the sensitivity in combination with antioxidant drugs in patients with burn wounds of the lower extremities has reduced the clearance of the wounds to the free autodermoplasty by 13.7% and by itself to reduce the time patients stay in hospital for 7-8 days.

Key words. *intra-antibiotic therapy, mexidol, phased autodermoplasty «Takhokomb®» plate*

Актуальность

По данным ВОЗ, в структуре травматизма ожоги занимают 3 место среди других видов травм [3]. В последние годы частота ожогов не имеет тенденции к снижению. В Республике Таджикистан ежегодно обращается за медицинской помощью около 6000 пострадавших от ожогов, и в последние годы частота ожогового травматизма увеличивается (по данным Республиканского центра медицинской статистики и информации). Пострадавшие с глубокими ожогами составляют, по данным различных авторов, от 20% до 60% среди всех пациентов специализированных ожоговых стационаров. Особую группу составляют больные с циркулярными ожогами нижних конечностей. Летальность среди них остаётся высокой и достигает 4,8% у взрослых и 1% у детей [9].

Следует также отметить, что ожог нижних конечностей при циркулярном поражении приводит к развитию ишемии ниже зоны поражения. В результате у 31,5% больных не удаётся сохранить пораженную конечность, т.к. в связи с развитием гангрены производятся ампутации. Исходя из этого, важнейшей задачей хирургического лечения является раннее освобождение конечности от сдавливающего ожогового струпа и закрытие раневой поверхности кожным лоскутом [1, 2].

Мы придерживались тактики проведения декомпрессионной некрэтомии в первые и вторые сутки подготовки к проведению ранней или отсроченной некрэтомии с первичной или отсроченной аутодермопластикой. Особого внимания требует лечение пациентов, получивших глубокие ожоги (III-IV степеней) на значительных площадях, при которых практически единственным способом восстановления кожного покрова является аутодермопластика (АДП) [8]. Помимо своего косметического эффекта, данный метод позволяет значительно снизить частоту возникновения различных осложнений, сохранить жизнь пациентам и быстрее восстановить их трудоспособность [6, 7]. В связи с этим в хирургии и комбустиологии широкое распространение получили как традиционные, так и современные методы лечения [3]. Одним из важных направлений в оказании медицинской помощи больным с ожогами является местное консервативное лечение, поскольку именно от его эффективности зависит течение болезни, профилактика

развития инфекционных осложнений, а также сроки восстановления утраченного кожного покрова и исходы этого страдания. Конечной целью местного лечения ожогов является их самостоятельное неосложненное заживление при поверхностных или быстрое оперативное восстановление утраченного кожного покрова при глубоких поражениях [4]. При этом большое значение имеет местное консервативное лечение ожоговых ран. При глубоких ожогах консервативные методы местного лечения применяются с целью подготовки ожоговых ран к операции и создания условия для приживления пересаженных аутодермотрансплантатов. Предложен новый способ проведения антибактериальной терапии у тяжелообожженных пациентов, особенно при их инфицировании, целью которого являлась избирательная доставка антибактериальных препаратов при глубоких инфицированных ожогах нижних конечностей.

Вместе с тем, кожная пластика ожоговых ран у 15-40% больных с ожогами нижних конечностей осложняется лизисом кожных трансплантатов [5]. Поэтому подготовка ожоговой поверхности к кожно-пластической операции остается неокончательным решением проблем практической комбустиологии.

Материал и методы исследования

В работе проанализированы результаты обследования и лечения 55 больных с поражением пламенем в результате несчастных случаев в быту и на производстве различной степени тяжести за период 2013-2015 гг. в Республиканском ожоговом центре г. Душанбе. Все пациенты до поступления в стационар соматически были здоровы. Возраст больных колебался от 20 лет до 61 года, средний возраст составил $35 \pm 0,5$. Мужчин было 24 (43,7%), женщин – 31 (56,3%).

Все больные были разделены на 2 группы. Основную группу составили 26 (47,3%) пациентов, которым на фоне комплексного консервативного лечения дополнительно применяли внутриаартериальное введение мексидола в сочетании с инфузией реамберина 1,5% в дозе 400 мл. В контрольную группу вошли 29 (52,7%) больных, которые получали традиционное консервативное лечение, состоящее из общеукрепляющей, антибактериальной, антиоксидантной терапий, а также поэтапной ранней и отсроченной некрэтомии с последующей АДП. Исследуемые группы были сопоставимы по

площади ожога, возрасту, времени от момента получения травмы до поступления в стационар. У больных основной группы наряду с применением общеукрепляющей инфузионной терапии для ускорения очищения ожоговых ран от некротических тканей и уменьшения срока пребывания в стационаре нами разработана и апробирована методика внутриартериального введения антибиотиков в сочетании с антиоксидантной терапией при лечении ожоговых ран нижних конечностей.

Полученные данные обрабатывали методами описательной статистики с вычислением средних величин (M) и ошибки средней ($\pm m$), а также с вычислением относительных величин. Средние значения сравнивали по t -критерию Стьюдента, а относительные величины по X^2 (χ^2 - квадрат). Различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

С целью улучшения результатов хирургического лечения и обеспечения возможности проведения ранней некрэктомии, восстановления целостности кожных покровов в оптимальные сроки и сокращения сроков пребывания пациентов в стационаре нами применён метод внутриартериального введения антибиотиков (с учетом чувствительности) и антиоксидантов (мексидол). У больных основной группы с ожо-

гами нижних конечностей III-IV степеней более 20% поверхности тела проведена катетеризация а. epigastria inferior. Для сравнения у больных контрольной группы катетеризация артерии не проводилась. В различные сроки от момента получения ожога 3 больным основной группы в первые 48-72 часа и 3 больным контрольной группы на 3-12 сутки после получения ожога менее 20% площади поражения провели раннюю некрэктомию с последующей ранней АДП. Как видно из приведённых данных (табл. 1), в основной группе в 14 случаях производили некрэктомию в ранние сроки от момента получения ожоговой травмы. Из них в 8 случаях с целью декомпрессии некрэктомию произвели в ранние сроки. В 5 случаях некрэктомию проведена, начиная от 3 до 12 суток после получения ожога, что обусловлено развитием циркулярного сдавливающего струпа. Во всех случаях некрэктомию завершалась тщательным гемостазом путём наложения на кровоточащую рану салфеток с теплым 0,9% раствором хлорида натрия с адреналином (1 мл 0,1% раствора адреналина гидрохлорида на 200 мл 0,9% раствора хлорида натрия) с применением 3% раствора перекиси водорода и тампонированием операционной раны с растворами антисептиков (декасан, хлоргексидин).

Таблица 1

Поэтапное хирургическое лечение больных с ожогами нижних конечностей основной и контрольной групп

Виды операции	Группы	Срок проведение операции				Всего
		48-72 ч	3-12 сутки	13-21 сутки	более 21 суток	
Некрэктомию с катетеризацией а. epigastria inferior	О	14 (53,9%)	12 (46,1%)	–	–	26 (100%)
Некрэктомию	К	–	1 (3,5%)	–	–	29 (100%)
Некрэктомию с катетеризацией а. epigastria inferior	О	5 (19,2%)	9 (34,6%)	12 (46,2%)	–	26 (100%)
Некрэктомию	К	–	2 (6,9%)	8 (27,6%)	19 (65,5%)	29 (100%)
Свободная АДП с катетеризацией а. epigastria inferior	О	–	4 (15,4%)	10 (38,6%)	12 (46,2%)	26 (100%)
Свободная АДП	К	–	–	4 (13,8%)	23 (79,3%)	29 (100%)

Примечание: О – основная группа, К – контрольная группа.

Нами также использованы пластины «Тахокомб®» (адсорбирующее гемостатическое средство для склеивания тканей и гемостаза, эффективная комбинация коллагеновой пластины и компонентов, фибриновый клей) фирмы NYCOMED, Австрия Гмбх. у 8 пациентов при кровотечении после некрэктомии и временном укрытии ожоговых ран. Максимальная площадь иссечения составляла 20% от общей поверхности тела. Этапную некрэктомию 15 пациентам осуществляли через каждые 2-3 суток.

В 12 случаях в основной группе после применения внутриартериальной антибиотикотерапии и антиоксидантного препарата «Мексидол» некрэктомию производили на 13-21 сутки, а в контрольной группе, без применения вышеуказанного метода, некрэктомию начинали с 3-12 суток у 2 больных, на 13-21 сутки – у 8 больных, а 19 больным – более 21 дня от момента получения ожога, т.е. в более поздние сроки.

По данным различных авторов, у больных с обширными глубокими ожогами при проведении АДП ожоговой раны в 2,4-17% случаев наблюдается лизис кожных трансплантатов [3]. Учитывая данную ситуацию, операции АДП предшество-

вало применение высоких концентраций антибиотиков и антиоксидантов через а. epigastria inferior. У тяжелообожженных, с высоким риском развития гнойно-воспалительных осложнений раневую поверхность временно закрывали антисептическими повязками и выполняли АДП. В этот период оценивали готовность раны и больного к аутодермопластике. Объем закрываемых на каждом этапе гранулирующих ран зависел от состояния больного, наличия донорского участка и площади гранулирующих ран. Активная хирургическая тактика лечения тяжелых больных с обширными ожогами проводилась на фоне частых гемотрансфузий в пред- и послеоперационном периодах. Также больным назначено полноценное питание, богатое витаминами и белками, тщательный уход и медикаментозная терапия. При ожогах IV ст. производилось иссечение некротической ткани до глубокой фасции и одномоментное закрытие раны аутодермоплантатом. Оценка непосредственных результатов хирургического лечения производилась по состоянию трансплантата после завершения заживления ран, то есть по наличию или отсутствию послеоперационных осложнений.

Таблица 2

Частота послеоперационного нагноения ран у больных с ожогами нижних конечностей после проведения АДП

<i>Осложнения</i>	<i>Число больных основной группы</i>	<i>%</i>	<i>Число больных контрольной группы</i>	<i>%</i>
<i>Частичный лизис трансплантата</i>	1	3,8	2	7,0
<i>Полный лизис трансплантата</i>	–	–	4	13,8
<i>Всего</i>	26	100	29	100

Проведённое исследование показало, что у больных основной группы наблюдали ускоренную положительную динамику течения ожоговой раны, по сравнению с пациентами контрольной группы, что способствовало своевременному очищению раны, разрастанию и стимуляции грануляций на обожженной поверхности и создавало условия для раннего выполнения свободной аутодермопластики. Применение комплексного лечения на основе активной хирургической тактики, направленной внутриартериальной антибиотикотерапии позволило уменьшить частоту послеоперационных осложнений в 6,5 раза (табл. 2).

Заключение

Таким образом, внутриартериальное применение антибиотиков с учётом чувствительности в сочетании с антиоксидантными препаратами у больных с ожоговыми ранами нижних конечно-

стей позволило сократить сроки очищения ран для свободной аутодермопластики на 13,7%, тем самым сократить сроки пребывания больных в стационаре на 7-8 суток.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Акопян С.Р. Оптимизация хирургического лечения глубоких циркулярных ожогов конечности: дис. ... канд. мед. наук. Барнаул, 2005. 111с.
2. Аминев А.В. Ранняя объективная диагностика глубины ожогового поражения и определение тактики лечения больных с ограниченными дермальными и глубокими ожогами. //Матер. сборн. научн. трудов международного конгресса «Комбустиология на рубеже веков». Москва, 2000. С.133-134.

3. Алексеев А.А. Хирургическая обработка гранулирующих ран у ожоженных. // Матер. сборн. научн. трудов международного конгресса «Комбустиология на рубеже веков». Москва, 2000. С. 131-132.

4. Джумабаев Е.С. Значимость региональной лимфатической антибиотикотерапии при лечении ожоговых ран // Хирургия. 2011. № 1. С. 44-48.

5. Ищук А.В. Подготовка гнойных ран и трофических язв нижних конечностей к ранней эффективной аутодермопластике: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Минск, 2009. 22 с.

6. Казарьян С.М. Организационно-методические особенности раннего хирургического лечения ограниченных глубоких ожогов в условиях чрезвычайных ситуаций: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Санкт-Петербург, 2009. 20 с.

7. Повстаной Н.Е., Коваленко О.Н. Выбор методов кожной пластики при раннем хирургическом лечении ожогов: сборник тезисов международного конгресса «Комбустиология на рубеже веков». Москва, 2000. С. 149.

8. Парамонов Б.А. Ожоги: руководство для врачей. Санкт-Петербург, 2000. 488 с.

9. Шакиров Б.М. Тактика лечения сандаловых ожогов стопы. // Вопросы травматологии и ортопедии. 2012. № 2. С. 24-26.

REFERENCES

1. Akopyan S. R. *Optimizatsiya khirurgicheskogo lecheniya glubokikh tsirkulyarnykh ozhogov konechnosti*. Diss. kand. med. nauk [Optimization of surgical treatment of deep circular burns of member. Candidate's of medical sciences thesis]. Barnaul, 2005. 111 p.

2. Aminev A. V. [Early objective diagnostics of the depth of burn injury and determination of tactics of treatment of patients with reduced dermal and deep burns]. *Materialy sbornika nauchnykh trudov mezhdunarodnogo kongressa "Kombustologiya na rubezhe vekov"* [Materials of the collection of scientific works of the international congress "Combustiology at the turn of the century"], Moscow, 2000, pp. 133-134. (In Russian)

3. Alekseev A. A. [Surgical treatment of granulating wounds in burn]. *Materialy sbornika nauchnykh trudov mezhdunarodnogo kongressa "Kombustologiya na rubezhe vekov"* [Materials of the collection of scientific works of the international congress "Combustiology at the turn of the century"], Moscow, 2000, pp. 131-132. (In Russian)

4. Dzhumabaev E. S. *Znachimost regionanoy limfaticheskoy antibiotikoterapii pri lechenii ozhogovykh ran* [The

significance of the regional lymph antibiotic therapy in the treatment of burn wounds]. *Khirurgiya – Surgery*, 2011, No. 1, pp. 44-48.

5. Ishchuk A. V. *Podgotovka gnoynykh ran i troficheskikh yazv nizhnikh konechnostey k ranney effektivnoy autodermo-plastike*. Avtoref. diss. kand. med. nauk [Preparation of purulent wounds and trophic ulcers of the lower limbs to the early effective autodermo-plasty. Extended abstract of candidate's of medical sciences thesis]. Minsk, 2009. 22 p.

6. Kazaryan S. M. *Organizatsionno-metodicheskie osobennosti rannego khirurgicheskogo lecheniya ogranichennykh glubokikh ozhogov v usloviyakh cherezvychaynykh situatsiy*. Avtoref. diss. kand. med. nauk [Organizational-methodical features of early surgical treatment of limited deep burns in conditions of emergency situations. Extended abstract of candidate's of medical sciences thesis]. St. Petersburg, 2009. 20 p.

7. Povstyanoy N. E., Kovalenko O. N. *Vybor metodov kozhnoy plastiki pri rannem khirurgicheskom lechenii ozhogov: sbornik tezisov mezhdunarodnogo kongressa "Kombustologov na rubezhe vekov"* [The choice of methods of skin plasty at early surgical treatment of burns: a collection of theses of the International Congress "Combustiology at the turn of the century"]. Moscow, 2000. pp. 149.

8. Paramonov B. A. *Ozhogi: rukovodstvo dlya vrachey* [Burns: guide for physicians]. St. Petersburg, 2000. 488 p.

9. Shakirov B. M. *Taktika lecheniya sandalovykh ozhogov stopy* [The treatment of sandal burns of foot]. *Voprosy Travmatologii i Ortopedii – Questions of Traumatology and Orthopedics*, 2012, No. 2, pp. 24-26.

Сведения об авторе:

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

Гайратов Тохир Гайратович – ассистент кафедры общей хирургии № 2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н.

Холов Бахромджон Амонович – аспирант кафедры общей хирургии № 2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Контактная информация:

Гайратов Тохир Гайратович – Таджикистан, г. Душанбе, ул. Академиков Раджабовых-6/2; тел.: +992 918715060; e-mail: doctor-tohir@mail.ru

© Коллектив авторов, 2016

УДК: 616.34-007.272-089.81

¹Артюхов С.В., ²Мухиддинов Н.Д., ³Кубачев К.Г., ³Заркуа Н.Э.

КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЕ ГРУППЫ БОЛЬНЫХ С РАКОВОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

¹СПб ГБУЗ «Александровская больница», Санкт-Петербург, Россия

²Кафедра хирургических болезней и эндохирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

³Кафедра хирургии им. Н.Д. Монастырского ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург

¹Artyukhov S.V., ²Mukhiddinov N.D., ³Kubachev K.G., ³Zarkuya N.E.

CLINICAL AND STATISTICAL GROUPS OF PATIENTS WITH OBTURATIVE COLONIC OBSTRUCTION CANCER

¹SPb GBUZ «Aleksandrovskaya hospital», Saint-Petersburg, Russia

²Department of Surgical Diseases and Endosurgery of the State Education Establishment “Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan”

³Department of surgery named after Monastyrskiy N. D. FGBOU VO «Northwest State Medical University named after I. I. Mechnikov». Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg

Цель исследования. Выявить различные эпидемиологические аспекты среди больных с острой кишечной непроходимости при раке левых отделов толстой кишки.

Материал и методы. В основу исследования положен ретроспективный и проспективный анализ лечения 2200 больных раком левой половины толстой кишки, госпитализированных в ГБУЗ «Александровская больница» Санкт-Петербурга за 2003-2012 годы. Полученные данные заносились в электронную таблицу, которая в последующем была подвергнута статистическому анализу.

Результаты. Мужчин было 973 (44,2%), женщин – 1227 (55,8%). Пациентов старше 60 лет – 75,3%. Большинство больных (70,4%) доставлены в течение 48-72 часов от начала заболевания. Тяжесть состояния по АРАСН-II у 21,3% больных была оценена ниже 15 баллов. У 88,7% больных операционно-анестезиологический риск соответствовал IV-V степеням. Различные сопутствующие заболевания встречались у 97,7% пациентов. На каждого больного приходилось 1,8 сочетанных осложнений. Чаще всего опухоль находилась в сигмовидной кишке (39,4%), у 22% опухоль находили в ректосигмоидном отделе. В 18% случаев она располагалась в нисходящей ободочной кишке. Примерно с одинаковой частотой находили поражение левой трети поперечной ободочной и прямой кишок (около 5%). Опухоль селезеночного изгиба выявлена у каждого 10 больного.

Заключение. Полученные данные следует учитывать в повседневной работе для планирования объема обследования, выбора тактики ведения пациентов.

Ключевые слова: рак толстой кишки, непроходимость, эпидемиология

Aim. To identify the various epidemiological aspects in patients with acute intestinal obstruction in cancer of the left colon.

Materials and methods. The basis of the research is based on retrospective and prospective analysis of treatment of 2200 patients with cancer of the left half of the colon hospitalized in GBUZ “Aleksandrovskaya hospital” St.-Petersburg for 2003-2012. The data obtained were entered into a spreadsheet, which was subsequently subjected to statistical analysis.

Results. Were men and 973 (44,2%), women – 1227 (55,8%). Patients older than 60 years – 75,3%. The majority of patients (70,4%) delivered within 48-72 hours from the onset of the disease. The severity according to APACHE-II only 21,3% of patients were rated below 15 points. At 88.7% of patients, operative and anesthesiological risk was consistent with IV-V degree. Various comorbidities were found in 97,7% of patients. Each patient had a 1,8 associated complications. Most often the tumor is in the sigmoid colon (39,4%), 22% of the tumour was in the rectosigmoid Department. In 18% of cases it was located in the descending

colon. At about the same frequency was found a lesion of the left third of the transverse colon and rectum (about 5%). A tumor of the splenic flexure was diagnosed in one patient 10.

Conclusion. The data obtained should be taken into account in the daily work planning inspection scope, choice of tactics of conducting patients.

Key words: *colorectal cancer, obstruction, epidemiology*

Актуальность

Обтурационная кишечная непроходимость является наиболее частым осложнением рака толстой кишки. При локализации опухоли в левой половине ободочной кишки частота этого состояния в структуре других осложнений составляет 90%. По данным Всемирной организации здравоохранения, частота возникновения рака ободочной и прямой кишок занимает третье место. В последние 2 десятилетия в эпидемиологии рака ободочной кишки наблюдаются две неблагоприятные тенденции. Во-первых, растет заболеваемость, во-вторых, увеличивается число пациентов старшей возрастной группы, лечение которых сопряжено с определенными особенностями. Так, среди больных раком ободочной кишки 65-75% пациентов старше 60 лет [1, 2, 3]. Наиболее высокий рост заболеваемости раком толстой кишки отмечается в развитых странах. Так, из 650000 заболевших в 2008 году более 130000 случаев приходится на жителей стран Европы, где количество заболевших ежегодно повышается и составляет в последние годы 30-35 случаев на 100 тысяч населения. Несмотря на высокий уровень жизни, доступность высокотехнологичной медицины, ежегодно в этих странах от рака толстой кишки умирают 100000-120000 больных. Возрастает число больных раком ободочной кишки и в России. В 2011 году показатель заболеваемости по разным регионам составил от 17,3 до 20,1 случая, а показатель распространенности – 58,6-60,2 на 100 тысяч населения. Как следует из Государственного доклада, анализирующего здоровье населения РФ, в 2000 г. прирост заболеваемости раком ободочной кишки на 100 тысяч населения за год составил 2,57% [3, 5].

Причинами подъема заболеваемости считают увеличение средней продолжительности жизни, рост числа больных с хроническими заболеваниями толстой кишки, изменение характера пищи с высоким удельным весом рафинированных продуктов и низким содержанием клетчатки, ухудшение экологии, широкое применение различных пестицидов и химических пищевых добавок, урбанизационные процессы и др.

Одним из частых осложнений колоректального рака является обтурационная кишечная непроходимость. В структуре причин развития обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза удельный вес рака слепой кишки составляет около 0,5%, восходящей ободочной кишки – 1,3%, печеночного изгиба ободочной кишки – 3,8%, пра-

вой трети поперечной ободочной кишки – 3,2%, средней трети поперечной ободочной кишки 3,6%, левой трети поперечной ободочной кишки – 4,7%, нисходящей ободочной кишки – 17,8%, сигмовидной кишки – 37,9%, ректосигмоидного отдела – 22,5% и прямой кишки – 4,7%. Как следует из представленных данных, причиной развития острой обтурационной кишечной непроходимости у 86,5% явился рак левой половины толстой кишки [5].

Материал и методы исследования

В основу исследования положен анализ лечения 2200 больных раком левой половины толстой кишки, госпитализированных в ГБУЗ «Александровская больница» Санкт-Петербурга за 2003-2012 годы. Возраст колебался от 26 лет до 91 года. Мужчин было 44,2%, женщин – 55,8%.

До 12 часов с момента развития непроходимости госпитализированы 1,1%, еще 1,9% – от 12 до 24 часов. Объем обследования и лечения согласовывался с медико-экономическими стандартами и в соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ-10). Полученные данные заносились в электронную таблицу, которая в последующем была подвергнута статистическому анализу с использованием программ Statistika for Windows v. 5.11 и Excel 2007.

Результаты и их обсуждение

По локализации у 4,6% больных злокачественная опухоль выявлена в левой трети поперечной ободочной кишки, у 9,8% – в области селезеночного изгиба, у 17,4% – в нисходящей кишке, у 39,5% – в сигмовидной кишке, у 22,7% – в ректосигмоидном отделе и у 6% – в прямой кишке. Из 131 больного раком прямой кишки у 112 опухоль располагалась в верхнеампулярном отделе, у 17 – в среднеампулярном отделе и у 2 – на уровне анального канала.

Среди пациентов мужчин было 973 (44,2%), женщин – 1227 (55,8%). Удельный вес пациентов в возрасте до 40 лет составил 2,3%, 41-60 лет – 22,4%, 61-70 лет – 35,2% и старше 70 лет – 40,1%. Всего пациентов старше 60 лет было 75,3%.

Одним из факторов, определяющих прогноз лечения пациентов при неотложных состояниях, является продолжительность догоспитального периода заболевания. Особенно это касается пациентов пожилого и старческого возрастов, имеющих также сопутствующие заболевания. Прогрессирующая интоксикация, расстройство водно-электролитного баланса и других составляющих гомеостаза способствуют быстрой декомпенсации функций различных органов и систем. До 12 часов с момента развития клиники острой кишечной непроходи-

мости были доставлены в больницу только 1,1% больных. В период с 12 до 24 часов в стационар доставлены чуть менее 2% пациентов, в течение 24-48 часов – 17,6% больных. Основное количество больных (70,4%) доставлены в сроки 48-72 часов с момента манифестации заболевания. После 72 часов доставлены 9% больных. Таким образом, удельный вес пациентов, обратившихся позже 48 часов, в разные годы составил от 70% до 80%.

При анализе причин поздней обращаемости факторами, влияющими на сроки, явились:

– поздняя обращаемость больных за медицинской помощью вследствие развития подобных симптомов в течение нескольких предыдущих дней или

недель. Как правило, пациенты и их родственники занимались самолечением, применяя для устранения симптомов слабительные или клизмы;

– физическая немощность больных вследствие наличия тяжелых сопутствующих заболеваний, отсутствие ухода;

– осознанный отказ от госпитализации из-за различных семейных или социально-экономических проблем;

– ошибки медицинских работников.

Результатом вышесказанного явилось то, что пациенты поступали с различной степенью тяжести, которая представлена в таблице 1. Оценку тяжести состояния производили по шкале АРАСН-II.

Таблица 1

Степень тяжести состояния больных по шкале АРАСН-II при поступлении

<i>Количество баллов</i>	<i>Количество больных</i>
<i>До 8</i>	123 (5,6%)
<i>9-15</i>	346 (15,7%)
<i>16-20</i>	674 (30,6%)
<i>21-25</i>	703 (32%)
<i>26-30</i>	260 (11,8%)
<i>Более 30 баллов</i>	94 (4,3%)
<i>Всего</i>	2200 (100%)

Как следует из представленных данных, тяжесть состояния только у 21,3% больных была оценена ниже 15 баллов, операционно-анестезиологический риск соответствовал III степени. У 88,7% больных операционно-анестезиологический риск соответствовал IV-V степеням. Среди пациентов 124 (6%) находились в крайне тяжелом состоянии. Из общей группы 810 больных с отдаленными метастазами, 223 – с местнораспространенной неудалимой опухолью и 148 больных – имеющих тяжелые сопутствующие заболевания, не позволившие выполнить радикальную операцию, исключены из дальнейшего анализа.

Объектом дальнейшего анализа стали 1019 больных, у которых не были выявлены отдаленные метастазы и им выполнен радикальный объем операции. Тяжесть состояния 67% больных оценена в 16 баллов и выше, что свидетельствует о низких компенсаторных возможностях пациентов, что обусловлено длительной интоксикацией. Различные сопутствующие заболевания самостоятельно или в виде сочетаний встречались у подавляющего большинства (97,7%) пациентов. Эти данные представлены в следующей таблице 2.

Как следует из представленных данных, сопутствующие заболевания отсутствовали только у 2,3% больных, у всех остальных они имелись и требовали дополнительного лечения.

Кроме острой кишечной непроходимости, различные сочетанные осложнения рака были выявлены у 241 (23,7%) больного. Количество и характер осложнений представлены в таблице 3.

На каждого больного приходилось 1,8 сочетанных осложнений. Чаще всего наблюдалась перфорация опухоли (у 41,9% больных) с развитием местного или распространенного перитонита. У 73 пациентов диагностирован околоопухолевый абсцесс, а прорастание опухоли соседних органов (петли кишечника, гениталии, почка и мочеточник, селезенка) выявлено более чем у 35% пациентов. Примерно с одинаковой частотой (~12%) наблюдались диастатические разрывы ободочной кишки, некроз приводящих отделов за счет развития ишемии, разлитой перитонит без перфорации кишки. Тяжелый сепсис диагностирован у 8,8% больных, в том числе у 1,7% – септический шок. Клинически значимое кишечное кровотечение из опухоли наблюдали у 8,3% больных с сочетанными осложнениями.

Чаще всего опухоль находилась в сигмовидной кишке (39,4%). У 22% опухоль находили в ректосигмоидном отделе. В 18% случаев она располагалась в нисходящей ободочной кишке. Примерно с одинаковой частотой находили поражение левой трети поперечной ободочной и прямой кишок (около 5%). Опухоль селезеночного изгиба выявлена у каждого 10 больного.

Таблица 2

Сопутствующие заболевания (n=1019)

<i>Сопутствующие заболевания</i>	<i>Всего</i>
<i>ИБС, острый инфаркт миокарда</i>	3
<i>ИБС, постинфарктный и атеросклеротический кардиосклероз</i>	452
<i>Нарушение ритма сердца</i>	173
<i>Гипертоническая болезнь</i>	387
<i>Облитерирующие заболевания нижних конечностей</i>	42
<i>Цереброваскулярная болезнь с энцефалопатией 2-3 ст.</i>	211
<i>ЦВБ, состояние после инсульта</i>	135
<i>Хронические заболевания почек, осложненные ХПН</i>	43
<i>Аденома предстательной железы, хронический пиелонефрит</i>	97
<i>Рак другой локализации</i>	32
<i>Желчнокаменная болезнь</i>	79
<i>Язвенная болезнь</i>	2
<i>Разрегулированный сахарный диабет</i>	209
<i>Ожирение</i>	13
<i>Несросшийся перелом шейки бедра неизвестной давности</i>	14
<i>Послеоперационная вентральная грыжа</i>	17
<i>ХОБЛ</i>	21
<i>Цирроз печени</i>	23
<i>Хронический алкоголизм</i>	14
<i>острая пневмония</i>	9
<i>Туберкулез легких</i>	2
<i>Сопутствующих заболеваний не выявлено</i>	23
<i>Всего</i>	1978

Таблица 2

Сочетанные осложнения у больных с обтурационной кишечной непроходимостью (n = 241)

<i>Осложнения</i>	<i>Всего</i>
<i>Диастатические разрывы приводящих отделов</i>	29 (12%)
<i>Некроз приводящих отделов</i>	31 (12,9%)
<i>В том числе с перфорацией приводящих отделов</i>	10 (4,2%)
<i>Перфорация опухоли с перитонитом</i>	101 (41,9%)
<i>Некроз и распад опухоли без перфорации</i>	19 (7,9%)
<i>Перитонит без перфорации</i>	28 (11,6%)
<i>Околоопухолевый абсцесс</i>	73 (30,3%)
<i>Абдоминальный тяжелый сепсис</i>	17 (7,1%)
<i>Септический шок</i>	4 (1,7%)
<i>Кишечное кровотечение из опухоли</i>	20 (8,3%)
<i>Обструкция левого мочеточника, гидронефроз</i>	7 (2,9%)
<i>Прорастание опухоли других органов</i>	85 (35,3%)
<i>Всего осложнений</i>	424

Заключение

Большинство больных (75,3%) старше 60 лет поступают с комплексной сочетанной патологией, отягчающей течение основного заболевания. Ранняя и активная догоспитальная диагностика может привести к профилактике развития запущенных форм острой кишечной непроходимости. Одним из важнейших факторов, влияющих на течение заболевания и перспективы выздоровления, является время доставки от момента заболевания, т.к. до 80% больных поступают в сроки от 2-х суток и более. Просветительская работа, диспансеризация могут повлиять на снижение сроков догоспитального этапа. Внедрение объективных методов оценки тяжести состояния помогает тщательно проводить сортировку как на догоспитальном этапе, так и в приемном отделении больницы с целью наиболее раннего оказания необходимого объема корректирующей терапии. Пациенты поступают с различными видами и формами осложнений острой кишечной непроходимости, что необходимо помнить и учитывать при проведении обследования и выборе объема операции. Наиболее часто (порядка 60%) опухоль расположена в ректосигмоидном отделе и сигмовидной кишке, что необходимо учитывать при планировании обследования больного.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдулаев М.А. Выбор хирургической тактики при острых осложнениях рака ободочной кишки: дис. ... д-ра мед. наук. СПб, 2007. 250 с.
2. Васильев С.В. Первичное восстановление кишечной непрерывности при осложненных формах рака ободочной и прямой кишки: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 1993. 34 с.
3. Перегудов С.И., Синенченко Г.И., Пирогов А.В., Банщикова Е.С. Диастатические разрывы толстой кишки: диагностика и лечение //Скорая медицинская помощь. 2004. Т. 5, № 3. С. 116-118.
4. Пахомова Г.В., Подловченко Т.Г., Утешев Н.С., Селина И.Е., Скворцова А.В. Неотложная хирургия рака ободочной кишки. М.: Миклош, 2009. 96 с.
5. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2005 году (заболеваемость и смертность). М., 2007. 251 с.

REFERENCES

1. Abdulaev M. A. *Vybor khirurgicheskoy taktiki pri ostrykh oslozhneniyakh raka obodochnoy kishki*. Diss. d-ra med. nauk [The choice of surgical tactics in acute complications of colon cancer. Extended abstract of Doctor's f medical sciences thesis]. St. Peterburg, 2007. 250 p.
2. Vasilev S. V. *Pervichnoe vosstanovlenie kishhechnoy nepre-ryvnosti pri oslozhnennykh formakh raka obodochnoy i pryamoy kishki*. Avtoref. diss. d-ra med. nauk [Initial restoration of intestinal continuity in complicated forms of colorectal cancer. Extended abstract of Doctor's f medical sciences thesis]. St. Peterburg, 1993. 34 p.
3. Peregudov S. I., Sinenchenko G. I., Pirogov A. V., Bانشchikov E. S. *Diastaticheskie razryvy tolstoy kishki: diagnostika i lechenie* [Diastatic fractures of colon: diagnosis and treatment]. *Skoraya meditsinskaya pomoshch – Emergency medical services*, 2004, Vol. 5, No. 3, pp. 116-118.
4. Pakhomova G. V., Podlovchenko T. G., Uteshev N. S., Selina I. E., Skvortsova A. V. *Neotlozhnaya khirurgiya raka obodochnoy kishki* [Emergency surgery of colon cancer]. Moscow, Miklosh Publ, 2009. 96 p.
5. Chissov V. I., Starinskiy V. V., Petrova G. V. *Zlokachestvennye novoobrazovaniya v Rossii v 2005 godu (zabolevaemost i smertnost)* [Malignant neoplasms in Russia in 2005 (morbidity and mortality)]. Moscow, 2007. 251 p.

Сведения об авторах:

Артюхов Сергей Викторович – зав. приёмным отделением СПб ГБУЗ «Александровская больница», к.м.н.

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

Кубачев Кубач Гдажиевич – профессор кафедры хирургии им Н.Д. Монастырского СЗГМУ им И.И. Мечникова, д.м.н.

Заркуа Нонна Эриковна – доцент кафедры хирургии им Н.Д. Монастырского СЗГМУ им И.И. Мечникова, к.м.н.

Контактная информация:

Артюхов Сергей Викторович – 193312, проспект Солидарности, дом 4; тел.: 8 (812) 588-21-11; факс (812) 589-11-41; e-mail: info@alexhospital.ru; тел.: 8 (911) 914-76-27, e-mail: art_serg@mail.ru

¹Артюхов С.В., ²Мухиддинов Н.Д., ³Кубачев К.Г., ³Заркуа Н.Э.

РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ РЕКТОСИГМОИДНОГО ОТДЕЛА И ПРЯМОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЁННОМ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

¹СПб ГБУЗ «Александровская больница», Санкт-Петербург, Россия

²Кафедра хирургических болезней и эндохирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

³Кафедра хирургии им. Н.Д. Монастырского ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург

¹Artyukhov S.V., ²Mukhiddinov N.D., ³Kubachev K.G., ³Zarkuya N.E.

RADICAL OPERATION IN CANCER OF RECTOSIGMOID AND RECTUM, COMPLICATED BY INTESTINAL OBSTRUCTION

¹SPb GBUZ «Aleksandrovskaya hospital», Saint-Petersburg, Russia

²Department of Surgical Diseases and Endosurgery of the State Education Establishment “Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan”

³Department of surgery named after Monastyrskiy N. D. FGBOU VO «Northwest State Medical University named after I. I. Mechnikov». Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg

Цель исследования. Определить оптимальную тактику и улучшить результаты лечения больных обтурационной кишечной непроходимостью, обусловленной раком ректосигмоидного отдела и прямой кишки.

Материал и методы. Проведён анализ лечения 631 больного, страдающего острой обтурационной кишечной непроходимостью, обусловленной раком ректосигмоидного отдела (PCO) и прямой кишки, за 2003-2012 годы. Объём обследования и лечения согласовывался с медико-экономическими стандартами в соответствии с Международной классификации болезней (МКБ-10).

Результаты. Из 631 больного объектом исследования стали 276 пациентов, у которых при первичном вмешательстве не были выявлены отдаленные метастазы, им выполнены радикальные операции. Первичное удаление опухоли при устранении кишечной непроходимости было выполнено у 157 (46,3%), устранение непроходимости посредством формирования стомы или реканализации опухоли – у 119 (53,7%) пациентов. Летальность среди больных, которым сформирована стома, составила 9,8%, а в группе больных с первичной резекцией кишки с опухолью – 16,1% ($p < 0,05$).

Заключение. Результаты лечения у пациентов, которым первоначально выполняли стомирование или реканализацию, а вторым этапом - радикальную операцию, достоверно лучше ($p < 0,05$).

Ключевые слова: рак прямой кишки, рак ректосигмоидного отдела, обтурационная кишечная непроходимость, хирургическая тактика, лапароскопия, эндоскопия

Aim. To determine the optimal tactics and improve the results of treatment of patients obstructive intestinal obstruction caused by rectosigmoid cancer Department and rectum.

Materials and methods. Treatment analysis of 631 patient suffering from acute obstructive intestinal obstruction due to cancer R and rectum for 2003-2012. The volume of examination and treatment consistent with the medical – economic standards in accordance with the International classification of diseases (ICD-10).

Results. Of the 631 patient object of the study were 276 patients who at the primary intervention have not been identified in distant metastases and performed radical surgery. Primary removal of a tumor with the elimination of intestinal obstruction was performed in 157 (46,3%) patients, removal of obstruction through the formation of Stom or recanalization of the tumor – 119 (53,7%) patients. Mortality among patients in whom stoma was formed, was 9,8% and in the group of patients with a primary bowel resection with tumor – 16,1% ($p < 0,05$).

Conclusion. The results of treatment in patients who originally performed the also or recanalization, and the second stage a radical operation, reliably better ($p < 0,05$).

Key words: colorectal cancer, cancer of the rectosigmoid Department, obstructive intestinal obstruction, surgical approach, laparoscopy, endoscopy

Актуальность

Конец 20-го и начало 21-го веков характеризуются подъемом заболеваемости злокачественными опухолями практически во всех странах мира. Ведущие позиции в их структуре занимает рак толстого кишечника (РТК). По частоте заболеваемости данная патология уступает только раку легкого и молочной железы. По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно в мире рак толстой кишки диагностируется более чем у 650 000 человек [2, 4].

В структуре причин развития обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза удельный вес рака прямой кишки составляет 4,7%, ректосигмоидного отдела – 22,5% [7]. Частое развитие кишечной непроходимости при раке левой половины ободочной кишки объясняется тем, что для них характерен инфильтративный рост, приводящий к циркулярному сужению просвета кишки. Кроме того, диаметр левой половины ободочной кишки в 2,5 раза меньше диаметра правой половины ободочной кишки, её стенка располагает более выраженным мышечным слоем, а содержимое представлено плотными каловыми массами, что способствует развитию обтурации узкого просвета в зоне опухоли [3, 5].

Несмотря на возросшие возможности ранней диагностики заболеваний ободочной кишки, до настоящего времени остается высоким удельный вес впервые диагностированного рака ободочной кишки III-IV стадий, который составляет 81-90% всех наблюдений рака толстой кишки, причем на долю III стадии приходится менее 30% [1, 6]. Далеко неоднозначными остаются подходы к хирургическому лечению обтурационной кишечной непроходимости при раке левой половины ободочной кишки. До сих пор выполняются трехэтапные оперативные вмешательства типа Цейдлера-Шлоффера. Чаще всего рекомендуют различные варианты обструктивных вмешательств с удалением опухоли. Из-за высокого риска развития несостоятельности отношение

к первичным анастомозам остается весьма сдержанным. Однако, по причине тяжести состояния и декомпенсации сопутствующих заболеваний выполнить операцию типа Гартмана удается не всегда либо она сопровождается высокой летальностью. Кроме того, формирование колостомы на длительные сроки, а иногда и пожизненно существенно снижает качество жизни пациентов, особенно в стесненных жилищных условиях или при отсутствии коммунальных удобств. До сих пор недостаточно четко определены возможности эндовидеохирургических и эндоскопических технологий при лечении осложненного рака левой половины толстой кишки [1, 7].

Таким образом, существует необходимость разработки хирургической тактики, которая посредством применения малоинвазивных технологий позволила бы снизить тяжесть хирургической агрессии на первом этапе операции, предполагающей выполнение в ближайшие сроки радикального вмешательства, при котором удаляется опухоль и восстанавливается непрерывность кишечника. Обоснованию подобной тактики и посвящено данное исследование.

Материал и методы исследования

В основу исследования положен анализ лечения больных раком сигмовидной кишки, госпитализированных в ГБУЗ «Александровская больница» Санкт-Петербурга за 2003-2012 годы. Всего был пролечен 631 пациент, страдающий острой обтурационной кишечной непроходимостью, обусловленной раком РСО и прямой кишки.

Объем обследования и лечения согласовывался с медико-экономическими стандартами в соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ-10). Полученные данные заносились в электронную таблицу, которая в последующем была подвергнута статистическому анализу с использованием программ Statistika for Windows v. 5.11 и Excel 2007.

Результаты и их обсуждение

Распределение больных по годам представлено в таблице 1.

Таблица 1

Количество больных раком РСО и прямой кишки по годам

Локализация опухоли	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Всего
PCO	47	49	48	47	48	49	51	53	52	56	500
Прямая кишка	13	11	14	15	13	12	14	14	13	12	131
Всего	60	60	62	62	61	61	65	67	65	68	631

В 2003 году больных было 60, а в 2012 – уже 68 человек. Прирост составил 13%. Это обусловлено не только абсолютным ростом числа заболевших, но и сокращением коечного фонда хирургических отделений города, а также снижением числа больных, госпитализированных по программе обязательного медицинского страхования в медицинские учреждения федерального подчинения.

Среди заболевших мужчин было 279 (44,2%), женщин – 352 (55,8%).

Удельный вес пациентов в возрасте до 40 лет составил 2,8%, 41-60 лет – 22,0%, 61-70 лет – 35,0% и старше 70 лет – 40,2%. Всего пациентов старше 60 лет было 75, 2%.

Одним из важнейших факторов, влияющих на прогноз у больных с неотложными состояниями, каким является острая кишечная непроходимость, является продолжительность догоспитального этапа. Особенный вес это приобретает в группе пациентов пожилого и старческого возрастов, имеющих иногда несколько сопутствующих заболеваний, когда прогрессирующая интоксикация, расстройства водно-электролитного баланса и других составляющих гомеостаза способствуют быстрой декомпенсации функций различных органов и систем.

