



WWW.IPOVSZRT.TJ/
JOURNAL



ТИПОГРАФИЯ
ООО «АЗИЯ-ПРИНТ»

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

Зарегистрирован в Министерстве культуры Республики Таджикистан № 029/МЧ-97 от 04.12.2017 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 28.06.2018 г.
Подписано в печать 14.07.2018 г.
Формат 60x84 1/8
Печать офсетная
Усл.печ.л. 7,5 (1+1) + 1 у.п.л. (4+4)
Уч. изд. л. 9,85
Заказ № 703

Подписной индекс для предприятий и организаций: 77719

ISSN 2414-0252

ДУШАНБЕ

Паёми таълимоти баъдидипломии соҳаи тандурустӣ

Вестник последипломного образования
в сфере здравоохранения

Выходит один раз в 3 месяца

Основан в 2011 г.

3 • 2018

Сардабир Н.Д. Мухиддинов – д.и.т.

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

А. Ахмедов (член-корр. АМН РТ, д.м.н., профессор, редактор), **С.К. Асадов** (к.м.н., ответственный секретарь), **Г.Г. Ашуров** (д.м.н., профессор, заместитель главного редактора), **С.М. Ахмедов** (д.м.н., профессор), **А.Г. Гоибов** (д.м.н., профессор), **С.Б. Давлатов** (д.м.н., научный редактор), **М.Н. Джураев** (д.м.н.), **К.А. Закирова** (д.м.н.), **Х.И. Ибодов** (д.м.н., профессор), **Т.Ш. Икромов** (д.м.н.), **К.И. Исмоилов** (д.м.н., профессор), **О.И. Касымов** (д.м.н., профессор), **К.М. Курбонов** (д.м.н., профессор), **З.А. Мирзоева** (д.м.н., профессор), **А.М. Мурадов** (академик Российской академии медико-технических наук, д.м.н., профессор), **Мухаммадали Музаффари** (д.ф.н., профессор), **С.М. Мухамадиева** (д.м.н., профессор), **М. Нажмудинова** (д.м.н., профессор), **Ф.И. Одинаев** (д.м.н., профессор), **С.Р. Расулов** (д.м.н.), **З.Я. Рахимов** (к.м.н., доцент), **Р.Р. Рофиев** (к.м.н., доцент), **К.Х. Сироджов** (к.м.н.), **Хамидов Д.Б.** (к.м.н., доцент), **Д.И. Холматов** (д.м.н. доцент), **М.Н. Шакиров** (д.м.н.), **С.М. Шукурова** (член-корр. АМН РТ, д.м.н., профессор)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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



WWW.IPOVSZRT.TJ/
JOURNAL



PRINTING HOUSE
«ASIA-PRINT»

Herald of the institute of postgraduate education in health sphere

Every 3 months Journal

Since 2011

3 • 2018

Chief editor N.D. Mukhiddinov
doctor of medical science

MEMBERS OF EDITORIAL BOARD

A. Akhmedov (Corresponding member of the Academy of medical science of Republic of Tajikistan, doctor of medical science, professor, editor), **Asadov S. K.** (candidate of medical science, executive secretary), **Ashurov G. G.** (doctor of medical science, professor, deputy of general editor), **Akhmedov S. M.** (doctor of medical science, professor), **Goibov A.G.** (doctor of medical science, professor), **Davlatov S. B.** (doctor of medical science, scientific editor), **Dzhuraev M. N.** (doctor of medical science), **Zokirova K. A.** (doctor of medical science), **Ibodov Kh. I.** (doctor of medical science, professor), **Ikromov T. Sh.** (doctor of medical science), **Ismoilov K. I.** (doctor of medical science, professor), **Kasymov O. I.** (doctor of medical science, professor), **Kurbonov K. M.** (doctor of medical science, professor), **Mirzoeva Z. A.** (doctor of medical science, professor), **Muradov A. M.** (academician of the Russian Academy of Medical and Technical Sciences, doctor of medical science, professor), **Muzaffari M.** (doctor of philosophy science, professor), **Mukhamadiyeva S. M.** (doctor of medical science, professor), **Nazhmudinova M.** (doctor of medical science, professor), **Odinaev F. I.** (doctor of medical science, professor), **Rasulov S. R.** (doctor of medical science), **Rakhimov Z. Ya.** (candidate of medical science, docent), **Rofiev R. R.** (candidate of medical science, docent), **Sirodzhov K. Kh.** (candidate of medical science), **Khamidov D. B.** (candidate of medical science, docent), **Kholmatov D. I.** (doctor of medical science, professor), **Shakirov M. N.** (doctor of medical science), **Shukurova S. M.** (Corresponding member of the Academy of medical science of Republic of Tajikistan, doctor of medical science, professor)

EDITORIAL COUNCIL

Azizov A. (doctor of medical science, professor), **Azonov Dzh. A.** (doctor of medical science, professor), **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), **Berdiev R.N.** (doctor of medical science, docent), **Gafarova M.A.** (doctor of medical science, professor; Moscow), **Goibov A.D.** (Corresponding member of the Academy of medical science of Republic of Tajikistan, doctor of medical science, professor), **Gulmuradov T. G.** (corresponding member of Academy of Medical Sciences of Ministry of Public health of Republic of Tajikistan, doctor of medical science, professor), **Dodkhaeva M. F.** (Academician of Academy of Medical Sciences of Ministry of Public health of Republic of Tajikistan, doctor of medical science, professor), **Dodkhoev D. S.** (doctor of medical science), **Dostiev A. R.** (doctor of medical science, professor), **Zoirov P.T.** (Corresponding member of the Academy of medical science of Republic of Tajikistan, doctor of medical science, professor), **Isaeva M.S.** (doctor of medical science, professor), **Ismailov A. A.** (doctor of medical science), **Kamilova M. Ya.** (doctor of medical science, docent), **Karataev M. M.** (doctor of medical science, professor; Bishkek), **Kulzhanov M. K.** (doctor of medical science, professor, Alma-Ata), **Nazarov T. Kh.** (doctor of medical science, professor; St. Petersburg), **Odinaev Sh. F.** (doctor of medical science, docent), **Rakhmonov R. A.** (doctor of medical science), **Rummo O. O.** (doctor of medical science, professor; Minsk), **Sattorov S. S.** (doctor of medical science, professor), **Timofeev I. V.** (doctor of medical science, professor; St. Petersburg), **Kholmatov I. B.** (doctor of medical science, professor)