Из полученных нами данных следует, что подавляющее большинство больных (69%) доставлены в сроки от 48 часов и более от

момента начала заболевания. До 12 часов с момента развития клиники острой кишечной непроходимости обратились только 1,2% больных. В период от 12 до 24 часов в стационар доставлены чуть менее 3% пациентов, в течение 24-48 часов поступили 17,9% больных. Таким образом, удельный вес пациентов, госпитализированных после 48 часов с момента развития острой кишечной непроходимости, в разные годы составил от 70% до 80%.

При анализе причин поздней госпитализации больных, доставленных позже 48 часов, факторами, влияющими на сроки, явились:

- поздняя обращаемость больных вследствие развития подобных симптомов в течение нескольких предыдущих дней или недель. Пациенты и их родственники занимались самолечением, применяя для устранения симптомов слабительные или клизмы (29,9%);
 - физическая немощность больных вследствие наличия тяжелых сопутствующих заболеваний, отсутствие ухода (7,5%);
 - осознанный отказ от госпитализации из-за различных семейных или социально-экономических проблем (40%);
 - недоступность медицинской помощи (нахождение вне города, на даче и т.п.) (16,1%);
 - ошибки медицинских работников (6,5%).
- Тяжесть состояния пациентов проводили, используя балльную систему АРАСН-II (табл. 2).

Таблица 2

Степень тяжести состояния больных по шкале АРАСН-II при госпитализации

<i>Количество баллов</i>	<i>Количество больных</i>
<i>До 8</i>	35 (5,5%)
<i>9-15</i>	99 (15,7%)
<i>16-20</i>	193 (30,7%)
<i>21-25</i>	202 (32%)
<i>26-30</i>	74 (11,7%)
<i>Более 30 баллов</i>	28 (4,4%)
<i>Всего</i>	631 (100%)

Тяжесть состояния 78,7% больных оценена более чем в 16 баллов, что свидетельствует о низких компенсаторных возможностях пациентов, обусловленных длительной интоксикацией. Эти пациенты требовали предоперационной подготовки, которая, как правило, проводилась в течение 2-4 часов.

Больные (275 человек) с отдаленными метастазами, местнораспространенной неудаляемой опухолью и больные, имеющие тяжелые сопутствующие заболевания, не позволившие

выполнять радикальную операцию, исключены из дальнейшего анализа.

Объектом исследования стали 276 больных, у которых при операции не были выявлены отдаленные метастазы и им выполнены радикальные операции.

Различные сопутствующие заболевания, в том числе и их сочетания, имелись у подавляющего большинства пациентов. Только у 3 больных (1,1%) сопутствующей соматической патологии не выявлено. Объем инструментальных исследований представлен в таблице 3.

Объем инструментальных исследований (n = 276)

<i>Вид исследования</i>	<i>Всего</i>	<i>%</i>
<i>Рентгенография легких</i>	276	100
<i>Рентгенография брюшной полости</i>	276	100
<i>– в т.ч. в латеропозиции</i>	37	13,4
<i>Бариевая проба Шварца</i>	7	2,5
<i>УЗИ брюшной полости</i>	276	100
<i>Фиброэзофагогастродуоденоскопия</i>	28	10,1
<i>Срочная фиброколоноскопия</i>	33	12,0
<i>Отсроченная фиброколоноскопия</i>	59	21,3
<i>Лапароскопия</i>	76	27,5
<i>Компьютерная томография</i>	54	19,5

В последние годы все большее применение при диагностике и лечении кишечной непроходимости опухолевого генеза находят эндоскопические методы диагностики и лечения. Новые технологии, позволяющие реканализировать опухоль посредством воздействия аргоноплазменной, лазерной энергии способствуют устранению кишечной непроходимости, а установка саморасправляющихся стентов позволяет оперировать больных в плановом порядке после устранения явлений интоксикации.

Срочная фиброколоноскопия была выполнена 33 больным. Во всех случаях диагноз был установлен. У 6 больных удалось реканализировать стенозирующую опухоль и устранить кишечную непроходимость. Отсроченная фиброколоноскопия (59 больных) выполнялась пациентам на 5-8 сутки после формирования двухствольных колостомы для уточнения диагноза или забора материала для гистологического исследования.

Лапароскопическое исследование выполнено 76 (27,5%) больным. Постановку троакара выполняли по методике Хассена. При обзоре органов брюшной полости определяли локализацию опухоли, производили ревизию на наличие метастазов. По возможности выполнялась мобилизация вышележащего участка толстой кишки путём рассечения сращений с передней брюшной стенкой и сальником. Под контролем лапароскопа производился мини-доступ над приводящим участком толстой кишки, по возможности как можно ближе к опухоли. При необходимости выполнялась декомпрессия раздутого приводящего участка толстой кишки через выведенный в рану её сегмент и введением канюли электроотсоса в его просвет, герметизированный кисетным швом, формировалась двухствольная колостома по стандартной методике. У 34 (41,7%) больных

была выполнена лапароскопически ассистированная двухствольная колостома. У остальных больных выполнить лечебные манипуляции с использованием эндовидеохирургии технически не удалось.

Из этих 34 пациентов 29 (85,3%) были радикально оперированы спустя 6-8 дней. Второй этап оперативного лечения выполнялся с удалением опухоли, устранением колостомы и наложением первичного межкишечного анастомоза. Выполнение первого, лапароскопического, этапа операции, наряду с уменьшением операционной травмы, позволяло создать хирургу более комфортные условия для осуществления второго этапа лечения. Кроме этого, основной задачей дежурного хирурга является спасти пациента от развившегося осложнения и зачастую, не обладающему большим хирургическим опытом, технически проще выполнить меньшую по объёму операцию. Резекция опухоли и колостомы производилась единым блоком с лимфодиссекцией.

Выполнение лапароскопической диагностики с лапароскопически ассистированной колостомией, как первый этап лечения рака левой половины ободочной кишки, осложнённого ОКН, позволяло установить стадию опухолевого процесса, устранить явления кишечной непроходимости и определить дальнейший объём лечения, который возможно выполнить в более ранние сроки.

При первичных радикальных вмешательствах с удалением опухоли вопрос о восстановительном втором этапе откладывался на 6-12 месяцев. Кроме этого, в экстренной ситуации не всегда возможно выполнить адекватную лимфодиссекцию.

Первичное удаление опухоли и устранение кишечной непроходимости было выполнено 128 (46,4%) больным, у остальных устраняли не-

проходимость посредством формирования стом или реканализации опухоли. Летальность среди больных, которым была сформирована стома, составила 9,8%, а в группе больных с первичной резекцией кишки с опухолью – 16,1% ($p < 0,05$).

Послеоперационные осложнения после первой операции наблюдались у 22,1% пациентов. Наиболее часто наблюдались гнойно-септические и тромбозмембранные осложнения. Причинами летальных исходов явились прогрессирование перитонита и интоксикации – 45,6%, а также абдоминальный сепсис – 16,8%. Пневмония и дыхательная недостаточность составили в структуре причин смерти 8,8%, ТЭЛА – 7,2%

Выводы

1. Несмотря на возросшую лабораторно-инструментальную доступность обследования больных, в большинстве случаев рак РС отдела и прямой кишки диагностируется на поздних стадиях, как правило, при развитии острой обтурационной кишечной непроходимости.

2. Преклонный возраст большинства пациентов, наличие у них тяжелых сопутствующих заболеваний, поздняя госпитализация являются основными причинами неудовлетворительных результатов лечения этой группы больных.

3. Летальность среди пациентов, которым выполняли реканализацию опухоли либо первичное стомирование, достоверно ниже, чем в группе первично радикальных операций.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров В.Б., Сухов Б.С., Корнев Л.В. Проблемы в лечении осложненного колоректального рака. // Второй съезд колопроктологов России: тез. докл. Уфа, 2007. С. 204-205.
2. Беляев А.М., Дворецкий С.Ю., Суров Д.А., Семенов К.В. Лечение опухолевой левосторонней толстокишечной непроходимости // Вестник Российской Военно-медицинской академии. 2008. №4. С. 8-9.
3. Воробьев Г.И. Хирургия рака толстой кишки. 50 лекций по хирургии / под ред. Савельева В.С. М.: Медиа Медика, 2003. 408с.
4. Мартынюк В.В. Рак толстой кишки (заболеваемость, смертность, факторы риска, скрининг). СПб., 2004. С. 151-161
5. Маскин С.С., Шварцман И.М., Шамаев З.М. Выбор тактики лечения толстокишечной непроходимости по данным ультразвуковой диагностики // Первый конгресс московских хирургов: тез. докл. М., 2005. С. 52-69.
6. Онкология. Национальное руководство / под ред. В.И. Чиссова, М.И. Давыдова. М.: ГЭОТАР-Медиа,

2013. 576 с.

7. Пахомова Г.В., Подловченко Т.Г., Утешев Н.С., Селина И.Е., Скворцова А.В. Неотложная хирургия рака ободочной кишки. М.: Миклош, 2009. 96 с.

REFERENCES

1. Aleksandrov V. B., Sukhov B. S., Kornev L. B. [Problems in the treatment of complicated colorectal cancer]. Vtoroy sezd koloproktologov Rossii: tezisy dokladov [The Second Congress of Russian Coloproctologists: thesis of papers]. Ufa, 2007. pp. 204-205. (In Russ.)
2. Belyaev A. M., Dvoretzkiy S. Yu., Surov D. A., Sementsov K. V. Lechenie opukholevoy levostoronney tolstokishhechnoy neprokhodimosti [Treatment of tumor left-sided colonic obstruction]. Vestnik Rossiyskoy Voenno-meditsinskoy akademii – Herald of the Russian Military Medicine Academy, 2008, No. 4, pp. 8-9.
3. Vorobev G. I. Savelev B. S. Khirurgiya raka tolstoy kishki. 50 lektsey po khirurgii [Surgery for colon cancer. 50 lectures on surgery]. Moscow, Media Medika Publ., 2003. 408 p.
4. Martynyuk V. V. Rak tolstoy kishki (zabolevaemost, smertnost, faktory riska, skринing) [Colon cancer (morbidity, mortality, risk factors, screening)]. St. Peterburg, 2004. 151-161 p.
5. Maskin S. S., Shvartsman I. M., Shamaev Z. M. [The choice of tactics of treatment of colonic obstruction according to the ultrasound diagnosis]. Pervyy kongress moskovskikh khirurgov: tezisy dokladov [The first congress of Moscow surgeons: thesis of papers]. Moscow, 2005. pp. 52-69. (In Russ.)
6. Chissov V. I., Davydov M.I. Onkologiya. Natsionalnoe rukovodstvo [Oncology. National leadership]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2013. 576 p.
7. Pakhomova G. V., Podlovchenko T. G., Uteshev N. S., Selina I. E., Skvortsova A. V. Neotlozhnaya khirurgiya raka obodochnoy kishki [Emergency surgery of colon cancer]. Moscow, Miklosh Publ., 2009. 96 p.

Сведения об авторах:

Сведения об авторах:

- Артюхов Сергей Викторович** – зав. приёмным отделением СПб ГБУЗ «Александровская больница», к.м.н.
- Мухиддинов Нуриддин Давлаталиевич** – зав. кафедрой хирургических болезней и эндохирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н.
- Кубачев Кубач Гдажиевич** – профессор кафедры хирургии им Н.Д. Монастырского СЗГМУ им И.И. Мечникова, д.м.н.
- Заркуа Нонна Энриковна** – доцент кафедры хирургии им Н.Д. Монастырского СЗГМУ им И.И. Мечникова, к.м.н.

Контактная информация:

Артюхов Сергей Викторович – 193312, проспект Солидарности, дом 4; тел.: 8 (812) 588-21-11; факс (812) 589-11-41; e-mail: info@alexhospital.ru; тел.: 8 (911) 914-76-27, e-mail: art_ser@mail.ru

¹Кубачев К.Г., ¹Заркуа Н.Э., ²Мухиддинов Н.Д.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИАМПУЛЯРНОГО РАКА, ОСЛОЖНЕННОГО МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

¹Кафедра хирургии им. Н.Д. Монастырского ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург

²Кафедра хирургических болезней и эндохирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

¹Kubachev K.G., ¹Zarkuya N.E., ²Mukhiddinov N.D.

SURGICAL TACTIC IN TREATMENT OF PERIAMPULAR CANCER COMPLICATED WITH OBSTRUCTIVE JAUNDICE

¹Department of surgery named after Monastyrskiy N. D. FGBOU VO «Northwest State Medical University named after I. I. Mechnikov». Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg

²Department of Surgical Diseases and Endosurgery of the State Education Establishment “Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan”

Цель исследования. Выбор оптимальной хирургической тактики при лечении периапулярного рака, осложненного механической желтухой.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ лечения 479 больных периапулярным раком, осложненным механической желтухой, в возрасте от 25 до 78 лет. У 62,7% больных опухоль располагалась в головке и крючковидном отростке поджелудочной железы. Из них прорастание желчного протока опухолью и полная обструкция его просвета выявлены у 71 (23,7%) пациента, полное боковое или циркулярное сдавление просвета протока – у 229 (76,3%) больных. У 25,5% пациентов причиной желтухи являлась опухоль большого дуоденального сосочка, у 11,9% – рак внепеченочных желчных протоков. Одномоментные радикальные или традиционные внутренние дренирующие операции не выполняли; первым этапом производили малоинвазивную дренирующую процедуру. Эндоскопические методы отведения желчи использованы у 282 (59,1%) больных.

Использованы УЗИ, эндоУЗИ, МСКТ, МРТ, эндовидеохирургические методы диагностики.

Результаты. Среди больных раком головки поджелудочной железы 70,6% составили мужчины, 38,9% – женщины. Догоспитальные сроки у пациентов были от 11 до 27 дней. Уровень билирубина на момент госпитализации составлял от 180 до 915 мкмоль/л, в среднем – 382 мкмоль/л.

Осложнения, связанные с РХПГ и ПСТ, развились у 7 пациентов (2,5%).

В связи с печеночноклеточной недостаточностью, несмотря на эффективное дренирование протоков и хорошую проходимость дренажа, у 57 (12%) больных в первые 2 суток отделение желчи не наблюдали. Из 479 больных периапулярным раком радикальные операции были выполнены 117 (24,4%). В остальных случаях опухоли были признаны неоперабельными. У 107 пациентов была выполнена классическая операция Уиппла, у 4 – панкреатодуоденальная резекция по Траверсо-Логмайеру. Паллиативные оперативные вмешательства были выполнены у 281 больного.

Заключение. При хирургическом лечении периапулярного рака из-за высокого риска развития осложнений в послеоперационном периоде показано выполнение двухэтапных хирургических вмешательств, первым этапом служит дренирующая процедура. Наиболее физиологически обоснованными являются эндоскопические технологии желчеотведения. Радикальные оперативные вмешательства должны выполняться только после полной нормализации параметров гомеостаза.

Ключевые слова: периапулярный рак, механическая желтуха, малоинвазивные технологии

Aim. To find the best surgical tactic in treatment of periampular cancer complicated with obstructive jaundice.

Materials and methods. In this research 479 periampular cancer complicated with obstructive jaundice patients were studied and retrospective analysis was made. The age of patients varied from 25 to 78 years old. 62.7 % of patients had tumor in head and uncinata process of pancreas, 71 (23,7%) had tumor germination into the bilious ducts, 229 (76,3%) patients had circular impaction of bilious duct, 25/5% of patients had jaundice because of extrahepatic bile ducts cancer. Modern diagnostic methods were used (Ultrasound, Endoultrasound, MSCT, MRI, Endosurgical technologies, Cholangioscopy and Intraoperative ultrasound).

Results. The incidence of periampular cancer with different locations in male and female had significant difference. 70,6% males and only 38,9% females used to have pancreatic head cancer. Prehospital period of our patients was from 11 till 27 days. In the day of hospitalization Bilirubin level ranged from 180-915 mcmmole/L, with average Bilirubin level – 382 mcmmole/L. We refused one-stage radical surgery, traditional internal drainage technics and preferred minimally-invasive drainage procedure. Endoscopic methods were used for bilious duct drainage if we had technical capacities. We made endoscopic surgery at 282 patients (59,1%). Common bile duct stenting procedure was used as preoperative care or in patients with late stages of cancer with lifetime not more than 4-5 months. Patients with cholangitis went through biliary drainage procedure.

Even though we found biliary drainage procedure effective for our patients, 57(12%) of them had no biliation in the first 2 days because of Hepaticcell failure.

From 479 patients with periampular cancer 117(24,4%) went through radical surgery. In all other cases tumor was found as inoperable. 107 patients had Wipple procedure, 4 – pancreaticoduodenal resection (Traverso-Longmire operation). 281 patient had only palliative surgery.

Conclusion. Surgical treatment of periampular cancer has high risk of postoperative complications and the best choice of management in such patients is two-stage surgery. Drainage procedure should be used as the first stage. Endoscopic technologies of biliation are more physiologic and radical surgery should be done only after hemostasis normalization.

Key words: *periampular cancer, jaundice, minimally-invasive technologies*

Актуальность

В последнее десятилетие отмечается рост числа пациентов со злокачественными опухолями органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. Несмотря на повышение доступности различных высокочувствительных неинвазивных методов диагностики, выявляемость рака органов этой локализации на ранних стадиях заболевания практически не повысилась. В подавляющем большинстве случаев пациенты продолжают поступать в профильные стационары только при развитии различных осложнений, таких как механическая желтуха, холангит, непроходимость двенадцатиперстной кишки, печеночно-почечная недостаточность, прорастание опухоли полых органов и кровотечение в просвет желудочно-кишечного тракта [1, 3]. Наиболее частым осложнением при поздней диагностике периапулярного рака является обструкция желчных протоков с развитием синдрома механической желтухи. Она существенно ухудшает состояние пациента вследствие развития характерных осложнений, таких как печеночная и почечная недостаточность, тромбгеморрагический синдром, холемические кровотечения, гнойный холангит, холангиогенные абсцессы печени, дисбактериоз кишечника, способствуя развитию полиорганной недостаточности [2, 4].

Среди причин желтухи опухолевого генеза на первое место выходит рак головки поджелудочной железы, на второе – рак фатерова сосочка, затем – рак внепеченочных желчных протоков [5]. Отмеченные в последние десятилетия определенные достижения в диагностике

и лечении этой тяжелой категории больных связаны, в первую очередь, с активным внедрением в широкую клиническую практику новых (либо совершенствованием известных) методов диагностики, применением современных миниинвазивных технологий – лапароскопических, эндоскопических, ультразвуковых, лучевых, рентгенотелевизионных, а также их сочетанием. Вместе с тем, вопросы своевременной диагностики и рациональной лечебной тактики при механической желтухе остаются одной из наиболее сложных и во многом нерешенной проблем в хирургической гастроэнтерологии вообще и онкологии в частности [6].

Материал и методы исследования

В настоящем исследовании проведен ретроспективный анализ лечения 479 больных периапулярным раком, осложненным механической желтухой, находившихся на лечении в СПб ГБУЗ «Александровская больница» с 2001 по 2012 год. Возраст больных составил от 25 до 78 лет. У 62,7% пациентов опухоль располагалась на головке и крючковидном отростке поджелудочной железы. Из них прорастание желчного протока опухолью и полная обструкция его просвета выявлены у 71 (23,7%), полное боковое или циркулярное сдавление просвета протока – у 229 (76,3%) больных. У 25,5% пациентов причиной желтухи послужила опухоль большого дуоденального сосочка и у 11,9% – рак внепеченочных желчных протоков.

С целью верификации причин механической желтухи использованы современные методы диагностики (УЗИ, эндоУЗИ, МСКТ, МРТ, рентгенотелевизионные и эндовидеохирургические

технологии). Для ревизии желчных протоков во время операции использовались холангиоскопия, интраоперационное УЗИ. В среднем на одного пациента выполнено 5,5 исследований.

Результаты и их обсуждение

Заболеваемость периапулярным раком различной локализации у мужчин и женщин имела существенные различия. Среди больных раком головки поджелудочной железы 70,6% составили мужчины и 38,9% – женщины. Удельный вес больных раком крючковидного отростка также оказался выше у мужчин. Однако, заболеваемость раком фатерова сосочка у женщин была почти три раз выше, чем у пациентов мужского пола. Подобная тенденция прослеживается среди больных раком внепеченочных желчных протоков. Очевидно, причиной этого является более высокая заболеваемость желчнокаменной болезнью у женщин и частое поражение поджелудочной железы вследствие хронической алкогольной интоксикации у мужчин.

В структуре опухолей внепеченочных желчных протоков наиболее неблагоприятным яв-

ляется рак Клатцкина (IIIА, IIIВ и IV типы по классификации Bismuth-Corlett). К сожалению, он является наиболее часто встречаемым. Так, из 57 пациентов раком магистральных внепеченочных желчных протоков (без учета рака желчного пузыря) эта локализация опухоли выявлена 56,1%. Из-за быстрого прорастания сосудов ворот печени и раннего метастазирования прогноз при опухолях этой локализации остается крайне неблагоприятным.

Догоспитальные сроки у пациентов были от 11 до 27 дней. Уровень билирубина на момент госпитализации составлял от 180 до 915 мкмоль/л, в среднем – 382 мкмоль/л. Нарушение параметров свертывающей системы крови имелись у каждого третьего больного, анемия – у 38%.

Печеночная недостаточность разной степени выраженности выявлена у 272 больных.

Распределение пациентов по классам печеночной недостаточности (по Э.И. Гальперину) представлено в таблице 1.

Таблица 1

Количество больных и класс печеночной недостаточности

<i>Класс печеночной недостаточности</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>
<i>Количество больных</i>	61 (22,4%)	122 (44,9%)	89 (32,7%)

Примечание: * от 272 больных с печеночной недостаточностью

Таким образом, среди больных с печеночной недостаточностью у 77,6% диагностированы тяжелые формы этого осложнения, требующие коррекции в предоперационном периоде.

На момент госпитализации явления холангита выявлены у 51 (10,7%) больного. Пациенты жаловались на неинтенсивные боли в области правого подреберья, периодическое повышение температуры, изредка сопровождающееся ознобом.

Все это в совокупности показывают наличие высокого операционно-анестезиологического риска у этих пациентов. Поэтому важно выполнить адекватную оценку компенсаторных возможностей организма перед радикальной операцией и осуществить те необходимые малоинвазивные процедуры, которые позволят устранить желтуху и снизить риск развития осложнений. Радикальное хирургическое лечение основного заболевания должно осуществляться только после ликвидации механической желтухи, её осложнений и нормализации параметров гомеостаза.

Факторами, определяющими способ отведения желчи, являются:

- основное заболевание, явившееся причиной механической желтухи;

- уровень обструкции внепеченочных желчных протоков;
- при периапулярном раке - его локализация и стадия;
- наличие условий для выполнения радикального оперативного вмешательства с целью излечения основного заболевания;
- обеспеченность технологическими возможностями выполнения наиболее обоснованного в конкретной ситуации малоинвазивного оперативного вмешательства;
- прогнозируемая продолжительность жизни при периапулярном раке;
- наличие системных нарушений гомеостаза;
- степень коморбидности пациента;
- тяжесть клинического течения основного заболевания и механической желтухи.

Казалось бы, умеренное повышение уровня билирубина при низкой коморбидности пациента позволяют выполнить радикальные оперативные вмешательства без дренирующих операций. Однако, это не гарантирует от развития печеночной недостаточности. В подобных ситуациях нами радикально оперированы двое пациентов без дренирующих операций. Состояние обоих больных перед операцией

расценено как удовлетворительное. У обоих в раннем послеоперационном периоде отмечена прогрессирующая тяжелая форма печеночной недостаточности, без развития несостоятельности анастомозов и перитонита, приведшая в одном случае к летальному исходу.

Мы отказались от выполнения одномоментных радикальных или традиционных внутренних дренирующих операций, предпочитая выполнять первым этапом малоинвазивную дренирующую процедуру. Их характер и количество представлены в таблице 2.

Таблица 2

Дренирующие операции при периампулярном раке (n = 477)

<i>Вид операции</i>	<i>Количество</i>
<i>Холецистостомия лапароскопическая</i>	20 (4,2%)
<i>Холецистостомия мини-доступом</i>	29 (6,1%)
<i>Холецистостомия под контролем УЗИ</i>	5 (1,1%)
<i>Холедохостомия лапароскопическая</i>	51 (10,7%)
<i>Холедохостомия мини-доступом</i>	30 (6,3%)
<i>РХПГ, ПСТ и назобилиарное дренирование</i>	34 (7,1%)
<i>РХПГ, ПСТ и стентирование ОЖП пластиковым стентом</i>	179 (37,5%)
<i>РХПГ, ПСТ и стентирование ОЖП нитиноловым стентом</i>	69 (14,5%)
<i>ЧЧХ – рентгенэндобилиарным способом наружное дренирование ЖП</i>	22 (4,6%)
<i>– рентгенэндобилиарным способом наружно-внутреннее дренирование ЖП</i>	25 (5,2%)
<i>– рентгенэндобилиарным способом стентирование</i>	6 (1,3%)
<i>– наружное дренирование ЖП под УЗИ-наведением</i>	7 (1,5%)

Примечание: двое больных оперированы без дренирования

При прочих равных условиях предпочтение отдавалось эндоскопическим методам дренирования желчных протоков. Показанием к выполнению эндоскопического дренирования желчных протоков является желтуха вследствие обструкции желчных протоков опухолью любой локализации при технической возможности выполнения дренирования. Только при отсутствии такой возможности применяли другие методы желчеотведения.

Всего эндоскопические методы отведения желчи использованы у 282 (59,1%) больных, в том числе РХПГ, ПСТ, назобилиарное дренирование – у 7,1%, РХПГ, ПСТ, стентирование ОЖП пластиковым стентом – у 37,5%, РХПГ, ПСТ, стентирование ОЖП нитиноловым стентом – у 14,5%. Стентирование ОЖП пластиковым стентом использовали как этап предоперационной подготовки или при прогнозируемой продолжительности жизни не более 4-5 месяцев вследствие запущенности онкологического процесса.

При наличии явлений холангита применяли назобилиарное дренирование, посредством которого выполняли капельное орошение желчных протоков. При прогнозируемой продолжительности жизни более 5 месяцев или когда оперативное вмешательство представля-

ет высокий риск, использовали нитиноловые стенты, срок службы которых значительно превышает аналогичный пластиковых стентов. Осложнения, связанные с РХПГ и ПСТ, развились у 7 пациентов (2,5%). Из них кровотечение легкой и средней степеней тяжести из зоны разреза сфинктера Одди наблюдали у 3, панкреатит легкой степени тяжести – у 2, средней степени тяжести – у 2 больных. Все пациенты поправились. Кровотечение было остановлено посредством эндоскопического гемостаза. Лечение панкреатита проводилось посредством консервативных мероприятий.

Наружное дренирование желчного пузыря или внепеченочных желчных протоков эндовидеохирургическим, мини-доступам или под УЗИ-наведением было выполнено 135 (28,3%) больным. Эти способы желчеотведения применяются при обструкции дистальных отделов общего желчного протока (рак головки и крючковидного отростка поджелудочной железы, рак большого дуоденального сосочка) при технической невозможности применения РХПГ. При этих способах дренирования необходимо выполнить дозированную декомпрессию протоков, что способствует снижению риска развития острой печеночной недостаточности и синдрома массивного цитолиза гепатоцитов.

Осложнений, непосредственно связанных с оперативным вмешательством, не выявлено.

Дренирование желчных протоков посредством чрескожного чреспеченочного доступа в условиях рентгенооперационной или под контролем УЗИ выполнено у 60 (12,6%) больных.

Показаниями к выполнению этого вида вмешательства являются невозможность дренирования желчных протоков другими способами, рак внепеченочных желчных протоков. Обычно стараются выполнять наружновнутреннее дренирование, обеспечивающее поступление желчи в двенадцатиперстную кишку. При обструкции долевых протоков на уровне ворот выполняют дренирование протоков обеих половин печени. Процедура является наиболее инвазивной из всех способов желчеотведения. Различные осложнения, связанные с данной процедурой, наблюдали у 6 (10%) больных, в том числе дренажа с формированием биломы – у 1 больного, кровотечение в брюшную полость – у 2 больных, желчеистечение в брюшную полость – у 2 больных, гемобилия – у 1 пациента. Прогрессирование интоксикации и нарастание тяжести почечно-печеночной недостаточности наблюдали у 9 пациентов, в том числе у 2 с развитием печеночной комы.

По сравнению с механической желтухой прочего генеза, нормализация параметров гомеостаза при периампулярном раке происходит в более длительные сроки ($p < 0,01$) (на 3-6 дней больше), даже при сопоставимом уровне показателей сывороточного билирубина, вне зависимости от вида желчеотводящей операции. Такая закономерность чаще наблюдается при локализации опухоли в головке поджелудочной железы, что,

возможно, связано с более высоким уровнем интоксикации при раке данной локализации и прекращением поступления сока поджелудочной железы в двенадцатиперстную кишку из-за блока устья Вирсунгова протока. Несмотря на эффективное дренирование протоков и хорошую проходимость дренажа, у 57 (12%) больных в первые 2 суток отделения желчи не наблюдали, что было связано с печеночноклеточной недостаточностью. В этих случаях наряду с интенсивной терапией показано назначение преднизолона в дозе 250-300 мг в сутки с постепенным снижением по мере восстановления суточного объема желчи и снижения уровня билирубина. Обязательным условием назначения гормонов является отсутствие механического препятствия току желчи, в том числе и из протоков противоположной доли печени. В противном случае возможно усугубление тяжести печеночной недостаточности или развитие билиарных инфекционных осложнений.

У 79 больных малоинвазивные методы желчеотведения были окончательными видами хирургического пособия. Причинами этого явились распространенность опухолевого процесса, высокая коморбидность пациентов, отказ от выполнения оперативного вмешательства. 18 пациентам было выполнено наружное, 9 – наружновнутреннее дренирование. 52 пациентам осуществлено эндоскопическое стентирование желчных протоков пластиковыми или нитиноловыми стентами.

398 больным после разрешения желтухи вторым этапом в сроки 16-23 дня выполнены традиционные оперативные вмешательства (табл. 3).

Таблица 3

Оперативные вмешательства при раке гепатопанкреатодуоденальной зоны (n = 398)

<i>Характер вмешательства</i>	<i>Всего</i>	<i>Умерло</i>
<i>Билиодигестивные анастомозы</i>	281	13 (4,6%)
<i>ГПДР типа Уипла</i>	107	5 (5,1%)
<i>ПДР по Траверсо-Лонгмайеру</i>	4	–
<i>Резекция холедоха</i>	6	–
<i>Всего</i>	398	18

Из 479 больных периампулярным раком радикальные операции были выполнены 117 (24,4%). В остальных случаях опухоли были признаны неоперабельными. У 107 пациентов была выполнена классическая операция Уипла, у 4 – панкреатодуоденальная резекция по Траверсу-Лонгмайеру. Эта операция показана при локализации опухоли в большом дуоденальном сосочке, дистальных отделах общего желчного протока, небольших внепротоковых

опухолях головки поджелудочной железы. При этой методике резекция желудка не выполняется, двенадцатиперстная кишка пересекается на 2 см ниже пилорического жома, с которой формируется дуоденоюноанастомоз. Однако, по непонятным причинам, у всех 4 больных в послеоперационном периоде в течение длительных сроков наблюдалось нарушение эвакуации из желудка при полной и свободной проходимости анастомозов. При эндоскопии ни в одном

случае не было выявлено препятствия при проведении гастроскопа через анастомозы, а при рентгеноскопии отмечалось полное отсутствие перистальтики желудка, хотя травматизация веток блуждающего нерва в ходе операции полностью исключалась. Учитывая это, мы отказались от выполнения данной операции при периампулярном раке.

Выполнение резекции холедоха при его раке считаем возможным вследствие меньшей агрессивности опухолевого процесса, особенно при опухолях проксимальных отделов холедоха. В этих ситуациях для повышения радикальности и облегчения реконструктивного этапа операции удаляли паренхиму печени вокруг трубчатых структур триады Глиссона в области ворот посредством ультразвуковой кавитации после доступа к воротам печени по способу Бурже. Эта манипуляция позволяет обнажить долевые желчные протоки на достаточном для формирования анастомоза протяжении.

Паллиативные оперативные вмешательства были выполнены у 281 больного. Основной задачей этих операций является улучшение качества жизни пациента при невозможности выполнения эндоскопических дренирующих операций. Операция Петра Александровича Герцена с заглушкой по Шалимову была выполнена 127 пациентам, холедохоеюноанастомоз с петлей тощей кишки с брауновским соустьем – 98 больным и холедохоеюноанастомоз с выключенной по Ру петлей тощей кишки – 56 пациентам. Выполнение холедоходуоденоанастомоза в условиях периампулярного рака нецелесообразно из-за низкой эффективности вследствие прорастания или сдавления анастомоза опухолью, развития непроходимости двенадцатиперстной кишки и пр

Выводы

1. Из-за поздней диагностики периампулярного рака большинство пациентов госпитализируются только при развитии механической желтухи, что иногда свидетельствует о поздних стадиях заболевания.

2. При хирургическом лечении периампулярного рака из-за высокого риска развития осложнений в послеоперационном периоде показано применение двухэтапных хирургических вмешательств, первым этапом служит дренирующая процедура.

3. Наиболее физиологически обоснованными являются эндоскопические технологии желчеотведения. Радикальные оперативные вмешательства должны выполняться только после полной нормализации параметров гомеостаза.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 4-6 см. в REFERENCES)

1. Борисов А.Е и соавт. Руководство по хирургии печени и желчных протоков. СПб., 2003.

2. Гальперин Э.И., Котовский А.Е., Момунова О.Н. Механическая желтуха, печеночная недостаточность и декомпрессия желчных протоков //Материалы Конгресса Московских хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь». М., 2011. С. 213 – 214.

3. Гальперин Э.И., Котовский А.Е., Момунова О.Н. Оптимальный уровень билирубинемии перед выполнением операции у больных механической желтухой опухолевой этиологии //Анналы хирургической гепатологии. 2011. №1. С. 45–51

REFERENCES

1. Borisov A. E., *Rukovodstvo po khirurgii pecheni i zhelchnykh protokov* [Guidelines for surgery of the liver and bile ducts]. St. Petersburg, 2003.

2. Galperin E. I., Kotovskiy A. E., Momunova O. N. [Mechanical jaundice, hepatic failure and decompression of the bile ducts]. *Materialy Kongressa Moskovskikh khirurgov "Neotlozhnaya i spetsializirovannaya khirurgicheskaya pomoshch"* [Proceedings of the Congress of Moscow surgeons "Urgent and specialized surgical care"]. Moscow, 2011. pp. 213 – 214. (In Russ.)

3. Galperin E. I., Kotovskiy A. E., Momunova O. N. Optimalnyy uroven bilirubinemii pered vypolneniem operatsii u bolnyh mekhanicheskoy zheltukhoy opukholevoy etiologii [The optimal level of bilirubinemia before performing surgery in patients with obstructive jaundice of tumor etiology]. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii – Annals of Surgical Hepatology*, 2011, No. 1, pp. 45–51

4. Yriberry Ureña S., Monge Zapata V. Management of obstructed metallic biliary stent in pancreatic cancer: stent within a stent. Case report and review of the literature. *Rev. Gastroenterol. Peru*, 2007, No. 3, pp. 303–306.

5. Yu P., Dai D. K., Qian X. J. Clinical analysis of the peri-operative complications following percutaneous transhepatic biliary drainage or stent implantation. *Zhonghua Zhong. Liu. Za. Zhi*, 2009, Vol. 31, pp. 923–924.

6. Zhi-Hua L., Min C, Ji-Kui L. Endoscopic sphincterotomy in the treatment of cholangiopancreatic diseases. *Journal Gastroenterology*, 2005, No. 17, pp. 2678–2680.

Сведения об авторе:

Кубачев Кубач Гдажиевич – профессор кафедры хирургии им Н.Д. Монастырского СЗГМУ им И.И. Мечникова, д.м.н.

Заркуа Нонна Энриковна – доцент кафедры хирургии им Н.Д. Монастырского СЗГМУ им И.И. Мечникова, к.м.н.

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

Контактная информация:

Кубачев Кубач Гдажиевич – тел.: +7-960-231-56-39; e-mail: kubachev-kubach@mail.ru

¹Мирзоев А.С., ²Пирмамадов Х.К.

ПРОБЛЕМЫ УСТОЙЧИВОСТИ К ПРОТИВОМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

¹Кафедра эпидемиологии, гигиены и охраны окружающей среды ГОУ ИПОвСЗ РТ

²Отдел особо опасных инфекций Службы государственного санитарно-эпидемиологического надзора МЗиСЗН РТ

¹Mirzoev A.S., ²Pirmamadov Kh.K.

PROBLEMS OF ANTIMICROBIAL RESISTANCE AND SOLUTIONS IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

¹Department of Epidemiology, Hygiene and Environment of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate in Health Sphere of the Republic of Tajikistan».

²Department of Specially Dangerous infections of the State Sanitary Epidemiological Services of the Ministry of Health and Social Protection of population of the Republic of Tajikistan

Цель исследования. Изучить проблемы устойчивости к противомикробным препаратам в республике и определить первоочередные задачи по их решению.

Материал и методы. Анализ нормативно-правовых документов Республики Таджикистан по устойчивости к противомикробным препаратам, изучение материалов ЕРБ ВОЗ по вопросу Глобального плана действий по устойчивости к противомикробным препаратам.

Результаты. Население имеет широкий доступ к любим видам противомикробных препаратов. В 80% случаев обращений к врачу пациентам назначаются противомикробные препараты. Отсутствует координирующий орган, ответственный за мониторинг и анализ использования противомикробных препаратов. Недостаточно проводится контроль за импортными мясо-молочными продуктами из стран, где широко используют противомикробные препараты в качестве стимуляторов роста животных и растений.

Заключение. Выявлены недостатки в проведении контроля за использованием как самих противомикробных препаратов, так и пищевых продуктов, в состав которых входят различные противомикробные препараты. Отсутствует единый орган, изучающий устойчивость к противомикробным препаратам и дающий предложения по устранению недостатков.

Ключевые слова: резистентность к противомикробным препаратам, Таджикистан, проблемы и пути решения

Aim. To study the problem of antimicrobial resistance in the country and identifying its solution.

Materials and methods. Analysing of legal materials of the Republic of Tajikistan in the field of antimicrobial resistance, studying materials of EURO on the Global Plan of Action on antimicrobial resistance.

Results. The article shows the results of analysis of legal materials of international level in particular, materials of EURO for the Global Plan of Action on antimicrobial resistance, as well as the state of affairs in this area. It was found that the population has unlimited access to any type of antimicrobials. Moreover, 80% of patients visited doctor are prescribed antimicrobials. There is no Coordinating body in the republic to monitor and analyze the usage of antimicrobials. The control of meat and dairy products imported from countries which widely use antimicrobials as growth promoters for plants and animals.

Conclusion. Study of the problem has revealed pure controlling of either antimicrobials, and of food, containing the agent. Lack of an authorized boardy for studying the antimicrobial resistance and advising on addressing the shortcomings.

Key words: antimicrobial resistance, Tajikistan, problems and solutions

Актуальность

На сегодняшний день проблема устойчивости к противомикробным препаратам приобретает глобальный характер. Возникновение устойчивости к противомикробным препаратам наблюдается во всем мире и у широкого спектра патогенов. Распространенность этого явления растет и угрожает здоровью как людей, так и животных. Непосредственные последствия инфицирования резистентными микроорганизмами могут быть серьезными, включая более длительное течение болезни, повышенную смертность, более длительную госпитализацию, слабую защиту пациентов от инфицирования во время операций и других медицинских процедур, а также увеличение стоимости лечения [1].

В 29 странах Европейского региона, по оценкам, ежегодно умирает 25 000 человек в результате устойчивых к антибиотикам инфекций, при этом большая их часть возникает в условиях лечебных учреждений. Это приводит к значительным расходам на цели здоровья в результате более продолжительных сроков госпитализации и повышения затрат на лечение, при этом возникают также как прямые, так и косвенные затраты для общества. Кроме того, множественная лекарственная устойчивость всё в большей степени несет угрозу в отношении результатов применения многих распространенных медицинских вмешательств и диагностических процедур, которые до недавнего времени считались безопасными или практически безопасными [3].

Хотя устойчивость микроорганизмов к другим антимикробным средствам, таким как антипаразитарные и противовирусные, также встречается и также является серьезной проблемой, тот факт, что в Европейском регионе основное внимание уделяется проблеме устойчивости к антибиотикам, вполне оправдан в связи с широкой распространенностью этого явления и, особенно, его стремительного развития при очень небольшом числе наименований антибиотиков резерва для лечения жизнеугрожающих инфекций в условиях лечебных учреждений, что создает ситуацию, которая вскоре может привести к развитию потенциально неизлечимых инфекций [3].

Материал и методы исследования

Проведен анализ материалов ЕРБ ВОЗ по вопросу Глобального плана действий по устойчивости к противомикробным препаратам, а также оценено состояние лабораторной службы по определению тестов на чувствительность к антибиотикам Служб государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

Результаты и их обсуждение

В Таджикистане не уделяется особого внимания проблеме устойчивости к антимикробным

препаратам, отчасти в связи с тем, что эти вопросы не документированы надлежащим образом в системах эпидемиологического надзора. Не налажен контроль устойчивости к противомикробным препаратам (CAESAR), рекомендованным ВОЗ на национальном и международном уровнях. Это привело к возникновению в общественном здравоохранении рисков, связанных с бактериальной устойчивостью к антибиотикам.

Анализ сложившейся в республике практики назначения антимикробных препаратов и проведения тестов на чувствительность показал, что во многих случаях антибиотики назначаются необоснованно. Устойчивость к противомикробным препаратам означает, что бактерии адаптируются к присутствию антибиотиков и продолжают размножаться. Частота применения антибиотиков непосредственно способствует возникновению устойчивости.

В исследовании, проведенном в рамках Проекта WHO/Europe-ESAC и охватившем 13 неевропейских стран (включая Таджикистан) и страны Европейского региона ВОЗ, подсчитывалось среднее потребление антибиотиков из расчета на одного человека, типы используемых антибиотиков и в каком режиме они использовались. Исследование выявило, что потребление антибиотиков в Таджикистане намного выше, чем в других странах региона [4].

В Таджикистане назначение противомикробных препаратов является самым высоким. Более того, во многих случаях эти препараты назначаются нерационально. Наблюдается очень низкий уровень использования тестов на чувствительность при лечении пациентов с инфекционными патологиями.

Анализ практики назначения антибактериальных препаратов в городских центрах здоровья г. Худжанда показал, что в 85,7% всех обращений к врачу пациентам были назначены противомикробные препараты. При этом количество назначений антибактериальных препаратов, при которых предварительно производился тест на чувствительность, составляет 4,95%, что является низким показателем [2].

По результатам проведенного исследования, наиболее часто назначаются противомикробные препараты пенициллинового ряда.