ISSN 2414-0252

DUSHANBE

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА МЕДИЦИНЫ

THEORY AND PRACTICE OF MEDICINE

- Абдулаев Б.А.**
Рентгенологическая оценка эндодонтического лечения опорных зубов в системе ортопедических конструкций 5
- Абдуллаева М., Джамолов П.**
Распространенность гепатитов В и С среди инъекционно употребляющих наркотики лиц (ключевые группы, подверженные риску инфицирования ВИЧ) 8
- Азизов Б.Дж., Ибодов Х., Икромов Т.Ш., Баиров В.Г., Абдулалиев А., Хамидов И.Х.**
Состояние функции внешнего дыхания у детей с наружными кишечными свищами 13
- Байбабаев А.А.**
Сравнительный анализ особенностей проявления героиновой зависимости у женщин – жительниц города Душанбе и сельской местности 19
- Джураев М.Н., Бокиджонов Г.К., Тавакалов М.М.**
Иммунологические аспекты у больных с поллинозами в условиях севера Таджикистана 23
- Ибрагимова А.А.**
Результаты стоматологического обследования детей с железодефицитной анемией 28
- Касымов О.И., Эмомалиев Д., Муниева С.Х., Салимов Б.М.**
К вопросу терапии больных псориазом 33
- Махмудов Д.Т.**
Результаты усовершенствования основных принципов санации полости рта у лиц с разной привычной двигательной активностью 38
- Мирзоев М.Ш., Шакиров М.Н., Рашидов Х.Т., Григорьев Е.Г.**
Аддитивное стереолитографическое моделирование в челюстно-лицевой хирургии 43
- Одинаев А.А., Икромов Т.Ш., Мурадов А.М., Шумилина О.В.**
Некоторые показатели легочной гемодинамики у детей с преренальной формой острого повреждения почек 51
- Рахматуллоев Р.Р., Рахматуллоев А.Р.**
Роль видеолапароскопии в лечении осложненных форм острого аппендицита 55
- Сабуров С.К., Зарипов А.Р.**
Интегральный показатель результатов ортопедического лечения соматических больных в зависимости от расположения края металлокерамических коронок 59

- Abdulloev B.A.**
X-ray estimation of endodontic treatment of supporting teeth in system of orthopedic design 5
- Abdullaeva M., Jamolov P.**
Prevalence of hepatitis B and C among the persons using injection drugs (key groups supposed by the risk of HIV infection) 8
- Azizov B.J., Ibodov Kh. I., Ikromov T.Sh., Bairov V.G., Abdulaliev A., Khamidov I.Kh.**
The state of the function of external breathing in children with external intestinal fistulas 13
- Baybabaev A.A.**
Comparative analysis of the peculiarities of the heroin dependence in women-residents of Dushanbe and rural areas 19
- Juraev M.N., Bokijonov G.K., Tavakalov M.M.**
Immunological aspects in patients with pollinosis in the north region of tajikistan 23
- Ibragimova A.A.**
Results of dentistry examination of the children with iron-deficient anemic 28
- Kasymov O., Emomaliev D., Munieva S., Salimov B.**
To the issue of treatment of psoriasis 33
- Makhmudov D.T.**
Results of the improvement cardinal principle sanation of oral cavity in patient with different accustomed motor activity 38
- Mirzoev M.Sh., Shakirov M.N., Rashidov Kh.T., Grigoryev E.G.**
Additive stereolithographic modelling in maxillofacial surgery 43
- Odinaev A.A., Muradov A.M., Ikromov T.Sh., Shumilina O.V.**
Some indicaes of pulmonary hemodynamics in children with prerenal form of acute to kidney injury 51
- Rakhmatulloev R.R., Rakhmatulloev A.R.**
The role of videolaparoscope in the treatment of complicated forms of acute appendicitis 55
- Saburov S.K., Zaripov A.R.**
Integral parameters of the results of orthopedic treatment of somatic patients depending on the location of the ceramic metal crowns 59

Саъдиев Р.З., Бердиев Р.Н.

Сложные формы врождённых спинномозговых грыж и их хирургическое лечение 64

Тагаева Ш.О.

Ситуационная оценка качества эндодонтического лечения у пациентов с сочетанным эндодонто-пародонтальным поражением 69

Тимербулатов В.М., Гареев Р.Н., Фаязов Р.Р., Тимербулатов Ш.В., Викторов В.В., Федоров С.В.

Динамика внутрибрюшного давления у пострадавших с травматическими повреждениями органов забрюшинного пространства 73

Токтогонова А.А., Курманова Н.К.

Эффективность долгосрочной госпитализации больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя 80

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Абдурахманова Р.Ф., Иззатов Х.Н., Файзуллоев А.Х., Хасанова Д.М., Ганиев С.К.
Клинический случай рассеянного склероза 84

Кобиллов С.С., Касимова З.Н., Ибрагимов Ш.Т., Холматов И.А., Азамов И.

Успешная интенсивная терапия аспирационного синдрома 88

Каримова М.Т., Амонова Ш.Ш., Нарзулаева З.Р., Романова О.Г.

Пентада Кантрелла 92

Очилзода А.А., Каримов А.О., Очилзода Н.А.

Множественные врожденные пороки развития у 6-летнего ребенка, родившегося от родственного брака 95

Sadiev R.Z., Berdiev R.N.

Surgical treatment of complex shapes of congenital spinalmale hernias

Tagaeva Sh.O.

Situational estimation of quality endodontic's treatments beside patient with combined endo-parodontal defeat

Timerbulatov V.M., Gareev R.N., Fayazov R.R., Timerbulatov Sh.V., Viktorov V.V., Fedorov S.V.

Dynamics of intra-abdominal pressure for patients with the traumatic damages of organs of retroperitoneum

Toktogonova A.A., Kurmanova N.K.

Effectiveness of long-term hospitalization of patients with tuberculosis with multiple drug-resistant stability

CASE FROM PRACTICE

Abdurakhmanova R.Ph., Izzatov Kh.N., Fayzulloev A.Kh., Khasanova D.M., Ganiev S.K.
Clinical case of multiply sclerosis

Kobilov S.S., Kasimova Z.N., Ibragimov Sh.T., Holmatov I.I., Azamov I.

Successful intensive therapy of aspiration syndrome

Karimova M.T., Amonova Sh.Sh., Narzulaeva Z.R., Romanova O.G.

Pentalogy of Cantrell

Ochilzoda A.A., Karimov A.O., Ochilzoda N.A.

Multiple congenital malformaitons in 6-year old child born in blood marriage

ОРИГИНАЛЬНЫЕ НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© Б.А. Абдуллаев, 2018

УДК 616.314.18-002.4

Абдуллаев Б.А.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПОРНЫХ ЗУБОВ В СИСТЕМЕ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ

Кафедра ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Abdulloev B.A.

X-RAY ESTIMATION OF ENDODONTIC TREATMENT OF SUPPORTING TEETH IN SYSTEM OF ORTHOPEDIC DESIGN

Department of Orthopedic Dentistry of the Tajik State Medical University after Avicenna

Цель исследования. Выявление особенностей эндодонтического состояния опорных зубов в системе ортопедических конструкций с использованием рентгенодиагностической методики.

Материал и методы. Изучены рентгенологические закономерности эндодонтического состояния перелеченных корневых каналов опорных зубов с использованием 380 дентальных снимков у 186 ортопедических пациентов.

Результаты. В системе ортопедической конструкции из 46 каналов однокорневых опорных зубов до верхушки было запломбировано 60,9% из них, не до верхушки – 39,1%. В многокорневых опорных зубах значение исследуемых показателей составило соответственно 19,0% и 81,0%.

Заключение. Комплексный анализ эндодонтического состояния опорных зубов свидетельствуют о неудовлетворительном качестве внутрикорневого манипулирования в системе ортопедических конструкций.

Ключевые слова: опорный зуб, эндодонт, канал зуба, верхушка корня, ортопедическая конструкция

Aim. Revealing particularities of the endodontic conditions of supporting teeth in system orthopedic design with using of x-ray diagnostic method.

Materials and methods. Studied x-ray regularities of the endodontic condition treated root channels of supporting teeth using 380 dental picture beside 186 orthopedic patients.

Results. In system of the orthopedic design from 46 channels of singleroot supporting teeth up to top was filling 60.9% of them, not up to top – 39.1%. In manyroot's supporting teeth importance of the under investigation factors has formed accordingly 19.0% and 81.0%.

Conclusion. Got materials under complex analysis of endodontic conditions of the supporting teeth are indicative of unsatisfactory quality innerroot manipulation in system orthopedic design.

Key words: supporting teeth, endodont, channel of teeth, top root, orthopedic design

Актуальность

Несмотря на совершенствование технологий обработки и obturации корневых каналов, после эндодонтического лечения нередко возникают осложнения, приводящие к удалению зубов [1, 3, 5]. Одна из причин неадекватного эндодонтического лечения –

необъективность данных рентгенологического исследования [2, 4].

С учетом изложенного выше, ситуационная оценка эндодонтического состояния опорных зубов в системе ортопедических конструкций определяет актуальность планируемого исследования.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе Учебно-клинического центра «Стоматология» Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибн Сино. Для выявления закономерностей отображения корневых каналов опорных зубов изучены 380 внутриротовые периапикальные рентгенограммы 186 ортопедических пациентов в возрасте 20-50 лет (89 женщин и 97 мужчин; средний возраст - $37 \pm 4,8$ года). Ранее до протезирования дефектов зубных рядов всем пациентам проводилось эндодонтическое лечение опорных зубов в условиях других стоматологических клиник.

Стоматологическое обследование велось по специальной программе с углубленным изучением анамнестических данных. Перед началом рентгенологического обследования всем больным проведен комплекс мероприятий, который включал в себя: физикальное и клиническое обследование органов и тканей полости рта, а также инструментальное обследование.

Полученные результаты исследования анализировались методом вариационной статистики по Стьюденту с помощью компьютерной программы «Statistica 5».

Результаты и их обсуждение

Из общего количества обследованных у 76 человек (40,8%) причиной обращения было повторное протезирование окклюзионных дефектов, другая часть пациентов обратилась по поводу острой (36 человек, 19,4%) или ноющей боли (18 человек, 9,7%) в зубах, расположенных под ортопедическими коронками. Это, в основном, те пациенты, у которых при осмотре опорных зубов были установлены различные осложнения протетического характера, а при диагностической рентгенографии – некачественное пломбирование корневых каналов опорных зубов. Также выявлены удачно вылеченные опорные зубы у 56 пациентов (30,1%), корневые каналы зубов которых запломбированы до физиологической верхушки или с незначительным выведением пломбировочной пасты за верхушку, не имевшие субъективных болевых ощущений после пломбирования.