Широкий доступ населения к противомикробным препаратам, практика их отпуска без рецепта из аптек сетей также способствуют распространению устойчивости к противомикробным препаратам. Переход здравоохранения к платным услугам подталкивает население заниматься в большинстве случаев самолечением. Также наблюдается тенденция самостоятельного лечения антибиотиками согласно предлагаемым в интернете схемам назначения.

В ряде стран использование антибиотиков в ветеринарии, в производстве продуктов животного происхождения и в сельском хозяйстве превышает

их использование у людей, что было отмечено как возможный источник развития устойчивых к анти-

биотикам бактерий, которые также могут воздействовать на людей [3].

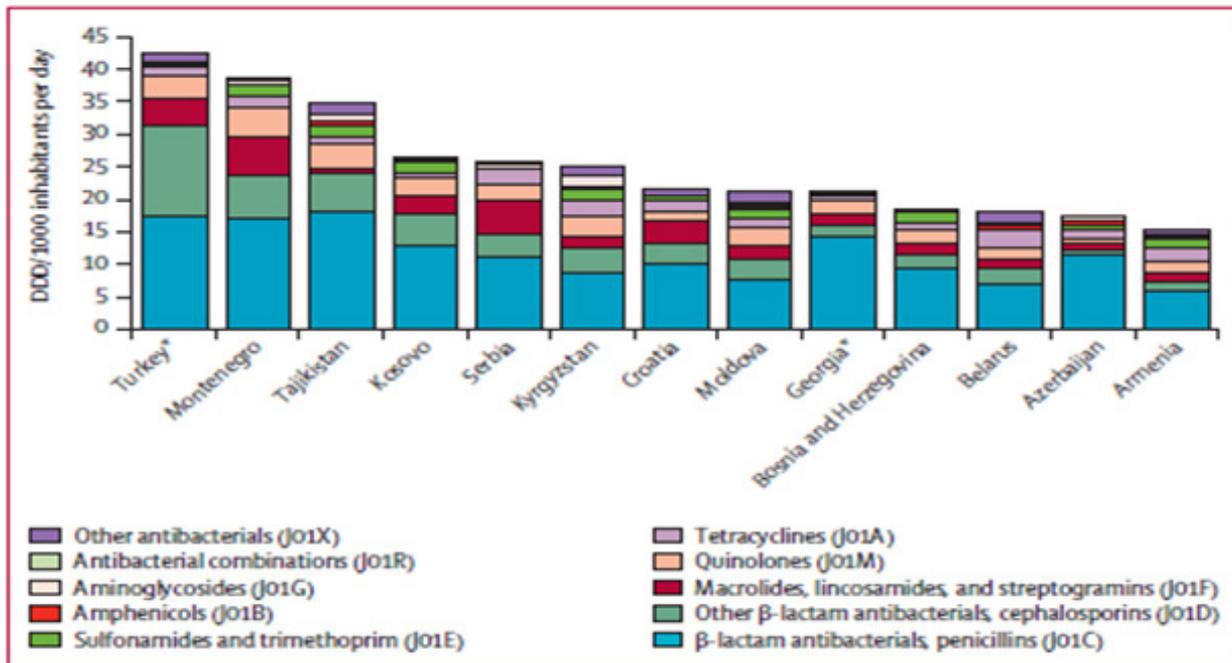


Рис. 1. Общее потребление антибиотиков в 12 Европейских странах и Косово, 2011 Категория (ВОЗ АТХ группа): «Другие бета-лактамы антибиотики, цефалоспорины» включает карбапенемы и монобактамы; «другие антибиотики» включает гликопептиды, полимиксины, физидиевую кислоту, производные имидазола и нитрофурана и др. антибиотики. DDD - определенные суточные дозы. Сообщается лишь об амбулаторном лечении антибиотиками (источник: The Lancet Infectious Diseases: “Antibiotic use in Eastern Europe: a cross-national database study in coordination with the WHO Regional Office for Europe”)

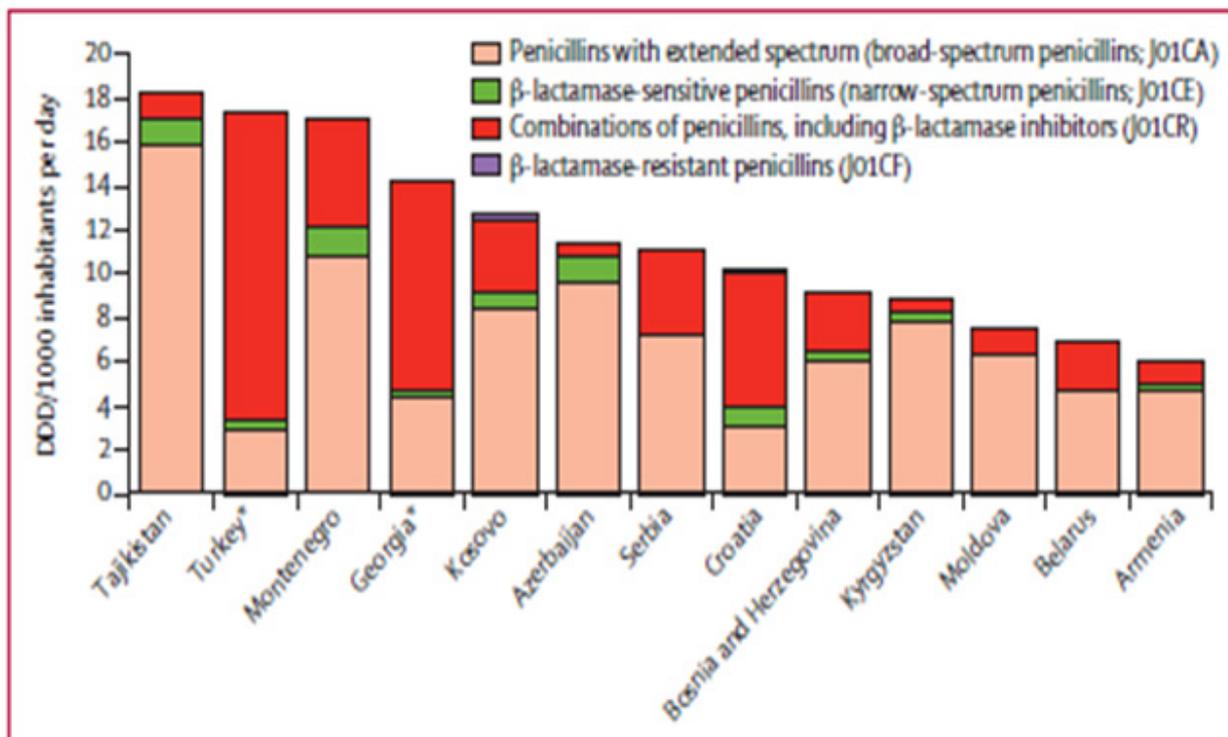


Рис. 2. Источник: The Lancet Infectious Diseases: “Antibiotic use in Eastern Europe: a cross-national database study in coordination with the WHO Regional Office for Europe”

Тестирование больных на чувствительность к противомикробным препаратам в республике проводится только в 20 бактериологических лабораториях лечебно-профилактических учреждениях, из которых 11 находятся в г. Душанбе.

В Таджикистане антибиотики применяются не только для лечения людей. Они также широко используются в ветеринарии, особенно в животноводстве, мясо-молочной и пищевой промышленности как для лечения болезней животных, так и для стимулирования роста.

Во многих странах антибиотики применяются у животных даже в больших масштабах, чем у людей. Чрезмерное применение антибиотиков у сельскохозяйственных животных имеет серьезные последствия для общественного здравоохранения, так как способствует появлению устойчивых к антибиотикам бактерий и генов резистентности, которые могут передаваться людям. Обычно это происходит при употреблении пищевых продуктов, но может иметь место и при непосредственном контакте с животными или через объекты окружающей среды.

Устойчивость к антибиотикам, применяемым при лечении больных зоонозными инфекциями, вызванными бактериями родов *Salmonella* и *Campylobacter*, тесно связано с применением антибиотиков у сельскохозяйственных животных. Имеются многочисленные документальные подтверждения случаев инфекций, вызванных такими резистентными бактериями у людей.

Работники животноводческих ферм в корм животным добавляют антибиотики в субтерапевтических концентрациях для ускорения их роста, механизмы действия чего до сих пор остаются неясными.

В противоположность медицине, где индивидуальное применение антибиотиков является правилом, молодняк сельскохозяйственных животных, например поросята и бройлерные цыплята, нередко получают антибиотики все вместе. Соответственно, у таких животных контакты с антибиотиками происходят гораздо чаще, чем у людей. Это особенно касается тех стран, где антибиотики используются как стимуляторы роста, потому как большинство сельскохозяйственных животных получают антибиотики в течение большей части своей жизни.

Потребление мясо-молочных продуктов является основным путём передачи устойчивых бактерий и генов резистентности от сельскохозяйственных животных к людям. Вместе с тем, необходимо отметить роль таких продуктов, как овощи и фрукты, контаминированные испражнениями животных и грязной водой, как факторов передачи устойчивых бактерий и генов резистентности, что усугубляет проблему безопасности пищевых продуктов.

На рисунке 3 представлены объёмы реализации ветеринарных антибиотиков в 2007 году в некоторых странах Европейского региона.

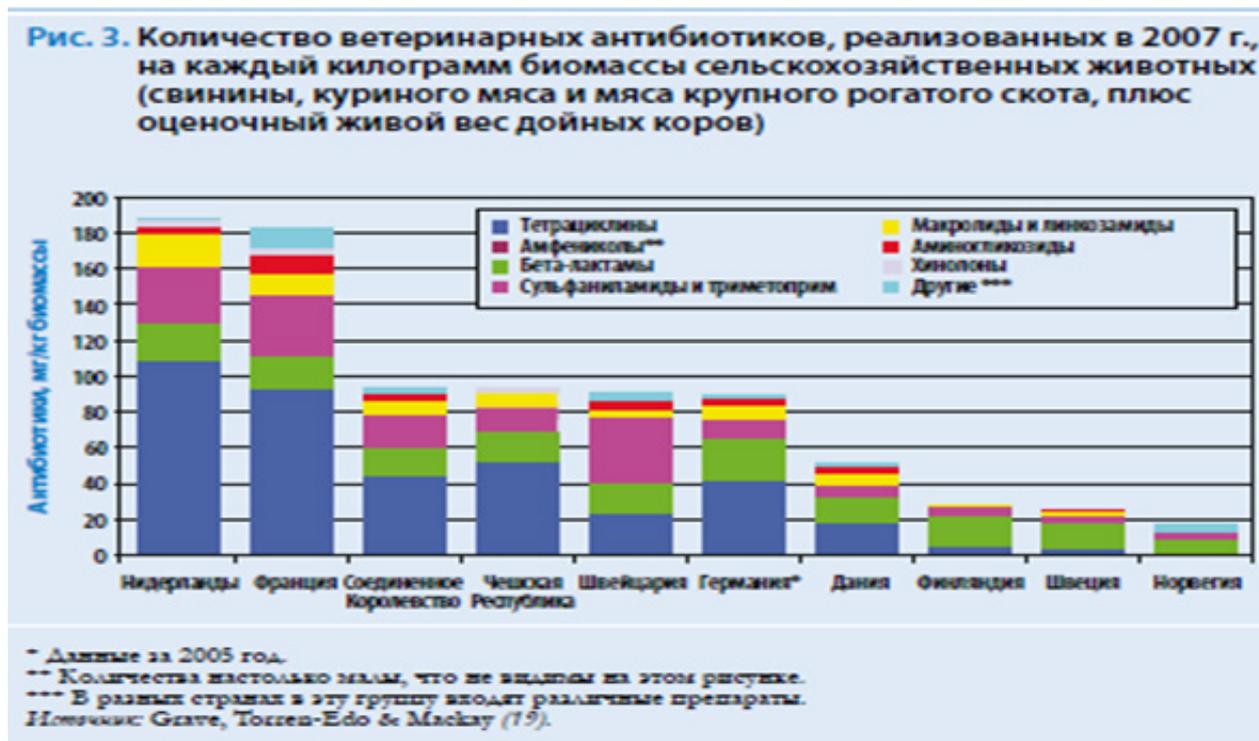


Рис. 3. Объёмы реализации ветеринарных антибиотиков в некоторых странах Европейского региона, 2007 г.

Сегодня в условиях рыночной экономики в торговых точках Таджикистана можно встретить мясо-молочные продукты из разных стран. Однако, не во всех случаях эти продукты проходят тестирование на содержание антибиотиков.

По данным Национального Центра ветеринарной диагностики Службы государственного ветеринарного надзора, ежегодно в лаборатории поступает около 2000 проб анализов на определение содержания антибиотиков.

Устойчивость к противомикробным препаратам имеет последствия не только для отдельных секторов республики, но и влияет на общество в целом.

Заключение

Выявлено, что мониторинг использования антимикробных препаратов в лечебно-профилактических и ветеринарных учреждениях проводится недостаточно. Тестирование пациентов на антибиотикорезистентность сосредоточено, главным образом, в г. Душанбе и в областных центрах. Однако, даже в этих учреждениях не проводится систематический обзор и анализ собранного материала для создания единой базы данных по устойчивым штаммам микроорганизмов.

Не в полном объеме производится индикация содержания антимикробных препаратов в мясо-молочных и других сельскохозяйственных продуктах. Отсутствует единый орган, который бы изучил устойчивость к противомикробным препаратам и дал предложения для принятия решений по устранению недостатков. Отсутствует межсекторальная связь по вопросам борьбы с устойчивостью к антибиотикам. Не налажена обратная связь центров диагностики с медицинскими и ветеринарными специалистами на местах. Последние не имеют результатов проведенных исследований и их оценки.

В связи с важностью проблемы и масштабом её распространения в республике рекомендуем проведение нижеследующих мероприятий.

- Создать межсекторальный Совет по изучению устойчивости к противомикробным препаратам.
- Разработать национальный план по координации действий по снижению устойчивости к антимикробным препаратам на основе межсекторального подхода.
- Содействовать рациональному использованию антибактериальных препаратов и проводить систематический мониторинг их назначений в лечебно-профилактических учреждениях.
- Повысить эффективность обучения медицинских и ветеринарных работников правильному использованию антибактериальных препаратов. Провести курсы обучения для специалистов бактериологического профиля и внедрить ме-

тодики определения чувствительности во всех бактериологических лабораториях.

- Обеспечить определение чувствительности во всех случаях при выявлении микроорганизмов.
- Создать единую базу данных по результатам определения чувствительности к антибиотикам.
- Внедрить в торговые аптечные сети практику запрещения отпуска антибактериальных препаратов без рецепта.
- Поднять на качественно новый уровень санитарное просвещение населения по культуре использования антибиотиков в лечении инфекционных заболеваний с широким привлечением наиболее популярных средств массовой информации.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Европейский стратегический план действий по проблеме устойчивости к антибиотикам. ЕРБ, ВОЗ. Баку, 2011. С.1-2
2. Максудова Н.Н. Анализ практики назначения антибактериальных препаратов в медицинских учреждениях города Худжанда // Здравоохранение Таджикистана. 2013. №1. С. 44-51
3. Устойчивость к противомикробным препаратам. Доклад секретариата ВОЗ EB136/20. Женева, 2014. С. 1-3

RESERENSES

1. Evropeyskiy strategicheskiy plan deystviy po probleme ustoychivosti k antibiotikam [European strategic action plan on antibiotic resistance]. ERB, VOZ. Baku, 2011. pp.1-2
2. Maksudova N. N. Analiz praktiki naznacheniya antibakterialnykh preparatov v meditsinskikh uchrezhdeniyakh goroda Khudzhandi [An analysis of prescribing practices of antibacterial drugs in medical institutions of the city of Khujand]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2013, No. 1, pp. 44-51
3. Ustoychivost k protivomikrobnym preparatam. Doklad sekretariata VOZ EV136/20 [Antimicrobial resistance. Report of the WHO Secretariat]. Zheneva, 2014. pp. 1-3

Сведения об авторах:

Мирзоев Азамджон Сафолович – зав. кафедрой эпидемиологии, гигиены и охраны окружающей среды ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Пирмамадов Хайрат – отдел особо опасных инфекций службы Госсанэпиднадзора МЗиСЗН РТ

Контактная информация:

Мирзоев Азамджон Сафолович – тел: +992 907 70 98 72; e-mail: azamdjon@mail.ru

© Коллектив авторов, 2016

УДК 616.314-008.64:612.089.61

Мухамедов Ш.Ш., Ашуров Г.Г.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ГИДРОДИНАМИКИ КРАЕВОГО ПАРОДОНТА ВИТАЛЬНЫХ И ДЕВИТАЛЬНЫХ ОПОРНЫХ ЗУБОВ В СИСТЕМЕ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОНСТРУКЦИИ

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Mukhamedov Sh.Sh., Ashurov G.G.

RESULTS OF THE STUDY OF HYDRODYNAMIC'S MARGINAL PARODONT OF VITALY AND DEVITALY SUPPORTING TEETH IN SYSTEMS OF METALCERAMIC DESIGNS

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

Цель исследования. Изучить динамику количества десневой жидкости при различном соотношении края металлокерамической коронки и десны в зависимости от витальности опорных зубов.

Материал и методы. Под наблюдением находились 156 больных после протезирования включенных дефектов зубных рядов цельнолитыми несъёмными металлокерамическими протезами. В зависимости от эндодонтического состояния опорных зубов было сформировано две группы: первая – 60 человек с депульпированными опорными зубами; вторая – 96 человек, имеющих опорные зубы с витальной пульпой. Группа сравнения включала 30 человек – практически здоровые, целостные зубные ряды и интактный пародонт.

Результаты. На основании проведенных исследований установлено, что край металлокерамической коронки, располагающийся на уровне десны как витальных, так и девитальных опорных зубов, не вызывает повреждающего и раздражающего эффектов, что в конечном итоге не способствует развитию воспаления в тканях краевого пародонта.

Заключение. Средние величины количества десневой жидкости в области зубов со здоровым пародонтом и в области зубов с металлокерамическими коронками можно использовать как оценочный тест, позволяющий охарактеризовать состояние тканей краевого пародонта.

Ключевые слова: десневая жидкость, опорный зуб, металлокерамика, витальный зуб, девитальный зуб, краевой пародонт

Aim. Study dynamics of amount gum's liquids under different correlation of the edge of metalceramic crowns and gums in depending of vitality of supporting teeth.

Materials and methods. Under observation were found 156 patients after prosthesis included defect of the teeth rows by fixed partial metalceramic's prosthetic device. Were formed two groups in the depending of endodontic condition of supporting teeth: the first group – 60 persons with depulped of supporting teeth; the second group – 96 persons, having supporting teeth with pulp. Group of the comparison included 30 persons – practically sound, holistic teeth rows and intact parodont.

Results. On the grounds of called on studies is installed that edge of metalceramic crowns, being situated at a rate of gums as vitally and devitaly supporting teeth, does not cause damaging and irritating effect that, finally, does not promote the development of the inflammation in the tissues of marginal parodont.

Conclusion. Average values amount of gum's liquids in the field of teeth with intact parodont and in the field of teeth with metalceramic crown, possible use as merit test, allowing characterize the condition fabric marginal parodont.

Key words: gum's liquid, supporting teeth, metalceramic, vitally teeth, devitaly teeth, marginal parodont

Актуальность

В последнее десятилетие широкое распространение при стоматологической ортопедической реабилитации больных с дефектами зубов и зубных рядов получили цельнолитые несъёмные конструкции (коронки, мостовидные протезы без и с облицовкой керамикой). Наряду с положительными свойствами указанные протезы оказывают и негативное воздействие [1, 5].

Наиболее частым и серьёзным осложнением при использовании металлокерамических протезов является воспаление десны в области опорного зуба [2, 3]. К развитию воспалительного процесса в крае пародонте среди прочих факторов (величина и форма уступа, угол, ширина и глубина) приводят частичное или полное несоответствие края металлокерамической коронки и культи препарированного зуба [4], а также поддесневое расположение края металлокерамической коронки [6].

С учетом вышеизложенного изучение гидродинамики десневой жидкости в зависимости от витальности опорных зубов при использовании металлокерамической конструкции представляется наиболее актуальным.

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением находились 156 больных в возрасте от 20 до 50 лет (равное число мужчин и женщин) после протезирования включенных дефектов зубных рядов цельнолитыми несъёмными металлокерамическими протезами. У всех больных были однотипные дефекты зубных рядов (отсутствовали один либо два зуба в боковых отделах). В зависимости от эндодонтического состояния опорных зубов было сформировано две группы: первая – 60 человек с депульпированными опорными зубами; ранее им были изготовлены металлокерамические мостовидные протезы в различных стоматологических учреждениях, но из-за возникновения ошибок и осложнений вынуждены были протезироваться повторно; вторая группа – 96 человек, имеющие опорные зубы с витальной пульпой.

Больным первой группы нами изготовлены цельнолитые металлокерамические несъёмные протезы с использованием классических схем и приёмов, сложившихся в ортопедической стоматологии. Больных второй группы тщательно обследовали перед началом ортопедического лечения (проводили визуализированную оценку зубодесневой бороздки, определяли ширину и глубину десневой щели, оценивали податливость слизистой оболочки, выполняли прицельную рентгенографию опорных зубов). В соответствии с данными исследования формировали уступ-скос под углом 120° - 135° по общепринятой методике. Использовали сплавы: КХ-Дент, НХ-Дент, Супер КМ и керамическую массу Duceram plus.

Группа сравнения включала 30 человек в возрасте 20-50 лет – практически здоровые, целостные зубные ряды и интактный пародонт (своего рода нулевая точка счёта).

У больных первой группы край металлокерамической коронки вводили в десневую щель на 0,5-1,5 мм, а во второй край металлокерамической коронки располагался на уровне десны, а также вводился в десневую щель до её середины. Всего было изготовлено 386 мостовидных металлокерамических несъёмных протезов, в них 772 коронки и 750 зубов.

Десневую жидкость получили по методу Brill и Krasse при помощи стандартных полосок фильтровальной бумаги размером 4x15 мм, один конец которых был заострён. Перед введением полосок в десневую щель десну и зубы осторожно протирали ватными тампонами для удаления зубного налёта и слюны из устья десневой щели, тщательно изолировали от слюны ватными тампонами. Полоски вводили в десневую щель заострённым концом и продвигали на 1 мм к её дну. Жидкости собирали 5 минут. До и после взятия десневой жидкости полоску взвешивали на электронных демпферных весах. Количество десневой жидкости определяли по разнице массы образца до и после высушивания в термостате при температуре 85°C до постоянной массы.

Исследования проводили через 7 и 14 дней, 6 и 12 месяцев после фиксации несъёмных цельнолитых металлокерамических мостовидных протезов. Всего было выполнено 575 определений количества десневой жидкости.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием критерия Стьюдента. Все расчеты выполнены с помощью ЭВМ. Разницу считали достоверной при $P < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Среди обследованных лиц анализ данных не выявил различий ($P > 0,05$) между средними величинами количества десневой жидкости в области опорных зубов у лиц после фиксации металлокерамических конструкций в различные сроки – 7 и 14 дней, 6 и 12 месяцев (табл. 1).

Как свидетельствуют данные таблицы, достоверно ($P < 0,05$) увеличивается усредненное значение количества десневой жидкости в области девитальных опорных зубов на 7 и 14 дни после фиксации металлокерамического протеза (соответственно $5,10 \pm 0,10$ и $5,05 \pm 0,20$ гр.), по сравнению с группой контроля (соответственно $2,95 \pm 0,05$ и $2,95 \pm 0,05$ гр.). На 6 и 12 месяцах после фиксации средняя величина исследуемого показателя составила $5,35 \pm 0,30$ и $5,10 \pm 0,20$ грамм соответственно. Аналогичные достоверные различия выявлены

в области опорных витальных зубов у лиц с металлокерамическими коронками, края которых располагались в середине десневой щели, по сравнению с группой сравнения ($P < 0,05$).

Количество десневой жидкости в области витальных и девитальных опорных зубов с металлокерамическими коронками при наддесневом и поддесневом расположении

Кол-во/ сроки исследова- ния	Состояние опорных зубов	Располо- жение края коронки	Количество десневой жидко- сти		Достовер- ность (P)
			основная группа	группа срав- нения	
1	2	3	4	5	6
n=60	Депульпиро- ванные	В десневой щели на 1,0-1,5 мм			
7 дней			4,90*±0,10	2,95±0,05	<0,05
14 дней			5,00*±0,20	2,95±0,05	<0,05
6 месяц			5,30*±0,30	2,95±0,05	<0,05
12 месяц			5,00*±0,10	2,95±0,05	<0,05
n=45	С витальной пульпой	На уровне десны			
7 дней			3,00*±0,06	2,95±0,05	>0,05
14 дней			3,10*±0,07	2,95±0,05	>0,05
6 месяц			3,00*±0,06	2,95±0,05	>0,05
12 месяц			3,10*±0,07	2,95±0,05	>0,05
n=50	С витальной пульпой	До середины десневой щели			
7 дней			4,20*±0,11	2,95±0,05	<0,05
14 дней			4,10*±0,10	2,95±0,05	<0,05
6 месяц			4,30±0,10	2,95±0,05	<0,05
12 месяц			4,30*±0,11	2,95±0,05	<0,05

Примечание: * – достоверность по сравнению с контрольной группой

Не выявлены достоверные различия ($P > 0,05$) между уровнем десневой жидкости в области витальных опорных зубов у лиц группы контроля (2,95±0,05 грамм) и у лиц с металлокерамическими коронками, края которых располагались на уровне десны через 7 (3,10±0,07 грамм) и 14 (3,15±0,07 грамм) дней, а также через 6 (3,05±0,07 грамм) и 12 (3,15±0,07 грамм) месяцев.

Заключение

Меньший повреждающий эффект оказывает край металлокерамической коронки, доведенный до середины десневой щели витальных опорных зубов (количество десневой жидкости увеличивается в 1,3 раза). Тканям пародонта выраженный повреждающий эффект наносят металлокерамические коронки, погруженные в десневую щель на 1,0-1,5 мм (количество

десневой жидкости в области опорных зубов увеличивается почти в 2 раза).

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 5-6 см. в REFERENCES)

1. Жеребцов В.В. Анализ состояния органов, тканей и сред полости рта у лиц, пользующихся длительно несъемными зубными протезами: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Омск, 2005. 20 с.

2. Жеребцов В.В., Семенюк В.М. Зависимость количества десневой жидкости от расположения края коронки // Проблемы стоматологии. М., 2005. № 4. С. 16-17.

3. Семенюк В.М. Динамика количества десневой жидкости в области зубов с металлокерамическими

коронками: сб. науч. тр. // Труды IX съезда Стоматологической Ассоциации России. М., 2004. С. 580-583.

4. Семенюк В.М., Жеребцов В.В., Жеребцова О.Е. Состояние органов, тканей и сред полости рта у лиц, пользующихся длительно несъемными зубными протезами // Институт стоматологии. СПб. 2008. № 2(39). С. 48-50.

RESERENSES

1. Zharebtsov V. V. *Analiz sostoyaniya organov, tkaney i sred polosti rta u lits, polzuyushchikhsya dlitelno nesemnymi zubnymi protezami*. Avtoref. diss. kand. med. nauk [Analysis of the condition of organs, fabrics and ambiances of oral cavity beside persons with fixed partial dentures. Extended abstract of candidate's of medical sciences thesis]. Omsk, 2005. 20 p.

2. Zharebtsov V. V., Semenyuk V. M. *Zavisimost kolichestva desnevoy zhidkosti ot raspolozheniya kraya koronki* [Dependency of the amount of gum's liquids from location of the edge of the crown]. *Problemy stomatologii – Problems of stomatology*, 2005, No. 4, pp. 16-17.

3. Semenyuk V. M. *Dynamics of the amount of gum's liquids in the field of teeth with metalceramic crown*. Trudy IX sezda Stomatologicheskoy Assotsiatsii Rossii [Proceedings of the XI Congress of Russian Dental Association]. Moscow, 2004, pp.

580-583. (In Russ.)

4. Semenyuk V. M., Zharebtsov V. V., Zharebtsova O. E. *Sostoyanie organov, tkaney i sred polosti rta u lits, polzuyushchikhsya dlitelno nesemnymi zubnymi protezami* [Condition of organs, fabrics and ambiances of oral cavity beside persons having long time of fixed partial dentures]. *Institut stomatologii – Institute of dentistry*, 2008, No. 2, Vol. 39, pp. 48-50.

5. Beklen A., Tuter G., Virtanen I. *Gingival tissue and crevicular fluid cooperation in adult periodontitis*. JDR, 2006, Vol. 85, No. 1, pp. 59-63.

6. Emingil G., Kuula H., Atilla G. *Gingival crevicular fluid matrix metalloproteinase-25 and -26 levels in periodontal disease*. *Journal of Periodontology*, 2006, Vol. 77, pp. 664-671.

Сведения об авторах:

Мухамедов Шамсиддин Шавкатович – соискатель кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
Ашуров Гаюр Гафурович – зав. кафедрой терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н., профессор

Контактная информация:

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

© Коллектив авторов, 2016

УДК 616.9; 616-036.22

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

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА БРУЦЕЛЛЁЗА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра инфекционных болезней ГОУ ИПОвСЗ РТ

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

EPIDEMIOLOGICAL EVALUATION OF BRUCELLOSIS INFECTION IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

Department of Infectious Diseases of the State Education Establishment “Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»

Цель исследования. Изучить эпидемиологическую ситуацию по бруцеллёзу среди населения Республики Таджикистан за 2005-2014 годы.

Материал и методы. Использованы данные отчётов Республиканского Центра медицинской статистики и информации Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. В ходе выполнения работы был проведен анализ данных и дана оценка эпидемиологической ситуации бруцеллёза среди населения.

Результаты. За последние 10 лет выявляемость и диагностика различных форм бруцеллёза в Республике Таджикистан значительно повысилась и выявлено, что заболеваемость среди населения имеет волнообразное течение.

Заключение. Выявлено, что заболеваемость бруцеллёзом населения Республики Таджикистан за 2005-2014 годы имеет общую тенденцию к снижению, отмечаются существенные различия показателей по регионам с превалированием в горных и предгорных районах.

Ключевые слова: бруцеллёз, эпидемиология, заболеваемость, распространённость бруцеллёзной инфекции

Aim. Investigate epidemiological situation of brucellosis among population of the Republic of Tajikistan in 2005-2014.

Materials and methods. Were used data from reports of Republican Center of medical statistics and information under the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan. In the course of the study the analysis of data was performed and the epidemiological situation of brucellosis among population was assessed.

Results. In the last ten years the detection and diagnosis of different forms of brucellosis in the Republic of Tajikistan have increased considerably. It was also revealed that incidence curve among population is wavy.

Conclusion. It was revealed that incidence of brucellosis among population of the Republic of Tajikistan in 2005-2014 has generally a declining tendency and rates vary significantly by regions prevailing in upland and foothill districts.

Key words: brucellosis epidemiology, brucellosis incidence, brucellosis prevalence

Актуальность

Согласно последним аналитическим отчётам Европейского Регионального Бюро ВОЗ и Информационного центра ВОЗ по здоровью для Центрально-Азиатских Республик, данным Республиканского Центра Медицинской статистики и информации Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан (РТ), первичная заболеваемость инфекционными заболеваниями, в том числе бруцеллёзом, в РТ занимает лидирующее положение (после бронхолегочной патологии). Результаты многолетних наблюдений показывают, что первичная заболеваемость бруцеллёзом имеет тенденцию к росту как среди взрослого, так и детского населения. От общего числа заболевших 20-25% составляют дети и подростки, более 70% – лица трудоспособного возраста [1, 3, 4].

Республика Таджикистан (РТ) находится среди семи республик бывшего Советского Союза, которые включены в число 25 стран мира с наибольшим уровнем заболеваемости бруцеллёзом. Около 74% населения республики живёт в сель-

ской местности, примерно 60% занято сельским хозяйством [2].

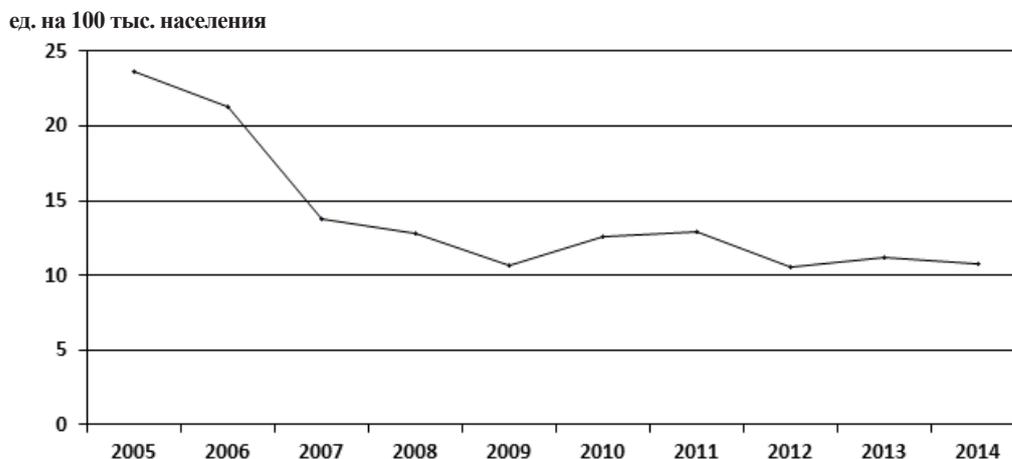
Материал и методы исследования

Проведен анализ заболеваемости бруцеллёзом за 2005-2014 гг. в целом по республике и отдельных её регионах по данным официальной статистической отчётности Республиканского Центра медицинской статистики и информации Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Статистические методы исследования проводили для объективизации полученных данных. Достоверность результатов оценивали с помощью критерия достоверности Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

Следует отметить, что если в прежние годы не было достаточного учета и диагностики бруцеллёза, то за последние 10 лет выявляемость и диагностика различных его форм в РТ значительно повысилась. Согласно результатам исследования, заболеваемость населения республики бруцеллёзом за анализируемый период имеет волнообразное течение (рис.).



Показатели заболеваемости населения РТ бруцеллёзом за 2005-2014 гг.

Как видно из рисунка, число больных бруцеллёзом по республике с 2005 по 2009 гг. имеет тенденцию к снижению от 1614 до 795, заболеваемость данной патологией по РТ составила 23,6 и 10,7 на 100 тыс. населения соответственно. Сравнительный анализ показал, что заболеваемость с 2010 по 2011 год нарастает (12,6 и 12,9 соответственно). К 2012 году отмечается сниже-

ние уровня данного показателя с последующим ростом в 2013 году с 10,5 до 11,2 и снижение его в 0,4 раза к 2014 году, составляя 10,8 на 100 тыс. населения.

При исследовании установлено, что уровень заболеваемости бруцеллёзом на разных административных территориях республики неодинаков (табл.).

**Показатели заболеваемости бруцеллёзом по регионам РТ за 2005-2014 гг.
(на 100 тыс. населения)**

Регионы	Годы									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
г. Душанбе	–	0,3±0,2	–	0,3±0,2	–	0,7±0,3	–	0,1±0,1	4,0±0,7	–
РРП	30,0±1,4	21,9±1,2	19,4±1,1	16,3±1,0	12,4±0,9	14,5±0,9	16,4±1,0	14,2±0,9	19,3±1,0	18,7±1,0
Хатлонская область	23,5±1,0	25,3±1,0	13,9±0,7	10,2±0,6	8,8±0,6	12,8±0,7	9,5±0,6	5,8±0,5	5,4±0,4	3,7±0,4
Согдийская область	21,0±1,0	19,2±1,0	12,1±0,8	13,4±0,8	13,2±0,8	13,0±0,8	14,0±0,8	11,8±0,7	4,3±0,4	2,6±0,3
ГБАО	71,5±5,7	53,3±4,9	30,6±3,7	50,8±4,8	29,1±3,6	31,1±3,9	61,8±5,5	62,1±5,4	124,1±7,7	172,6±9,0
По республике	23,6±0,6	21,3±0,6	13,8±0,4	12,8±0,4	10,7±0,4	12,6±0,4	12,9±0,4	10,5±0,4	11,2±0,4	10,8±0,4

Проведенный анализ заболеваемости населения бруцеллёзом за период с 2005 по 2009 гг. в разрезе регионов показал, что в г. Душанбе за 2006 и 2008 гг. она составила 0,3 на 100 тыс. населения (по 2 случая каждый год), в то время как в 2005, 2007 и 2009 гг. больных бруцеллёзом по городу не было зарегистрировано.

Необходимо отметить, что с 1 января 2010 года вступило в силу Постановление Душанбинского городского Маджлиса народных депутатов от 24 декабря 2009 года №195-20 «О статусе столицы Республики Таджикистан», в котором указано, что в пределах административно-хозяйственной части г. Душанбе запрещается разведение и содержание крупного и мелкого рогатого скота, лошадей, ослов, птиц и других домашних животных, за исключением кошек, собак и мелких птиц, не предназначенных для употребления в пищу.

В 2010 г. зарегистрировано 5 случаев заболевания бруцеллёзом среди населения г. Душанбе, что составило 0,7 на 100 тыс. населения. В 2012 г. регистрируется 1 случай, или 0,1, в 2011 и 2014 гг. больных бруцеллёзом среди населения города не выявлено, но резкий скачок показателя заболеваемости отмечался в 2013 г. (31 случай) – 4,0 на 100 тыс. населения, что явилось следствием употребления населением города в пищу молочных

продуктов, приобретаемых у лиц из близлежащих индивидуальных хозяйств.

По Районам республиканского подчинения (РРП) за 2005-2009 гг. заболеваемость бруцеллёзом среди населения равномерно снижается от 30,0 до 12,4 на 100 тыс. населения. В 2010 г. заболеваемость, по сравнению с предыдущим годом, увеличивается в 2,1 раза и составляет 14,5 на 100 тыс. населения. Данный показатель также нарастает в 2011 г. – 16,4 на 100 тыс. населения, снижается в 2012 до 14,2 на 100 тыс. населения, а к 2013 г. вновь наблюдается рост заболеваемости бруцеллёзом – 19,3 на 100 тыс. населения, как в 2006-2007 гг. В 2014 г. отмечается незначительное снижение – до 18,7 на 100 тыс. населения.

По Хатлонской области за 2005-2006 гг. заболеваемость выросла на 1,8 и составила 23,5 и 25,3 на 100 тыс. населения (т.е., от 573 до 630 случаев). Затем данный показатель с 2007 до 2009 гг. стабильно снижается с 13,9 до 8,8 соответственно. Но к 2010 г. вновь отмечается рост заболеваемости, составив 12,8, а за 2010-2014 гг. показатель заметно идёт на спад и составляет от 12,8 до 3,7 на 100 тыс. населения.

Если в 2005 г. по Согдийской области заболеваемость бруцеллёзом составляла 21,0, то в последующие годы отмечается тенденция к

снижению данного показателя (2006 г. – 19,2, в 2007 г. – 12,1 на 100 тыс. населения). Незначительные колебания заболеваемости отмечаются в 2008 г. – 13,4, в 2009 г. – 13,2, в 2010 году показатель заболеваемости бруцеллёзом в Согдийской области снизился, по сравнению с прошлым годом, и составил 13,0, но к 2011 г. он выше предыдущего на 1,0 и составляет 14,0 на 100 тыс. населения. Затем показатель заболеваемости в данном регионе значительно снижается в 2012 (11,8), 2013 (4,3) и 2014 (2,6) годах.

Проведенный сравнительный анализ показателя заболеваемости бруцеллёзом по Горно-Бадахшанской автономной области (ГБАО) за исследуемый период показал, что в 2005 г. он равнялся 71,5, в 2006 и 2007 гг. отмечается снижения уровня заболеваемости (53,3 и 30,6 соответственно). В 2008 г. отмечается рост заболеваемости бруцеллёзом (50,8), а к 2009 г. наблюдается снижение уровня данной патологии до 29,1 случаев на 100 тыс. населения.

Анализ заболеваемости в ГБАО в последующие 2010-2014 гг. показывает её неуклонный рост. Так, в 2010-2011 гг. уровень показателя в 2 раза больше, в 2012-2013 гг. – в 2 раза выше и в 2014 г. почти в 1,4 раза больше каждого предыдущего года. В целом заболеваемость по ГБАО за 2010 и 2014 гг. увеличилась в 5,5 раз. Такая картина объясняется тем, что, начиная с 2010 г., налаживается сеть лабораторной диагностики в ГБАО при финансовой поддержке правительственных и неправительственных организаций.

Заключение

Выявлено, что за последние 10 лет заболеваемость бруцеллёзом в Республике Таджикистан в среднем составила 14,0 на 100 тыс. населения. Нужно отметить, что за анализируемый период самые высокие показатели приходились на 2005 и 2006 гг. (23,6 и 21,3 соответственно). Значительное снижение этих цифр отмечается в 2009, 2012 и 2014 гг., составляя соответственно 10,7, 10,5 и 10,8 на 100 тыс. населения. При этом сравнительный анализ выявления бруцеллёза по регионам показывает, что заболеваемость населения РРП и, особенно, ГБАО существенно отличается от среднего показателя (18,3 и 68,7), имея тенденцию к росту с 2011 по 2014 гг., что связано с налаживанием работы лечебно-профилактических учреждений по выявлению больных. Однако, по республике в целом отмечается общая тенденция снижения заболеваемости, что является результатом улучшения работы ветеринарной службы по профилактике бруцеллёзной инфекции среди сельскохозяйственных животных.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахмедов Д.Р., Магомедова С.А. Эпидемиологическая оценка распространения бруцеллезной инфекции в России // Материалы 13 Российской научно-практической конференции: «Инфекционные болезни: актуальные вопросы в клинике и эксперименте». Махачкала, 2008. С. 31-33.
2. Курбонов К.М., Саторов С.С. Современные проблемы эпизоотологического надзора как фактор обострения эпидемиологической ситуации бруцеллёза в Республике Таджикистан // Здравоохранение Таджикистана. 2015. №1. С. 21-26
3. Нарзулоева М.Ф., Алиева С.Д., Ахмед Ясир-бала. Эпидемиологические особенности бруцеллёза в современных социально-экономических условиях Республики Таджикистан // Здравоохранение Таджикистана. 2012. №3. С. 68-71
4. Нарзулоева М.Ф., Одинаев Ф.И. Некоторые эпидемиологические и эпизоотические особенности распространения бруцеллёза в районах республиканского подчинения Республики Таджикистан // Научно-практический журнал Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров. 2014. №1. С. 33-37.

REFERENCES

1. Akhmedov D. R., Magomedova S. A. [Epidemiological evaluation of the spread of brucellosis infection in Russia]. Materialy 13 Rossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii: "Infektsionnye bolezni: aktualnye voprosy v klinike i eksperimente" [Materials of 13th Russian scientific-practical conference "Infectious diseases: current issues in clinical and experimental"]. Makhachkala, 2008, pp. 31-33. (In Russ.)
2. Kurbonov K. M., Satorov S. S. Sovremennye problemy epizootologicheskogo nadzora kak faktor obostreniya epidemiologicheskoy situatsii brutselleza v Respublike Tadjikistan [Modern problems of epidemiological surveillance as a factor in aggravation of the epidemiological situation of brucellosis in the Republic of Tajikistan]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2015, No. 1, pp. 21-26
3. Narzuloeva M. F., Alieva S. D., Akhmed Yasir-bala. Epidemiologicheskie osobennosti brutselleza v sovremennykh sotsialno-ekonomicheskikh usloviyakh Respubliki Tadjikistan [Epidemiological characteristics of brucellosis in the current socio-economic conditions of the Republic of Tajikistan]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2012, No. 3, pp. 68-71
4. Narzuloeva M. F., Odinaev F. I. Nekotorye epidemiologicheskies i epizooticheskie osobennosti rasprostraneniya brutselleza v rayonakh respublikanskogo podchineniya Respubliki Tadjikistan [Some epidemiologic and epizootic especially of spread of brucellosis in areas of republican subordination of the Republic of Tajikistan]. *Nauchno-prakticheskii zhurnal Tadjikskogo instituta poslediplomnoy podgotovki meditsinskikh kadrov –*, 2014, No. 1, pp. 33-37.

Сведения об авторах:

Шарипов Азалишо Абдурахмонович – зав. кафедрой инфекционных болезней ГОУ ИПОвСЗ РТ
Нарзулоева Мартаба Файзалиевна – асс. кафедры инфекционных болезней ГОУ ИПОвСЗ РТ

Контактная информация:

Нарзулоева Мартаба Файзалиевна – тел.: +992919166417; E-mail: marta06@list.ru

Нуров Д.И., Исмоилов А.А.

ОЦЕНКА ИСХОДНОЙ ВЕЛИЧИНЫ ЭМАЛЕВОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ЛИЦ С ОТЯГОЩЕННЫМ АНАМНЕЗОМ

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Nurov D.I., Ismoilov A.A.

EVALUATION OF INITIAL VALUE RESISTANCE OF THE ENAMEL DEPENDING ON THE INTENSITY DENTAL CARIES IN PERSONS WITH BURDENED ANAMNESIS

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

Цель исследования. Определить исходную величину эмали резистентности в зависимости от интенсивности кариеса зубов у соматических больных.

Материал и методы. Проведены исследования на 280 зубах добровольцев из числа соматических больных с высоким уровнем структурно-функциональной резистентности эмали (73), при среднем (68), низком (74) и очень низком (65) уровнях исследуемого показателя. У лиц с высоким уровнем структурно-функциональной резистентности эмали интенсивность окрашивания эмали поверхности в среднем составила $2,12 \pm 0,23$ балла. При среднем уровне кариесрезистентности эмали средняя величина идентификационного окрашивания равнялась $4,24 \pm 0,40$ балла. Среди исследуемых групп с низким и очень низким уровнями эмали резистентности интенсивность окрашивания протравленного участка составила $5,98 \pm 0,74$ и $9,06 \pm 0,94$ баллов соответственно.

Результаты. При низком уровне интенсивности кариеса у обследованных лиц значение структурно-функциональной резистентности эмали в среднем составило 21,9%, при среднем и высоком уровнях интенсивности – соответственно 31,0% и 47,1%.

Заключение. У лиц с отягощенным анамнезом имеется обратная зависимость уровня интенсивности кариеса от показателя структурно-функциональной резистентности эмали органа.

Ключевые слова: уровень резистентности, интенсивность кариеса, соматическая патология, стоматологический статус

Aim. Determination of the source value of enamel resistance in depending of caries' intensity beside somatic patient.

Materials and methods. Carried out researches on the teeth of 280 volunteers from the number of somatic patients with high levels of structural and functional resistance of enamel (73), with the average (68), lower (74) and very low (65) levels of the test indicator. In persons with high levels of structural and functional resistance of enamel intensity staining of enamel surface was in average $2,12 \pm 0,23$ points. With an average level of enamel caries average value of the identification of staining was equal to $4,24 \pm 0,40$ points. Among the study groups with low and very low levels of resistance of enamel staining intensity pickled area was $5,98 \pm 0,74$ and $9,06 \pm 0,94$ points, respectively.

Results. At a low level of caries intensity in the examined individuals value of structural and functional resistance of enamel averaged 21,9%, with average and high intensity levels - respectively 31,0% and 47,1%.

Conclusion. Beside persons with burdened anamnesis there is inverse dependency between level intensity of caries from structured-functional resistance factor of enamel organ.

Key words: level resistance, intensity of the caries, somatic pathology, dentistry status

Актуальность

Сравнительное изучение структурно-функциональной резистентности эмали освещается в работах авторов ближнего [1, 2, 4] и дальнего зарубежья [6, 7]. Ими подчеркивается, что реакция пульпы, усиливающая кариесрезистентность эмали, осуществляется автономно, то есть регулярный механизм функциональной кислоторезистентности зуба всегда замыкается на органном уровне, в пульпе зуба.

Интактной эмали зубов в физиологических условиях свойственна естественная растворимость в незначительной степени, так как основное качество этой специфической ткани – резистентность к механическим, химическим и физическим нагрузкам. Низкая резистентность эмали обуславливается ее структурой и строением [3, 7].

Установили, что наиболее устойчив к кислотам поверхностный слой эмали, как самый минерализованный, причём различные поверхности и точки поверхностного слоя эмали зубов обладают разной резистентностью. Варьирование последней авторы [4, 5] связывают со степенью минерализации. Ими отмечено, что индивидуальные особенности резистентности эмали определяются степенью омываемости зубов слюной. Усиление омываемости приводит к улучшению ее минерализации, что в конечном итоге повышает резистентность эмали.

Материал и методы исследования

Состояние зуба, подвергнутого кариесогенным воздействиям, в определенной степени определяется уровнем эмалевого резистентности. С целью определения реальной значимости этого фактора провели исследования на 280 зубах добровольцев из числа обследованных соматических больных с высоким уровнем структурно-функциональной резистентности эмали (73), при среднем (68), низком (74) и очень низком (65) уровнях исследуемого показателя. У лиц с отягощенным анамнезом уровень структурно-функциональной резистентности эмали к кариесу определяли по методике В.Б. Недосеко. С этой целью оценивали уровень резистентности зубов к кариесу с учётом интенсивности поражения отдельных групп зубов и окрашивания протравленного участка эмали. Согласно этой методике, среди соматических больных были выделены 4 клинические группы. Высокий уровень структурно-функциональной резистентности эмали фиксировался в том случае, если ни один из зубов не был вовлечён в кариозный процесс и при окрашивании эмалевого покрытия её интенсивность колебалась от $1,15 \pm 0,10$ до $3,01 \pm 0,39$ баллов со средним значением $2,12 \pm 0,23$ балла.

При среднем уровне структурно-функциональной резистентности эмали у соматических больных кариозные полости локализовались

на молярах и премолярах верхних и нижней челюстей. Интенсивность окрашивания протравленного участка эмали в среднем составила $4,24 \pm 0,40$ балла с вариациями от $3,13 \pm 0,18$ баллов до $5,21 \pm 0,61$ баллов. Низкий уровень структурно-функциональной резистентности эмали у лиц с межсистемным нарушением определялся в тех случаях, когда помимо жевательных зубов кариесом были поражены резцы верхних челюстей. Среди исследуемой группы интенсивность окрашивания протравленного участка варьировалась от $4,58 \pm 0,67$ до $7,14 \pm 0,93$ баллов при среднецифровом значении $5,98 \pm 0,74$ балла. Очень низким уровень эмалевого резистентности считался в том случае, если кариесом были поражены зубы всех функционально-ориентированных групп, включая резцы нижней челюсти. При идентификационном окрашивании эмалевого покрытия её усредненное значение составило $9,06 \pm 0,94$ балла с вариациями от $7,72 \pm 0,74$ до $10,13 \pm 1,16$ баллов.

Статистическая обработка материала выполнена с использованием пакетов программ прикладной статистики. При $p < 0,05$ нулевая гипотеза об отсутствии различий между показателями отвергалась и принималась альтернативная гипотеза.

Результаты и их обсуждение

Анализ полученных данных свидетельствует о значительных изменениях структурно-функциональной резистентности эмали в зависимости от уровня интенсивности поражения зубов кариесом при разнонаправленных межсистемных нарушениях. Так, самый высокий уровень резистентности эмали (соответственно $1,15 \pm 0,10$ и $1,50 \pm 0,12$ балла) выявлен у соматических больных в возрасте 20-29 и 30-39 лет, у которых ни один из зубов не был вовлечён в кариозный процесс. У лиц с неблагоприятным соматическим фоном в возрасте 40-49 и 50-59 лет при отсутствии кариозного поражения значение структурно-функциональной резистентности эмали в среднем составило $2,11 \pm 0,22$ и $2,83 \pm 0,32$ баллов при усредненном значении исследуемого показателя $3,01 \pm 0,39$ баллов в возрастной группе 60 лет и старше (табл.).

Изучение исходного значения структурно-функциональной резистентности эмали у соматических больных с компенсированным стоматологическим статусом показало следующие данные. В возрастной группе 20-29 лет уровень её колебания составил от $2,75 \pm 0,17$ до $3,43 \pm 0,24$ баллов, составляя в среднем $3,13 \pm 0,18$ балла, в возрасте 30-39 лет – от $3,37 \pm 0,15$ до $3,80 \pm 0,29$ баллов, составляя в среднем $3,55 \pm 0,23$ балла, в возрасте 40-49 лет – от $4,08 \pm 0,35$ балла до $4,64 \pm 0,52$ баллов, в среднем $4,38 \pm 0,43$ балла, в возрасте 50-59 лет с вариациями от $4,56 \pm 0,48$ балла до $5,04 \pm 0,67$ баллов при средней величине

4,91±0,57 балла. В возрасте 60 лет и старше значение структурно-функциональной резистентно-

сти эмали зубов в среднем составило 5,21±0,60 баллов.

Повозрастная характеристика структурно-функциональной резистентности эмали у соматических больных

Возраст, лет	Уровень структурно-функциональной резистентности эмали			
	высокий	средний	низкий	очень низкий
20-29	1,15±0,10	3,13±0,18	4,58±0,67	7,72±0,74
30-39	1,50±0,12	3,55±0,23	5,36±0,59	8,46±0,83
40-49	2,11±0,22	4,38±0,43	5,97±0,69	9,03±0,93
50-59	2,83±0,32	4,91±0,57	6,85±0,84	9,94±1,04
60 и >	3,01±0,39	5,21±0,61	7,14±0,93	10,13±1,16
В среднем	2,12±0,23	4,24±0,40	5,98±0,72	9,06±0,94

При субкомпенсированном уровне стоматологического статуса соматических больных значение структурно-функциональной резистентности эмали в возрасте 20-29 лет варьировалось от 4,44±0,64 до 4,72±0,76 баллов, составляя в среднем 4,58±0,67, в то же время в возрасте 30-39 лет колебание составило от 5,25±0,48 до 5,44±0,70 баллов, составляя в среднем 5,36±0,59 балла, в группах 30-39 и 40-49 лет – соответственно в пределах 5,83±0,62 – 6,15±0,80 и 6,79±0,79 – 7,00±0,87 баллов, составляя в среднем 5,97±0,69 и 6,85±0,84 балла. При неблагоприятном соматическом фоне усредненное значение структурно-функциональной резистентности эмали в возрастной группе 60 лет и старше составило 7,14±0,93 балла. Полученные цифры свидетельствуют о наличии тенденции к увеличению значения резистентности эмали в зависимости от возраста обследованных лиц.

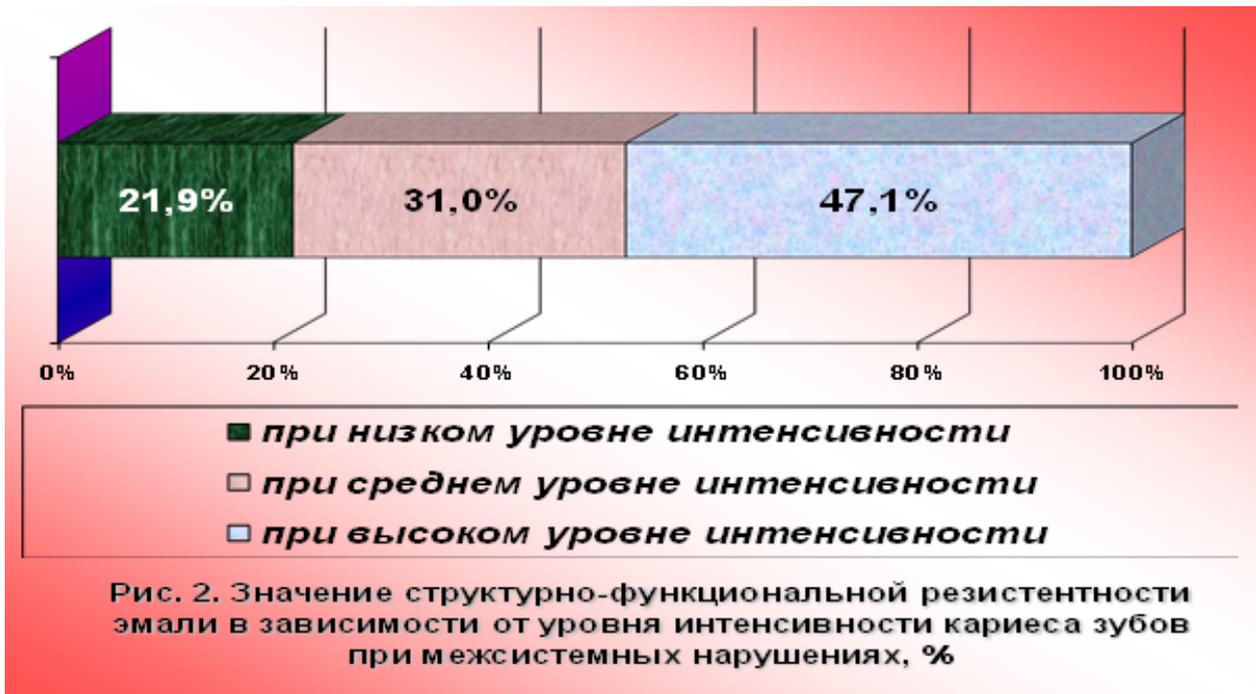
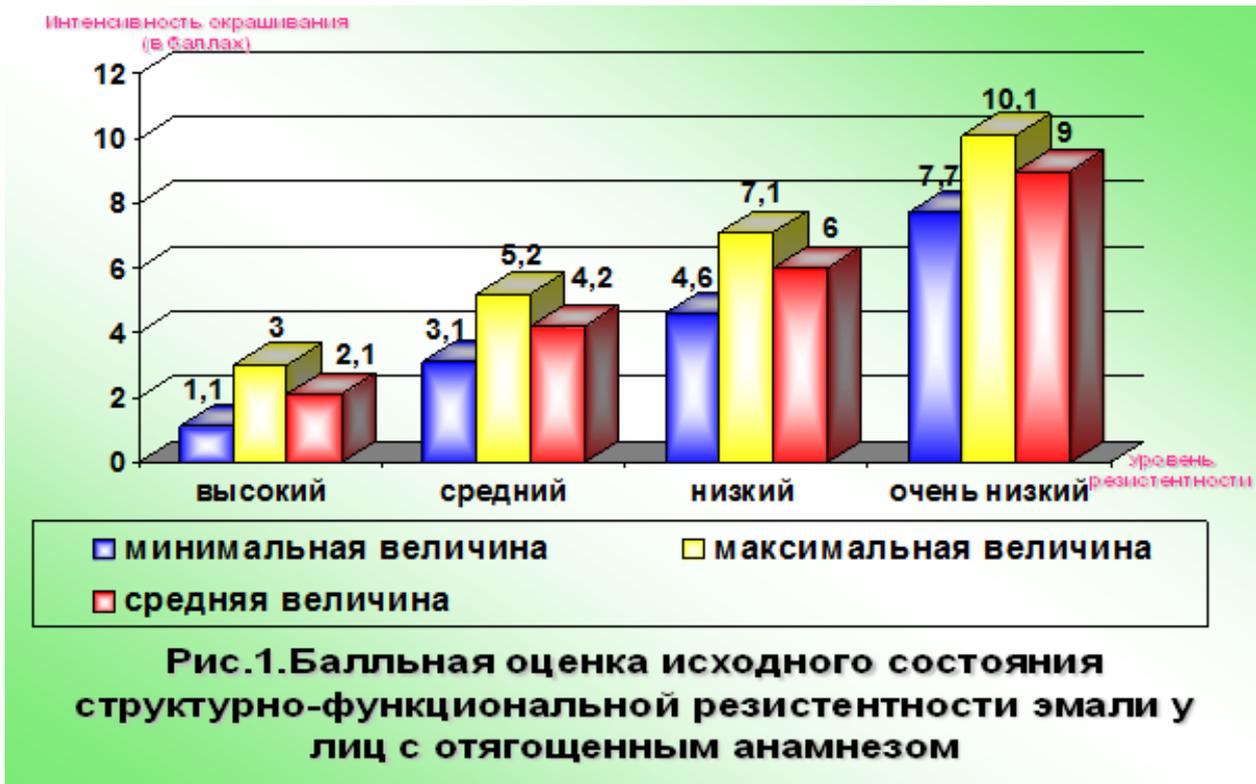
При декомпенсированном уровне стоматологического статуса у больных с сопутствующей соматической патологией наиболее низкий показатель структурно-функциональной резистентности эмали отмечается во всех обследованных возрастных группах. В возрасте 20-29 и 30-39 лет средний уровень исследуемого показателя составил соответственно 7,72±0,74 и 8,46±0,83 баллов при его колебаниях от 7,57±0,62, 8,34±0,75 до 7,83±0,86, 8,57±0,91 баллов интенсивности окраски. Очень низкий уровень структурно-функциональной резистентности эмали характеризует более старшую из представленных возрастных групп. Так, у соматических больных в возрастных группах 40-49, 50-59, 60 лет и старше средний показатель интенсивности окраски эмали зуба составил соответственно 9,03±0,93, 9,94±1,04 и 10,13±1,16 баллов.

При наличии внутрисистемных нарушений на основании балльной оценки исходного состояния структурно-функциональной резистентности эмали можно выделить группы риска для проведения активной профилактики стоматологической заболеваемости. Так, согласно полученным данным, при

окраске участка эмали интенсивностью от 1,15±0,10 балла до 3,01±0,39 баллов со средним значением 2,12±0,23 балла обследованных относили к группе с высоким уровнем эмалевой резистентности. При окраске протравленного участка эмали с усредненным значением 4,24±0,40 балла с вариациями от 3,13±0,18 баллов до 5,21±0,61 баллов их относили к группе со средним уровнем резистентности к кариесу, от 4,58±0,67 баллов до 7,14±0,93 баллов при среднецифровом значении 5,98±0,74 балла – к группе низкой устойчивости к кариесу и, наконец, обследованных со средней интенсивностью окрашивания 9,06±0,94 балла с вариациями интенсивности окрашивания эмали от 7,72±0,74 баллов до 10,13±1,16 баллов обследованных отнесли к группе с очень низкой структурно-функциональной резистентностью эмали (рис. 1).

Наши расчеты показали, что у соматических больных при низкой интенсивности кариозного поражения ($KPU_3=1-3$) средний уровень структурно-функциональной резистентности эмали оказался на 41,3% больше, чем у аналогичных больных со средним уровнем интенсивного показателя кариозного поражения ($KPU_3=4-7$). Вместе с тем, у лиц с отягощенным анамнезом интенсивность окраски эмали зуба при высоком уровне интенсивности кариеса ($KPU_3=8$ и $>$) увеличилась на 51,8%, по сравнению с соматическими пациентами со средним ($KPU_3=4-7$) уровнем интенсивности кариеса.

В целом общая характеристика структурно-функциональной резистентности эмали в зависимости от интенсивности кариеса зубов у больных с сопутствующей патологией позволяет отметить, что при низком уровне интенсивности кариеса ($KPU_3=1-3$) у обследованных лиц значение исследуемого показателя в среднем составило 21,9%, при среднем уровне интенсивности ($KPU_3=4-7$) – 31,0%, при высоком уровне интенсивности кариеса ($KPU_3=8$ и больше) – 47,1% (рис. 2).



Выводы

1. У соматических больных коэффициент корреляции структурно-функциональной резистентности эмали с интенсивностью кариеса был значительным. Ситуационный анализ полученных данных при межсистемных нарушениях свидетельствует о значительных возрастных изменениях индекса интенсивно-

сти кариеса и структурно-функциональной резистентности эмали.

2. Средний уровень структурно-функциональной резистентности эмали при низкой интенсивности кариозного поражения оказался на 41,3% больше, чем у соматических больных со средним уровнем интенсивности кариозного поражения. При высоком уровне

интенсивности кариеса у лиц с отягощенным анамнезом интенсивность окраски эмали зуба увеличилась на 51,8%, по сравнению с соматическими пациентами со средним уровнем интенсивности кариеса.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 6-7 см. в REFERENCES)

1. Ашуров Г.Г., Ёраков Ф.М. Оценка исходной величины эмалевой резистентности в зависимости от интенсивности кариеса зубов // 58-я годовичная конференция «Внедрение достижений современной науки в медицину». Душанбе, 2010. С. 274-275.
2. Ашуров Г.Г., Махмудов Д.Т. Влияние общей резистентности организма на устойчивость твердых тканей зубов // Вестник педагогического университета. Душанбе. 2012. № 2 (45). С. 153- 157.
3. Корчагина В.В. Неинвазивная герметизация фиссур. В кн.: лечение кариеса зубов у детей раннего возраста. М., 2008. С. 64- 66.
4. Леонтьев В.К., Пахомов Г.Н. Профилактика стоматологических заболеваний. М., 2006. 415 с.
5. Леонтьев В.К., Шестаков В.Т., Воронин В.Ф. Состояние научных знаний в области изучения органов полости рта и их защитных, противокариозных свойств // Оценка основных направлений развития стоматологии. Москва, 2003. С. 65-99.

RESERENSES

1. Ashurov G. G., Erakov F. M. [Estimation of the source value of enamel resistance in depending of caries intensity]. 58-ya godichnaya konferentsiya "Vnedrenie dostizheniy sovremennoy nauki v meditsinu" [The 58th-year conference "Implementation of modern science in medicine."]. Dushanbe, 2010, pp. 274-275. (In Russ.)

2. Ashurov G. G., Makhmudov D. T. Vliyanie obshchey rezistentnosti organizma na ustoychivost tverdykh tkaney zubov [Influence of general organism's resistance on stability of hard fabric teeth]. *Vestnik pedagogicheskogo universiteta – Herald of Pedagogical University*, 2012, No. 2, Vol. 45, pp. 153- 157.

3. Korchagina V. V. *Neinvazivnaya germetizatsiya fissur. V knige: lechenie kariesa zubov u detey rannego vozrasta* [Non-invasive capsulation of fissure. In the book: treatment of dental caries in young children]. Moscow, 2008. 64- 66 p.

4. Leontev V. K., Pakhomov G. N. *Profilaktika stomatologicheskikh zabolevaniy* [Preventive maintenance of dentistry diseases]. Moscow, 2006. 415 p.

5. Leontev V. K., Shestakov V. T., Voronin V. F. *Sostoyanie nauchnykh znaniy v oblasti izucheniya organov polosti rta i ikh zashchitnykh, protivokarioznykh svoystv. Otsenka osnovnykh napravleniy razvitiya stomatologii* [Condition of the scientific knowledge in the field of studies organs of oral cavity and their defensive, againstcarious characteristic. Evaluation of the main directions of development of stomatology]. Moscow, 2003. 65-99 p.

6. Hallett K. B., Rourke P. K. Dental caries experience of preschool children from the north Brisbane region. *Australian Dental Journal*, 2002, Vol. 47, No. 4, pp. 331-333.

7. Tsai Ch. L., Lin Y. T., Huan Sh. T. In vitro acid resistance of CO2 and Nd-YAG laser-treatment human tooth enamel, *Caries Research*, 2002, Vol. 36, pp. 423-425.

Сведения об авторах:

Нуров Дилшод Истамович – соискатель кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

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

Контактная информация:

Нуров Дилшод Истамович – тел.: +992 918 83 20 97

¹Пиров Б.С., ²Мухиддинов Н.Д., ²Калмыков Е.Л., ¹Руммо О.О.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У РОДСТВЕННЫХ ДОНОРОВ ПОЧКИ

¹Национальный научный центр трансплантации органов и тканей человека, Душанбе

²Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск

¹Pirov B.S., ²Mukhiddinov N.D., ²Kalmykov E.L., ¹Rummo O.O.

RISK FACTORS FOR CHRONIC RENAL FAILURE IN A RELATED DONOR KIDNEY

¹National Scientific Center of transplantation of human organs and tissues, Dushanbe

²Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk

Цель исследования. Провести ретроспективный анализ историй болезней родственных доноров для трансплантации почек и выявить факторы риска хронической болезни до и после почечной трансплантации.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 82 историй родственных доноров за 2011-2014 гг. в Республике Таджикистан на базе Национального научного центра трансплантации органов и тканей человека (ННЦ ТОиТЧ), у которых при проведении дополнительных методов исследования и антропометрии были выявлены факторы риска – различные варианты анатомии сосудов, ожирение, курение различных видов табака.

Результаты исследования. При ангиографии и компьютерной томографии сосудов почки только в 20,4% случаях выявлены различные варианты анатомии почечных сосудов, только в 10,8% случаях данные варианты относились к сосудам эксплантируемой почки. У 48,78% доноров обнаружены воспалительные заболевания пищевода, желудка и 12-перстной кишки, которые пролечены консервативно. У 24% обследованных выявлена различная степень ожирения.

Заключение. У 18% доноров отмечено повышение креатинина от 115 до 143 мкмоль/л, выявлен гастродуоденит различной степени с деформацией луковицы 12-перстной кишки. Своевременное применение нефропротекторов и устранения факторов риска приводят к нормализации функции почек, что проявляется повышением СКФ и снижением уровня креатинина до нормальных цифр.

Ключевые слова: трансплантация почки, индекс массы тела, курение, ожирение, креатинин, скорость клубочковой фильтрации, сосуды почек

Aim. To conduct a retrospective analysis of the history of related donors for kidney transplantation and identify chronic disease risk factors before and after the transplant donor kidney.

Materials and methods. A retrospective analysis of 82 stories related donors for 2011-2014, in the Republic of Tajikistan on the basis of the National Scientific Center of transplantation of human organs and tissues (NNTsTOiTCh), which conducted additional research methods: X-ray, ultrasound diagnostic ultrasound, endoscopy, CT, angiography, anthropometric: height, weight, BMI and laboratory studies in which the study of various risk factors have been identified – the various options vascular anatomy. Obesity, smoking tobacco in the form of powder. Women accounted for 47 (57,3%) and 35 men (42,7%).

Results. In angiography, and computed tomography of kidney blood vessels only in 20,4% of cases identified various options for renal vascular anatomy, only in 10,8% cases, these options are treated vessels eksplanteccion kidneys. In 48,78% of donors revealed inflammatory diseases of the esophagus, stomach and duodenum 12, who treated conservatively. It was revealed that 57,3% of the surveyed, there are various degrees in 24% of obesity, including obesity before 4,8%, obesity I 16,8% II-III 8,4% and the degree – 7,2 % and 13,2% of men with I and II obese.

Conclusion. As a result, with 37,2% revealed obesity, smoking tobacco in the form of powder (nasvay) at 9,6%, of which 18% was an increase in creatinine donor from 115 to 143 mkmol/l, and for gastro endoscopy revealed varying degrees, with deformation of bulbs 12 duodenal ulcer. With timely application nephroprotectors and elimination of risk factors lead to the normalization of kidney function, in the form of increasing and decreasing GFR creatinine to normal values.

Key words: kidney transplantation, body mass index, smoking, obesity, creatinine, GFR, ultrasound, CT, renal vessels

Актуальность

Трансплантация почки (ТП) в настоящее время стала рутинным методом радикального лечения терминальной хронической почечной недостаточности (тХПН) [3, 4]. Выживаемость после первого года операции достигает более 90%, однако, после 10-15 лет число функционирующих трансплантатов составляет меньше 50% [1, 5].

В норме скорость клубочковой фильтрации (СКФ) для мужчин составляет 97-137 мл/мин, для женщин – 88-128 мл/мин. Изучение взаимосвязей хронической болезни почек с метаболическим синдромом позволяет утверждать, что высокая распространенность снижения СКФ в общей популяции определяется главным образом нефропатиями обменной природы – диабетической, уратной, ассоциированной с ожирением, а также гипертоническим нефроангиосклерозом. Рост индекса массы тела (ИМТ) на 10% обуславливает увеличение вероятности стойкого уменьшения СКФ в 1,27 раза [3].

Среди больных атеросклеротической рено-васкулярной гипертензией атеросклеротический стеноз почечных артерий занимает ведущее место в структуре причин ухудшения почечной функции. Неблагоприятные последствия курения не исчерпываются только атеросклеротическим поражением почечных артерий, у курильщиков также наблюдают неблагоприятную перестройку внутрипочечной гемодинамики с генерализованным нарушением микроциркуляции, активацию процессов фиброгенеза и тромбогенеза в структурах ткани почки. Поэтому курение является самостоятельным фактором риска хронической болезни почек. Так, исследование PREVEND доказало, что курение более 20 сигарет в сутки увеличивало вероятность стойкого снижения СКФ в 1,53 раза [2]. В ряде азиатских стран табак используется в виде порошка и принимается под язык. Одна закладка состоит из трех частей табака и одной части извести, но степень воздействия на организм донора еще не изучена].

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 82 историй родственных доноров за 2011 по 2014 гг., которым проведены дополнительные методы исследования: рентгеноскопия, ультразвуковая диагностика (УЗИ), эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), компьютерная томография (КТ), ангиография; определялись антропометрические показатели: рост, масса тела, ИМТ; лабораторные исследования для эксплантации почки в Республике Таджикистан на базе Национального научного центра трансплантации органов и тканей человека (ННЦ ТООиТЧ), среди которых при исследовании были выявлены различные факторы риска – ожирение, курение табака в виде порошка. Женщин было 47 (57,3%), мужчин – 35 (42,7%).

Расчет статистических показателей проводился программой Excel из пакета Microsoft Office 2000, SPSS 11.0.1, а также пакетом STATGRAPHICS Plusfor-Windows 3.0.

Результаты и их обсуждение

При ретроспективном анализе 82 (100%) историй пациентов, которым с 2011 по 2014 годы выполнено полное исследование функционального состояния почек, при ЭГДС у 37 (45,1%) доноров выявлены воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта в виде: поверхностного гастрита – 19 (23,17%), гастрита в сочетании с эзофагитом – 3 (3,7%), гастродуоденита – 18 (22,0%), бронхитом страдали 2 (2,4%) пациентов, у 2 (2,4%) отмечался эндометрит и миома матки небольших размеров без осложнений, что не является противопоказанием к эксплантации почки. У всех 79 доноров, кроме троих, производили забор левой почки из левого люмбального разреза. 2 (2,4%) доноров отказались от эксплантации в связи с моральной неподготовленностью, у одного донора интраоперационно из-за выраженного спаечного процесса вокруг почки в связи с высоким риском кровотечения воздержались от эксплантации.

При ангиографии и компьютерной томографии сосудов почки в 17 (20,7%) случаях выявлены различные варианты анатомии почечных сосудов. Только в 9 (11,0%) случаях данные варианты относились к сосудам эксплантируемой почки, а в 8 (9,8%) – к контрлатеральной почке. Дополнительные вены отмечены в 2 (2,4%) случаях, раннее деление – в 4 (4,9%); дополнительная артерия обнаружена в 1 (1,2%) случае и раннее деление – в 2 (2,4%). При исследовании выявлены дополнительные артерии в 4 (4,9%) случаях и дополнительные вены также в 4 (4,9%) в не эксплантируемых почках (табл. 1)

Как видно из данной таблицы у большинства – 40 (48,78%) – доноров выявлены воспалительные заболевания пищевода, желудка и 12-перстной кишки. Все выявленные 44 (53,7%) заболевания пролечены консервативно. Добавочные вены и ранние деления почечных вен отмечались чаще – в 6 (7,3%) случаях, что не только повлияло на тактику операции, но и являлось риском развития осложнений при трансплантации почек.

Также были произведены антропометрические измерения роста и массы тела доноров для определения ИМТ и степени ожирения. При исследовании выявлено, что из 47 (57,3%) обследованных женщин ожирение различной степени имеется у 20 (24,4%), в том числе предожирение – у 4 (4,9%), ожирение I – у 14 (17,1%), II – у 7 (8,5%) и III степени – у 6 (7,3%), а также у 11 (13,4%) мужчин отмечались I и II степени ожирения (табл. 2).

Таблица 1

Патология, выявленная при исследовании доноров

Методы исследования	Выявленная патология в органах				
	бронхит	эзофагит	гастрит	дуоденит	миома матки
Рентген	2 (2,4%)	–	–	–	–
УЗ	–	–	–	–	2(2,4%)
ЭГДС	–	3 (3,7%)	19 (23,17%)	18 (22,0%)	–
КТ, ангиография	В сосудах почки				
	Артерия почки			Вена почки	
	добавочная		раннее деление	добавочная	раннее деление
	1(1,2%)		2 (2,4%)	2 (2,4%)	4 (4,9%)
Всего	3 (3,7%)			6 (7,3%)	

Таблица 2

Показатели СКФ и креатинина у пациентов с факторами риска

Факторы риска		Количество	СКФ средний показатель мл/мин	Креатинин средний показатель ммоль/л
Степень ожирения	предожирение	4(4,9%)	68,59	134,34
	ожирение I	14(17,1%)		
	ожирение II	7 (8,5%)		
	ожирение III	6(7,3%)		
Курение табака (насвай)		8(9,6%)		
Всего		39(47,4%)		

Большинство пациентов 21 (25,6%) имели ожирение 1 и 2 степеней. Курение табака отмечено в 8 (9,6%) случаях с низкими показателями СКФ - 68,59 мл/мин и повышенным уровнем креатинина до 134,34 мкмоль/л.

Основным методом борьбы с предожирением, ожирением I и II степеней было назначение диеты, состоящей из овощных блюд, фруктовых соков и физических тренировок, а в тяжелых случаях ожирения назначались статины (симвастатин в дозе 20 мг) в течение месяца.

У 8 (9,6%) мужчин, которые употребляли курительный порошок -насвай по несколько лет, и 13 (15,9%) женщин с различными степенями ожирения нами отмечено снижение СКФ от 80 мл/мин до 36,48 мл/мин, средний показатель - 68,59 мл/мин. У 15 (18%) этих доноров отмечено повышение креатинина от 115 до 143 мкмоль/л. При ЭГДС выявлен гастродуоденит различных степеней с деформацией луковицы 12-перстной кишки. Пациентам для проведения родственной трансплантации пришлось отказаться от курения, им был назначен нефропротектор цинара- фитопрепарат с желчегонным и ди-

уретическим эффектами, уменьшающий азотемию, внутрь в дозе 10 мг/кг/сутки и гиполипидемический препарат из группы производных фиброевой кислоты - фенофибрат в дозе 2 мг/кг/сутки внутрь 2 раза в день в течение 3-4 недель. После проведения курса лечения отмечалась постепенное повышение СКФ и снижение содержания креатинина у этих пациентов.

Заключение

В результате проведенного исследования доноров ожирение выявлено у 37,8%, курение табака в виде порошка (насвая) - у 9,6%, из них у 18,3% доноров отмечено повышение креатинина от 115 до 143 мкмоль/л, а при ЭГДС выявлен гастродуоденит различной степени с деформацией луковицы 12-перстной кишки. При отсутствии инсулинорезистентности и артериальной гипертензии, при повышении креатинина у них нередко регистрируется нарушение внутривисцеральной гемодинамики в виде стойкого снижения СКФ в 1,74 раза [3], что проявляется постепенным истощением почечного функционального резерва. При своевременном воздействии на почечную ткань и устранении факторов риска отмечается нормализация функции почек в виде повышения

СКФ и снижения креатинина до нормальных цифр, что благоприятно воздействует как на донора, так и реципиента в послеоперационном периоде трансплантации.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (п. 5 см. в REFERENCES)

1. Каабак М.М., Горайнов В.А., Агуреева Л.И. и соавт. Выбор оптимального режима терапии циклоспорином у реципиентов аллогенных почек в различные сроки после операции. // Нефрология и диализ. 2001. №3. С. 57-60.
2. Мухин Н.А. Снижение скорости клубочковой фильтрации – общепопуляционный маркер неблагоприятного прогноза. // Терапевтический архив. 2007. №6. С. 5-10
3. Руммо О.О. Инновационные перспективы развития службы органной трансплантации в Республике. // Инновационные технологии в медицине. 2013. №1. С. 111-120.
4. Руммо О.О. Трансплантационные технологии в хирургическом лечении злокачественных заболеваний печени и желчевыводящих путей. // Хирургия восточной Европы. 2015. № 2 (14). С.10-18.

RESERENSES

1. Kaabak M. M., Goryaynov V. A., Agureeva L. I., Vybort optimalnogo rezhima terapii tsiklosporinom u retsipientov allogennykh pochek v razlichnye sroki posle operatsii [Selection of the optimal mode of therapy with cyclosporine in recipients of allogeneic kidneys at different times after surgery]. *Nefrologiya i dializ – Nephrology and Dialysis*, 2001, No. 3, pp. 57-60.
2. Mukhin Kh. A. Snizhenie skorosti klubochkovoy filtratsii obshchepopulyatsionnyy marker neblagopriyatno prognosa

[Reduction of glomerular filtration rate – total population marker of poor prognosis]. *Terapevticheskiy arkhiv – Therapeutic Archives*, 2007, No. 6, pp. 5-10

3. Rummo O. O. Innovatsionnye perspektivy razvitiya sluzhby organnoy transplantatsii v Respublike [Innovative perspectives of development of service of organ transplantation in the Republic]. *Innovatsionnye tekhnologii v meditsine – Innovative Technologies in Medicine*, 2013, No. 1, pp. 111-120.

4. Rummo O. O. Transplantatsionnye tekhnologii v khirurgicheskom lechenii zlokachestvennykh zabolevaniy pecheni i zhelcheyvodyashchikh putey [Transplantation technology in the surgical treatment of malignant diseases of the liver and biliary tract]. *Khirurgiya vostochnoy Evropy – Surgery of Eastern Europe*, 2015, No. 2, Vol. 14, pp. 10-18.

5. Pilmore H. L., Dittmer I. D. Calcineurin inhibitor nephrotoxicity: reduction in dose results in marked improvement in renal function in patients with coexisting chronic allograft nephropathy. *Clinical Transplantation*, 2002, No. 3, pp. 191-195.

Сведения об авторах:

Пиров Бахтиёр Садуллоевич – докторант кафедры трансплантологии БелМАПО, к.м.н.

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

Калмыков Еган Леонидович – зам. директора НИЦ ТОиТЧ, к.м.н.

Руммо Олег Олегович – руководитель РНПЦ трансплантации органов и тканей, г. Минск, д.м.н., профессор

Контактная информация:

Пиров Бахтиер Садуллоевич – E-mail: bakhtierp@mail.ru

¹Расулов Н.А., ²Курбонов К.М., ²Назирбоев К.Р.

ТРАНСЭНТЕРАЛЬНОЕ ЛАЗЕРНОЕ ОБЛУЧЕНИЕ ЗОНЫ СФОРМИРОВАННЫХ ГЕПАТИКОЕЮНОАНАСТОМОЗОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР

¹Кафедра хирургии ГОУ ИПО в СЗ РТ

²Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ имени Абуали ибн Сино

¹Rasulov N.A., ²Kurbonov K.M., ²Nazirboev K.R.

TRANSENTERALNOE RADIATION EXPOSURE AREA FORMED IN PREVENTION HEPATIKOEYUNOANASTOMOZOV SCAR STRICTURES

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

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

Цель исследования. Разработка способа профилактики и лечения рубцовых стриктур сформированных гепатикоеюноанастомозов путем воздействия на зону анастомозов посредством оптико-волоконного световода, введенного через дренажи Ру-петли.

Материал и методы. Проведен анализ лечения 62 больных, которые были оперированы по поводу «ятрогенных» повреждений внепеченочных желчных протоков: 41 случай после лапароскопической, 21 – после традиционной холецистэктомии. Восстановительные оперативные вмешательства были выполнены в 15 (24%) наблюдениях, в 47 (76%) случаях производили реконструктивные вмешательства.

Для лечения ятрогенных повреждений желчных протоков и профилактики риска развития рубцовых стриктур сформированных билиодигестивных анастомозов в клинике разработана методика формирования гепатикоеюноанастомоза с подведением дренажной трубки через короткий отрезок Ру-петли к зоне анастомоза для проведения послеоперационного регионарного лазерного облучения. Для оценки эффективности данной методики изучали показатели уровня эндотоксемии, цитолитических ферментов (АлАт, АсАт), щелочной фосфатазы и уровня интерлейкина-6 до и после лазеротерапии. Выполняли динамическое УЗИ, МРХПГ по показаниям.

Результаты. Показатели эндотоксемии до и после проведения регионарной трансэнтеральной лазеротерапии значительно снижались: АсАт – $0,49 \pm 0,02$ ммоль/г/л; АлАт ($0,35 \pm 0,01$ ммоль/г/л; СРБ – $111,7 \pm 0,2$ мг/л; IL-6 – $4,75 \pm 0,09$ пг/мл.

Выводы. Формирование гепатикоеюноанастомоза с локальным проведением лазеротерапии является высокоэффективным противовоспалительным и ранозаживляющим методов лечения, что диктует целесообразность применения метода в практической билиарной хирургии для профилактики развития рубцовых стриктур сформированных билиодигестивных анастомозов.

Ключевые слова: ятрогенные повреждения, гепатикоеюноанастомоз, лазеротерапия, профилактика, рубцовые стриктуры

Aim. Study of a method of the prevention and treatment of scar stricture hepatitiskoeyunanastomoses formed by exposing the anastomosis zone through optical-fiber input via drainages Roux loop.

Materials and methods. This study analyzes the results of treating of 62 patients, who were operated on in about the «iatrogenic» injuries of the extrahepatic bile ducts. From them emerged in time after laparoscopic and conventional cholecystectomy in 41 cases of «iatrogenic» damage to the bile ducts - 21. Restorative surgeries were performed only 15 (24%) cases, in - 47 (76%) cases made reconstructive surgery.

For the treatment, «iatrogenic» damages the bile ducts and prevent the risk of scarring strictures formed biliodigestive anastomoses in the clinic developed a method of forming hepatitiskoeyunanastomoses with painted drainage tube through a short section of the Roux- loop to the anastomosis area for regional postoperative laser irradiation.

The effectiveness of this technique studied indicators of endotoxemia level, cytolytic enzymes (ALT, AST), alkaline phosphatase, and the level of IL - 6 before and after laser therapy. Also performed a dynamic ultrasound, MRCP indicated.