Среди ранее леченых зубов качество пломбирования корневых каналов пациентов под опорными коронками по данным рентгенографии оказалось неудовлетворительным: корневые каналы были запломбированы не до верхушки или наблюдался отлом инструмента в канале. Так, анализ рентгенологических результатов эндодонтического лечения опорных зубов подтверждает, что из 280 ранее леченых зубов только у 111 из них (39,6%) каналы запломбированы до

верхушки, соответственно, у 169 (60,4%) они запломбированы не до верхушки корня.

При обработке рентгенологических данных по качеству пломбирования каналов опорных зубов мы столкнулись с любопытным фактом: из 169 зубов с плохо запломбированными каналами 105 (62,1%) – однокорневые зубы и 64 (37,9%) – многокорневые. Полученный эндодонтический факт для нас явился неожиданностью по той причине, что однокорневые зубы обычно пломбируются более качественно. Объяснить указанный факт можно исключительно небрежностью специалистов, которые, надеясь на свой опыт, не считают необходимым произвести рентгенологический контроль качества эндодонтического лечения опорных зубов до протезирования.

У 38 пациентов с ортопедическими конструкциями в полости рта рентгенологически было обследовано состояние периодонта 67 опорных зубов, находящихся под металлокерамическими коронками. Как следует из полученных данных, из 46 каналов однокорневых опорных зубов до верхушки запломбировано 28 (60,9%), не до верхушки – 18 (39,1%). При структурном анализе 21 многокорневого опорного зуба полученные данные составили соответственно 4 (19,0%) и 17 (81,0%).

В общей сложности среди обследованных лиц с наличием ортопедических конструкций нами выявлена неудовлетворительная эндодонтическая obturация корневых каналов у 35 зубов, что составляет 52,2%, удовлетворительная obturация среди исследуемых опорных зубов составила 47,8%.

По нашим данным, чаще всего подвергались эндодонтическому лечению каналы опорных зубов у женщин – 89 (47,8%), мужчин – 97 (52,2%) в возрасте от 20 до 55 лет.

Согласно нашему анализу, после эндодонтического лечения «условно» леченых опорных зубов (те зубы, в процессе лечения которых не удалось пройти или расширить один, два или все три корневых канала, а также имевшие отлом инструмента в корневом канале) оказалось 27 (16,0%) из 169. К «условно» леченым зубам относятся и те зубы, в процессе лечения которых было сделано перфорационное отверстие (соответственно 4 зуба; 2,4%). После закрытия перфорационных отверстий стеклоиономерным цементом пациенты не испытывали никаких субъективных болевых ощущений.

При анализе денгальных снимков 280 ранее леченых зубов и сборе анамнеза выяснилось, что отлом инструмента в корневом канале при эндодонтическом лечении опорных зубов наблюдался в 12-ти (4,3%) случаях. При этом, согласно собранному у пациентов анамнезу,

в 3-х случаях (25,0%) были удалены опорные зубы, в 5-ти случаях (41,7%) не удалось удалить инородное тело, в 4-х случаях (33,3%) инородное тело извлечено из корневого канала, что подтвердилось на повторной прицельной рентгенограмме ранее леченого зуба.

В случаях, когда врачам не удавалось удалить инородное тело из корневого канала опорных зубов, пациентам производили трансканальный электрофорез с йодидом калия и пломбировали до отлома инструмента или по проходимости корневого канала пастами (резорцин-формалиновая паста, резодент паста, Форфенан паста, Форедент-паста). В 5-ти опорных зубах с гранулематозной формой периодонтита проводилась резекция верхушки корня, что в дальнейшем служило в качестве опоры под ортопедические конструкции.

При рентгенологическом анализе ранее леченых опорных зубов нас интересовал вопрос: какие зубы подвергаются лечению наиболее часто, а какие – реже? Выяснилось, что наиболее часто подвергаются эндодонтическому лечению первые и вторые моляры верхней и нижней челюстей.

Как свидетельствуют полученные результаты, показатель, характеризующий частоту лечения опорных зубов, среди обследованного контингента больных меняется следующим образом: 36, 25 зубы – по 6,5%; 46 зуб – 5,3%; 16, 26, 47 – по 5,7%; 37 – 4,1%; 27 – 5,5%; 17 – 5,5%; 24 – 4,4%; 14 – 3,7%; 44 – 3,6%; 35, 12 – по 3,5%; 45 – 3,4%; 23 – 3,3%; 13 – 3,0%; 15 – 2,9%; 11 – 2,8%; 21, 34 – по 2,6%; 22 – 2,5%; 32 – 2,3%; 43 – 1,7%; 31 – 1,6%; 42 – 1,2%.

Сегментарное распределение частоты эндодонтического лечения опорных зубов среди обследованного контингента больных выглядит таким образом. Если усредненное значение частоты исследуемого показателя в 1 и 2 сегментах верхней челюсти составило соответственно 8,3% и 9,5%, то в 3 и 4 сегментах этой зоны оно соответствовало 5,4% и 14,7%. На нижней челюсти значение исследуемого показателя составило соответственно 16,3%, 24,1%, 20,3% и 1,4%.

При структурном анализе рентгенологических данных опорных зубов выяснилось, что суммарная частота эндодонтического лечения центральных резцов верхней и нижней челюстей встречается в 6,8% случаев, боковых резцов – в 8,1%, клыков – в 4,8%, первых премоляров – в 15,6%, вторых премоляров – в 17,7%, первых моляров – в 25,9%, вторых и третьих моляров верхней и нижней челюстей – соответственно в 20,6% и 0,5% случаев.

Выводы

1. Полученные данные при комплексном анализе эндодонтического состояния

опорных зубов указывают на недостаточное владение врачами современными технологиями. Напрашивается бесспорный вывод о неудовлетворительном качестве эндодонтического лечения.

2. До протезирования зубов необходимо освоить и совершенствовать современные технологии прохождения корневого канала опорных зубов, их химической обработки и герметизации с использованием соответствующих пломбировочных материалов.

ЛИТЕРАТУРА (пп. 4, 5 см. в REFERENCES)

1. Аржанцев А.П. Методики рентгенологического исследования и рентгенодиагностика в стоматологии. М.: Мегapolis. 2015. 260 с.
2. Герасимова Л.П., Зарипова Н.Р., Верзакова И.Н., Раянова Р.А. Рентгенодиагностика в терапевтической стоматологии. М.: Медицинская книга, 2011. 196 с.
3. Ашуров Г.Г., Мухамедов Ш.Ш. Результаты изучения гидродинамики краевого пародонта витальных и девитальных опорных зубов в системе металлокерамической конструкции // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. Душанбе, 2016. № 3. С. 31-34.

REFERENCES

1. Arzhantsev A. P. *Metodiki rentgenologicheskogo issledovaniya i rentgenodiagnostika v stomatologii* [Method of x-ray studies and x-raydiagnostic in dentistry]. Moscow, Megapolis Publ., 2015. 260 p.
2. Gerasimova L. P., Zaripova N. R., Verzakova I. N., Rayanova R. A. *Rentgenodiagnostika v terapevticheskoy stomatologii* [X-raydiagnostic in therapeutic dentistry]. Moscow, Meditsinskaya kniga Publ., 2011. 196 p.
3. Ashurov G. G., Mukhamedov Sh. Sh. Rezultaty izucheniya gidrodinamiki kraevogo parodonta vitalnykh i devitalnykh opornykh zubov v sisteme metallokeramicheskoy konstruktсии [Results of the study of hydrodynamics marginal parodont of vitally and devitally supporting teeth in system of metalceramic designs]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdavookhraneniya – Herald of the institute of postgraduate education in health sphere*, 2016, No. 3, pp. 31-34.
4. Newman M.G., Takei H., Klokkevold P.R., Carranza F.A. *Clinical Periodontology. Expert Consult 11th edition*, 2011, pp. 823.
5. Omer O. E., Shalabi R. M., Jennings M. A. Comparison between clearing and radiographic techniques in the study of the root-canal anatomy of maxillary first and second molars. *Intern Endod j.*, 2014, Vol. 37, pp. 291-296.

Сведения об авторе:

Абдулаев Бехруз Абдулаевич – соискатель кафедры ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Контактная информация:

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

© Коллектив авторов, 2018

УДК 616.022.7: 616.9 (575.3)

Абдуллаева М., Джамолов П.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕПАТИТОВ В и С СРЕДИ ИНЪЕКЦИОННО УПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАРКОТИКИ ЛИЦ (КЛЮЧЕВЫЕ ГРУППЫ, ПОДВЕРЖЕННЫЕ РИСКУ ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ)

¹Кафедра эпидемиологии и инфекционных болезней медицинского факультета Таджикского Национального Университета

²Общественная организация «СПИН Плюс»

Abdullaeva M., Jamolov P.

PREVALENCE OF HEPATITIS B AND C AMONG THE PERSONS USING INJECTION DRUGS (KEY GROUPS SUPPOSED BY THE RISK OF HIV INFECTION)

¹Department of Epidemiology and Infectious Diseases of the Medical Faculty of the Tajik National University

²The organization «SPIN Plus»

Цель исследования. Определить уровень распространённости гепатитов В и С среди ключевых групп населения, подверженных риску инфицирования ВИЧ и употребляющих наркотики инъекционно.

Материал и методы. Проведено добровольное тестирование 438 представителей групп населения (24% – женщины, 76% – мужчины), употребляющих наркотики инъекционно, в городе Душанбе на определение наличия гепатитов В и С на основе применения единой методологии и использования соответствующего оборудования.

Результаты. Из общего числа обследованных у 230 (52,5%) был обнаружен гепатит типов В и С. Практически каждый второй обследованный из числа лиц, употребляющих наркотические вещества инъекционно, страдает гепатитом С или В, либо их сочетанием. Каждый пятый случай гепатита В диагностировался у женщин, в то время как гепатит С лишь у каждой восьмой.

Заключение. Полученные данные доказывают тезис о высоком уровне распространённости гепатитов В и С и их сочетанных форм среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики. Результаты исследования могут послужить расчетным индикатором для уточнения числа вероятностей заражения в группе риска.

Ключевые слова: гепатиты В и С, наркотики, инъекции, распространённость гепатитов

Aim. To determine the prevalence of hepatitis B and C among key populations at risk of HIV infection and injecting drug users.

Materials and methods. 438 representatives of population groups were voluntary tested (24% female and 76% male) using injecting drugs in Dushanbe city to determine hepatitis B and C based on the use of a single methodology and the use of appropriate equipment.

Results. Of the total number of patients examined, 230 had hepatitis B and C, which was 52.5%. Almost every second person who has surveyed from among persons who inject drugs is suffering from hepatitis C or B, or a combination of them. The largest proportion of women we note among people who have hepatitis B – one out of every five cases was diagnosed in women, while hepatitis C is only in every eighth.