Results. So the results of the study show that endotoxemia indicators before and after the regional transterally laser largely began to decline, such as reducing the ACAT activity ($0,49 \pm 0,02 \text{ mmol/g/l}$) and AlAt ($0,35 \pm 0,01 \text{ mmol/g/l}$). Similar changes were observed in the dynamics of endotoxemia parameters - CRP ($111,7 \pm 0,2 \text{ mg/l}$) and IL- 6 ($4,75 \pm 0,09 \text{ pg/ml}$).

Conclusion. Thus, the formation of a local hepatitiskoeyunanastomoses conducting laser therapy is a highly effective anti-inflammatory and wound-healing treatment, which necessitates the feasibility of applying the method in practice biliary surgery for the prevention of the development of scar stricture formed biliodigestive anastomoses.

Key words: *iatrogenic damage of hepatitiskoeyunanastomoses, laser therapy, prevention, scar stricture*

Актуальность

В связи с увеличением количества оперативных вмешательств на органах гепатобилиарной зоны в значительной степени увеличилось количество послеоперационных осложнений, требующих повторных сложных вмешательств [1]. Среди этих осложнений наиболее тяжелыми в плане лечения представляют пациенты с рубцовыми стриктурами сформированных билиодигестивных анастомозов, предпринятых по поводу ятрогенных повреждений внепеченочных желчных протоков [2].

Наряду с ишемией стенок желчных протоков, повреждающего воздействия желчи, а также энтеробилиарного рефлюкса на процессы заживления сформированных гепатикоеюноанастомозов анастомозов негативно влияют воспалительные процессы в желчных протоках и микробные агенты.

Для снижения выраженности воспалительных процессов в зоне сформированных гепатикоеюноанастомозов и риска возникновения послеоперационных рубцовых стриктур в последнее время многие авторы стали использовать трансхоледохальную или трансэнтеральную и чрезкожную лазеротерапию [3]. Данный метод регионарного локального воздействия благоприятно влияет на функциональное состояние печени и уровень эндогенной интоксикации, активизирует фагоцитарный, гуморальный и клеточный механизмы иммунитета, нормализует физико-химические параметры желчи и способствует уменьшению количества осложнений в послеоперационном периоде [4, 5].

Материал и методы исследования

В клинике хирургических болезней № 1 ТГМУ на базе ГКБ СМП г. Душанбе по поводу ятрогенных повреждений внепеченочных желчных протоков оперировано 62 пациента. При этом в 54 (87%) наблюдениях пациенты переведены в клинику из других лечебных учреждений республики Таджикистан. В 8 (13%) случаях ятрогенные повреждения желчных протоков возникли в клинике. Мужчин было 14 (22,5%), женщин – 48 (77,5%) в возрасте от 24 до 73 лет. Во 100% наблюдений ятрогенные повреждения желчных протоков возникли во

время выполнения лапароскопической ($n=41$) и традиционной ($n=21$) холецистэктомий. Восстановительные оперативные вмешательства были выполнены всего в 15 (24,2%) наблюдениях, в 47 (75,8%) случаях производили реконструктивные вмешательства.

Для лечения ятрогенных повреждений желчных протоков и профилактики риска развития рубцовых стриктур сформированных билиодигестивных анастомозов в клинике разработана методика формирования гепатикоеюноанастомоза с подведением дренажной трубки через короткий отрезок Ру-петли к зоне анастомоза для проведения послеоперационного регионарного лазерного облучения (рис. 1).

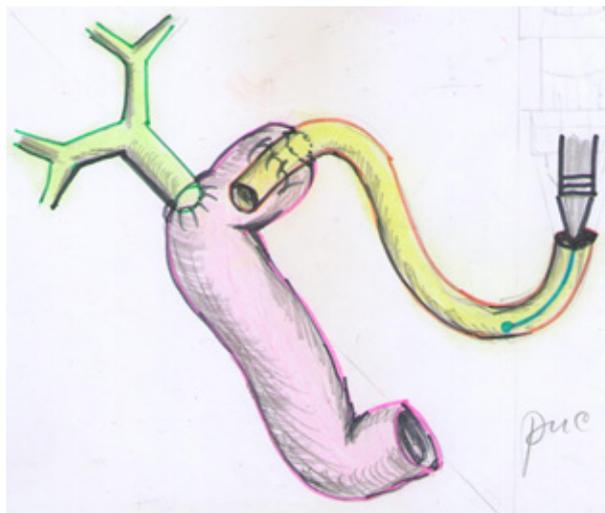


Рис. 1. Гепатикоеюноанастомоз с подведением дренажной трубки к зоне анастомоза

Трансэнтеральное регионарное лазерное облучение зоны сформированных гепатикоеюноанастомозов осуществляли 12 больным с ятрогенными повреждениями желчных протоков по разработанной в клинике методике. Методику осуществляли следующим образом. На следующий день после операции по формированию гепатикоеюноанастомоза по разработанной в клинике методике через ранее установленные в зоне анастомоза трансэнтеральный дренажи вводили лазерный световод (рис. 2). При этом использовали лазерную установку «ЛАМИ» (рис. 3).



Рис. 2. Лазерная установка «ЛАМИ»



Рис. 3. Лазерный световод введен в наружный дренаж под УЗИ-контролем

Далее осуществляли лазерное облучение зоны гепатикоеюноанастомоза лучом длиной волны 760 нм в импульс-периодическом режиме с длиной импульса 50 мс и интервалом 100 мс, мощность лазерного излучения 0,1 Вт. Длительность облучения зоны анастомоза лазером достигала 5 мин. После этого лазерный световод удалили. Глубину введения световода через тонкую кишку контролировали по изображению на экране электронно-оптического преобразователя и соизмеряли с длиной ранее установленного дренажа. Показанием к прекращению лазеротерапии являлись: нормализация температуры тела, уменьшение биохимических показателей холестаза, уровни ЩФ и ИЛ-6. Процедуру повторяли через день в количестве до 5 раз на курс лечения. После проведения лечения дренажи извлекали, рану ушивали. Продолжительность одной процедуры составляла до 5 минут, через день. Общее количество процедур у пациента в среднем составляло 5 раз.

Для изучения эффективности разработанной методики осуществляли лабораторные и биохимические исследования крови с изучением пока-

зателей уровней эндотоксемии, цитолитических ферментов (АлАт, АсАт), ЩФ и ИЛ-6. Кроме этого, производили динамическое УЗИ, МРХПГ по показаниям.

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

Результаты и их обсуждение

В динамике послеоперационного периода показатели эндотоксемии до и после проведения регионарной трансэнтеральной лазеротерапии снижались в значительной степени (табл.).

Некоторые показатели эндотоксемии до и после проведения регионарной (локальной) лазеротерапии зоны сформированного билиодигестивного анастомоза (n=22)

Показатели	Больные, не получившие лазеротерапию (n=10)	Больные, получившие лазеротерапию (n=12)
АсАт, ммоль/г/л	1,1±0,05	0,49±0,02
АлАт, ммоль/г/л	1,04±0,05	0,35±0,01
СРБ, мг/л	175,4±1,6	111,7±0,2
ИЛ-6, пг/ml	6,58±0,08	4,75±0,09

В процессе проведенного лечения в значительной степени улучшились показатели уровней цитолитических ферментов, СРБ и ИЛ-6.

На 3-4 сутки лазеротерапии наблюдалось снижение активности АсАт (0,49±0,02 ммоль/г/л) и АлАт (0,35±0,01 ммоль/г/л). Подобные изменения наблюдались в динамике параметров эндотоксемии – СРБ (111,7±0,2 мг/л) и ИЛ-6 (4,75±0,09 пг/ml).

В сроки наблюдения от 6 месяцев до 3 лет при проведении клинических обследований биохимических показателей, УЗИ и МРТ наличие рубцовых стриктур гепатикоеюноанастомоза отмечали лишь у 1 больного.

Выводы

1. Разработанный метод формирования гепатикоеюноанастомоза с локальным проведением лазеротерапии является высокоэффективным противовоспалительным и ранозаживляющим методом лечения.

2. Снижение в отдаленном послеоперационном периоде количества послеоперационных рубцовых стриктур сформированных гепатикоеюноанастомозов свидетельствует о целесообразности применения метода в практике билиарной хирургии.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (п. 5 см. в REFERENCES)

1. Кирилюк А.А. Эндоскопическая коррекция гепатико-еуноанастомоза, как путь к улучшению результатов хирургического лечения больных с рубцовыми стриктурами внепеченочных желчных протоков // Сборник материалов XIX Международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии». Иркутск, 2012. С. 231-232.

2. Медведев М.А., Раздвогин В.А. Хирургическое лечение рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков ятрогенного происхождения // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. Москва. 2013. №1. С. 29-31.

3. Раздвогин В.А., Герасимовский Н.В. Эндоскопическая коррекция билиодигестивных анастомозов через слепой конец изолированной по Ру петли тощей кишки // Сборник научно-практических трудов врачей Вологодской области. Вологда, 2011. С.13-17.

4. Рыбачков В.В. Способ эндоскопической коррекции при стриктуре гепатико-еуноанастомоза через «слепой конец» изолированной по Ру петли тонкой кишки // Вестник Российского университета дружбы народов: серия «Медицина». Москва. 2013. №1. С. 70-76.

RESERENSES

1. Kirilyuk A. A. [Endoscopic correction hepatiko-eu-noanastomoz as a way to improve the results of surgical treatment of patients with scar strictures of extrahepatic bile ducts]. Sbornik materialov XIX Mezhdunarodnogo kongressa khirurgov-gepatologov Rossii i stran SNG "Aktualnye problemy khirurgicheskoy gepatologii" [The collection of materials of the XIX International Congress of surgeons-hepatologists of Russia and CIS countries "Actual problems of surgical hepatology"]. Irkutsk, 2012, pp. 231-232. (In Russ.)

2. Medvedev M. A., Razdrogin V. A. Khirurgicheskoe lechenie rubtsovykh striktur vnepechenochnykh zhelchnykh

protokov yatrogenno proishozhdeniya [Surgical treatment of cicatricial strictures of extrahepatic bile ducts iatrogenic origin]. Vestnik Natsionalnogo mediko-khirurgicheskogo Tsentra imeni N. I. Pirogova – Journal of the National Medical and Surgical Center named after N. I. Pirogov, 2013, No. 1, pp. 29-31.

3. Razdrogin V. A., Gerasimovskiy N. V. Endoskopicheskaya korrektsiya biliodigestivnykh anastomozov cherez slepoy konets izolirovannoy po Ru petli toshchey kishki [Endoscopic correction biliodigestive anastomoses through a blind end of an isolated Roux jejunal loop]. Sbornik nauchno-prakticheskikh trudov vrachey Vologodskoy oblasti [Collection of scientific-practical works of the doctors of the Vologda region], Vologda, 2011. pp. 13-17.

4. Rybachkov V. V. Sposob endoskopicheskoy korrektsii pri strikture gepatikoeyu-noanastomoz cherez "slepoy konets" izolirovannoy po Ru petli tonkoy kishki [The method of endoscopic correction with stricture hepatikoeyu-noanastomoz through the "blind end" an isolated Roux loop of small intestine]. Vestnik Rossiyskogo universiteta druzhby narodov: seriya "Meditsina" [Herald of the Russian Peoples' Friendship University: a series of "Medicine"]. Moscow, 2013, No. 1, pp. 70 - 76.

5. Tocchi A. Management of Benign Biliary Strictures Biliary Enteric Anastomosis vs Endoscopic Stenting. *Archive of Surgery*, 2009, Vol. 135, pp.153-157.

Сведения об авторах:

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

Қурбонов Каримхон Муродович – зав. кафедрой хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, академик АМН РТ, д.м.н., профессор

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

Контактная информация:

Расулов Назир Аминович – тел.: +992918405540; E-mail: mahmadnazir@mail.ru

¹Сабуров С.К., ²Каримов С.М., ³Таиров У.Т.

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ДЕФЕКТОВ ЗУБНОГО РЯДА НЕСЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

¹Кафедра ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

²Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

³Общество с ограниченной ответственностью «Диёр»

¹Saburov S.K., ²Karimov S.M., ³Tairov U.T.

RESULTS OF CLINICAL AND MICROBIOLOGY ESTIMATIONS OF THE HYGENIC CONDITION OF ORAL CAVITY IN PATIENT WITH ACCOMPANYING PATHOLOGY AFTER PROSTHESIS DEFECT TEETH ROW BY FIXED PARTIAL DENTURE

¹Department of Orthopedic Dentistry of Tajik Medical State University named after Abuali-ibn-Sino

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

³Society with limited liability «Diyor»

Цель исследования. Клинико-микробиологическая оценка эффективности гигиены полости рта с применением ротовых ирригаторов для профилактики протетического поражения краевого пародонта после ортопедического устранения окклюзионных дефектов у больных с сопутствующей соматической патологией.

Материал и методы. У 56 больных с органной патологией для ирригации несъемных ортопедических протезов и слизистой оболочки полости рта были использованы воздушные пистолеты современных стоматологических оборудований с локальным резервуаром. Среди обследованных больных ирригации супраконструкционных элементов ортопедических протезов и слизистой оболочки в этой зоне проводили по схеме: один раз в день обработка водой и одну неделю через каждые три месяца с применением 0,001% раствора хлоргексидина биглюконата.

Результаты. Полученные в результате клинического обследования данные позволяют отметить, что на 30 сутки признаки воспаления в области опорных зубов практически не определяются среди общесоматических больных с наличием несъемных ортопедических конструкций полости рта. Такой клинический эффект от использования ротового ирригатора с хлоргексидином наблюдался у 97,6% больных. После использования курса профилактического лечения в области опорных зубов при осмотре регистрировалась десна бледно-розового цвета, плотно прилегающая к поверхности опорного зуба, не кровоточащая при зондировании.

Заключение. Клинический эффект от использования ротового ирригатора с хлоргексидином наблюдался у 97,6% больных с сопутствующей соматической патологией. После использования курса профилактического лечения в области опорных зубов при осмотре регистрировалась десна бледно-розового цвета, плотно прилегающая к поверхности опорного зуба.

Ключевые слова: зубная бляшка, окклюзионный дефект, несъемный зубной протез

Aim. Clinical and microbiological estimation hygiene efficiency of oral cavity by oral irrigator for preventive of prosthetic's defeats of marginal parodont after orthopedic reconstruction of occlusion defects beside patient with accompanying somatic pathology.

Materials and methods. Beside 56 patient with somatic pathology for irrigation of fixed partial denture and mucous of oral cavity were used air guns of modern dentistry equipment with local reservoir. Amongst examined patient irrigation of fixed partial denture and mucous of oral cavity in this zone held at scheme: once at day processing by water and one week in each three months with using of 0,001% solution bigluconat chlorgexydine.

Results. Got as a result of clinical examination data allow to note that on 30 day signs inflammations in the field of supporting teeth practically are not defined amongst commonsomatic patient with presence of fixed partial denture in oral cavity. Such is a clinical effect from use of oral irrigator with chlorgexyidine existed beside 97,6% patient. After use the course of the preventive treatment in the field of supporting teeth gums pale-rose color registered at checkup, tightly adjoining to surfaces of the supporting teeth, not bleeding when flexing.

Conclusion. Clinical effect from use of oral irrigator with chlorgexyidine existed beside 97,6% patient with accompanying somatic pathology. After use the course of the preventive treatment in the field of supporting teeth registered gums with pale-rose color tightly adjoining to surfaces of the supporting teeth.

Key words: dental plaque, occlusion defect, fixed partial denture

Актуальность

Как известно, существенное влияние на формирование зубной бляшки и на течение заболеваний пародонта может оказать использование ирригаторов с различными антисептическими растворами. В частности, использование ОхуJet (ротового ирригатора) вместе с чисткой зубов уменьшает зубную бляшку и улучшает состояние тканей пародонта. Даже использование в качестве ирригатора воды в течение 14 дней дает больший эффект, чем применение традиционной гигиены полости рта [5].

По сведениям авторов [1, 2, 3], простое ополаскивание полости рта, даже с применением эффективных антимикробных агентов, в частности хлоргексидина, существенно уступает применению ирригаций, причем не только при лечении пародонтита, но и в профилактических целях.

С учетом изложенного большое значение имеет использование ирригаторов у пациентов с несъемными ортопедическими протезами в полости рта, где обработка в связи с дополнительной ретенцией пищи затруднена.

Материал и методы исследования

У всех 56 обследованных больных оценивали индексное состояние полости рта. С этой целью определяли папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (по Рагма, %), упрощенный индекс гигиены полости рта (по Green-Vermillion, баллы) и кровоточивость десневой борозды (SBI по Muhlemann, %) в области опорных зубов ортопедических несъемных конструкций, а также гигиеническое состояние несъемных ортопедических конструкций с использованием «Индекса гигиены несъемной ортопедической конструкции Улитовского» (ИГ НОК Улитовского, 2004).

Для контроля продолжительности антибляшечного эффекта ротовой ирригации, её влияния на микробиоценоз полости рта у лиц с общесоматической патологией и наличием ортопедических несъемных конструкций полости рта проводили микробиологические исследования. Такое исследование включало выделение микрофлоры с поверхности слизистой оболочки и несъемного зубного протеза и идентификацию выделенных бактерий с использованием техники

анаэробного культивирования. Взятие материала осуществляли четырехкратно: до обработки с использованием ротового ирригатора с целью определения исходного фона для контроля последующего устранения вирулентных штаммов с поверхности слизистой оболочки и зубного протеза; через 3 месяца; через шесть месяцев после первичного забора; через 12 месяцев.

Посев материала с целью получения изолированных колоний осуществляли секторальным методом на чашки Петри с 5% сердечно-мозговым гемин-агаром, приготовленным на основе Brain-Heart Agar компании Difco (США). Данная среда содержит в своем составе факторы роста, такие как гемин (витамин К) и менадион, а также является универсальной для роста большинства анаэробных и аэробных видов бактерий.

Культивирование неспорообразующих анаэробных культур бактерий осуществляли в анаэро-стате с безкислородной газовой смесью, состоящей из 80% азота, 10% водорода, 10% углекислого газа при температуре 37° С от 48 часов до 7 дней.

Биохимическую идентификацию чистых культур анаэробных бактерий, стрептококков и грамотрицательных бактерий проводили с помощью тест-систем фирмы API (Франция) и Roche (Германия).

Для амплификации ДНК пародонтопатогенных бактерий *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Bacteroides forsythus* и *Treponema denticola* применяли метод мультиплексной ПЦР, позволяющей использовать одновременно 2-4 и более перекрещивающихся праймеров нескольких возбудителей.

Результаты и их обсуждение

При первичном обращении общесоматические больные с наличием несъемных ортопедических конструкций полости рта и протетического гингивита предъявляли жалобы на кровоточивость дёсен при чистке зубов. Клинические результаты лечения протетического гингивита через 3, 6 и 12 месяцев после его начала оценивали по следующим критериям: «хорошие», для которых характерно исчезновение отёка, гиперемии и кровоточивости; «удовлетворительные», характеризующиеся частичным

устранением воспалительных явлений с сохранением незначительной гиперемии отдельных десневых сосочков в области опорных зубов на фоне отсутствия отека и кровоточивости и «неудовлетворительные» – отсутствие эффекта от проводимой терапии.

Результаты клинико-индексного исследования через 6 месяцев после протезирования показали, что при протетическом гингивите у больных с наличием сопутствующей соматической патологии и несъемных ортопедических конструкций комплекс лечебно-профилактических мероприятий действует более эффективно. Как свидетельствуют полученные данные, при наличии протетического гингивита, если на фоне проведенной ирригации папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс уменьшился за 15 дней со значения $48,21 \pm 2,04\%$ до $34,17 \pm 3,13\%$, то на 30 сутки и в отдаленные сроки наблюдения (12 и 18 месяцев) изменение данного индекса было существенным – соответственно $0,34 \pm 0,12\%$, $0,10 \pm 0,01\%$ и $0,58 \pm 0,14\%$.

После применением ротовых ирригаторов у больных с несъемными ортопедическими протезами в полости рта и наличием протетического гингивита также наблюдалась положительная динамика индекса Мюллемана. Так, через 15 дней от начала использования ротовых ирригаторов показатель кровоточивости десневой борозды снижался на $36,15\%$ у больных с наличием протетического гингивита. При обследовании больных с сопутствующей патологией через 30 дней после ротовой ирригации выявлено снижение исследуемого индекса на $42,13\%$. В отдаленные сроки наблюдения (12 и 18 месяцев) значение редукции индекса кровоточивости десневой борозды составило соответственно $43,17\%$ и $41,11\%$, по сравнению с первоначальными показателями у больных с патологией внутренних органов и систем.

Полученные данные позволяют охарактеризовать исходное гигиеническое состояние имеющихся несъемных конструкций у больных с общесоматической патологией, как приближающиеся к неудовлетворительному. Так, среди обследованных больных индекс гигиены наддесневого мягкого зубного налета и зубного камня опорных зубов равнялся соответственно $2,2$ и $0,8$ баллов. Вместе с тем, индекс гигиены поддесневого мягкого зубного налета и зубного камня опорных зубов у них соответствовал $2,1$ и $1,3$ баллам при усредненном значении $2,3$ и $1,9$ баллов – соответственно для индекса гигиены наддесневого мягкого зубного налета и зубного камня тела мостовидного протеза. Исходный итоговый показатель индекса гигиены несъемной ортопедической конструкции у больных с сопутствующей соматической патологией был равен $1,8$ баллов.

На фоне реализации профессиональной гигиены полости рта значение индекса гигиены наддесневого мягкого зубного налета и зубного камня опорных зубов у больных с органической патологией снизилось до соответствующего значения $1,3$ и $0,5$ баллов. Аналогичная тенденция обнаружена в ходе оценки индекса гигиены поддесневого мягкого зубного налета ($0,9$ балла) и зубного камня ($0,7$ балла) опорных зубов, а также индекса гигиены наддесневого мягкого зубного налета ($1,3$) и зубного камня ($0,9$) тела мостовидного протеза среди больных с патологией внутренних органов и систем. Итоговый показатель индекса гигиены несъемной ортопедической конструкции среди обследованных с неблагоприятным соматическим фоном на фоне активной реализации профессиональной гигиены полости рта характеризовался как хорошее ($0,9$ балла).

Использование ротовых ирригаторов у больных с общесоматической патологией для лечения протетического поражения краевого пародонта после ортопедического устранения дефектов зубного ряда оказывал выраженное противовоспалительное действие. Использование ирригатора позволило уже через 4-5 посещений добиться у этих больных устранения болезненности, гиперемии, отека и кровоточивости десен.

В результате сравнительной оценки микробной обсемененности различных биотопов полости рта и соответствующих им зон несъемных ортопедических конструкций установлено следующее. У больных с сопутствующей соматической патологией на всех участках супраконструкционных элементов обнаруживались представители факультативно-анаэробной флоры с преобладанием последней (более 65% выделенных видов). Так, на поверхности несъемных ортопедических конструкций при исследовании на 3 сутки после окончания протезирования выявляли значительное количество стрептококков и других грамположительных бактерий, что соответствует стадии формирования «зрелой» или «стабильной» зубной биопленки.

В ходе проведенного исследования выяснилось, что микробная обсемененность полости рта при общесоматической патологии колебалась в пределах от 105 до 108 CFU/см². Через 3 месяца после протезирования дефектов зубного ряда у больных с неблагоприятным соматическим фоном несъемными конструкциями микробиологические показатели изменялись незначительно. При использовании ирригатора, содержащих хлоргексидин, обсемененность достоверно снижалась на 6-й месяц, причем особенно резко представителями агрессивных и пародонтопатогенных видов, в некоторых случаях до их полного устранения.

Среди обследованных больных в области, соответствующей десневой борозде, несъемного протеза микрофлора была более разнообразной. Наибольшее

число потенциально агрессивных видов грамотрицательных бактерий выделяли именно с поверхности слепков зоны десневой борозды: *Prevotella intermedia*, *Porphyromonas gingivalis*, *Actinobacillus* spp., *Fusobacterium* spp. и другие. Однако, при использовании в ирригаторах раствора хлоргексидина число данных микроорганизмов значительно снижалось.

Вышеупомянутые виды микроорганизмов в научной литературе принято считать пародонтопатогенными, так как они содержат токсические эндотоксины и ферменты, которые вызывают нарушение микроциркуляции и воспалительный отек тканей пародонта [4].

У больных с патологией внутренних органов и систем результаты микробиологического исследования позволяют отметить, что микробная обсемененность десневой борозды была довольно значительной, по сравнению с открытыми участками несъемного протеза в области коронок и промежуточной части, достигая 106–108 CFU/см². Обсемененность представителями видов, являющихся потенциальными возбудителями воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта, была весьма значительной, но корректировалась ирригантами.

В зоне промывного пространства несъемного протеза среди обследованных больных количественно преобладала кокковая флора (до 10⁹ CFU/см²), в частности, виды, способные поддерживать воспалительные процессы слизистой оболочки полости рта – *S. sanguis*, *S. milleri* и другие. Кроме того, на слизистой оболочке проекции несъемного протеза обнаруживались грибы рода *Candida*, которые в этой зоне достигали наиболее значимых величин.

Высокое содержание микроорганизмов в области промывного пространства уже через 3 месяца после фиксации несъемного протеза, на наш взгляд, обусловлено, в первую очередь сниженной реактивностью организма больных с общесоматической патологией и затрудненной самоочисткой данной области слюной, пищей и пр.

Клиническое обследование, проведенное нами через 3 месяца после протезирования полости рта больных с сопутствующей соматической патологией, не выявило каких-либо изменений. Однако, у больных, проводящих традиционную гигиену полости рта, через 6 и 12 месяцев отмечались высокие значения гигиенических индексов, очевидно, за счет недостаточной очистки в области промывного пространства мостовидных протезов, что подтверждают крайне высокие значения микробной колонизации, в том числе пародонтопатогенными видами и грибами рода *Candida*, а также развития протетического гингивита.

Заключение

При наблюдении за больными с сопутствующей соматической патологией микробиологи-

ческая картина коррелировала с клиническими данными, в том числе уровнями индексов гигиены полости рта. Применение ирригатора существенно улучшало показатели микробиоценоза полости рта больных за счет снижения количества представителей агрессивных пародонтопатогенных видов и грибов.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп.5 см. в REFERENCES)

1. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология. М.: Мед., 2002. 736 с.
2. Савичук Н.О., Савичук А.В. Микроэкология полости рта, дисбактериоз и пути его коррекции // Современная стоматология. 2008. № 2. С. 11-15.
3. Семенюк В.М., Жеребцов В.В., Жеребцова О.Е. Состояние органов, тканей и сред полости рта у лиц, пользующихся длительно несъемными зубными протезами // Институт стоматологии. 2008. № 2. С. 48-49.
4. Царев В.Н., Давыдова М.М. Микробиология полости рта: учебное пособие. М.: УМО, 2006. 45 с.

REFERENCES

1. Borovskii E. V. *Terapevticheskaya stomatologiya* [Therapeutically dentistry]. Moscow, Med. Publ., 2002, 736 p.
2. Savichuk N. O., Savichuk A. V. *Mikroekologiya polosti rta, disbakterios i puti ego korrektsii* [Microecology of oral cavity, disbacterios and ways of its correction]. *Sovremennaya stomatologiya – Modern dentistry*, 2008, No 2, pp. 11-15.
3. Semenyuk V. M., Zherebtsov V. V., Zherebtsova O.E. *Sostoyanie organov, tkanei i sred polosti rta u lits, polzuyushchichsya dlitelno nesemnimi zubnimi protezami* [Condition of organ, fabric and ambiances of oral cavity beside persons using long time fixed partial denture. *Institut stomatologii - Dentistry Institut*, 2008, No 2, pp. 48-49.
4. Tsarev V. N., Davidova M. M. *Mikrobiologiya polosti rta: uchebnoe posobie* [Microbiology of oral cavity: scholastic allowance]. Moscow, UMO Publ., 2006, 45 p.
5. Choo A., Delac D.M., Messer L.B. Oral hygiene measures and promotion: review and considerations. *Australian Dental Journal*, 2001, Vol. 46, No. 3, pp. 166-173.

Сведения об авторах:

Сабуров Сабур Каримович – зав. кафедрой ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н., доцент

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

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

Контактная информация:

Сабуров Сабур Каримович – тел.: +992 985-61-53-53

Садиков Ф.О., Каримов С.М., Ашууров Г.Г.

**РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКИ
КРАЕВОЙ ПРОНИЦАЕМОСТИ КОМПОЗИТНЫХ ПЛОМБ
НА ЭТАПАХ ОПЕРАТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО
ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА
(IN VITRO)**

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Sadikov F.O., Karimov S.M., Ashurov G.G.

**RESULTS OF THE COMPARATIVE ESTIMATION
MARGINAL PERMEABILITY OF COMPOSITE FILLING
MATERIALS ON STAGE OF OPERATIVE-RECONSTRUCTION
TREATMENT OF THE CARIES
(IN VITRO)**

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

Цель исследования. Сравнение краевой проницаемости композитных пломб при применении различных способов её предупреждения.

Материал и методы. Объектом экспериментального исследования являлись экстрагированные зубы в количестве 20 штук, в которых были отпрепарированы полости I класса по Блэку. Сформированные полости запломбированы пломбирочным материалом. Зубы произвольно разделены на 4 группы по 5 образцам: I группа (контрольная) – постбондинг и поверхностное фторирование не проводилось; II – постбондинг с помощью адгезивной системы Single Bond; III – постбондинг с помощью поверхностного герметика Opti Guard; IV группа – проведено глубокое фторирование границы пломба-зуб с помощью эмаль-герметизирующего ликвида. Следующим этапом экспериментального исследования было термоциклирование в режиме 1400 циклов при разнице температур от 5° до 60° С в течение 2 недель.

Результаты. Наибольшая глубина пенетрации красителя отмечается в контрольной группе. Наилучшие результаты получены при использовании поверхностного герметика и при проведении глубокого фторирования (глубина проникновения красителя в полость образца не имеет существенных отличий).

Заключение. С целью профилактики краевой проницаемости пломб наиболее эффективно использование специальных покровных систем, содержащих фториды, или глубокое фторирование.

Ключевые слова: кариеc, композитная пломба, краевая проницаемость, глубокое фторирование, постбондинг, адгезивная система

Aim. To conduct comparison of marginal permeability of the composite fillings when using the different ways of its warning.

Materials and methods. Object of the experimental study were shown extracted teeth in amount 20 pieces, in which were prepared cavities I class on Blake. Formed cavities were filling by filling materials. Teeth are arbitrarily divided into 4 groups on 5 samples: I group (checking) – postbonding and surface fluoridation was not conducted; II – postbonding by means of adhesive system Single Bond; III – postbonding by means of surface герметика Opti Guard; IV group – organized deep fluoridation of the border seal-teeth by means of enamel-germetic's liquid. Following stage of the experimental study was thermocycles in mode of 1400 cycles at difference of the temperature from 5 before 60 C during 2 weeks.

Results. Most depth penetration of dye staff is noted in checking group. Best results are received when use surface germetic and when undertaking the deep fluoridation (the depth of the penetration of the dye staff in cavity sample has not an essential difference).

Conclusion. For the reason preventive maintenances of marginal permeability of the filling materials most effectively follows to consider use of special cover systems, containing fluorides, or deep fluoridation.

Key words: caries, composite filling material, marginal permeability, deep fluoridation, postbonding, adhesive system

Актуальность

Проблема профилактики маргинальной проницаемости пломб в настоящее время остается актуальной. Хорошая краевая адаптация является предпосылкой для достижения долгосрочного и неосложненного соединения между пломбой и твердыми тканями зуба [1, 5].

Из многочисленных литературных источников [2, 3, 4] известно, что качество краевого прилегания пломб зависит от нескольких факторов: вида пломбировочного материала и адгезивной системы, правильности их выбора; техники светоотверждения; вида подкладочного материала; класса кариозной полости; техники одонтопрепарирования; резистентности твердых тканей зубов и др.

С учетом вышеизложенного изучение краевого проницаемости композитных пломб с использованием различных превентивных мер считается наиболее актуальным.

Материал и методы исследования

Для экспериментальных исследований *in vitro* брали зубы волонтеров, которые должны быть удалены по показаниям. Объектом экспериментального исследования являлись экстрагированные зубы в количестве 20 штук, в которых с использованием турбинных наконечников, водяного охлаждения и боров с алмазным покрытием были отпрепарированы полости I класса по Блэку. Сформированные полости запломбированы материалом Filtek Z250 (3M). Финишная обработка пломб проводилась с помощью системы Enhance (DeTrey/Dentsply) и полировочной пасты. Затем зубы были пронумерованы от 1 до 20 и произвольно разделены на 4 группы по 5 образцов: I группа (контрольная) – постбондинг и поверхностное

фторирование не проводилось; II группа – постбондинг с помощью адгезивной системы Single Bond (3M); III группа – постбондинг с помощью поверхностного герметика Opti Guard (Kerr); IV группа – проведено глубокое фторирование границы пломба-зуб с помощью эмаль-герметизирующего ликвида.

Следующим этапом экспериментального исследования было термоциклирование в режиме 1400 циклов при разнице температур от 5° до 60°С в течение 2 недель в соответствии с ГОСТ Р51202-98 п.6.3. Данная нагрузка соответствует годовому сроку эксплуатации пломб данной локализации. Для этого образцы помещали в перфорированную кювету, которую погружали в водяной термостат с температурой воды 5±0,5°С на 30 секунд, после чего кювету извлекали и выдерживали при комнатной температуре в течение 20 секунд. Затем кювету с образцами погружали в водяной термостат с температурой воды 50±0,5°С на 30 секунд, после чего извлекали и выдерживали при комнатной температуре 20 секунд.

Для определения краевой микропроницаемости пломб нами проведено окрашивание образцов в 2% растворе метиленового синего. После этого зубы были распилены в сагиттальной плоскости и проведена оценка глубины проникновения красителя в пространство между пломбой и стенками сформированной полости. Отсутствие прокрашивания на границе «зуб-пломба» нами принималось за 0 баллов, прокрашивание на глубину до 1/4 включительно – соответствовало 1 баллу, до 1/2 – 2 баллам, до 3/4 – 3 баллам, свыше 3/4, но не на всю глубину – 4 баллам, прокрашивание на всю толщину эмали или дентина – 5 баллам (табл.).

Глубина проникновения красителя in vitro в сформированных полостях I класса по Блэку

Группа зубных образцов	Баллы	%
I	2,40±0,51	48
II	2,20±0,49	44
III	1,40±0,24	28
IV	1,20±0,20	24

Полученные материалы обработаны с помощью стандартных программ Statistica for Windows с вычислением средней арифметической ошибки и критерия достоверности Фишера-Стьюдента. Критическое значение уровня значимости принималось равным 5% (p<0,05).

Результаты и их обсуждение

Полученные результаты экспериментального характера позволяют отметить, что величина краевого проникновения красителя при

пломбировании полостей I класса по Блэку в контрольной группе образцов (где постбондинг и поверхностное фторирование не проводилось) составила 45% толщины эмали. У пломб, где постбондинг проводился с помощью адгезивной системы, глубина проникновения красителя достигала 44%. При использовании поверхностного герметика Opti Guard краситель проникал в полость образца на 28%, а при проведении глубокого фторирования - лишь на

24% толщины эмалевого образца.

Результаты нашего исследования доказали, что при пломбировании зубов образуется микрощель на границе «зуб-пломба», что объясняет факт проникновения красителя между эмалью и пломбой. Результаты, полученные в группах контроля и наблюдения, указывают на удовлетворительное краевое прилегание всех пломб, так как ни в одном случае не было отмечено проникновения красителя глубже эмалево-дентинной границы, свидетельствующие о том, что в данных ситуациях разгерметизации дентина не произошло.

Наибольшая глубина пенетрации красителя отмечается в контрольной группе, однако и при применении в качестве постбондинга адгезивной системы краситель проник почти на ту же глубину образца. Это, на наш взгляд, связано с тем, что слой, создаваемый адгезивной системой на поверхности зуба, обладает высокой проницаемостью и подвержен повышенному абразивному износу.

Заключение

При оперативно-восстановительном лечении кариеса зубов для хорошей маргинальной адаптации пломбировочного материала и эстетики реставраций необходимо проводить меры профилактики краевой проницаемости. Наилучшие результаты адгезивности нами получены при использовании поверхностного герметика и проведения глубокого фторирования границы «пломба-зуб» с помощью эмаль-герметизирующего ликвида.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 5 см. в REFERENCES)

1. Гринев А.В., Аракелян И.Р., Гросицкая И.К. Клиническая оценка изменения краевой проницаемости реставраций методом электрометрии в течение 12 месяцев после постановки пломб // Клиническая стоматология. 2010. № 2 (54). С. 8-9.

2. Максимовская Л.Н., Цацурина А.С. Клинико-лабораторная оценка маргинальной адаптации пломб при лечении некариозных поражений зубов: сб. науч. тр. // Материалы XI Всероссийской научно-практической конференции «Стоматология XXI века» и труды VIII съезда стоматологической ассоциации России. М., 2003. С. 201-202.

3. Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология: учебное пособие. М: МЕДпресс-информ, 2008. 960 с.

4. Николаенко С.А. Современные аспекты реставрации твердых тканей зубов: учебно-методическое пособие. М.: Меди, 2007. 64 с.

RESERENSES

1. Grinev A. V., Arakelyan I. R., Grositskaya I. K. Clinicheskaya otsenka izmeneniya kraevoy pronitsiaemosti restavratsii metodom elektrometrii v techenie 12 mesyatsev posle postanovki plomb [Clinical estimation of the change of marginal permeability restoration by electrometric method for 12 months after stating the filling materials]. *Klinicheskaya stomatologiya – Clinical stomatology*, 2010, No. 2, Vol. 54, pp. 8-9

2. Maksimovskaya L. N., Tsaturina A. S. [Clinical and laboratory estimation marginal adapting of the filling materials under treatment of uncarious defeat of teeth: collection of the scientific works]. *Materiali XI Vserossiiskoy nauchno-practicheskoy konferentsii “Stomatologiya XXI veka” i trudi VIII syesda stomatologicheskoi assotsiatsii Rossii* [Materials XI All-Russian scientific-practical conference “Stomatology of the XXI century” and the works of the VIII Congress of Russian Dental Association]. Moscow, 2003, pp. 201-202. (In Russ.)

3. Nikolayev A. I., Tsepov L. M. *Practicheskaya terapevticheskaya stomatologiya* [Practical therapeutic dentistry: Scholastic allowance (8-th publishing)]. Moscow, MEDpress-inform Publ., 2008. 960 p.

4. Nikolayenko S. A. *Sovremenniye aspekti restavratsii tverdkh tkanei zubov. Uchebno-metodicheskoye posobiye* [Modern aspects restoration of hard fabric teeth. Teaching manual]. Medi Publ., 2007. 64 p.

5. Swift E., Triolo P. Bond strength of Scotchbond Multi-Purpose to moist dentin and enamel. *American Journal of Dentistry*, 2012, No. 5, pp. 318-320.

Сведения об авторах:

Садиков Фаррух Оромиддинович – соискатель кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

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

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

Контактная информация:

Каримов Сафаррахмад Мунаварович – 992 918-61-62-08

¹Сафаров А.М., ²Косимов З.К., ²Хамидов Дж.Б.

ВЛИЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА И КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТРАДИЦИОННОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ С УЧЕТОМ ВОЗРАСТА

¹ГКБ СМП, Душанбе

²Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПОвСЗРТ

¹Safarov A.M., ²Kosimov Z.K., ²Khamidov Dzh.B.

THE EFFECT OF PSYCHOLOGICAL STATUS AND COGNITIVE DYSFUNCTION ON QUALITY OF LIFE AFTER TRADITIONAL CHOLECISTECTOMY ON DISTANT PERIOD, BY TAKING IN TO ACCOUNT THE AGE OF PATIENT

¹City Clinical Hospital of emergency medical services

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

Цель исследования. Определить влияние психического статуса и когнитивных дисфункций на качество жизни больных холелитиазом после традиционной холецистэктомии в отдаленном периоде с учётом возраста.

Материал и методы. Проведено исследование состояния психического статуса и когнитивных функций после традиционной холецистэктомии (ТХЭ) на 24-м месяце у 252 пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ), госпитализированных на оперативное лечение в Городскую клиническую больницу скорой медицинской помощи (ГКБСМП).

Результаты. В отдаленном периоде на 24 месяце после традиционной холецистэктомии отмечается тенденция к изменению степени психического статуса и когнитивных параметров. У пациентов среднего возраста психический статус имеет тенденцию к ухудшению на 8,5%, у пациентов пожилого возраста – на 10,3%, у пациентов старческого возраста – на 3,2%.

Заключение. Выявлена взаимосвязь когнитивных и эмоциональных нарушений с качеством жизни у пациентов в отдалённом периоде после традиционной холецистэктомии.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, традиционная холецистэктомия, пациенты среднего, пожилого старческого возрастов, качество жизни, опросник SF-36, психический статус по методике «MMSE», когнитивные дисфункции

Aim. To determine the effect of psychological status and cognitive dysfunction on quality of life after traditional cholecistectomy on distant period, by taking in to account the age of patient.

Materials and methods. The number of 252 patients with gallbladder stones/cholelithiasis prepared for surgery in Tajik state emergency hospital. They were examined on their psycho-neurological status and cognitive function after the traditional cholecistectomy in 24 months.

Results. In the period of 24 months the changes of psycho-neurological condition and cognitive parameters have been fixed. The patients of a middle age of 8,5%, the patients of old age of 10, 3% and the senile patients of 3,2%.

Conclusion. The emotional and cognitive dysfunctions for a quality of life were linked together on patients after traditional cholecistectomy in distant period.

Key words: Cholelithiasis, traditional cholecistectomy, patients of middle, old and senile ages, quality of life, questionnaire - F-36, psychological status by «MMSE» methods, cognitive dysfunctions

Актуальность

Накопленные к настоящему времени данные свидетельствуют, что качество жизни может

рассматриваться как важный показатель состояния больного, а его динамика в ходе лечения может иметь не меньшее, а иногда и большее

значение, чем обычно оцениваемые клинические параметры [9]. Снижение качества жизни (КЖ) в послеоперационном периоде после холецистэктомии многие исследователи связывают преимущественно с особенностями клинического течения заболевания – с развитием постхолецистэктомического синдрома, недостаточностью желудочно-кишечного тракта и др. [3]. После операции отмечают психологическое неблагополучие, снижение жизненной активности [2, 5]. Изучено состояние качества жизни пациентов в отдаленном периоде после холецистэктомии с учетом возраста и оперативного доступа [1, 6].

Однако, при этом роль личностных особенностей в оценке КЖ по сей день освещена в литературе недостаточно, несмотря на то, что изначально именно психические состояния выступают в виде фактора, обуславливающего возникновение дезадаптивных психических реакций и типов реагирования на качество жизни после традиционной холецистэктомии в отдаленном периоде с учетом возраста пациентов.