Conclusion. The obtained data prove the thesis about high prevalence of hepatitis B and C and their combined forms among persons who inject drugs. The results of the study can serve as a calculation indicator for the specification of the number of infection probabilities among a group with a high risk of infection, namely among key groups at risk of HIV infection.

Key words: hepatitis B and C, drugs, injections, hepatitis prevalence

Актуальность

Изучение динамики показателей распространенности гепатитов В и С во всех регионах мира за последние десятилетия показывает рост распространения вирусных патологий так называемого «инъекционного» генеза, а именно заболеваний ВИЧ, гепатитов В и С.

Статистика показывает, что заболеваемость гепатитами достигла масштабов эпидемии в некоторых регионах планеты и поэтому требует искоренения наравне с ВИЧ/СПИД. Шесть миллионов людей, потребляющих наркотики инъекционно, живут с гепатитом С, в то время как один миллион наркопотребителей страдает от гепатита В. Более 80% человек, инфицирующихся ВИЧ через инъекции наркотиков, так же заражаются и гепатитом С.

Стремительность распространения, тяжелые и неотвратимые последствия, низкая степень диагностики, хроническое течение, высокие цены на препараты для терапии этих заболеваний, а также абсолютное преобладание пораженных среди молодых и средних возрастных групп населения позволяют расценивать эту группу заболеваний как социально-значимый фактор, влияющий на развитие государства. Многочисленные исследования показывают, что наиболее уязвимыми перед этими инфекциями являются лица, употребляющие инъекционно наркотики, а также лица, живущие с ВИЧ [3]. По данным ООН, если на 2015 год наркозависимость была выявлена у 3% населения планеты, то уже сегодня она составила 5%.



Рис.1. Распространение ВИЧ и гепатитов среди групп риска
(источник: <https://www.spbdnevnik.ru/news/2017-06-26/v-peterburge--molodeyut--narkomany>)

Основными причинами уязвимости по отношению к ВИЧ, гепатитам и ТБ лиц, употребляющих наркотики инъекционно, являются:

- систематическое несоблюдение мер стерильности при проведении инъекций наркотического вещества, в том числе и осуществления практики использования шприца по «кругу»;
- вероятность использования шприца в отдельных экстремальных ситуациях (ломка) без осознания возможности его нестерильности;
- вероятность использования одних и тех же предметов личной гигиены (салфеток, бинтов) при обработке мест инъекций, слизистых оболочек, других раневых поверхностей;
- наличие ВИЧ-положительного статуса у лица, употребляющего инъекционно наркотические вещества, который приводит к снижению иммунной системы в целом; эта же

причина усиливает уязвимость и перед ТБ;

– учитывая рискованное половое поведение лиц, употребляющих наркотики, не исключен и половой путь передачи гепатита С, несмотря на его более низкую вероятность, по сравнению с инъекционным путем.

Важно помнить, что лица, употребляющие наркотики инъекционно, а также отсутствие у них элементарных средств защиты и информированности о путях заражения гепатитами В и С, могут стать реальной угрозой для остального населения [1]. Это связано с недостаточным уровнем знаний и навыков по профилактике гепатитов В и С среди населения в целом. Согласно Заявлению Исполнительного директора управления ООН по наркотикам и преступности Юрия Федотова по случаю Всемирного дня борьбы с гепатитом, важно знать основные риски инфицирования гепатитами В и С (рис. 2).



Рис. 2 Основные пути заражения гепатитами В и С

Как видно из рисунка 2, наиболее значимы четыре основных варианта возможного заражения:

- небезопасные медицинские манипуляции;
- инъекционное употребление наркотиков;
- небезопасный секс;
- передача от матери ребенку.

Также особо тревожным можно расценить и факт того, что 95% людей с гепатитом не знают о своем инфицировании. Основной причиной этого состояния является недоступность тестирования, недостаточная настороженность и информированность в отношении инъекционных гепатитов.

Гепатиты рассматриваются как социально значимые заболевания.

- Гепатит С — это болезнь печени, вызываемая вирусом гепатита С. Этот вирус может вызвать как острую, так и хроническую инфекцию гепатита, которая варьируется по тяжести от легкой болезни, продолжающейся несколько недель, до серьезной пожизненной болезни.
- Во всем мире хронической инфекцией гепатита С страдают 71 миллион человек.
- У значительного числа лиц с хронической инфекцией разовьется цирроз или рак печени.
- Примерно 399 000 человек ежегодно умирают от гепатита С, в основном от цирроза и гепатоклеточной карциномы.
- С помощью противовирусных препаратов можно излечивать более 95% людей с инфекцией гепатита С и таким образом снизить риск смерти от рака и цирроза печени, но доступ к диагностике и лечению является низким.

- В настоящее время вакцины от гепатита С не существует, но в этой области ведутся научные исследования. [2]

Таким образом, основываясь на таких двух важных аргументах, как незнание о своем заражении и наличие высокого риска среди лиц, употребляющих инъекционно наркотики, общественная организация «СПИН Плюс» при поддержке Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ и некоторых международных структур провели тестирование представителей групп лиц, употребляющих инъекционно наркотики, на предмет выявления гепатитов В и С.

Цель исследования

Определить уровень распространённости гепатитов В и С среди ключевых групп населения, подверженных риску инфицирования ВИЧ и употребляющих наркотики инъекционно.

Материал и методы исследования

Было проведено добровольное тестирование 438 представителей групп населения (24% составили женщины и 76% – мужчины), употребляющих наркотики инъекционно, в городе Душанбе на определение наличия гепатитов В и С на основе применения единой методологии и использования соответствующего оборудования. В соответствии с рекомендациями, известно, что для обеспечения репрезентативности данных при проведении количественного исследования является достаточным, если нижняя граница единиц наблюдения будет не ниже 383 (округлённо 400) с целью обеспечения 95% вероятности безошибочного прогноза. Также было уделено внимание распределению по возрасту и полу при формировании выборочной совокупности; оно соответствовало процентному соотношению в генеральной совокупности.