Материал и методы исследования

Проведено исследование состояния психического статуса и когнитивных функций после традиционной холецистэктомии (ТХЭ) на 24-ом месяце у 252 пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ), госпитализированных на оперативное лечение в Городскую клиническую больницу скорой медицинской помощи (ГКБ

СМП). Пациентов среднего возраста было 90, пожилого – 86 и старческого возраста – 76, в каждой группе женщин было 74,5%, мужчин – 25,5% с неотягощенным неврологическим и психосоматическим анамнезом.

Объем исследования психического статуса (ПС) осуществлялся по шкале психологического тестирования (Mini Mental State Examination – MMSE) [7]. Когнитивные расстройства (КР) исследовались таким образом: производительность внимания по методу Векслерф; переключение внимания по Шульте; избирательность внимания по Мюнстербергу; концентрация внимания по Бурдону, интеллектуальная лабильность [3, 4] и качество жизни (КЖ) по опроснику SF-36.

Статистическая обработка выполнена при помощи пакета прикладных программ - STATISTICA 5,0 на персональном компьютере, сравнительный анализ проводили по t- критерию Стьюдента, вариационному варианту.

Результаты и их обсуждение

В выборке в группах наблюдения достоверно преобладали женщины со средним и средним специальным образованием (p<0,05), все пациенты были праворукими. Согласно данным таблицы 1, проводимое исследование указывало на наличие разной степени выраженности нервно-психической дисфункции разного характера.

Таблица 1

Показатели ПС и КД пациентов до операции ТХЭ (M±m)

<i>Возраст</i>	<i>Психический статус</i>	<i>Производительность внимания</i>	<i>Переключение внимания</i>	<i>Избирательность внимания</i>	<i>Концентрация внимания</i>	<i>Интеллектуальная лабильность</i>
Средний	28,6±2,1	50,5±2,1	5,4±0,3	5,3±0,4	50,8±1,9	4,6±0,6
Пожилой	22,7±1,9*	44,0±1,8*	4,0±0,2*	3,5±0,3*	38,4±1,7*	6,6±0,5*
Старческий	18,3±1,6*	33,5±2,2*	3,4±0,3*	2,1±0,3*	27,7±1,5*	10,4±0,7*

Примечание: * – достоверность при сравнении пожилой и старческой групп со средней группой

Так, у больных желчнокаменной болезнью среднего возраста у 21,1% диагностировано наличие легкой степени изменения психического статуса и когнитивной дисфункции, у 25,5% пациентов пожилого возраста – наличие умеренной степени выраженности психического статуса и когнитивной дисфункции и у 37,6% больных старческого возраста – психический статус и когнитивная дисфункция тяжелых степеней. При исследовании интеллектуальной лабильности у пациентов среднего возраста выявлено наличие хорошей способности к любой

деятельности, у пожилого возраста – средняя степень и у старческого возраста – тяжелая степень к любой деятельности.

В отдаленном периоде на 24 месяце после традиционной холецистэктомии отмечается тенденция к дальнейшему изменению степени психического статуса и когнитивных параметров (табл. 2). У пациентов среднего возраста психический статус ухудшился на 8,5%, у пациентов пожилого возраста – на 10,3% а у пациентов старческого – на 3,2% (p>0,05) при сопоставлении с исходными данными (p>0,05) (табл. 2).

Таблица 2

Показатели ПС и КД пациентов на 24 месяце после ТХЭ (M±m)

Возраст	Психический статус	Производительность внимания	Переключение внимания	Избирательность внимания	Концентрация внимания	Интеллектуальная лабильность
Средний	25,6±1,7	46,2±1,5	4,9±0,2	4,7±0,2	44,5±1,9	5,2±0,6
Пожилой	20,8±1,5	40,1±1,7*	3,6±0,3*	3,1±0,3*	36,3±1,3*	8,0±0,7*
Старческий	17,7±1,4*	31,7±0,3*	3,2±0,3*	1,1±0,3*	26,8±1,2*	11,4±0,8*

Примечание: * – достоверность показателей результатов при сравнении пожилой и старческой групп со средней группой

Клиническая картина психического состояния пациентов в отдалённом периоде после операции имеет прогрессирующее развитие, и выраженность клинических симптомов зависит от возраста пациентов. У 38,9% пациентов среднего возраста психический статус имеет тенденцию к ухудшению на 8,5%, по сравнению с дооперационным моментом. Характеризуется ослаблением способности к воображению, его яркости, образности, подвижности психических процессов, эмоциональной неуравновешенностью (неконтролируемые бурные вспышки эмоций, агрессивность поведения, немотивированная раздражительность). У 48,8% пациентов пожилого возраста психический статус снижается на 10,3% при сопоставлении с исходными, наблюдаются психические расстройства в виде несистематизированных идей преследования, ущерба, отравления, слуховые и зрительные галлюцинации, состояние спутанности, психомоторное возбуждение усиливается, как правило, в вечернее и ночное время. У 72,4% пациентов старческого возраста психическое состояние ухудшается на 3,2% при сопоставлении с исходным, характеризуется мнестическими нарушениями психики, наблюдается эмоциональное оскудение с раздражительностью и ворчливостью, резкое снижение круга интересов, настроенность, упрямство наряду с внушаемостью и доверчивостью.

Когнитивная дисфункция в отдаленном периоде среднего возраста характеризовалась наличием снижения в умеренной степени производительности, переключения, избирательности и концентрации внимания и интеллектуальной лабильности пациентов с удовлетворительной способностью к обучению. У пациентов пожилого возраста когнитивная дисфункция характеризовалась наличием средней степени снижения производительности, переключения, избирательности и концентрации внимания и интеллектуальной способности, в умеренной деятельности к обучению. У пациентов старческого возраста когнитивная дисфункция характеризовалась наличием выраженной степени снижения производительности, переключения, избирательности и концентрации внимания и интеллектуальной лабильности, в низкой способности к обучению при сопоставлении с исходными показателями.

В отдаленном периоде после ТХЭ (табл. 3) качество жизни пациентов среднего возраста характеризуется тенденцией к улучшению общего состояния здоровья, а общая физическая пассивность ограничивает состояние здоровья. При оценке КЖ у пациентов пожилого возраста на фоне умеренного улучшения состояния здоровья прослеживается физическая пассивность и значительное ограничение состояния здоровья из-за неуверенности в излечении.

Таблица 3

Шкалы КЖ на 24 месяце после операции ТХЭ с учетом возраста (M±m)

Возраст	PF	RP	BP	GH	MH	RE	SF	VT
Средний	62,4±6,1	61,4±5,8	58,2±5,0	57,2±6,1	58,6±5,4	60,2±5,8	52,6±5,1	52,7±5,8
Пожилой	51,4±4,5	31,8±4,3	48,4±4,2	60,3±4,4	44,4±4,3	44,1±4,8	34,1±4,6	30,4±3,4
Старческий	39,1±6,8	19,8±5,4	34,4±6,4	38,8±4,3	25,8±6,1	26,4±6,2	24,5±5,2	20,5±6,1

Примечание: черным шрифтом выделены значимые величины по сравнению со средней группой

При изучении качества жизни пациентов старческого возраста прослеживается ограничение физической активности с наличием тревожных состояний вследствие эмоционального неблагополучия, ограничивающего повседневную активность пациентов, из-за нарушения их социальной и бытовой адаптации.

Заключение

Таким образом, выявлена взаимосвязь когнитивных и эмоциональных нарушений с качеством жизни у пациентов в отдалённом периоде после традиционной холецистэктомии. Полученные данные свидетельствуют о том, что психоэмоциональная напряжённость и мнестические функции влияют на их качество жизни, ухудшаясь по мере увеличения возраста пациента. Так, у пациентов среднего возраста в отдалённом периоде после ТХЭ психический статус, по сравнению с исходным, улучшался на 17,8%, пожилого – на 23,8%, старческого – на 35,4%. Качество жизни у пациентов среднего возраста характеризуется улучшением общего состояния здоровья на фоне относительной физической пассивности. У пациентов пожилого возраста на фоне умеренного улучшения состояния здоровья прослеживается физическая пассивность и значительное ограничение состояния здоровья из-за неуверенности в излечении.

Для пациентов старческого возраста характерно ограничение физической активности с наличием тревожного состояния вследствие «бесполезной» повседневной активности из-за нарушения их социальной и бытовой адаптации, ухудшение эмоционального неблагополучия.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (п. 7 см. в REFERENCES)

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М.: Медицина, 1999. 576 с.
2. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. СПб.: Питер, 2003. 304 с.
3. Захаров В.В., Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства в пожилом и старческом возрасте: методические рекомендации для врачей. М.: Медицина, 2005. 72 с.
4. Кудряшкин Т.А. Методы исследования внимания (практикум по психологии): учебное пособие. Челябинск:

ЮУрГУ, 1999. 84 с.

5. Новак А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция и исследования качества жизни в медицине. СПб: ЭЛБИ, 1999. 140 с.
6. Шнайдер Н.А., Шпрах В.В., Салина А.Б. Послеоперационная когнитивная дисфункция (диагностика, профилактика и лечение) // Материалы конференции «Новые компьютерные технологии». Красноярск, 2005. С. 95-97.

REFERENCES

1. Aleksandrovskiy Yu. A. *Pogranichnye psikhicheskie rasstroystva* [Boundary mental disorders]. Moscow, Meditsina Publ., 1999. 576 p.
2. Bek A., Rash A., Sho B., Emeri G. *Kognitivnaya terapiya depressii* [Cognitive therapy of depression]. St. Petersburg, Piter Publ., 2003. 304 p.
3. Zakharov V. V., Yakhno N. N. *Kognitivnye rasstroystva v pozhilom i starcheskom vozraste: metodicheskie rekomendatsii dlya vrachey* [Cognitive disorders in elderly and senile age: guidelines for physicians]. Moscow, Meditsina Publ., 2005. 72 p.
4. Kudryashkin T. A. *Metody issledovaniya vnimaniya (praktikum po psikhologii): uchebnoe posobie* [Methods of research focus (practicum in psychology): tutorial]. Chelyabinsk, YuUrGU Publ., 1999. 84 p.
5. Novak A. A., Ionova T. I., Kaynd P. *Kontseptsiya i issledovaniya kachestva zhizni v meditsine* [Concept and Quality of Life Research in Medicine]. St. Petersburg, ELBI Publ., 1999. 140 p.
6. Shnayder N. A., Shprakh V. V., Salina A. B. [Postoperative cognitive dysfunction (diagnosis, prevention and treatment)]. Materialy konferentsii "Novye kompyuternye tekhnologii" [Materials of the conference "New computer technologies"]. Krasnoyarsk, 2005, pp. 95-97. (In Russ.)
7. Seven A. Tine ta light the dreyauchpaper: The challender of anaesthesia for jlderty. *B. J.A.*, 2001, Vol. 87, pp. 533-538.

Сведения об авторах:

Сафаров Абдулло Муминович – зам. главного врача по лечебной части ГКБ СМП, асс. кафедры эндоскопии и эндоскопии ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н.

Косимов Зайниддин Каримович – зав. кафедрой анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Хамидов Джэура Бутаевич – асс. кафедры анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н., доцент

Контактная информация:

Косимов Зайниддин Каримович – тел.: +99293 723 02 02; e-mail: kosimov_0067@mail.ru

¹Шомуродова Б.С., ¹Шамсидинов А.Т., ²Музаффар М.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ФИТОПРЕПАРАТОВ И ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИЕЙ

¹Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ИПО СЗ в РТ

²Курс философии медицины и медицинской антропологии ГОУ ИПО СЗ в РТ

¹Shomurodova B.S., ¹Shamsidinov A.T., ²Muzaffari M.

EFFICIENCY OF TREATMENT OF PERIODONTAL DISEASES WITH THE USE OF PHYTOPREPARATIONS AND ORTHOPEDIC CORRECTION

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

²Course of philosophy of medicine and medical anthropology of State Education Establishment “Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan”

Цель исследования. Оценка эффективности лечения пародонтита средней степени тяжести фитопрепаратами с последующей ортопедической коррекцией.

Материал и методы. Проведено обследование 62 пациентов, среди которых 27 женщин и 35 мужчин с диагнозом «хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести» в возрасте от 30 до 50 лет; в контрольной группе 28 пациентов, им проведено традиционное лечение; в основной группе 34 человека, где помимо традиционного лечения применялись фитопрепараты растительного происхождения Пластины «ЦМ», «ЦМ2» и «Тонзинал» с последующей ортопедической коррекцией в виде избирательного пришлифовывания зубов, вантовой шины Т.В. Меленберга на передние зубы нижней челюсти, боковой стабилизации жевательных зубов. Пластины «ЦМ», «ЦМ2» и «Тонзинал» применяли в течение 15-20 дней 2 раза в сутки.

В качестве критериев эффективности лечения учитывали гигиенический индекс Фёдорова-Володкиной, пародонтальный индекс по Расселю, индекс кровоточивости по Мюллерману, рентгенологическое исследование. Состояние тканей пародонта оценивали через 3, 6, 9 месяцев и год после проведенного лечения.

Результаты. Данные пародонтологических индексов у пациентов до проведенного лечения были значительно выше нормы. У пациентов контрольной группы, которым проводилось лечение по традиционной схеме, отмечалось улучшение состояния тканей пародонта, но данные пародонтальных индексов заметно отставали от показателей основной группы исследования. В основной группе результаты исследований и данные рентгенологического метода были наиболее благоприятными со снижением исходных показателей до лечения почти в два раза.

Заключение. Лечение пародонтита средней степени тяжести с помощью фитопрепаратов с последующей ортопедической коррекцией даёт хорошие результаты, обладая высокой степенью эффективности, длительным периодом ремиссии и стойким положительным действием на ткани пародонта.

Ключевые слова: пародонтит, фитопрепараты, ортопедическая коррекция

Aim. To estimate efficiency of treatment of periodontitis of middle degree of weight with the use of the, planet-based preparations and orthopaedic manipulations.

Materials and methods. Inspection of 62 patients, among them 27 women and 35 men with a diagnosis of chronic generalized periodontitis of moderate severity in age from 30 to 50 years. There are 28 persons in a control group, they were conduct by traditional treatment. In the basic group of 34 persons, besides traditional treatment – based preparations of phytogenous wich were used Plastins “CM”, “CM2”, “Tonzinal” applied in a flow 15-20 days 2 times per days on 1,5 – 2 hours.

As criteria of effectiveness were taken into account of treatment health index of Fedorov-Volodkina, periodontal index for the Russell index for bleeding Myullemanu, X-ray examination.

The state of fabrics of parodontium was estimate in 3, 6, 9 months and year after the conducted treatment.

Results. Data of parodontological indexes patients before conducted treatment had considerably higher than norm. For the patients of control group, treated on a traditional chart, the improvement of fabrics of parodontium was marked, but these parodontal indexis notably fell behind from the indexes of basic group of research.

In the basic group parodontological indexes data and data of roentgenologic method were most favorable with the decline of initial indexes before treat almost two times.

Conclusion. Treatment of periodontitis of moderate severity with the help of herbal remedies with subsequent orthopedic correction gives good results, having a high degree of efficiency, long period of remission and persistent positive effect on periodontal tissue.

Key words: *parodontitis, herbal remedies, orthopedic correction*

Актуальность

Заболевания пародонта занимают одно из ведущих мест в современной стоматологии [3, 4, 5].

Многие публикации свидетельствуют о высокой степени распространённости гингивитов и пародонтитов, являющихся основной причиной потери зубов у пациентов различных групп. Помимо потери зубов, пародонтит негативно влияет на работу желудочно-кишечного тракта, нарушая пищеварительную функцию [1, 3, 4].

Воспалительные заболевания пародонта характеризуются, как правило, изменением микробиоценоза полости рта, разрушением зубо-десневого аппарата, появлением кровоточивости и неприятного запаха изо рта, резорбции костной ткани и другими негативными явлениями [4, 5, 6].

В арсенале современных стоматологических средств имеются фитопрепараты растительного происхождения, обладающие малым количеством негативных реакций и токсичности, высокой степенью терапевтического многостороннего действия [7].

Ортопедические мероприятия являются неотъемлемой частью алгоритма лечения заболеваний пародонта. Это позволяет устранить чрезмерную функциональную перегрузку тканей пародонта и снизить риск преждевременной утраты зубов [2, 6].

Количество имеющихся на сегодняшний день ортопедических конструкций, применяемых для лечения заболеваний пародонта, достаточно велико. Стоит отметить, что далеко не многие стабилизирующие аппараты функционируют с учетом напряжения нижней челюсти [4].

Учитывая эти факторы, приоритетным направлением в лечении пародонтита является использование фитопрепаратов при непосредственной поддержке ортопедических мероприятий.

Материал и методы исследования

Клинические исследования проводились на базе кафедры ортопедической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ. Проведено обследование и лечение 62 пациентов (35 мужчин и 27 женщин) в возрасте от 32 до 56 лет с диагнозом «хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести» без сопутствующий соматической патологии.

Всем пациентам проводили профессиональную гигиену полости рта с тщательным удалением зубных

отложений, санацией полости рта и традиционную терапию, включающую этиотропное, противоотечное, общеукрепляющее лечение. Все пациенты были разделены на основную (34 человека) и контрольную (28 человек) группы.

В контрольной группе проводили традиционное лечение. В основной группе, помимо традиционного лечения, применяли фитопрепараты и ортопедические мероприятия.

В качестве фитопрепаратов использовали Пластины «ЦМ», «ЦМ2» и «Тонзинал». В состав Пластин «ЦМ» и «ЦМ2» входят водорастворимые лиофилизированные экстракты лекарственных растений (травы зверобоя, листьев шалфея, травы тысячелистника), витамины С и В1, компоненты природных минеральных веществ и желатин. Пластины накладываются на десны под губой (сверху и снизу), затем их прижимают легким движениями с наружной стороны губ до полного прилипания к деснам 2 раза в сутки (днем и на ночь) в течение 15-20 дней.

Водорастворимый порошок «Тонзинал» используется местно в виде полосканий ротовой полости. «Тонзинал» является дезинфицирующим, антисептическим и противовоспалительным средством. В его составе водорастворимые экстракты травы зверобоя, цветков календулы, травы тысячелистника, корня солодки, плодов шиповника, морская соль, декометаксин, лимонная кислота и лактоза. Один пакетик порошка (2,5 г) растворяли в одном стакане теплой кипяченой воды 3-4 раз в день 15-20 дней.

При выборе ортопедической конструкций учитывали анализ диагностических оттисков, модели которых изучались в артикуляторе Протар. Для верхней челюсти модели устанавливали в пространство артикулятора с лицевыми дугами. При этом углы сагиттальных и трансверзальных путей настраивали восковыми внутриротовыми регистраторами. Учитывалась также сбалансированная сумма выносливости тканей пародонта сохранных зубов в различных функционально ориентированных групп зубов, а также в целом зубных рядов челюстей.

Окклюзионные соотношения зубных рядов выявлялись с помощью артикуляционной бумаги и артикулятора, в который модели помещали с лицевыми дугами.

У 38 пациентов выявлен боковой клыковый путь, у 24 больных – групповой путь. При ранее проводимых лечебных мероприятиях никаких ортопедических коррекций не проводилось. В обеих группах исследования наблюдались как преждевременные контакты в центральной окклюзии, так и блокирующие движения нижней челюсти в большей части в области балансирующей стороны. Зубы, располагающиеся в зоне повышенного контакта, имели наибольшую степень подвижности и воспалительные явления пародонтита.

Избирательное шлифование проводилось в несколько посещений интервалом 3-5 дней длительностью не более 30 минут. Преждевременные контакты выявлялись с помощью окклюдограмм (восковые пластинки, который накусывает пациенты) и двусторонних копировальных бумажных полосок. При смыкании зубных рядов в положении разных окклюзий на пластинке и бумаге в местах супраконтактов появлялись продавленные отверстия, которые при использовании копировальной бумаги оставляли отпечаток на зубах, а при использовании восковых пластинок на зубах делали отметки мягким карандашом с последующим удалением воска. При различных окклюзиях шлифование супраконтактов производилось с учетом сохранения высоты прикуса, рабочей и балансирующей сторон, свободного движения нижней челюсти и сохранением режущего края нижних передних зубов. Избирательное шлифование осуществляли турбинным наконечником при непосредственном воздушно-водяном охлаждении с помощью набора алмазных и карборундовых головок различной величины и формы. По окончании избирательного шлифования проводили тщательное сглаживание и полирование полировочными дисками, мягкими резиновыми инструментами, а затем покрывали шлифованные поверхности фторлаком 2-3 раза с промежутком 1-2 дня. Избирательное шлифование и устранение блокирующих движений нижней челюсти проводились параллельно с медикаментозным курсом терапии фитопрепаратами Пластинами “ЦМ”, “ЦМ2” и “Тонзинал”.

Шинирующие аппараты накладывались на последующем этапе. При поражении зубов в боковой группе или нескольких зубов в передней

группе в шинирующий блок заключали все зубы этой группы.

В области передних зубов нижней челюсти применяли шинирующую конструкцию Меленберга Т.В. (2005) [4]. Вантовая шина располагается в предварительно сформированных бороздках глубиной 0,5 мм в области экватора коронок зубов, содержит металлическую лигатурную проволоку. Лигатура натянута, вестибулярные правая и левая части, пересекая язычную часть, в межзубных промежутках идут навстречу друг другу, образуя скрутки в 2 и более оборота, скручиваются и связываются вместе. Часть скрутки в области вестибулярной левой и правой сторон шины вводятся в бороздку экватора коронки зуба. Затем эти участки перекрывают композиционным материалом.

Шины применяли в области всей функционально ориентированной группы зубов, что обеспечивало иммобилизацию по дуге, а в области боковых зубов так же применяли парасагиттальную стабилизацию.

Для оценки эффективности лечения проводился индексный контроль с использованием гигиенического индекса Федорова-Володкиной, пародонтальный индекс по Расселю, индекс кровоточивости по Мюллеману измерялась глубина пародонтальных карманов, устанавливали степень подвижности зубов, проводилось рентгенологическое исследование до и после проводимого лечения. До и после ортопедического лечения у всех пациентов проведено обследование области проекции корней опорных зубов на уровне прикрепленной десны и переходной складки.

Результаты и их обсуждение

Состояние тканей пародонта у пациентов обеих групп до проведения лечебно-оздоровительных мероприятий оценивалось как неблагоприятное. Все пациенты имели признаки воспалительной реакции различной степени выраженности, что выражалось в виде отека, гиперемии десневой ткани, неприятного запаха изо рта, повышенной кровоточивости при зондировании, наличием подвижности зубов в различных отделах зубных рядов верхней и нижней челюстей. Количество зубных отложений, над- и поддесневых зубных камней было значительным. Данные пародонтологических индексов у пациентов контрольной и основной групп исследования были выше нормы (табл. 1).

Таблица 1

Показатели пародонтальных индексов до проведения лечения

Группа	Гигиенический индекс Федорова-Володкиной (%)	Пародонтальный индекс по Рассел (баллы)	Индекс кровоточивости Мюллемана (%)
I контрольная (n= 28)	2,78±0,03	4,2±0,73	78,6±6,75
II основная (n= 34)	3,1±0,64 P<0,005	3,7±0,86 P<0,005	80,2±7,28 P<0,005

P – достоверность различий по сравнению с контрольной группой

Глубина пародонтальных карманов варьировала в пределах $7,2 \pm 0,7$ мм, что характеризуется значительной тяжестью воспалительной реакции в тканях пародонта у больных обеих групп. Степень подвижности зубов у пациентов основной

группы исследования была выше, чем у пациентов контрольной группы. Следует отметить, в обеих группах наибольшая подвижность у 45 пациентов наблюдалась преимущественно в области передних зубов нижней челюсти (табл. 2).

Таблица 2

Показатели глубины пародонтальных карманов и степени подвижности зубов у пациентов исследуемых групп до проведенного лечения

<i>Группа</i>	<i>Глубина кармана (мм)</i>	<i>Подвижность зубов</i>
<i>I контрольная (n=28)</i>	$6,8 \pm 0,05$	I-II
<i>II основная (n=34)</i>	$7,2 \pm 0,09$	I-II

Исходные рентгенологические данные пациентов, полученные до лечения как в основной, так и в контрольной группах, демонстрировали уменьшение высоты межальвеолярных перегородок до 1/2 и более длины корней зубов с явными признаками резорбции костной ткани челюстей, усиленную прозрачность костной ткани, нечеткость рисунка трабекул, чрезмерную крупнопетлистость, отсутствие четких границ при переходе пораженной зоны в нормальную костную ткань. Важно, что наибольшие изменения имелись у опорных зубов и зубов с повышенной функциональной нагрузкой. Более выраженные рентгенологические изменения костной ткани имелись у пациентов основной группы исследования.

После проведенного лечения показатели пародонтальных индексов, степень подвижности зубов и данные рентгенологического исследования свидетельствовали о снижении воспалительной реакции в тканях пародонта, улучшении состояния пародонта и стабилизации функции зубов и пародонта различной степени выраженности в зависимости от проведенного лечения.

Состояние тканей пародонта оценивали по окончании лечебных мероприятий. Отдаленные результаты исследования наблюдали через 3, 6, 9 месяцев и год после проведения лечения.

Гигиенический индекс по Федорову–Володкиной до лечения в обеих группах был значительно выше нормы. При этом в основной группе исследования до проведения лечения он был незначительно выше показателя индекса в группе контроля ($2,78 \pm 0,03\%$), что соответствовало $3,1 \pm 0,04\%$ ($P < 0,005$). Это показатель плохого гигиенического состояния полости рта.

После проведения профессиональной гигиены полости рта и использования фитопрепаратов Пластин “ЦМ” “ЦМ2” и “Тонзилал” мы наблюдали значительное снижение индекса Федорова–Володкиной, что достигло уровня $1,4 \pm 0,68$ ($P < 0,005$). Мы можем говорить о стойкости гигиенического индекса, так как через 3 месяца в основной группе исследования он повысился незначительно и достиг $1,5 \pm 0,5\%$ ($P < 0,005$). Повышение уровня

гигиенического индекса в основной группе через 6 и 9 месяцев наблюдалось незначительно, что составило $1,65 \pm 0,6\%$ ($P < 0,005$). Через год гигиенический индекс Федорова–Володкиной повысился до $1,78 \pm 0,8\%$ ($P < 0,005$), но не достиг своего уровня до лечения фитопрепаратами и ортопедической коррекции.

Гигиенический индекс Федорова–Володкиной у пациентов контрольной группы, которым проводилось традиционное лечение, также имел положительную динамику, направленную к снижению, но не такой значительный как у пациентов основной группы. Сразу же после проведенного лечения гигиенический индекс Федорова–Володкиной с показателя $3,1 \pm 0,64\%$ снизился до $2,1 \pm 0,5\%$ ($P < 0,005$), через 3 месяца после проведенного лечения до $2,5 \pm 0,6\%$ ($P < 0,005$). Через 6 месяцев гигиенический индекс был равен $2,45 \pm 0,4\%$ ($P < 0,005$), что говорит о неблагоприятной гигиенической обстановке полости рта. Через 9 месяцев – $2,6 \pm 0,3\%$ ($P < 0,005$), а через год гигиенический индекс Федорова–Володкиной в контрольной группе был $2,7 \pm 0,6\%$ ($P > 0,005$). Мы связывали это с несоблюдением рекомендаций по гигиеническому уходу за полостью рта.

Гигиенический индекс Федорова–Володкиной в контрольной группе исследования к концу динамического наблюдения был выше показателей основной группы, но все же не достиг своего первоначального показателя до проведения лечения.

Изучение показателей пародонтального индекса по Расселю на всех этапах лечения также свидетельствовало о преимуществе комплексного лечения пародонтита средней степени тяжести фитопрепаратами.

У пациентов основной группы до проведения лечения фитопрепаратами на фоне традиционного лечения PI по Rassel составлял $3,7 \pm 0,86$ балла. После проведения лечения он составил $1,2 \pm 0,61$ балла ($P > 0,005$). Через 3 месяца после проведения лечения – $1,21 \pm 0,5$ балла ($P < 0,005$), через 6 месяцев – $1,23 \pm 0,7$ балла ($P < 0,005$), через 9 месяцев – $1,22 \pm 0,8$ балла ($P < 0,005$), через год – $1,22 \pm 0,7$ балла ($P < 0,005$).

Показатель пародонтального индекса по Rassel у больных контрольной группы до начала терапии составлял $4,2 \pm 0,73$ балла, через год он снижен до $2,1 \pm 0,5$ балла ($P < 0,005$).

Индекс кровоточивости по Мюллеману до лечения в обеих группах был высоким: $78,6 \pm 6,75\%$ в контрольной группе, $80,2 \pm 7,28\%$ ($P < 0,005$) в основной группе. В основной группе исходные показатели снизились значительно, составив $8,45 \pm 5,6\%$ ($P < 0,005$) сразу после проведения лечения. Через 3 месяца после проведенного лечения показатель индекса Мюллемана был хуже – $10,1 \pm 4,3\%$ ($P < 0,005$). Через 6 и 9 месяцев наблюдалось незначительное ухудшение показателя индекса до $12,5 \pm 3,6\%$ ($P < 0,005$). Через год после проведенного комплекса лечебных мероприятий индекс SBI достиг уровня $14,1 \pm 4,8\%$ ($P < 0,005$).

Достоверное снижение глубины пародонтального кармана у пациентов основной группы исследования наблюдалось сразу после проведенного лечения: с $7,2 \pm 0,69$ мм ($P < 0,005$) до $5,1 \pm 0,7$ мм ($P < 0,005$). К 3 месяцу после лечения – $4,8 \pm 0,5$ мм ($P < 0,005$), к 6 месяцу – $4,5 \pm 0,3$ мм ($P < 0,005$), к 9-му месяцу – $4,2 \pm 0,4$ мм ($P < 0,005$), к концу динамического наблюдения – $3,8 \pm 0,6$ мм ($P < 0,005$).

У пациентов контрольной группы также установлено уменьшение глубины пародонтального кармана, но их показатели были ниже, чем у пациентов основной группы исследования: с $6,8 \pm 0,85$ мм исходного значения до $6,3 \pm 0,5$ мм ($P < 0,005$) к концу лечения, к 3-му месяцу – $6,1 \pm 0,4$ мм ($P < 0,005$), к 6-му месяцу – $5,9 \pm 0,3$ мм ($P < 0,005$), к 9-му месяцу – $5,7 \pm 0,5$ мм ($P < 0,005$), к окончанию мониторинга показатель глубины пародонтального кармана достиг $5,5 \pm 0,4$ мм ($P < 0,005$).

При изучении рентгенологических данных больных до лечения в обеих группах патологические изменения превалировали над уровнем нормальных показателей.

У больных основной группы исследования снижение патологических нарушений и положительная динамика наблюдались уже через 3,5 месяца, что характеризовалось увеличением плотности костной ткани, появлением четкого контура перехода зоны поражения в здоровую кость, устранением крупнопетлистости. Важной характеристикой также стало снижение степени глубины костного кармана. Такие изменения у пациентов контрольной группы наблюдались через 6 месяцев после начала комплексного лечения.

Подвижность зубов у всех исследуемых пациентов до проведения лечения была значительной. В основной группе она была более высокой, что отсутствовало после проведенного лечения. Шинирование боковых и, особенно, передних

зубов нижней челюсти позволило укрепить зубы и снизить степень подвижности зубов. В контрольной группе подвижность зубов оставалась на прежнем уровне.

Состояние шины у пациентов основной группы после 3 месяцев было хорошим. Через 6 месяцев состояние шин оценивалось как удовлетворительное. У 15 пациентов отмечен откол композиционного материала, что связано с повышенной нагрузкой на зубы. У 4 пациентов основной группы отмечено обострение процесса в краевом пародонте, что связано с нарушением гигиены полости рта. Проведено снятие шины с последующей профессиональной чисткой и рекомендациями по уходу на дому. В целом, можно утверждать о стабилизации процесса в тканях пародонта, что объясняется ремиссией и отсутствием обострения воспалительных явлений у пациентов этой группы исследования.

Подводя итоги вышеизложенного, можно утверждать, что проведенное медикаментозно-ортопедическое лечение фитопрепаратами с ортопедической коррекцией даёт хорошие клинические результаты, что подтверждают данные индексной оценки и рентгенологических методов исследования, при этом можно добиться правильного перераспределения жевательной нагрузки и устранения патологической подвижности зубов.

Полученные показатели говорят о высокой эффективности комплексного лечения пародонтита средней степени тяжести с применением фитопрепаратов и своевременной и правильно подобранной ортопедической коррекции, по сравнению с традиционным лечением по общепринятой методике.

Заключение

Применение фитопрепаратов с ортопедической коррекцией позволяет устранить воспалительные изменения в тканях пародонта, сократить сроки проводимого лечения, восстановить полноценное функционирование тканей пародонта, увеличить период ремиссии, улучшив качество жизни и социально-экономическое состояние больного. Учитывая вышеизложенное, можно утверждать о высокой эффективности предложенной схемы лечения и целесообразности его применения в терапии пародонтита средней степени тяжести.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Горбачева И.А., Кирсанов А.И., Орехова Л.Ю. Общесоматические аспекты патогенеза и лечения генерализованного пародонтита // Стоматология. 2001. № 1. С. 26-34.

2. Кравцова А.В. Опыт применения несъемных ортопедических конструкций на основе материала «Turcom-cera» в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита // Вестник РУДН. 2009. № 4. С. 427-429.

3. Мануйлов Б.М. Лечение, оздоровление и профилактика воспалительных заболеваний десны и зубов современными фитосредствами // Труды 2-го съезда стоматологов Таджикистана. Душанбе, 2009. С.76-78.

4. Меленберг Т.В. Системный подход и обоснованию новых методов комплексного лечения больных пародонтитом (клинико-экспериментальное исследование): автореф. дисс. ... д.м.н., Самара, 2012. 24 с.

5. Михайлова А.Б. Клинико-биохимическая оценка эффективности комплексного лечения заболеваний пародонта препаратами растительного происхождения: дисс. ... к.м.н. М., 2010. 114 с.

6. Прядильщиков И.О., Вробьёва М.В. Принцип комплексного лечения при осложнённой форме генерализованного пародонтита // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2013. Т. 3, № 3. С. 727.

7. Усова Н.Ф., Федосеева Г.М., Скибина Е.В., Гордеева В.В. Опыт пролонгирования терапевтического воздействия фитопрепаратов в лечении гингивита и пародонтита // Сибирский медицинский журнал. 2010. № 4. С. 105-106.

REFERENCES

1. Gorbacheva I. A., Kirsanov A. I., Orekhova L. Yu. Obshcheshomaticheskie aspekty patogeneza i lecheniya generalizovannogo parodontita [Somatic aspects of the pathogenesis and treatment of generalized periodontitis]. *Stomatologiya – Stomatology*, 2001, No. 1, pp. 26-34.

2. Kravtsova A. V. Opyt primeneniya nesemnykh ortopedicheskikh konstruksiy na osnove materiala "Turtsom-tsera" v kompleksnom lechenii khronicheskogo generalizovannogo parodontita [Experience with fixed prosthetic designs based on material «Turcom-cera» in the complex treatment of chronic generalized periodontitis]. *Vestnik RUDN – Herald of RUPF*, 2009, No. 4, pp. 427-429.

3. Manuylov B. M. [Treatment, recovery and prevention of inflammatory diseases of the gums and teeth with modern fitosredstv]. *Trudy 2-go sezda stomatologov Tadzhiqistana*

[Proceedings of the 2nd Congress of dentists of Tajikistan]. Dushanbe, 2009, pp.76-78. (In Russ)

4. Melenberg T. V. *Sistemnyy podkhod i obosnovaniyu novykh metodov kompleksnogo lecheniya bolnykh parodontitom (kliniko-eksperimentalnoe issledovanie)*. Avtoref. diss. dokt. med. nauk [System approach and justification of new methods of complex treatment of patients with periodontal disease (clinical and experimental study). Extended abstract of Doctor's of medical sciences thesis]. Samara, 2012. 24 p.

5. Mikhaylova A. B. *Kliniko-biokhimicheskaya otsenka effektivnosti kompleksnogo lecheniya zabolevaniy parodonta preparatami rastitelnogo proishozhdeniya*. Diss. kand. med. nauk [Clinical and biochemical evaluation of the effectiveness of complex treatment of periodontal diseases herbal preparations. Candidate's of medical sciences thesis]. Moscow, 2010. 114 p.

6. Pryadilshchikov I. O., Vrobevа M. V. Printsip kompleksnogo lecheniya pri oslozhnennoy forme generalizovannogo parodontita [The principle of comprehensive treatment of complicated forms of generalized periodontitis]. *Byulleten meditsinskikh internet-konferentsiy – Bulletin of Medical Internet Conferences*, 2013, Vol. 3, No. 3, pp. 727.

7. Usova N. F., Fedoseeva G. M., Skibina E. V., Gordeeva V. V. Opyt prolongirovaniya terapevticheskogo vozdeystviya fitopreparatov v lechenii gingivita i parodontita [Experience prolonging the therapeutic effect of herbal remedies in the treatment of gingivitis and periodontitis]. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal – Siberian Medical Journal*, 2010, No. 4, pp. 105-106.

Сведения об авторах:

Шомуродова Бибиханифа Сафаровна – врач-стоматолог кафедры ортопедической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
Шамсидинов Абдузокир Табарович – зав. кафедрой ортопедической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н., доцент
Мухаммадали Музаффари – зав. курсом философии медицины и медицинской антропологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.ф.н., профессор

Контактная информация:

Шомуродова Бибиханифа Сафаровна – тел.: +992985603323, E-mail: shb_2015@mail.ru

ОБЗОРЫ

© Коллектив авторов, 2016

УДК 616.832 -004.2

Абдурахманова Р.Ф., Иззатов Х.Н., Хадибаева Г.Р., Шарипова Б.А., Кахарова М.Х.

РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ: ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ И КЛИНИКА (ЧАСТЬ I)

Кафедра неврологии и основ медицинской генетики ГОУ ИПОвСЗ РТ

Abdurakhmanova R.F., Izzatov Kh.N., Khadibaeva G.R., Sharipova B.A., Kakharova M.Kh.

MULTIPLE SCLEROSIS: ETIOLOGY, PATHOGENESIS AND CLINICS (PART I)

Department of Neurology and Medical Genetics of the State Educational Establishment «Institute of postgraduate education in health sphere of Republic of Tajikistan»

Аннотация

Рассеянный склероз (РС) является одной из наиболее социально значимых проблем в современной неврологии. В качестве основных причин распространенности отмечается увеличение числа больных РС как за счет абсолютного роста заболеваемости, так и за счет повышения качества диагностики и расширения возможностей терапии. РС вышел на первое место среди болезней, приводящих к инвалидности молодежи. Изменилось представление о РС как о заболевании, «поражающем миелиновые оболочки проводников головного и спинного мозга», при котором периоды обострений сменяются периодами почти полного клинического благополучия. Известно также, что уже на ранних этапах болезни имеется повреждение и самих аксонов, в связи с чем РС рассматривается не только как аутоиммунное демиелинизирующее заболевание, но и как нейродегенеративное. Пусковым механизмом болезни становятся вирусы, психоэмоциональный стресс и плохая экологическая обстановка. При этом болезнь имеет географический аспект, чем дальше от экватора живут люди, тем больше у них вероятность заболеть. Заболевание характеризуется многообразием клинических проявлений, что обусловлено множественностью очагов демиелинизации и их разнообразной локализацией как в головном, так и в спинном мозге. Поэтому может наблюдаться неправильная диагностика дебюта РС, что в свою очередь приводит к неправильной терапии и изменению течения РС.

Ключевые слова: *рассеянный склероз, демиелинизация, аутоиммунное заболевание, нейродегенерация*

Multiple sclerosis (MS) - is one of the most socially significant problems of modern neurology. The most important reason of increasing the amount of people with MS is because of absolute growth of diseases and rising the quality of diagnostic and widening the probability of therapy. MS came in first place among the diseases that lead to disability of youth. The perception of MS has been changed to a disease that «damages myelin sheath of the brain and spinal cord conductors», where the periods of exacerbation followed by periods of almost complete clinical well-being. It is also known that in the early stages of this disease there is damage to the axons themselves, therefore MS is not only considered as an autoimmune demyelinating disease, but also as neurodegenerative. The trigger of the disease are viruses, psycho-emotional stress and poor environmental conditions. This disease has a geographical aspect, the farther from the equator people live, the greater the probability to contract this disease. The disease is characterized by a variety of clinical manifestations. The variety of neurological symptoms is due to a multiplicity of foci of demyelination and their localization in brain and spinal cord. Therefore, there may be a wrong diagnosis of the debut of MS, which in turn leads to improper change in current therapy of MS.

Key words: *multiple sclerosis, demyelination, autoimmune disease, neurodegeneration*

Рассеянный склероз (sclerosis disseminate, син. множественный склероз) – дизиммунно-нейродегенеративное заболевание центральной нервной системы (ЦНС), которое поражает в основном лиц молодого возраста и приводит к инвалидизации. Эта болезнь хроническая, прогрессирующая, непредсказуемая в течении и в настоящее время неизлечимая. Расширяются возрастные рамки данного заболевания: возрастом, в котором дебютирует РС, теперь считается возраст от 10 до 59 лет. Хотя в разговорной речи «склерозом» называют нарушение памяти в пожилом возрасте, название «рассеянный склероз» не имеет отношение к старческому «склерозу». «Склероз» в данном случае означает «рубец», а «рассеянный» означает «множественный» [3].

История изучения РС начинается со второй половины XIX в., когда французским патологоанатомом Ж. Крювелье в 1835 г. приведено первое патолого-анатомическое описание этого заболевания: как «пятнистый», или «островковый» склероз. Приоритет описания клинической картины РС принадлежит Ж. Шарко (1868 г.), который указал на многоочаговость поражения головного и спинного мозга [3, 4, 8, 18].

Эпидемиология. Показатели распространенности РС в мире имеют тенденцию к увеличению и зависят от географических зон. По данным Шмидта Т.Е. с соавт. [15], в мире около 3 млн больных РС. Из них около 450 тыс. в Европе, свыше 350 тыс. в США. В России может быть около 150 тысяч больных РС. Однако, РС имеет тенденцию распространяться в те географические районы, где его раньше не было [5, 10, 12]. Главными причинами этого повышения является: усовершенствование методов диагностики, увеличение продолжительности жизни больных и реальный рост заболеваемости РС [3, 10, 12, 15].

Клинические формы. Следует отметить, что, по данным Шмидта Т.Е. и Яхно Н.Н. [15], в настоящее время не принято традиционное выделение клинических форм (оптический, цереброспинальный, мозжечковый и др.), основанное на ведущих проявлениях заболевания, т.к. данные нейровизуализационных и нейрофизиологических методов исследования свидетельствуют о поражении различных отделов ЦНС при любой из этих форм. Клинические формы РС выделяют на основе типа течения заболевания: **1. Ремиттирующее течение (РРС)** (75-85% пациентов на ранних стадиях заболевания) – характеризуется четко выраженными обострениями с последующим полным или частичным восстановлением нарушенных функций и фазой стабилизации клинического

состояния пациента между эксацербациями (внезапное обострение). С течением времени ремиссии становятся все менее полными и более короткими, и у большинства пациентов заболевание переходит стадию вторичного прогрессирования. **2. При вторично-прогрессирующем РС (ВПРС)** заболевание может протекать с периодами обострений или приобретать неуклонно прогрессирующее течение. Подобная трансформация наблюдается через 10 лет от начала заболевания у 50% пациентов, а через 25 лет – у 80% больных. **3. Первично-прогрессирующий РС (ППРС)** встречается в 10-15% случаев. Отмечается прогрессирование с самого начала заболевания, с редкими периодами стабилизации и временным незначительным улучшением [2, 3, 5, 6, 15].