Все обследованные были протестированы после получения до-тестовой консультации и информированного согласия. По результатам тестирования была создана база данных с учетом соблюдения конфиденциальности. Созданная база была обработана в системе Excel.

Результаты и их обсуждение

Тестированию были подвергнуты 438 человек – представители группы лиц, употребляющих инъекционно наркотики (ЛУИН). В ходе исследования также было уделено внимание определению особенностей инфицирования вирусами гепатита В и С в зависимости от пола.

Всего из числа протестированных 24% составили женщины и 76% – мужчины, что в целом объективно отражает структуру групп риска по отношению к приему наркотических инъекционных средств (рис. 3).



Рис. 3. Распределение типов гепатитов в зависимости от пола обследуемых

Исследование четко демонстрирует, что наибольший удельный вес женщин мы отмечаем среди лиц, у которых выявлен гепатит В – каждый пятый случай, в то же время гепатит С – лишь у каждой восьмой. Распределение по полу среди лиц с сочетанными формами аналогично предыдущим показателям – 13,3% и 13,6% соответственно. В целом, по заболеваемости преобладают мужчины. Особенности сочетания ВИЧ и гепатитов также представляют особый интерес для исследователей [2]. Важно определить, имеет ли это какое-либо клиническое значение или же оно обусловлено тем, что в целом мы имеем большее число мужчин в статистической совокупности.

Также для характеристики распространения гепатитов важен возраст больных (рис. 4).

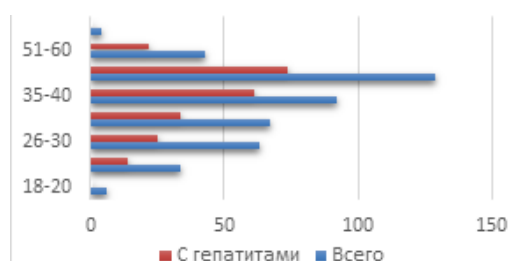


Рис. 4. Распределение обследованных по возрасту и заболеваниям

Изучение возраста респондентов показало, что наибольший удельный вес среди обследованных составляли лица в возрасте от 35-40 и 41-50 лет – соответственно 31,7% и 46,3%. Каждый пятый был представителем возрастной группы 18-29 лет. Такое возрастное распределение в целом является отражением исследуемой группы. Наибольшее число заболевших гепатитами являются представителями возрастной группы 35-50 лет, что, скорее всего, связано с тем, что большинство из данной группы имеют большой опыт применения наркотиков инъекционно и чаще имели рискованное поведение.

Оказалось, что из общего числа обследованных у 230 был выявлен гепатит В и С, что

составило 52,5%. Таким образом, практически каждый второй обследованный из числа лиц, употребляющих наркотические вещества инъекционно, страдает гепатитами С или В или же их сочетанием. Зная эти параметры, мы можем рассчитать приблизительное число инфицированных этой группы, если нам известно общее число ЛУИН. Так, по данным официальной статистики, на 2016 год число лиц, употребляющих героин, в стране составило 5900 человек, что теоретически может означать, что общее число инфицированных гепатитами В или С или их сочетанием в этой группе риска может быть равно 3098 человек.

Анализ показал, что из общего числа гепатитов наибольший удельный вес составили гепатиты С – 82,0%, гепатиты В – 8,0% и сочетанные формы гепатитов В и С – 10% (рис. 5).

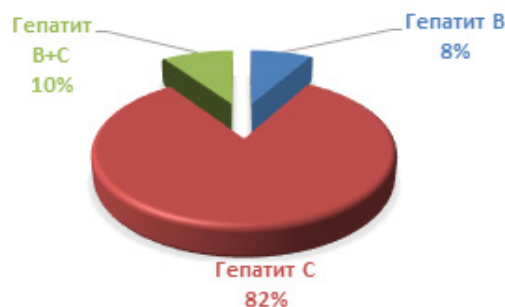


Рис. 5. типы гепатитов

По данным официальной статистики, в 2016 году гепатиты В С были зарегистрированы в 283 случаях – 214 гепатит В и 69 – гепатит С по всей стране. В то же время, у каждого второго из 438 представителей групп риска был обнаружен гепатиты В или С либо их сочетание, т.е. эти данные составили практически такое же число – 230. Это является важной аргументацией о низкой выявляемости гепатитов среди населения в целом, что соответствует общемировым данным (рис. 1).

Кроме того, если проанализировать данные о выявленных видах гепатитов, то окажется, что

среди лиц, употребляющих наркотики, 82% составляют гепатит С, в то же время, по данным среди общего населения, соотношение числа гепатитов В к С абсолютно другое: 214 – гепатит В и 69 – гепатит С, то есть около 25% – это гепатиты С и 75% – гепатиты В. По нашему мнению, этот момент важно изучить более детально.

Полученные данные доказывают тезис о высоком уровне распространенности гепатитов В и С и их сочетанных форм среди лиц, инъекционно употребляющих наркотические вещества. Остается дискуссионным вопрос о том, что частота выявляемости гепатитов В и С значительно разнится с распространенностью их в общей среде населения, и данный факт требует более детального исследования. Настоящее исследование может служить расчетным индикатором для уточнения числа вероятностей заражения среди групп с высоким риском, а именно среди ключевых групп, подверженных риску инфицирования ВИЧ.