Основными показателями течения заболевания являются: наличие, частота клинических обострений и темп нарастания неврологического дефицита. Обострение – это появление новой неврологической симптоматики, выявляемой при клиническом обследовании и сохраняющейся не менее 24 ч. Следует отличать обострения от «псевдообострения» – это появление новой клинической симптоматики или усугубление уже имеющейся, которое может развиваться на фоне сопутствующего заболевания и проходит с нормализацией общего состояния [15, 17].

Этиология. РС является мультифакториальным заболеванием, развивающимся при воздействии вируса, факторов внешней среды и гормональных факторов при наличии генетической предрасположенности. Вклад каждой из причин оценивается различно. Poser С.М. считает, что генетические факторы в большей степени влияют на заболеваемость РС, а средовые – на его клинические проявления [15, 31, 35]. Заболевание распространено на территориях с прохладным и влажным климатом. Таким образом, развитие РС обусловлено взаимодействием: факторов внешней среды (вируса или другого инфекционного агента и географических факторов); наследственной предрасположенностью, включающей особенности иммунного ответа и определенного типа метаболизма, а также генетических факторов [5, 15].

Патогенез – механизмы развития болезни. При РС имеют место 2 основных патологических процесса:

- очаговое иммунное воспаление с образованием периваскулярных воспалительных инфильтратов в головном и спинном мозге;
- нейродегенерация, проявляющаяся диффузным повреждением аксонов и апоптозом нейронов. И именно этот процесс является

основным фактором прогрессирующего неврологического дефицита [15].

Клиническими проявлениями активного иммуновоспалительного процесса являются обострения РС, а также появление новых очагов и накопление в них контраста, отражающее нарушение ГЭБ, что определяется при МРТ-исследованиях.

В норме иммунная система «отличает» антигены собственных тканей от чужеродных (бактерий, вирусов и др.) и не разрушает их. Аутоиммунный процесс развивается, когда иммунная система организма не способна к этому различению и вследствие схожести экзогенного антигена с антигенами собственных тканей начинает их «атаковать». При РС такой мишенью становится миелин ЦНС.

Основным механизмом патогенеза РС является положение об активном проникновении через ГЭБ в ткань мозга Th1-лимфоцитов, потенциально аутоагрессивных к антигенам миелина. Эти Th1-лимфоциты под действием ряда факторов активируются и запускают реакции, повреждающие миелин и аксоны. Отмечается повышенная продукция Th1-лимфоцитами провоспалительных цитокинов. Th2-лимфоциты секретируют противовоспалительные цитокины и участвуют в процессах, происходящих в фазе клинической ремиссии, способствуют элиминации Th1-лимфоцитов. Механизмом развития ремиссии является снижение активности воспаления и уменьшение локального отека. Ремиелинизация обусловлена местными репаративными процессами, она происходит по краям активной бляшки. Это очень медленный процесс, который еще более замедляется по мере увеличения длительности заболевания. Уже на ранних стадиях выявляются признаки нейродегенеративных изменений в нервных волокнах, которые нарастают по мере прогрессирования заболевания [3, 6, 15]. Оказалось, что даже в фазе клинической ремиссии РС патологический процесс продолжается. Именно нейродегенерация лежит в основе нарастания неврологического дефицита и необратимой симптоматики, формированием стойких «черных дыр» и развитии атрофии головного и спинного мозга, видимых при МРТ [3, 6, 15]. Исследованиями Weiner H.L. [13, 41] показано, что необратимые изменения в большей степени ассоциированы с процессами аксонального повреждения.

Сосудистые нарушения при РС – прогрессирование аутоиммунного процесса при РС, приводит к повреждению не только нервной ткани, но и повреждению сосудов [34]. Павловым А.Ю. с соавт. [9] установлено, что у больных РС, даже при отсутствии заболеваний

системы кровообращения, выявлено снижение объемной скорости кровотока в коре и подкорковых структурах головного мозга, причем эти нарушения регистрируются вне очагов демиелинизации, определяемых по данным МРТ. Снижение скорости кровотока носит диффузно-очаговый характер, и эти сосудистые нарушения обосновывают целесообразность включения в комплексную терапию РС таких препаратов, как антиоксиданты, антигипоксанты, реокорректоры и вазоактивные препараты.

Механизмы электрофизиологических нарушений при РС: в результате демиелинизации импульсация, поступающая по аксонам, может уменьшаться или возрастать. Проведение по безмиелиновым волокнам может ухудшаться при повышении температуры. В связи с этим пациенты с РС отмечают неблагоприятное воздействие жарких летних дней на общее состояние. Аксональное повреждение при РС возникает на различных этапах патологического процесса как в острых и хронических очагах, так и в неизменном белом веществе. Постепенное развитие аксональной дегенерации и снижение компенсаторных возможностей мозга создает предпосылки для перехода ремиттирующего во вторично-прогредиентное течение [7].

Клиническая картина рассеянного склероза полиморфна. При этом патогномоничные признаки, характерные для этого заболевания, отсутствуют. По данным многочисленных авторов [3, 4, 6, 12, 16], многообразие неврологических симптомов обусловлено множественностью очагов демиелинизации и их разнообразной анатомической локализацией как в головном, так и в спинном мозге. Особенно сложна постановка диагноза в дебюте РС. Известный американский невролог Джон Крутке в середине прошлого века насчитал 685 симптомов РС, и не один из них не является эксклюзивным, характерным именно для этого заболевания. Особый интерес представляет мнение Штока В.Н. [16], утверждающего, что примерно в 90% случаев первое клиническое проявление РС протекает в виде клинического изолированного синдрома (КИС). Демиелинизирующей период у КИС можно установить с помощью МРТ. Тем не менее, даже при моносимптомном дебюте тщательное неврологическое обследование обнаруживает легкую рассеянную симптоматику. Острое проявление КИС не означает, что «заболевание началось сегодня», а исчезновение КИС спустя сутки не означает, что заболевание закончилось. Таким образом, КИС – это один из вариантов дебюта РС, для которого характерно постепенное появление отдельных симптомов болезни [15, 16].

– **Двигательные нарушения при РС (до 90%)** – наиболее частыми при РС являются: *спастичность, мышечная слабость, мозжечковая и сенситивная атаксия. Спастический парез (СП)* – самый характерный симптомокомплекс РС. Выраженность спастичности у больных РС преобладает над степенью пареза и является основной причиной затруднений при ходьбе. Осложняют положение больного непроизвольные болезненные сгибательные и разгибательные спазмы мышц ног, их возникновение провоцируется любыми экзо- и эндогенными факторами. При РС мышечный тонус больше повышен в ногах, чем в руках, усиливается при охлаждении, при движениях. В положении лежа – мышечная гипертония менее интенсивна, чем в вертикальной позе [12]. Двигательные нарушения возникают постепенно, быстрое развитие их для дебюта РС не характерно, вначале ощущают лишь повышенную утомляемость, которая трансформируется в мышечную слабость, нарушение походки, неловкость движения. В зависимости от локализации очага наблюдаются гемипарезы, парапарезы или монопарезы. Верхние конечности страдают реже, часто наблюдается нижний спастический парапарез. Повышение температуры усугубляет проявления РС, особенно степень пареза. Вследствие этого летняя жара, горячая ванна, даже горячая пища, гипертермия и интенсивные физические упражнения при РС ведут к усилению мышечной слабости. Усугубление симптомов РС на фоне повышения температуры тела столь характерно, что *«симптом горячей ванны», или феномен Утхоффа*, служит важным диагностическим критерием этого заболевания. Пирамидный синдром проявляется гиперрефлексией, клонусом, патологическими пирамидными симптомами, снижением кожных рефлексов [3, 6]. *Мозжечковая атаксия* развивается в сочетании со спастичностью. Изолированный мозжечковый синдром редко встречается при РС, а в дебюте наблюдается лишь в единичных случаях (является неблагоприятным прогностическим фактором). *Интенционный тремор имеет мозжечковое происхождение*. Дрожание при РС может вовлекать голову, шею, голосовые связки, туловище и конечности, может ограничивать двигательную активность больного. *Мозжечковая дизартрия* является проявлением интенционного дрожания речевой мускулатуры, может наблюдаться «скандированная» речь. *Псевдобульбарный синдром* развивается на поздней стадии РС при большой распространенности очагового поражения головного мозга [2, 15, 18].

– **Нарушения чувствительности** при РС обязательны, как и расстройства движений. На

ранних этапах болезни расстройства чувствительности кратковременны, длительностью от нескольких часов до нескольких дней. Они проявляются преходящими парестезиями в кончиках пальцев, распространяясь затем проксимально. В молодом возрасте заболевание чаще начинается с нарушения чувствительности, а «поздний РС» (после 40 лет) начинается с ощущения «ватных ног» [12]. Нарушения поверхностной чувствительности могут возникать в различных отделах туловища, в различные сроки от начала заболевания, включая дебют, однако четкая граница чувствительных нарушений и полное выпадение чувствительности встречаются редко [2, 4, 6, 7, 15].

«Синдром бесполезной руки» – односторонний, но может поражать обе конечности. Он является результатом поражения задних столбов спинного мозга на верхнем шейном уровне. Постоянно существующие нарушения чувствительности часто описываются больными как «сведение», «судороги» мышц, ощущение того, что *«кожа как будто стала мала»* или *«надет тугий пояс или корсет»*. *Симптом Лермитта* – ощущение прохождения электрического тока по позвоночнику с иррадиацией в ноги или руки при наклоне головы – характерен для РС. Подобные ощущения возникают при кашле или смехе, наклоне головы в стороны, сгибания позвоночника в грудном отделе и даже при ходьбе по неровной поверхности. Возникновение симптома Лермитта связано с демиелинизацией проводников глубокой чувствительности в задних канатиках спинного мозга [6, 15].

Болевой синдром – более половины больных РС испытывают боли, различные по характеру и интенсивности, а в 11% они являются первым симптомом заболевания. Боль возникает, при обострении РС и может длиться несколько месяцев, приводя к развитию *депрессии и тревоги*, что еще более усиливает ее. Подобный хронический болевой синдром встречается в 50-85% случаев РС. **Невропатические боли** проявляются жжением, дизестезиями, покалыванием или ощущением боли в ответ на неболевой стимул (аллодиния). *Тригеминальная невралгия* – 1-3% пациентов с РС страдают от пароксизмальных болей в лице. В отличие от идиопатической невралгии тройничного нерва, они могут быть двусторонними и сопровождаться снижением чувствительности в зоне иннервации нерва. Болевой синдром при РС может быть как острым, так и хроническим [5]. В редких случаях острая боль может быть связана с образованием массивного очага демиелинизации в области таламуса в виде «табетических» болевых ощущений при поражении проводников глубокой чувстви-

тельности [11]. *Головные боли при РС* встречаются 3 раза чаще. Головная боль может быть признаком развивающегося заболевания или предвестником обострения. Они имеют характер головных болей напряжения. Возможными причинами головных болей при РС могут быть депрессивные и скелетно-мышечные расстройства. ***Зрительные нарушения при РС*** проявляются снижением остроты зрения, скотомами, ухудшением цветовосприятия по типу острых оптических невритов, реже в виде прогрессирующих одно- или двусторонних поражений. Причиной нарушения зрения при РС является ретробульбарный неврит. ***Глазодвигательными нарушениями являются нистагм и межъядерная офтальмоплегия. Нистагм монокулярный*** – нарушения движения глаз, приводящие к двоению, – в дебюте РС. Наблюдаются различные типы нистагма – горизонтальный, вертикальный, ротаторный, монокулярный в зависимости от локализации очагов демиелинизации.

Головокружения при РС – следствие возникновения очагов воспаления и демиелинизации в стволе мозга. Начало заболевания с головокружения является признаком благоприятного течения РС в дальнейшем.

Нарушение функции тазовых органов (НФТО) представлены расстройствами мочеиспускания (нарушение удержания мочи, нарушение опорожнения мочевого пузыря или их комбинация), дефекации (запоры, реже недержание кала) и половой функции. НФТО не типичны для дебюта заболевания, но в дальнейшем на разных этапах заболевания отмечаются у 80% пациентов [3, 5, 6].

Нервно-психические расстройства – происхождение их при РС связано с органическим поражением головного мозга; психологической реакцией больных на заболевание и его проявления; ограничением трудоспособности; лекарственными препаратами. Это эмоционально-аффективные нарушения: депрессия, эйфория, неврозы, психозы, апатические или тревожные состояния.

Когнитивные нарушения (КН) – встречаются на поздних стадиях РС, характерно: ухудшение памяти и внимания, нарушение логического мышления, замедленное усвоение информации. Больные становятся некритичными, склонными к нелепым шуткам, характерна эмоциональная лабильность. ***Предикторами появления КН являются:*** большая общая площадь очагов на МРТ, уменьшение в размерах мозолистого тела и увеличение желудочков.

Депрессия при РС является частым аффективным синдромом. Она встречается у 25-55% пациентов с РС. Депрессия проявляется в раздражительности и чувстве безнадежности. У

больных с РС частота попыток и осуществления суицидов выше, чем у пациентов иными заболеваниями нервной системы, и в 7,5 раз выше, чем в популяции. 15% больных РС с депрессией погибают вследствие суицида.

Синдром хронической усталости является одним из основных проявлений РС, 55–75% больных РС считают ее одним из главных симптомов заболевания. Утомляемость при РС отличается от обычной усталости у здоровых людей: она неадекватна физической нагрузке, нарушает обычную дневную активность и является инвалидизирующим фактором даже при отсутствии выраженных очаговых симптомов. Почти все больные РС с утомляемостью отмечают значительное ее усугубление в жару и после принятия горячей ванны или душа, тогда как холод приносит облегчение.

Вегетативные нарушения при РС выявляются у 80% больных РС. У больных с РС при наличии очагов в стволе мозга отмечается постоянная умеренная гипотермия, даже во время инфекционных заболеваний температура тела не поднимается выше 37°C. Примерно у 50% пациентов РС имеются ортостатическое головокружение и ортостатическая артериальная гипотония. ***При РС часто развивается остеопороз***, что связывают со сниженной двигательной активностью, также может развиваться и в результате лечения кортикостероидами.

Заключение

Таким образом, анализ литературы показывает, что РС является хроническим аутоиммунным заболеванием, поражает лиц молодого возраста и приводит к постепенному развитию стойкой нетрудоспособности. На риск развития РС оказывают влияние принадлежность к определенной расе и этнической группе, а также место проживания. В генезе заболевания следует учитывать такие условия, как наследственность и внешние факторы, а также воспалительные и нейродегенеративные изменения, которые протекают одновременно, лишь с преобладанием того или иного процесса на разных стадиях заболевания. Исходя из вышеизложенного, заболевание характеризуется многообразием клинических проявлений, обусловленном множественностью очагов демиелинизации и их разнообразной анатомической локализацией как в головном, так и в спинном мозге.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 19-37 см. в REFERENCES)

1. Боголепов Н.К. Клинические лекции по неврологии. М.: Медицина, 1971. С. 282-294

2. Голубева В.Л. Избранные лекции по неврологии. М.: ООО «Эйдос Медиа», 2006. С. 529-544
3. Гусев Е.И., Завалишин И.А., Бойко А.Н. Рассеянный склероз. М.: Реал Тайм, 2011. 528 с.
4. Гусев Е.И., Демина Т.Л. Рассеянный склероз. // *Consilium Medicum*. 2016. №2. С. 1-8
5. Завалишин И.А. Спирина Н.Н., Бойко А.Н. Хронические нейроинфекции. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 560 с.
6. Неврология: Национальное руководство /под ред. Гусева Е.И., Коновалова А.Н., Скворцовой В.И., Гехта А.Б. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. С. 909-920
7. Неврология: цикл лекций / под ред. Матвеева С.В. М.: СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2013. С. 73-77
8. Никифоров А.С., Гусев Е.И. Частная неврология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. С. 245-260
9. Павлов А.Ю., Бисага Г.Н. и др. Изменения внутри- мозговых сосудов и регионального мозгового кровотока при рассеянном склерозе // Вестник Росс. Воен. мед. акад. 2008. № 4. С. 66-72
10. Пажигов З.Б., Карпов С.М. и др. Распространенность рассеянного склероза в мире //Международный журнал экспериментального образования. 2014. №1. С.78-82.
11. Пузин М.Н. Нервные болезни. М.: Медицина, 2002. С. 242-247
12. Столяров И.Д., Осетров Б.А. Рассеянный склероз. СПб.: ЭЛБИ, 2002. 176 с.
13. Хондкариан О.А. Завалишин И.А., Невская О.М. Рассеянный склероз. М.: Медицина, 1987. 256 с.
14. Хохлов А.П., Савченко Ю.Н. Миелинопатии и демиелинизирующие заболевания. М.: Медицина, 1990. 208 с.
15. Шмидт Т.Е., Яхно Н.Н. Рассеянный склероз. М.: МЕДпресс-информ, 2016. 272 с.
16. Шток В.Н. Фармакотерапия в неврологии. М.: МИА, 2010. С. 338-353.
17. Штульман Д.Р., Левин О.С. Неврология: справочник практического врача. М.: МЕДпресс-информ, 2004. 864 с.
18. Яхно Н.Н., Штульман Д.Р. Болезни нервной системы. М.: Медицина, 2006. Т. 1. С. 443-458.
7. Matveev S. V. *Neurologiya: tsikl lektsiy* [Neurology: series of lectures]. Moscow, SZGMU im. I. I. Mechnikova Publ., 2013. 73-77 p.
8. Nikiforov A. S., Gusev E. I. *Chastnaya neurologiya* [Private neurology]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2008. 245-260 p.
9. Pavlov A. Yu., Bisaga G. N., *Izmeneniya vnutrimozgovykh sosudov i regionalnogo mozgovogo krovotoka pri rasseyannom skleroze* [Changes intracerebral vessels and regional cerebral blood flow in multiple sclerosis]. *Vestnik Rossiyskoy Voennoy meditsinskoy akademii – Herald of the Russian Military Medical Academy*, 2008, No. 4, pp. 66-72
10. Pzhigov Z. B., Karpov S. M., *Rasprostranennost rasseyannogo skleroza v mire* [The prevalence of multiple sclerosis in the world]. *Mezhdunarodnyy zhurnal eksperimentalnogo obrazovaniya – International Journal of Experimental Education*, 2014, No. 1, pp. 78-82.
11. Puzin M. N. *Nervnye bolezni* [Nerve disease]. Moscow, Meditsina Publ., 2002. 242-247 p.
12. Stolyarov I. D., Osetrov B. A. *Rasseyannyi skleroz* [Multiple sclerosis]. St. Petersburg, ELBI Publ., 2002. 176 p.
13. Khondkarian O. A. Zavalishin I. A., Nevskaya O. M. *Rasseyannyi skleroz* [Multiple sclerosis]. Moscow, Meditsina Publ., 1987. 256 p.
14. Khohlov A. P., Savchenko Yu. N. *Mielinopatii i demieliniziruyushchie zabolevaniya* [Mielinopatis and demyelinating diseases]. Moscow, Meditsina Publ., 1990. 208 p.
15. Shmidt T. E., Yakhno N. N. *Rasseyannyi skleroz* [Multiple sclerosis]. Moscow, MEDpress-inform Publ., 2016. 272 p.
16. Shtok V. N. *Farmakoterapiya v neurologii* [Pharmacotherapy in neurology]. Moscow, MIA Publ., 2010. 338-353 p.
17. Shtulman D. R., Levin O. S. *Neurologiya: spravochnik prakticheskogo vracha* [Neurology: a practical guide to doctor]. Moscow, MEDpress-inform Publ., 2004. 864 p.
18. Yakhno N. N., Shtulman D. R. *Bolezni nervnoy sistemy* [Diseases of the nervous system]. Moscow, Meditsina Publ., 2006. Vol. 1, 443-458 p.
19. Adams C. W., Poston R. N., Buk S. J. Inflammatory vasculitis in multiple sclerosis. *Journal of the Neurological Sciences*, 1985, Vol. 69, No. 3, pp. 269-283
20. Ascherio A. Epstein-Barr virus in the development of multiple sclerosis. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 2008, Vol. 8, No. 3, pp. 331-333
21. Baranzini S. E., Wang J., Gibson R. A., Genome-wide association analysis of susceptibility clinical phenotype in multiple sclerosis. *Human Molecular Genetics*, 2009, Vol. 18, No. 4, pp. 767-778
22. Bashir K., Whitaker J. N. Handbook of multiple sclerosis. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2002. 248 p.
23. Christensen T. Association of human endogenous retroviruses with multiple sclerosis and possible interactions with herpes viruses. *Reviews in Medical Virology*, 2005, Vol. 15, pp. 179-211
24. Christensen T. The role of EBV in MS pathogenesis. *The International MS Journal*, 2006, Vol. 13, pp. 52-57
25. Dhib-Jalbut S. Pathogenesis of myelin/oligodendrocyte damage in multiple sclerosis. *Neurology*, 2007, Vol. 68, No. 22, Suppl 3. pp. 13-21

REFERENCES

26. Giuliani F., Yong V. W. Immune-mediated neurodegeneration and neuroprotection in MS. *The International MS Journal*, 2003, No. 10, pp. 122-130
27. Hemmer B., Archelos J. J., Hartung H. P. New concepts in the immunopathogenesis of multiple sclerosis. *Nat. Rev. Neurosci.*, 2002, Vol. 3, pp. 291-301
28. Lublin F. D., Reingold S. C. Defining the clinical course of multiple sclerosis: results of an international survey. *Neurology*, 1996, Vol. 46, pp. 907-911
29. Miller A. E. *Clinical Features: Handbook of multiple sclerosis*. Ed. Cook S.D., 3rd ed. Marsel Dekker, Inc, 2001. pp. 213-232
30. Oksenberg J. R., Baranzini S. E., Sawcer S., Hauser S. L. The genetics of multiple sclerosis: SNPs to pathways to pathogenesis. *Nature Reviews Genetics*, 2008, Vol. 9, No. 7, pp. 516-526
31. Paty D., Ebers G. S. Multiple sclerosis. *Philadelphia*, 1998. 572 p.
32. Ramagopalan S. V., Deluca G. C., Degenhardt A., Ebers G. C. The genetics of clinical outcome in multiple sclerosis. *Journal of Neuroimmunology*, 2008, Vol. 201-202. pp.183-199
33. Steiman L. Multiple sclerosis: a two-stage disease. *Nature Immunology*, 2001, Vol. 2, pp. 762-764
34. Tan I. L., van Schijndel R. A., Pouwels P. J., MR venography of multiple sclerosis. *American Journal of Neuroradiology*, 2000, Vol. 21, No. 6, pp. 1039-1042
35. Thompson A. J., *Multiple Sclerosis. Clinical challenges and controversies*. London, 1997. 539 p.
36. Torkildsen O., Nyland H., Myrmet H., Myhr K. M. Epstein-Barr virus reactivation and multiple sclerosis. *European Journal of Neurology*, 2008, Vol. 15, No. 1, pp. 106-108
37. Weiner H. L. A shift from adaptive to innate immunity: a potential mechanism of disease progression in multiple sclerosis. *Journal of Neurology*, 2008. Vol. 255, Suppl. 1, pp. 3-11.

Сведения об авторах:

Абдурахманова Рано Фазыловна – доцент кафедры неврологии и медицинской генетики ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.
Изатов Хайрулло Нарзуллаевич – и.о. зав. кафедрой неврологии и медицинской генетики ГОУ ИПОвСЗ РТ
Хадибаева Гавхар Рабиевна – ассистент кафедры неврологии и медицинской генетики ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.
Шарипова Бунавиша Абдулмджидовна – асс. кафедры неврологии и медицинской генетики ГОУ ИПОвСЗ РТ
Кахарова Махфират Хашимовна – врач-невролог поликлиники №10

Контактная информация:

Изатов Хайрулло Нарзуллаевич – тел.: 918821778;
e-mail: Khayrullo1972@mail.ru

© Коллектив авторов, 2016

УДК 616-006.6

¹Хамидов А.К., ¹Расулов С.Р., ²Мурадов А.М., ³Хамидов Дж.Б.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ И СИНДРОМ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

¹Кафедра онкологии ГОУ ИПОвСЗРТ

²Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ ИПОвСЗРТ

³Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПОвСЗРТ

¹Khamidov A.K., ¹Rasulov S.R., ²Muradov A.M., ³Khamidov Dzh.B.

MALIGNANT NEOPLASMS AND THE SYNDROME OF ENDOGENOUS INTOXICATION

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

²Department of Efferent Medicine and Intensive Care of the State Education Establishment “Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan”

³Department of Anesthesiology and Reanimatology of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan»

Аннотация

Синдром эндогенной интоксикации (СЭИ) встречается практически у каждого больного со злокачественной опухолью. Его проявления зависят от локализации опухоли, стадии процесса и других причин. Выраженные клинические проявления синдрома (астеновегетативные, диспепсические нарушения) не только отрицательно влияют на самочувствие пациентов, снижая показатели качества их жизни, но и ограничивают сроки проведения этапов специального лечения. Эндогенная интоксикация наиболее выражена у больных с распространенным раком легкого, почек и молочной железы, менее выражена – при I-II стадиях рака названных локализаций. На этапах проведения химио-лучевой терапии нарастают уровни показателей эндотоксикоза.

Ключевые слова: злокачественные новообразования, синдром эндогенной интоксикации

Endogenous intoxication Syndrome of (EIS) is found in almost every patient with a malignant tumor. Its manifestations depending localization of the tumor, stage of the process and other factors. Severe clinical manifestations of the syndrome (asthenovegetative, dyspeptic disorders) not only negatively affect the well-being of patients, reducing the indicators of quality of life, but also limit the time frame of the phases of special treatment. Endogenous intoxication is most pronounced in patients with advanced lung cancer, kidney and breast cancer, is less pronounced – when I-II stages of these cancer sites. On the stages of chemo-radiotherapy is increasing levels of endotoxemia indicators.

Key words: cancer, syndrome of endogenous intoxication

Синдром эндогенной интоксикации (СЭИ) – это клинический комплекс симптомов патологических состояний органов и систем организма, обусловленный накоплением в тканях и биологических жидкостях эндотоксинов – продуктов естественного обмена в аномально высоких концентрациях, медиаторов воспаления, экзо- и эндотоксинов, продуктов клеточной и белковой деградации и др.

По определению ряда авторов, в современном понимании синдром эндогенной интоксикации – это совокупность симптомов, характеризующихся повреждением клеточных структур, процесс, независимо от этиологического фактора, приводящий к метаболическим и функциональным расстройствам [1].

Понятие, позволяющее судить о степени выраженности эндогенной интоксикации на основании клиники, лабораторной диагностики токсических компонентов и электрофизиологических тестов, названо эндотоксикозом. Степень эндотоксикоза является определяющим критерием к подключению в комплекс интенсивной терапии эфферентных методов детоксикации и гемокоррекции.

При этом следует отметить, что в возникновении и развитии эндотоксикоза, помимо токсических лигандов, участвуют такие патогенетические феномены, как нарушение микроциркуляции, гипоксия, энергодефицит, развитие вторичного иммунодефицита, накопление в клетках и циркуляторных системах продуктов промежуточного метаболизма. Немаловажное значение в формировании эндотоксикоза имеет характер микрофлоры и её токсинов, являющихся триггерами в каскадных реакциях образования эндогенных биологически активных веществ (БАВ), а также медиаторов липидной и белковой природы [21].

СЭИ относится к числу наиболее распространенных синдромов в практике клинической онкологии, скорость развития и степень клинической манифестации которого зависят от локализации процесса и его стадии [12, 14]. По данным Марусанова В.Е., у больных с распространенным раком легких СЭИ выявляется в 100% случаев, а при раке почки III-IV стадий – у 31,3-47,2 % больных [9]. Исследования Павловой В.И. [15] показали, что при II-III стадиях РМЖ синдром эндогенной интоксикации более выражен, в сравнении с I стадией, и на этапах специального лечения уровень показателей СЭИ резко нарастает.

Эндотоксикоз у онкологических больных имеет смешанную природу и обусловлен такими факторами, как действие опухолевого процесса на метаболизм, иммуносупрессия, инвазия опухоли или сдавление ею жизненно важных органов, повреждающее воздействие лучевой терапии и применение цитостатических препаратов [17].

Клиническими проявлениями эндогенной интоксикации у онкологических больных являются: общая слабость, повышенная утомляемость, тошнота, рвота, снижение аппетита вплоть до полной анорексии, бледность и желтизна кожи, сухость слизистых оболочек, потливость, лихорадка, боль в мышцах и суставах, психическая заторможенность, головная боль и головокружение, расстройства сна, анемия, снижение сопротивляемости к инфекционным заболеваниям. Считается, что клинические проявления синдрома эндогенной интоксикации малоспецифичны и характеризуются общими симптомами [20]. Выраженность перечисленных признаков в каждом конкретном случае может варьировать в зависимости от формы и стадии процесса, харак-

тера и результатов лечения, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений и многих других обстоятельств. В ранней диагностике злокачественных новообразований в онкологии особое значение придается синдрому малых признаков, что является, по сути, проявлением эндогенной интоксикации. По данным Сайфулиной А.Ф., клинические симптомы эндогенной интоксикации у пациенток с I стадией РМЖ отмечались в 33,3%, при II стадии – в 45,0-68,7%, при III стадии процесса этот показатель составил 96,0%, а при IV стадии – 100% [18].

Основную роль в развитии ЭИ играют так называемые вещества низкой и средней молекулярной массы (ВНиСММ) с молекулярной массой от 500 до 5000 Д и олигопептиды (ОП) с молекулярной массой не более 10-15 кД [7, 8]. До 80% ВНиСММ принадлежит продуктам нарушенного белкового обмена, 20% относятся к биологически активным веществам и соединениям промежуточного обмена. Химический состав ВНиСММ очень неоднороден и включает гетерогенную группу веществ: продукты нормального обмена веществ в высоких концентрациях, вещества извращенного обмена, продукты распада клеток, медиаторы воспаления, продукты перекисного окисления липидов, микробные токсины, иммуночужеродные продукты клеточного распада [1, 15]. Согласно современным представлениям, эндогенная интоксикация у онкологических больных обусловлена тяжелыми, подчас необратимыми изменениями в метаболических процессах, возникающими при окислительном стрессе, которые проявляются нарушениями обмена белков, усилением катаболических процессов, развитием кахексии на фоне нарушения функции экскреторно-эвакуаторных систем, особенно при поражениях печени, накоплением в крови и тканевых депо метаболитов и токсинов, количество которых существенно возрастает при распаде опухоли [2, 10, 219].

В обезвреживании токсических веществ, чужеродных ядов и микробных токсинов основное значение играют печеночные клетки, обладающие ферментативной активностью, а также и другие органы: легкие, почки, селезенка, желудочно-кишечный тракт, система фиксированных фагоцитирующих мононуклеаров [4, 11].

Активность функционирования систем естественной детоксикации значительно снижается не только в процессе развития опухолевого процесса, но и в процессе проведения химиолучевой терапии. Проведение лучевой терапии и интенсивных схем химиотерапии злокачественных опухолей, которые сопровождаются побочными эффектами, в том числе нарушением функции выделительных органов, приводит к нарастанию эндогенной интоксикации. Исследование В.И.

Павлова с соавторами показало, что синдром эндогенной интоксикации у больных РМЖ характеризуется избыточным накоплением общего и катаболического пула ВНиСММ как в плазме крови, так и на гликокаликсе эритроцитов, активацией катаболических процессов в плазме, перераспределением ВНиСММ между белками плазмы крови и мембраной эритроцитов, повышением концентрации ОП, что соответствует второй стадии эндотоксикоза. Выраженность синдрома эндогенной интоксикации нарастает после операции и характеризуется усилением катаболических процессов в плазме крови, увеличением концентрации ВНиСММ и ОП в плазме крови и на эритроцитах. Максимальный уровень эндогенной интоксикации зафиксирован у больных на этапе лучевой терапии, что выражается в высокой концентрации ВНиСММ на эритроцитах, значительном увеличении их содержания в плазме крови, преимущественно катаболического пула веществ, снижении концентрации ВНиСММ в моче [16].

Основными показателями эндотоксемии считаются биохимические показатели (билирубин, креатинин, мочевины, АЛТ, АСТ, амилаза, ЩФ), лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), парамецийный тест (ПМ-тест), молекулы средней массы (МСМ), некротические тела сыворотки крови (НТ), активация ПОЛ и рост концентрации ПОЛ (малоновый диальдегид, пентан, ацетон и др.) в крови, эффективная концентрация альбумина (ЭКА) [21].

Лабораторные тесты, используемые для диагностики СЭИ, делятся на рутинные (определение концентрации гемоглобина, количество эритроцитов, лейкоцитов, лимфоцитов, токсической зернистости нейтрофилов, величины СОЭ, щелочной фосфатазы, АЛТ, АСТ, показатели клеточного и гуморального иммунитета, содержание билирубина, С-реактивного белка, остаточного азота, мочевины) и специфические (парамецийный тест, реакция везикулообразования, определение гибели мышей с заблокированной РЭС после введения им внутрибрюшинно токсических биологических жидкостей, тест миграции лейкоцитов в гемокультуре и другие).

В работах последних лет более объективными и точными методами считаются определение лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) и уровень среднемoleкулярных пептидов (СМП) в крови [15, 18]. По данным Сайфулиной А.Ф., при поступлении в клинику у больных при всех стадиях РМЖ показатели ЛИИ были повышены в 1,6-2,3 раза [18].

Среди конечных продуктов ПОЛ наиболее популярным индикатором окислительного стресса в медицинских исследованиях считается МДА, поскольку последний является относительно

стабильным продуктом при физиологических условиях и процедура его определения довольно проста [13].

Понятие МСМ объединяет различные по химической структуре компоненты, выделяемые из крови больных, с молекулярной массой от 500 до 5000 Д. Молекулы средней массы, являясь продуктами распада белков, действуют как вторичные эндотоксины, вызывая расстройство различных физиологических процессов. Считается, что средние молекулы присутствуют в крови здоровых людей в небольшой концентрации, количество их несколько повышается с возрастом и у лиц, проживающих в экологически неблагоприятных регионах [6, 8]. При развитии СЭИ содержание этих веществ значительно возрастает [5, 6, 8]. Повышение уровня МСМ в крови обусловлено нарушением их элиминации из организма, усилением образования в тканях либо сочетанием обоих механизмов. Отмечается, что эндотоксемия различного генеза сопровождается увеличением концентрации МСМ, при этом уровень МСМ коррелирует с тяжестью состояния больных и может служить показателем степени токсикоза [3]. Исследование Сухотерина И.В. показало, что значения МСМ у здоровых женщин колебались в пределах от 0,230 до 0,460 усл. ед. У больных раком молочной железы III–IV стадий показатели МСМ составили от 0,330 до 0,380 усл. ед. [20].

Заключение

В связи с вышеизложенным, можно сделать выводы, что диагностика ЭИ, которая насчитывает десятки проб и тестов, является непростой и не полностью решенной проблемой. Применение всех проб и тестов для диагностики ЭИ требует необходимости неоднократных заборов крови и использования дорогостоящих реактивов и аппаратуры, что не всегда выполнимо в регионах с ограниченными возможностями. Рационально было бы из множества разнообразных показателей выбрать их минимальное число, которые принято называть универсальными маркерами (легко воспроизводимые маркеры: тромбоциты, средние молекулы, мочевины, креатинин, билирубин, лимфоциты, гематокрит, АЛТ, АСТ, ЛДГ, парамецийный тест, общее периферическое сопротивление, минутный объем сердца, сердечный индекс и др.), а также наиболее объективные маркеры, как, например, ЛИИ и СМП.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Афанасьева А.Н., Афанасьев С.Г., Завьялов А.А. и др. Влияние интраоперационной лучевой терапии на пере-

кисное окисление липидов и антиоксидантный потенциал сыворотки крови больных раком желудка в послеоперационном периоде // Сибирский онкологический журнал. 2007. № 4 (24). С. 12-18.

2. Бессмельцев С.С., Абдулкадыров К.М. Токсемический синдром при злокачественных заболеваниях системы крови и методы борьбы с ним // Эфферентная терапия. 2002. Т.8, № 1. С. 3-15.

3. Владыка А.С., Левицкий Э.Р., Поддубная Л.Е., Габриелян Е.И. Средние молекулы и проблемы эндогенной интоксикации при критических состояниях различной этиологии // Анестезиология и реаниматология. 1987. №2. С. 37-42.

4. Дубикайтис А. Ю. Острые и хронические эндотоксикозы у хирургических больных: автореф. дис. ... д-ра мед.наук. Санкт-Петербург, 1993. 60 с.

5. Карякина Е.В., Белова С.В. Молекулы средней массы как интегральный показатель метаболических нарушений (обзор литературы) // Клиническая лабораторная диагностика. 2004. №3. С. 3-8.

6. Кишкун А.А., Кудинова А.С., Офитова А.Д., Мишурина Р.Б. Значение средних молекул в оценке уровня эндогенной интоксикации // Военно-медицинский журнал. 1990. №2. С. 41-44.

7. Копытова Т.В. Методы коррекции эндотоксемии при лечении больных псориазом метотрексатом: учебное пособие. Н. Новгород, 2007. 12с.

8. Малахова М.Я. Эндогенная интоксикация как отражение компенсаторной перестройки обменных процессов в организме // Эфферентная терапия. 2000. Т. 6, №4. С. 3-14.

9. Марусанов В.Е. Михайлович В.А., Доманская И.А., Гуло С.Л. Характеристика стадий эндогенной интоксикации // Эфферентная терапия. 1995. Т. 1, № 2. С. 26-30.

10. Матвеева И.И., Зубрихина Г.Н., Горожанская Э.Г., Добровольская М.М. Оксид азота и эндогенная интоксикация у онкологических больных // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. 2008. Т. 19, № 4. С. 55.

11. Млинник Р.А. Экстракорпоральная детоксикация и дезинтоксикация у больных с распространенным перитонитом: дисс. ... канд. мед.наук. Москва, 2015. 135 с.

12. Наумов М.М., Зотов П.Б., Чернецова Л.Ф. Коррекция синдрома эндогенной интоксикации и нарушений иммунного статуса у больных распространенным раком легкого // Российский онкологический журнал. 2005. № 2. С. 38-40.

13. Некрасов Э.В. Методы анализа перекисного окисления липидов в медико-биологических исследованиях // Бюллетень. 2012. Вып. 46. С. 98-108.

14. Нескубина И.В. Роль производных оксида азота в формировании эндогенной интоксикации у онкологических больных с различной распространенностью злокачественного процесса при некоторых методах аутобиохимиотерапии: дис. ... канд.биол. наук. Ростов-на-Дону, 2008. 147 с.

15. Павлова В.И. Клинико-патогенетические особенности синдрома эндогенной интоксикации при раке молочной железы: дисс. ... к.м.н. Тюмень, 2012. 122 с.

16. Павлова В.И., Фролова О.И., Ясков Н.М., Журавлева Т.Д., Платицын В.А. Оценка показателей синдрома эндогенной интоксикации при комбинированном лечении рака

молочной железы // Сибирский онкологический журнал. 2011. №5 (47). С. 35-39.

17. Педдер В. В., Набока М. В., Косёнок В. К., Герунова Л. К. с соавт. О возможности коррекции синдрома эндогенной интоксикации у онкологических больных с применением комплекса физических и физико-химических факторов // Омский научный вестник. 2012. №1. (108). С. 120-125.

18. Сайфулина А.Ф. Обоснование клинико-лабораторных критериев диагностики эндотоксикоза при раке молочной железы: дис. ... канд. мед.наук. Уфа, 2002. 160 с.

19. Смолякова Р.М., Залуцкий И.В., Фрадкин С.З. и др. Эндогенная интоксикация у больных с генерализованными формами злокачественных новообразований в динамике эфферентной терапии // Эфферентная терапия. 2004. Т.10, № 1. С. 42-46.

20. Сухотерин И.В. Клиническое значение степени эндогенной интоксикации при лечении больных раком молочной железы и методы её коррекции: дис. ... канд. мед.наук. Москва, 1992. 122 с.

21. Федоровский Н.М. Непрямая электрохимическая детоксикация: Пособие для последипломной подготовки врачей. М.: Медицина, 2004. 144 с.

REFERENCES

1. Afanaseva A. N., Afanasev S. G., Zavyalov A. A., Vliyanie intraoperatsionnoy luchevoy terapii na perekisnoe okislenie lipidov i antioksidantnyy potentsial syvorotki krovi bolnykh rakom zheludka v posleoperatsionnom periode [Effect of intraoperative radiation therapy on lipid peroxidation and antioxidant capacity of blood serum of gastric cancer patients in the postoperative period]. *Sibirskiy onkologicheskii zhurnal – Siberian Journal of Oncology*, 2007, No. 4, Vol. 24, pp. 12-18.

2. Bessmeltsev S. S., Abdulkadyrov K. M. Toksemicheskiy sindrom pri zlokachestvennykh zabolevaniyakh sistemy krovi i metody borby s nim [Toksemicheskiy syndrome with hematological malignancies and methods of dealing with them]. *Efferentnaya terapiya – Efferent therapy*, 2002, Vol. 8, No. 1, pp. 3-15.

3. Vladyka A. S., Levitskiy E. R., Poddubnaya L. E., Gabrielyan E. I. Srednie molekuly i problemy endogennoy intoksikatsii pri kriticheskikh sostoyaniyakh razlichnoy etiologii [Middle molecules and the problem of endogenous intoxication in critical conditions of various etiology]. *Anesteziologiya i reanimatologiya – Anesthesiology and Reanimatology*, 1987, No. 2, pp. 37-42.

4. Dubikaytis A. Yu. *Ostrye i khronicheskie endotoksikozy u khirurgicheskikh bolnykh*. Avtoref. diss. dokt. med. nauk [Acute and chronic endotoxemia in surgical patients. Extended abstract of Doctor's of medical sciences thesis]. St. Petersburg, 1993. 60 p.

5. Karyakina E. V., Belova S. V. Molekuly sredney massy kak integralnyy pokazatel metabolicheskikh narusheniy (obzor literatury) [The molecules of average weight as an integral component of metabolic disorders (review)]. *Klinicheskaya laboratornaya diagnostika – Clinical Laboratory Diagnostics*, 2004, No. 3, pp. 3-8.

6. Kishkun A. A., Kudina A. S., Ofitova A. D., Mishurina R. B. Znachenie srednikh molekul v otsenke urovnya endogennoy intoksikatsii [Meaning of middle molecules in the assessment of the level of endogenous intoxication]. *Voенно-медицинский журнал – Military Medical Journal*, 1990. No. 2, pp. 41-44.

7. Kopytova T. V. *Metody korrektsii endotoksemii pri lechenii bolnykh psoriazom metotreksatom: uchebnoe posobie* [Methods of correction of endotoxemia in patients with psoriasis with methotrexate: a tutorial]. N. Novgorod, 2007. 12 p.

8. Malakhova M. Ya. Endogennaya intoksikatsiya kak otrazhenie kompensatornoy perestroyki obmenykh protsessov v organizme [Endogenous intoxication as a reflection of compensatory adjustment of metabolic processes in the body]. *Efferentnaya terapiya – Efferent therapy*, 2000, Vol. 6, No. 4, pp. 3-14.

9. Marusanov V. E., Mikhaylovich V. A., Domanskaya I. A., Gulo S. L. Kharakteristika stadiy endogennoy intoksikatsii [Characteristics of endogenous intoxication stages]. *Efferentnaya terapiya – Efferent therapy*, 1995, Vol. 1, No. 2, pp. 26-30.

10. Matveeva I. I., Zubrikhina G. N., Gorozhanskaya E. G., Dobrovolskaya M. M. Oksid azota i endogennaya intoksikatsiya u onkologicheskikh bolnykh [Nitric oxide and endogenous intoxication in cancer patients]. *Vestnik RONC im. N. N. Blokhina RAMN – Herald of the Russian Oncological Scientific Center named after N. N. Blokhin of RAMS*, 2008, Vol. 19, No. 4. pp. 55.

11. Mlinnik R. A. *Ekstrakorporalnaya detoksikatsiya i dez-intoksikatsiya u bolnykh s rasprostrannym peritonitom*. Diss. kand. med. nauk [Extracorporeal detoxification and detoxification in patients with generalized peritonitis. Candidate's of medical sciences thesis]. Moscow, 2015. 135 p.

12. Naumov M. M., Zotov P. B., Chernetsova L. F. Korrektsiya sindroma endogennoy intoksikatsii i narusheniy immunnogo statusa u bolnykh rasprostrannym rakom legkogo [Correction of syndrome of endogenous intoxication and disturbances of the immune status of patients with advanced lung cancer]. *Rossiyskiy onkologicheskii zhurnal – Russian Journal of Oncology*, 2005, No. 2, pp. 38–40.

13. Nekrasov E. V. Metody analiza perekisnogo okisleniya lipidov v mediko-biologicheskikh issledovaniyakh [Methods of analysis of lipid peroxidation in biomedical research]. *Byulleten – Bulletin*, 2012. Vol. 46. p. 98-108.

14. Neskubina I. V. *Rol proizvodnykh oksida azota v formirovaniy endogennoy intoksikatsii u onkologicheskikh bolnykh s razlichnoy rasprostrannostyu zlokachestvennogo protsessa pri nekotorykh metodakh autobiokhimioterapii*. Diss. kand. biol. nauk [The role of nitric oxide derivatives in the formation of endogenous intoxication in cancer patients with varying prevalence of malignancy in some methods autobiokhimioterapii. Candidate's of biological sciences thesis]. Rostov-na-Donu, 2008. 147 p.

15. Pavlova V. I. *Kliniko-patogeneticheskie osobennosti sindroma endogennoy intoksikatsii pri rake molochnoy zhelezy*. Diss. kand. med. nauk [Clinico-pathogenetic features of endogenous intoxication in breast cancer. Candidate's of medical sciences thesis]. Tyumen, 2012. 122 p.

16. Pavlova V. I., Frolova O. I., Yaskov N. M., Zhuravleva T. D., Platitsyn V. A. Otsenka pokazateley sindroma endogennoy intoksikatsii pri kombinirovannom lechenii raka molochnoy zhelezy [Evaluation of indices of endogenous intoxication syndrome in the combined treatment of breast cancer]. *Sibirskiy onkologicheskii zhurnal - Siberian Journal of Oncology*, 2011, No. 5, Vol. 47, pp. 35-39.

17. Pedder V. V., Naboka M. V., Kosenok V. K., Gerunova L. K., O vozmozhnosti korrektsii sindroma endogennoy intoksikat-

sii u onkologicheskikh bolnykh s primeneniem kompleksa fizicheskikh i fiziko-khimicheskikh faktorov [On the possibility of the correction syndrome of endogenous intoxication in cancer patients with complex physical, chemical and physical factors]. *Omskiy nauchnyy vestnik – Omsk Scientific Herald*, 2012, No. 1, Vol. 108, pp. 120-125.

18. Sayfulina A. F. *Obosnovanie kliniko-laboratornykh kriteriev diagnostiki endotoksikoza pri rake molochnoy zhelezy*. Diss. kand. med. nauk [Rationale for clinical and laboratory criteria for the diagnosis of endotoxemia in breast cancer. Candidate's of medical sciences thesis]. Ufa, 2002. 160 p.

19. Smolyakova R. M., Zalutskiy I. V., Fradkin S. Z., Endogennaya intoksikatsiya u bolnykh s generalizovannymi formami zlokachestvennykh novoobrazovaniy v dinamike effe rentnoy terapii [Endogenous intoxication in patients with generalized forms of malignancies in the dynamics of efferent therapy]. *Efferentnaya terapiya – Efferent therapy*, 2004, Vol. 10, No. 1, pp. 42-46.

20. Sukhoterin I. V. *Klinicheskoe znachenie stepeni endogennoy intoksikatsii pri lechenii bolnykh rakom molochnoy zhelezy i metody ee korrektsii*. Diss. kand. med. nauk [The clinical significance of the degree of endogenous intoxication in patients

with breast cancer and methods of its correction. Candidate's of medical sciences thesis]. Moscow, 1992. 122 p.

21. Fedorovskiy N. M. *Nepryamaya elektorkhimicheskaya detoksikatsiya: Posobie dlya poslediplomnoy podgotovki vrachey* [Indirect electrochemical detoxification: handbook for postgraduate training of doctors]. Moscow, Meditsina Publ., 2004. 144 p.

Сведения об авторах:

Расулов Самеъ Рахмонбердиевич – зав. кафедрой онкологии ИПОвСЗРТ, д.м.н.

Мурадов Алишер Мухтарович – зав. кафедрой эфферентной медицины и интенсивной терапии ИПОвСЗРТ, д.м.н., профессор

Хамидов Абдукахор – заочный аспирант кафедры онкологии ИПОвСЗРТ, д.м.н.

Хамидов Джера Бутаевич – доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии ИПОвСЗРТ, к.м.н.

Контактная информация:

Расулов Самеъ Рахмонбердиевич – тел. +992 918 68 21 86; E-mail: same_rasulov@mail.ru

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

© Коллектив авторов, 2016

УДК 616.12;616.12-089

Ситорай Акбар, Рахматов Б.М., Нарзуллаева А.Р., Раджабзода М.Э.

ИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АТРИО-ВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Sitorai Akbar, Rakhmatov B.M., Narzulleva A.R., Radzhabzoda M.E.

INVASIVE TREATMENT OF ISCHEMIC ATRIOVENTRICULAR BLOCK

Department of Cardiology with the Course of Clinical Pharmacology of the State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"

Аннотация

Представлено клиническое наблюдение инвазивного лечения атрио-вентрикулярной блокады ишемического генеза. Особенностью клинического случая явилось применение реваскуляризации миокарда с использованием чрескожного коронарного вмешательства при развившемся нарушении проводимости по типу атриовентрикулярной блокады с последующим восстановлением проводимости в короткие сроки и без развития осложнений.

Ключевые слова: ИБС, атриовентрикулярная блокада, коронарное стентирование

There is a case of invasive treatment of ischemic atrio-ventricular blockade. The peculiarity of the clinical case was the using of myocardial revascularization such as percutaneous coronary intervention when developed conduction-type atrioventricular block with subsequent recovery of conduction in a short time and without complications.

Key words: ischemic heart disease, atrioventricular block, coronary stenting

Актуальность

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) стоит на первом месте среди сердечно-сосудистых причин смерти, составляя около 49% в структуре российской сердечно-сосудистой смертности [1, 7, 8, 9] – 1462 на 100 тыс. населения в РФ. В Республике Таджикистан показатель смертности от ИБС – 60,0 на 100 тыс. населения (ЦМС РТ, 2015 г.). Одним из осложнений ИБС является атриовентрикулярная блокада, которая часто наблюдается после острой ишемии и инфаркта миокарда [3, 5, 6] Частота встречаемости АВ-блокады при ИБС: I степени – 5%, II степени – 2% пациентов. Полная АВ-блокада развивается у 6% больных с ИМ [2, 4].

В настоящее время эффективным инвазивным методом лечения АВ-блокад ишемического генеза является коронарное стентирование. Приводим следующее клиническое наблюдение.

Клинический случай:

больной М., 68 лет поступил в Отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) Республиканского кардиологического центра г. Душанбе 24.04.2015 г. в 12:45 с жалобами на жгучую давящую боль в области левой половины грудной клетки, за грудиной, выраженной интенсивности, возникшую в покое, продолжавшуюся на момент поступления. Боль сопровождалась одышкой, чувством нехватки воздуха, тошнотой, иррадировала в левую руку.

В анамнезе больной отмечает появление ангинозной боли за грудиной при незначительной физической нагрузке (ходьба в пределах 150-200 метров). В течение последних 2-х дней до поступления в стационар отмечал ангинозные приступы в покое. Ухудшение состояния 23.04.2015 г. сопровождалось одышкой, чувством нехватки воздуха, волнообразным характером боли, её иррадиацией в левую руку. Из анамнеза известно,

что в течение последних лет у больного выявлена артериальная гипертензия, но он не принимал соответствующие препараты постоянно.

В РКЦ больному была оказана первая помощь: введены наркотические анальгетики, нитраты, антиагреганты, в результате чего боли были купированы.

При поступлении в ОРИТ состояние средней степени тяжести. Кожа и видимые слизистые обычного цвета. Подкожно-жировая клетчатка умеренно выражена. Над легкими выслушивается везикулярное дыхание, в нижних отделах ослаблено, хрипов нет. Частота дыхания (ЧД) – 22-24 в минуту. SpO₂ – 96%. Тоны сердца ритмичные, выслушивается ослабление первого тона над верхушкой и небольшой акцент второго тона над

аортой. АД 140/80 мм рт.ст., ЧСС – 55 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Перистальтика выслушивается. Размеры печени по Курлову не увеличены (9x8x7 см), безболезненна.

На электрокардиограмме (ЭКГ) на момент поступления (рис.1): ритм синусовый, частота сердечных сокращений (ЧСС) – 54 уд/мин, ЭОС горизонтальная, подъем сегмента ST в отведениях III, отрицательный зубец Т в AVR и AVF.

Был установлен предварительный диагноз:

Основной: ИБС. Острый инфаркт миокарда от 23.04.2015г. Артериальная гипертензия II степени, риск 4. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) I ф.кл. (по классификации NYHA).

Сопутствующий: Атеросклероз аорты. Хронический гастрит в стадии ремиссии.

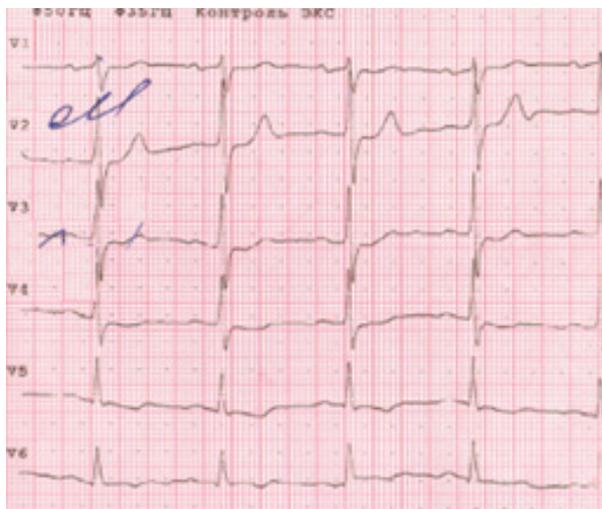
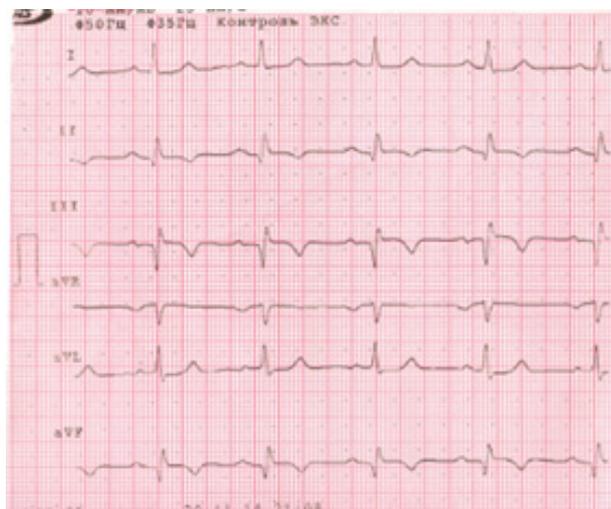


Рис. 1. Электрокардиограмма при поступлении в РКЦ 24.04.2015 г.

По данным эхокардиографии (ЭхоКГ): у больного регистрируется гипокинезия задней стенки левого желудочка (ЛЖ). Фракция выброса (ФВ) – 50%.

Лабораторные данные: общий анализ крови (ОАК): эритроциты – 4,5x10¹²/л, гемоглобин (Hb) – 140 г/л, тромбоциты 220x10⁹л-1, эозинофилы – 2%, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 55%, лимфоциты – 31%, моноциты – 9%, скорость оседания эритроцитов (СОЭ) – 23 мм в час; общий анализ мочи (ОАМ): количество – 50,0, цвет желтый, удельный

вес – 1011, белок – 0,01 г/л, лейкоциты – 1-2 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: креатинин – 119,2; АЛТ – 39,6 Ед/л; АСТ – 33,2 Ед/л; мочевины – 5,1 ммоль/л; билирубин общий – 16,1 мкмоль/л; билирубин свободный – 4,7 мкмоль/л; глюкоза – 5,8 ммоль/л; холестерин общий – 5,2 ммоль/л.

На фоне проводимой терапии (β-блокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), электролиты, антиагреганты, статины) в 27.04.2015 г. на мониторе наблюдается АВ блокада II степени 2:1 (рис. 2).

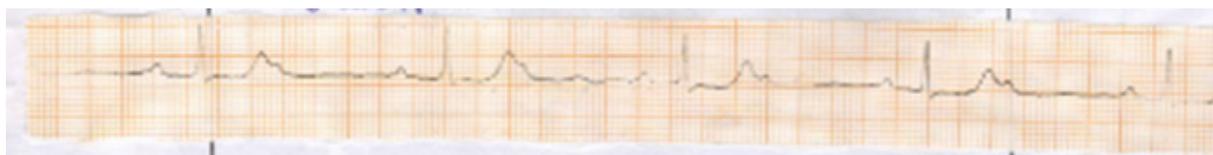


Рис. 2. Ритмограмма от 27.04.2015г – наблюдается АВ блокада II степени 2:1

Далее больной велся с **диагнозом:**

Основной: ИБС; острый трансмуральный инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка

от 23.04.2015 г., ангинозной формы.

Сопутствующий: атеросклероз аорты; хронический гастрит в стадии ремиссии.

Осложнения: ХСН I ф.кл.(NYHA); AV- блокада II степени 2:1 (рис.3).

Учитывая развившуюся АВ-блокаду II степени 2:1, было принято решение отменить β -блокаторы, иАПФ и электролиты. Была проведена

атропиновая проба 0,1% – 1,0 в/в, результаты которой были отрицательными, т.е. эффекта не наблюдалось. Больному установлен временный наружный кардиостимулятор с частотой 80 уд/мин (рис. 3).

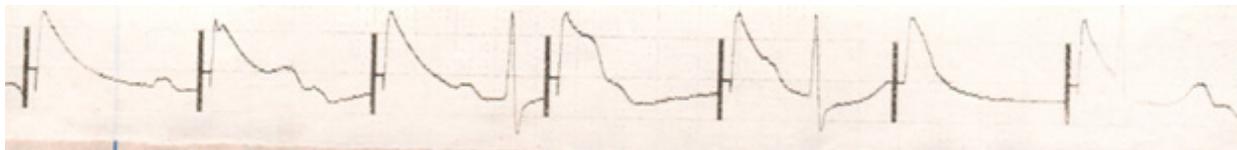


Рис. 3. Ритмограмма после установления кардиостимулятора 27.04.2015 г.

С целью определения характера и степени поражения коронарных артерий и дальнейшей тактики лечения в 27.04.2015 г. в 16:00 больному была проведена коронарография (КГ), в результате проведения которой выявлено: ствол левой коронарной артерии (ЛКА) без сужений; передняя межжелудочковая артерия (ПМЖА) – в проксимальной трети стеноз 50%, в средней трети 80% на границе средней и дистальной

трети стеноз 40%; диагональная ветвь (ДВ) без гемодинамически значимых сужений; огибающая артерия (ОА) – без гемодинамически значимых сужений; ВТК – без гемодинамически значимых сужений; правая коронарная артерия (ПКА) – окклюзия на уровне средней трети ЗМЖВ и ЗБВ, частично заполняются по межсистемным протокам; тип коронарного кровоснабжения – правый (рис. 4).

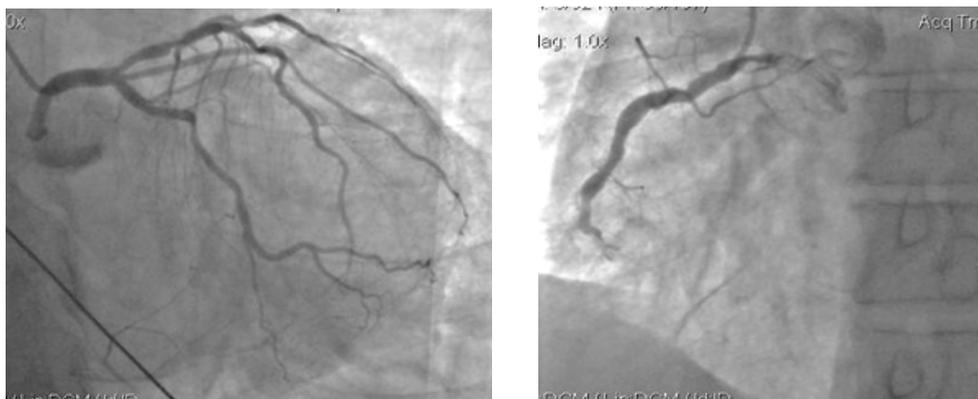


Рис. 4. Коронароангиографический снимок до стентирования

Учитывая обнаруженные изменения коронарных артерий и клиническое течение заболевания с развитием нарушения проводимости, на следующий день (28.04.2015 г.) было принято решение выполнить реканализацию окклюзии ПКА, которую произвели в 14:30. Трансрадиальным доступом катетеризовано устье ПКА проводниковым кате-

тером. Выполнена реканализация средней трети ПКА. Коронарный проводник проведен в дистальную треть ЗМЖВ ПКА. ТЛБАП баллоном 2.0x20 мм с последующим стентированием указанного сегмента двумя стентами Kommander (D – 2,75 мм L – 28 мм), в дистальной трети и Promus Element (D – 3,0 мм L – 38 мм) в средней трети (рис. 5).

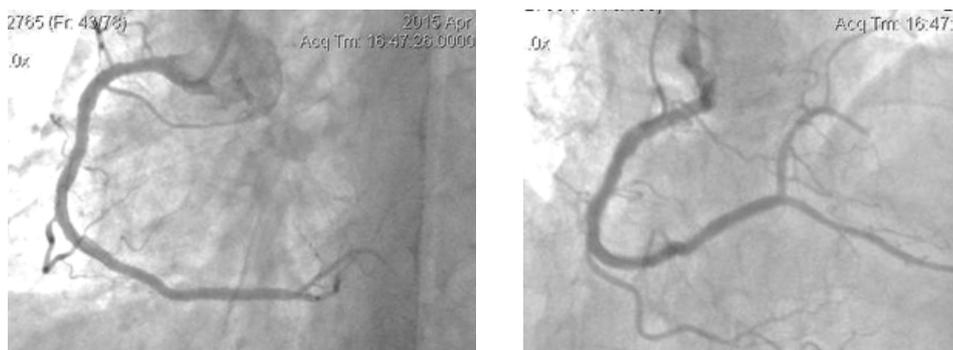


Рис. 5. Коронароангиографический снимок после проведения стентирования

Больной был переведен в ОРИТ. Послеоперационный период протекал без особенностей. На мониторе сразу после стентирования наблюдался синусовый ритм, АВ блокада I-ой степени (рис. 6).

Консервативно пациент получал клопидогрель (плавикс) 75 мг, аторвастатин 20 мг, аспирин 300 мг.

В 18:00 (28.04.2015 г.) был зарегистрирован повторный переход в АВ-блокаду II степени с периодикой Самойлова-Венкебаха (Мобица 1), продолжался до 30.04.15 года (рис. 7).

С 01.05.15 г. на ЭКГ – синусовый ритм с АВ-блокадой 1-ой степени, утром 02.05.15 г. – синусовый ритм без признаков нарушения проводимости. Больной переведен в общую палату (рис. 8).

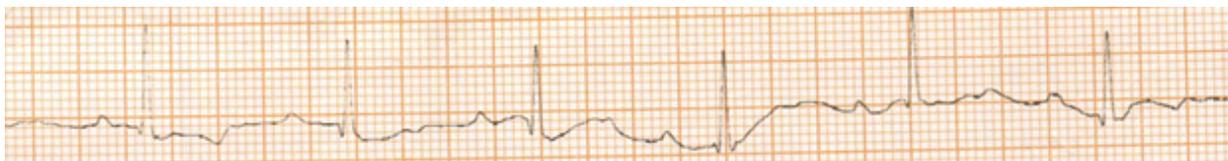


Рис. 6. Ритмограмма после проведения стентирования



Рис. 7. Ритмограмма от 28.04.2015 г. – наблюдается повторный переход в АВ-блокаду II ст.



Рис. 8. Ритмограмма от 2.05.2015 г. – наблюдается синусовый ритм

За время пребывания на стационаре после 02.04.15 г. отрицательной динамики на ЭКГ не выявлено. Состояние существенно улучшилось, по субъективным параметрам больного не беспокоила ангинозная боль и одышка.

По данным повторной эхокардиографии (ЭхоКГ): у больного регистрируется гипокинезия задней стенки левого желудочка (ЛЖ). Гипертрофия левого желудочка. Фракция выброса (ФВ) – 52%, без изменений.

При выписке из стационара лабораторные данные: *общий анализ мочи:* эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин (Hb) – 140 г/л, тромбоциты 220×10^9 /л-1, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 55%, лимфоциты – 31%, моноциты – 9%, скорость оседания эритроцитов – 23 мм в час; *общий анализ мочи:* количество – 50,0; цвет желтый, удельный вес – 1011, белок 0,01 г/л, лейкоциты 1-2 в поле зрения. *Биохимический анализ крови:* креатинин – 119,2 мкмоль/л; АЛТ – 39,6 Ед/л, АСТ – 33,2 Ед/л, мочевины – 5,1 ммоль/л, билирубин общий – 16,1 мкмоль/л, билирубин свободный – 4,7 мкмоль/л, глюкоза – 5,8 ммоль/л, холестерин общий – 5,2 ммоль/л.

Учитывая обнаруженные изменения в передней межжелудочковой ветви левой коронарной

артерии (ПМЖА) – в проксимальной трети стеноз 50%, в средней трети 80% на границе средней и дистальной трети стеноз 40%, планируется стентирование поражённой коронарной артерии через три месяца.

Больной 05.05.2015 г с положительной гемодинамикой выписан домой.

Заключение

Данное клиническое наблюдение демонстрирует случай атрио-вентрикулярной блокады ишемического генеза, при котором была произведена инвазивная реперфузия методом стентирования ишемизированного участка миокарда в области атрио-вентрикулярного узла. Особенностью случая является практически полное восстановление функции проводимости с помощью стентирования в ближайшие сроки после его проведения. В этой связи отмечена необходимость дальнейшего внедрения данного метода при лечении различных форм нарушений ритма и проводимости при ишемической болезни сердца, учитывая аритмогенный эффект практически у всех антиаритмических препаратов, низкую эффективность медикаментозной терапии нарушений проводимости, а также побочные эффекты лекарственных препаратов, с одной стороны, и патогенетический подход и

высокие показатели качества жизни при проведении инвазивного восстановления коронарного русла, с другой стороны.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Беленков Ю.Н., Оганов Р.Г. Кардиология. Клинические рекомендации. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. 848с.
2. Буховец И.Л., Ворожцова И.Н., Лавров А.Г. Прогноз хирургической и эндоваскулярной коррекции коронарного атеросклероза., 2013. 437 с.
3. Джанашия П.Х., Шевченко Н.М., Олишевко С.В. Неотложная кардиология. М.: БИНОМ, 2006. 296 с.
4. Мурашко В.В., Струтынский А.В. Электрокардиография: учебн. пособие для студентов медицинских вузов. М.: МЕДпресс-информ, 2014. 314 с.
5. Недоступ А.В., Благова О.В. Как лечить аритмии. Нарушения ритма и проводимости. М.: МЕДпресс-информ, 2012. 368с.
6. Окорокров А.Н. Диагностика болезней внутренних органов: практическое руководство: Диагностика болезней сердца и сосудов. М.: Медицинская литература, 2009. Т. 6. 464 с.
7. Ройтберг Г.Е., Струтынский А.В. Внутренние болезни. Сердечно-сосудистая система. М.: БИНОМ, 2013. 856 с.
8. Чазов Е.И. Руководство по кардиологии: Заболевания сердечно-сосудистой системы. М.: Практика, 2014. Т. 3. 864 с.
9. Шляхто Е.В., Оганов Р.Г. Кардиология. Национальные клинические рекомендации Всероссийского научного общества кардиологов. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 800 с.

REFERENCES

1. Belenkov Yu. N., Oganov R. G. *Kardiologiya. Klinicheskie rekomendatsii* [Cardiology. Clinical recommendations]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2012. 848p.
2. Bukhovets I. L., Vorozhtsova I. N., Lavrov A. G. *Prognoz khirurgicheskoy i endovaskulyarnoy korrektsii koronarnogo ateroskleroza* [Forecast and endovascular surgical correction of coronary atherosclerosis]. Tomsk, 2013. 437 p.

3. Dzhanaشيya P. Kh., Shevchenko N. M., Olishenko S. V. *Neotlozhnaya kardiologiya* [Emergency cardiology]. Moscow, BINOM Publ., 2006. 296 p.

4. Murashko V. V., Strutynskiy A. V. *Elektrokardiografiya: uchebnoe posobie dlya studentov meditsinskikh vuzov* [Electrocardiography: education. A manual for medical students]. Moscow, MEDpress-inform Publ., 2014. 314 p.

5. Nedostup A. V., Blagova O. V. *Kak lechit aritmii. Narusheniya ritma i provodimosti* [How to treat an arrhythmia. Rhythm and conduction disturbances]. Moscow, MEDpress-inform Publ., 2012. 368 p.

6. Okorokov A. N. *Diagnostika bolezney vnutrennikh organov: prakticheskoe rukovodstvo: Diagnostika bolezney serdtsa i sosudov* [Diagnosis of diseases of internal organs: A Practical Guide: Diagnosis of heart disease and blood vessels]. Moscow, Meditsinskaya literature Publ., 2009. Vol. 6. 464 p.

7. Roytberg G. E., Strutynskiy A. V. *Vnutrennie bolezni. Serdechno-sosudistaya sistema* [Internal illnesses. The cardiovascular system]. Moscow, BINOM Publ., 2013. 856 p.

8. Chazov E. I. *Rukovodstvo po kardiologii: Zabolevaniya serdechno-sosudistoy sistemy* [Manual of Cardiology: cardiovascular system]. Moscow, Praktika Publ., 2014. Vol. 3, 864 p.

9. Shlyaheto E. V., Oganov R. G. *Kardiologiya. Natsionalnye klinicheskie rekomendatsii Vserossiyskogo nauchnogo obshchestva kardiologov* [Cardiology. National clinical guidelines All-Russian Scientific Society of Cardiology]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2014. 800 p.

Сведения об авторах:

Нарзуллоева Адолат Рахматуллоевна – зав. кафедрой кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Ситораи Акбар – аспирант кафедры кардиологии с курсом клинической фармакологии ИПОвСЗ РТ

Раджабзода Музаффар Эмом – директор РКЦК, к.м.н.

Рахматов Бузургмехр Мирзоалиевич – зав. отделением ангиографии РКЦК

Контактная информация:

Нарзуллоева Адолат Рахматуллоевна – тел.: +992 918 61 58 42; e-mail: adolatnarz@mail.ru

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

© Ш.М. Муродова, 2016

УДК 616.34-089;617.07

Муродова Ш.М.

ДИАГНОСТИКА И КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОЛСТОКИШЕЧНОГО СТАЗА

Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Murodova Sh.M.

DIAGNOSTICS AND CONSERVATIVE TREATMENT OF CHRONIC LARGE INTESTINE STASIS

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

Цель исследования. Оптимизация диагностики и консервативного лечения хронического толстокишечного стаза.

Материал и методы исследования. Материалом исследования стали 53 больных, находившихся на консервативном лечении по поводу толстокишечного стаза. Для оценки степени тяжести толстокишечного стаза использован специально разработанный на кафедре алгоритм-опросник.

Результаты. При проведении ирригографии из 53 (100%) больных у 41 (77,3%) пациента выявлено наличие долихосигмы, в 4 (7,5%) случаях – наличие транзверзоптоза в сочетании с долихосигмой, у 8 (15%) больных – сочетание долихосигмы с синдромом Пайра, у 17 (32%) больных – недостаточность баугиниевой заслонки. Исследование желудочно-кишечного тракта, в результате которого отмечалось замедление транзита, в основном в виде задержки в сигмовидной части толстого кишечника, было проведено 33 (62,3%) больным.

Заключение. Для проведения наиболее эффективного консервативного лечения толстокишечного стаза использован специально разработанный алгоритм-опросник, который является важной составной частью для определения тяжести состояния заболевания. Ведущими диагностическими методами выявления различной патологии толстого кишечника являются ирригография и виртуальная колонография. Больным, наряду с назначением слабительных средств, весьма эффективным является назначение препаратов, стимулирующих перистальтику кишечника, витаминотерапия и седативные средства.

Ключевые слова: *долихосигма, диагностика, консервативное лечение*

Aim. Optimization of diagnostics and conservative treatment of chronic colonic stasis.

Materials and methods. During the period from 2014 to 2016 in the Clinical Hospital № 5 on the basis of the Department of General Surgery № 1 of the Tajik State Medical University named after Abuali ibn Sino, we examined 53 patients which were on the conservative treatments.

Results. During the ergography from 53 patients in 41 cases were revealed the presence of dolichosigma, in 4 cases the presence transvezoptoz combined with dolichosigma. in 8 patients a combination dolichosigma with a Payer's syndrome. In 17 patients of the total number of observed failure bauginial flap.

Conclusion. It is very important to use specially designed tables for the diagnostic of chronic colon stasis. Leading instrumental method for detecting various pathological conditions of colon is ergography and virtual colonography. Patients suffering from constipation with the appointment of laxatives is extremely effective prescription stimulate intestinal peristalsis vitamins and sedatives.

Key words: *dolichosigma, diagnostics, conservative treatment*

Актуальность

По данным литературы, во многих странах отмечается тенденция к увеличению числа

людей, страдающих задержкой стула (запорами). Органическими причинами запоров могут быть аномалии развития толстой кишки,

стриктуры, опухоли, острый и хронический геморрой, патологическое состояние ано-ректальной зоны [2]. Запоры органического характера нередко требуют хирургической коррекции [2, 4, 5]. В клинической практике чаще встречаются функциональные запоры, связанные с функциональными нарушениями толстого кишечника. При длительном течении функциональные запоры могут привести к патологическим состояниям как со стороны толстого кишечника (геморрой, появление анальных трещин, язв прямой кишки, недостаточность анального сфинктера, проктиты), так и общим расстройствам организма (интоксикация, общая астенизация и психологические расстройства) [1, 3, 4, 6].

Для сбора анамнестических данных этой категории больных применялись различные

тесты, опросники, анкеты [3, 7], но они полностью не охватывают аспекты ранней диагностики и в последующем своевременного патогенетического лечения толстокишечного стаза.

В разработанном нами алгоритме-опроснике мы объединили и дополнили все ранее встречаемые анкеты для получения более полных и всесторонних анамнестических данных, что позволяет индивидуально подходить к плану обследования и дальнейшего лечения пациентов с толстокишечным стазом.

Материал и методы исследования

За период 2014-2016 гг. в Городской клинической больнице № 5 на базе кафедры общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино нами было обследовано 53 больных, находившихся на консервативном лечении по поводу толстокишечного стаза (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

Возраст	Мужчины	Женщины	Всего
16-20	1 (1,88%)	3 (5,66%)	4 (7,54%)
21-30	2 (3,77%)	3 (5,66%)	5 (9,43%)
31-40	5 (9,43%)	11 (20,75%)	16 (30,18%)
41-50	7 (13,20%)	6 (11,32%)	13 (24,54%)
51-60	3 (5,66%)	5 (9,43%)	8 (15,09%)
61-70	4 (7,54%)	3 (5,66%)	7 (13,20%)
Всего	22 (41,51%)	31 (58,49%)	53 (100%)

При обследовании основные жалобы у больных были на затруднение акта дефекации, ноющие боли в левой подвздошной области, чувство неполного опорожнения кишечника, неприятные ощущения в области анального канала и периодическое кровомазание после акта дефекации. Возраст больных в среднем составил 40 лет с индивидуальными колебаниями от 16 до 70 лет. Основной контингент составили больные, в частности женщины, с толстокишечным стазом в возрасте от 30-50 (52,8%) лет.

С целью объективной диагностики клинической картины, характера и стадии толстокишечного стаза был использован специальный алгоритм-опросник, разработанный на нашей кафедре, что позволило выявить причины толстокишечного стаза и выбрать наиболее эффективные методы консервативного или хирургического лечения толстокишечного стаза с наименьшей затратой времени врача.

Всем больным было проведено полное клиническое обследование, в том числе колоноскопия, ректороманоскопия и ирригография.

Таблица 2

«Алгоритм-опросник»

Жалобы:	Никогда	Иногда	Часто	Постоянно
Твердый стул	–	2 (3,77%)	38 (71,69%)	15 (28,30%)
Частота стула реже 3 раз в неделю	–	10 (18,86%)	14 (26,41%)	29(54,71%)
Ощущение препятствия в прямой кишке	12 (22,64%)	18 (33,96%)	7 (13,20%)	13 (24,52%)

Чувство неполного опорожнения прямой кишки	3 (5,66%)	23 (43,39%)	16 (30,18%)	11 (20,75%)
Болезненность в левой боковой области живота	6 (11,32%)	7 (13,20%)	36 (67,92%)	4 (7,54%)
Асимметрия живота	46 (86,79%)	–	3 (5,66%)	4 (7,54%)
Вздутие живота	5 (9,43%)	27 (50,94%)	13 (24,52%)	5 (9,43%)
Необходимость ручного вспоможения при дефекации	4 (7,54%)	2 (3,77%)	32 (60,37%)	15 (28,30%)
Продолжительное натуживание во время дефекации	–	1 (1,88%)	9 (16,98%)	43 (81,13%)
Нервничаете ли Вы?	–	10 (22,64%)	20 ()	23 (43,39%)
Как давно появились эти симптомы?	6 месяцев 3 (5,66%)	1 год 9 (16,98%)	3 года 28 (52,83%)	5 лет 13 (24,53%)
К врачам каких специальностей Вы обращались?	7 (13,21%) к терапевту 25 (47,16%) к гастроэнтерологу 21 (39,62%) не обращались к врачу ранее			
Какие средства для лечения запора Вы принимали ранее?	31 (58,49%) стимулирующие средства 8 (15,09%) средства, увеличивающие объем каловых масс 14 (26,41%) масляные слабительные			
Какие средства от запора Вы принимаете сейчас?	18 (33,96%) стимулирующие средства 3 (5,66%) средства, увеличивающие объем каловых масс 32 (60,38%) комбинации различных слабительных средств			
Оперативные вмешательства	Геморрой 5 (9,43%)	Трещина 8 (15,09%)	Ректоцеле 3 (5,66%)	

Результаты и их обсуждение

При обработке материала установлено, что у более 94,3% (50) больных было отмечено наличие твердого стула. Все обследованные пациенты отмечали периодическое нарушение акта дефекации в виде уменьшения объема и частоты стула в течение недели. У 38 (72,0%) больных было ощущение препятствия в прямой кишке во время акта дефекации, у 50 (94,3%) - чувство неполного опорожнения кишечника. Часть больных (47 - 89,0%) периодически чувствовали болезненность в левой подвздошной области живота. При осмотре у 7 (13,0%) пациентов отмечалась асимметрия передней брюшной стенки, у 45 (85%) – вздутие живота.

При клиническом исследовании у 51 (96,0%) больного установлены различной степени астено-неврологические признаки нарушения нервной системы. Основные жалобы больных с хроническим толстокишечным стазом приведены в таблице 2.

При проведении дополнительных методов исследования толстого кишечника, в частности при ирригографии, из 53 больных у 41 (77%) пациента выявлено наличие долихосигмы, в 4 (7,5%) случаях - транзверзоптоз в сочетании с долихосигмой, у 8 (15%) больных - сочетание долихосигмы с синдромом Пайра. Из 41 (77%) пациента с диагнозом долихосигмы в сочетании с другим патологическим расположением тол-

стого кишечника еще у 17 (32%) отмечалась недостаточность функции баугиниевой заслонки.

Исследование желудочно-кишечного тракта раствором бария было проведено у 33 (62%) больных, в результате которого установлено замедление транзита и задержка содержимого, в основном в сигмовидной части толстого кишечника.

При проведении колоноскопии из 53 больных у 48 был поставлен диагноз долихосигмы, косвенным признаком которого является дополнительное петлеобразование сигмовидной части толстого кишечника.

Больные с хроническим толстокишечным стазом были разделены на 2 клинические группы, основная – 31(58%) и контрольная – 22 (41%) больных. Всем пациентам было назначено консервативное лечение, которое заключалось в назначении диетотерапии: отказ от кофеинсодержащих продуктов, исключение из рациона хлебобулочных продуктов из муки высшего сорта, употребление бобовых продуктов и гречневых супов; приём молочных продуктов, овощей и фруктов в достаточном количестве; употребление жидкости от 1 до 1,5 литров в

зависимости от массы тела больного; приём по 1 ст. ложке x 3 раза в день пищевых отрубей во время еды и слабительных препаратов, увеличивающих объем каловых масс.

В составе пищевого рациона основной группе, помимо общепринятого консервативного лечения, добавляли: прием 1 стакана (200 мл) кипяченой воды комнатной температуры + 1 ст. ложка мёда утром за полчаса до еды на голодный желудок. Витамины группы В (Нейровега 5,0 мл в/м через день № 14), прозерин по 2,0 в/м № 20, седативные препараты (персен по 1 табл. 1 раз на ночь) в течение месяца. Больные из контрольной группы получали только традиционное лечение.

После проведения консервативной терапии всем больным (через месяц) было проведено исследование транзита желудочно-кишечного тракта бариевой взвесью. Как показало контрастное исследование, улучшился транзит ЖКТ у больных основной группы на 94% (29 больных), у больных контрольной группы – на 64% (14 больных).

Результаты проведенного эффективного консервативного лечения приведены в таблице 3.

Таблица 3

Динамика результатов лечения консервативной коррекции в течение 6 месяцев

Группы больных	Длительность консервативного лечения	Эффективность от проведенной терапии		
		через 1 мес.	через 3 мес.	через 6 мес.
Контрольная (n=22)	1 мес.	14 (64%)	8 (36%)	3 (14%)
Основная (n=31)	1 мес.	29 (94%)	23 (74%)	18 (58%)

Как видно из таблицы, больным, страдающим хроническим толстокишечным стазом, наряду с назначением слабительных средств весьма эффективными является приём препаратов, стимулирующих перистальтику кишечника, седативных средств и витаминотерапия, которые позволяют добиться длительного клинического эффекта

Выводы

1. Хроническим толстокишечным стазом страдают в основном люди трудоспособного возраста, преимущественно женщины.

2. Ввиду деликатности вопроса в большинстве случаев больные с хроническим толстокишечным стазом долгое время (более 3 лет) занимаются самолечением в виде приёма раздражающих слабительных средств, что еще больше усугубляет клинику и отрицательно сказывается на состоянии моторики толстого кишечника.

3. Существующий продолжительное время хронический толстокишечный стаз негативно сказывается на нервной системе больного и часто может вести к депрессивным состояниям.

4. Назначение комплексного консервативного лечения (седативных средств, витаминотерапии и прозерина) положительно влияет на динамику и дает возможность добиться положительных клинических результатов в течении болезни.

ЛИТЕРАТУРА (пп. 3-7 см. в REFERENCES)

1. Карпухин О.Ю., Можанов Е.В. Хирургический подход к лечению хронического толстокишечного //Медицинский альманах. 2010. №1. С. 176-178.

2. Рывкин В.Л., Бронштейн А.С., Файн С.Н. Руководство по колопроктологии. М.: Медпрактика, 2001. 300 с.

REFERENCES

1. Karpukhin O. Yu., Mozhanov E. V. Khirurgicheskiy podhod k lecheniyu khronicheskogo tolstokishechnogo [The surgi-

cal approach to the treatment of chronic colonic]. *Meditinskiy almanakh – Medical almanac*, 2010, No. 1, pp. 176-178.

2. Ryvkin V. L., Bronshteyn A. S., Fayn S. N. *Rukovodstvo po koloproktologii* [Guidelines for coloproctology]. Moscow, Medpraktika Publ., 2001. 300 p.

3. Andersen A., Mc Nauth C., Macfie L., Tring I., Barker P., Mitchell C. Randomised clinical trial of multimodal optimization and standard perioperative surgical care. *British Journal of Surgery*, 2003, Vol. 90, pp. 1497-1504.

4. Beck D.E., Roberts P.L., Saclarides T.J. et al. The ASCRS textbook of colon and rectal surgery. Springer, 2011. 1001 p.

5. Braga M., Vignaly A., Zuliani W. et al. Metabolic and functional results after laparoscopic colorectal surgery: a randomized, controlled trial. *Diseases of the Colon and Rectum*, 2002, Vol. 45, pp. 1070-1077.

6. Senagore A., Duepre H., Delaney C., Brady K., Fazio V. Results of a standardized technique and postoperative care plan for laparoscopic sigmoid colectomy: f 30 month experience. *Diseases of the Colon and Rectum*, 2003, Vol. 46, pp. 503-509.

7. Steel S. R., Mellgren A. Constipation and obstructed defecation. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 2007, Vol. 20, No. 2, pp. 110-117.

Сведения об авторах:

Муродова Шабнам Махмудовна – очный аспирант кафедры общей хирургии №1 ТГМУ

Контактная информация:

Муродова Шабнам Махмудовна – тел.: +992 908888086