Выводы

1. Отнесение к группам повышенного риска по вероятности инфицирования гепатитами В и С лиц, употребляющих инъекционные наркотики, в целом не вызывало сомнений, но ценность исследования заключалась в том, чтобы определить степень риска (вероятности) инфицирования. Из 483 обследованных у каждого второго диагностировано наличие гепатитов С или В либо их сочетанные формы, что является высоко тревожным симптомом. Если использовать этот показатель для определения теоретической вероятности инфицирования гепатитами среди лиц, использующих инъекционные наркотики, то их расчетное число возрастает многократно.

2. Использование расчетных данных будет способствовать формированию более реальных потребностей для приобретения лекарственных средств для лечения гепатитов В и С или же вакцин для профилактики гепатита В.

3. Значительное преобладание инфицирования гепатитом С или же сочетанной формой В и С – 92% среди лиц, употребляющих наркотики, – коренным образом отличается от ситуации общестрановых показателей по данному показателю: там идет обратно соотношение гепатитов В и С, что может стать предметом дальнейшего исследования.

4. Значительная часть лиц из группы риска, у которых диагностированы гепатиты В и С являются мужчинами, что в целом соответствует реальности, так как чаще всего этот вид наркозависимости характерен для этого пола.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдухамедов Н.А. Эпидемия ВИЧ в Таджикистане. Влияние миграции (медиа взгляд) // Здравоохранение Таджикистана.- 2011.- №4.- С.8-9.
2. Кадырова Д.А. К вопросу влияния ВИЧ-инфекции на женский организм // Здравоохранение Таджикистана.- 2011.- №4.- С.27-29.
3. Лысанов Ю.И., Шаманова Л.В. Вирусные гепатиты: распространённость и динамика заболеваемости // Сибирский медицинский журнал.-2011.- №4.- С.110-114.
4. Соболева Н.В., Карлсен А.А. и др. Распространенность вируса гепатита С среди условно здорового населения Российской Федерации // Инфектология.- 2017.- № 9 (2).- С. 56-64.
5. Статистический сборник «Здоровье население и деятельность медицинских учреждений в 2016 году в РТ».- Душанбе, 2017. 367с.

REFERENCES

1. Abdukhamedov N. A. Epidemiyavi VICH v Tadjikistane. Vliyaniye migratsii (media vzglyad) [HIV epidemic in Tajikistan. Influence of migration (media view)]. *Zdravookhraneniye Tadjikistana – Public Health of Tajikistan*, 2011, No. 4, pp. 8-9.
2. Kadyrova D. A. K voprosu vliyaniya VICH-infektsii na zhenskiy organizm [To the question of the impact of HIV infection on the female body]. *Zdravookhraneniye Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2011, No. 4, pp. 27-29.
3. Lysanov Yu. I., Shamanova L. V. Virusnye gepatity: rasprostranennost i dinamika zaboлеваemosti [Viral hepatitis: prevalence and dynamics of morbidity]. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal – Siberian Medical Journal*, 2011, No. 4, pp. 110-114.
4. Soboleva N. V., Karlsen A. A., Rasprostranennost virusa gepatita S sredi uslovno zdorovogo naseleniya Rossiyskoy Federatsii [The prevalence of the hepatitis C virus among the conditionally healthy population of the Russian Federation]. *Infektologiya – Infectology*, 2017, No. 9 (2), pp. 56-64.
5. *Statisticheskiy sbornik "Zdorove naseleniye i deyatelnost meditsinskikh uchrezhdeniy v 2016 godu v RT"* ["Health of the population and the activities of medical institutions in 2016 in the Republic of Tatarstan"]. Dushanbe, 2017. 367 p.

Сведения об авторах:

Абдуллаева Марифат – преподаватель кафедры эпидемиологии и инфекционных болезней Таджикского национального Университета, к.м.н.

Джамолов Пулод – исполнительный директор ООО «СПИН Плюс», руководитель исследования «Распространенности гепатитов В и С среди ключевых групп населения, подверженных риску инфицирования ВИЧ и употребляющих наркотики инъекционно»

Контактная информация:

Абдуллаева Марифат – тел.: +992939332150; e-mail: marifat@list.ru

© Коллектив авторов, 2018

УДК 616.24-073.173;616.34-089.86

Азизов Б.Дж., Ибодов Х., Икромов Т.Ш., Баиров В.Г., Абдулалиев А., Хамидов И.Х.

СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ С НАРУЖНЫМИ КИШЕЧНЫМИ СВИЩАМИ

Кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Azizov B.J., Ibodov Kh. I., Ikromov T.Sh., Bairov V.G., Abdulaliev A., Khamidov I.Kh.

THE STATE OF THE FUNCTION OF EXTERNAL BREATHING IN CHILDREN WITH EXTERNAL INTESTINAL FISTULAS

Department of Pediatric Surgery, Anesthesiology and Reanimatology of the State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"

Цель исследования. Изучить характер нарушений функции внешнего дыхания у детей с наружными кишечными свищами (НКС).

Материал и методы. Функции внешнего дыхания (ФВД) изучены у 128 (40,5%) из 316 больных детей с НКС в возрасте от 7 до 10 лет – 47 (36,7%) и 11-15 лет – 81 (63,7%). Кишечные свищи были врожденными – 7, искусственными – 32, сформированными – 37, несформированными – 52. Нарушения параметров ФВД обнаружены у 97 (75,8%) из 128 больных. Вентиляционная недостаточность (ВН) установлена у 86 (67,2%) из 128 больных.

Результаты. Нарушения газообменных функций легких были связаны с изменениями в аппарате дыхания, то есть со снижением альвеолярной вентиляции, нарушением перфузионно-вентиляционного соотношения, а также с нарушением перфузии альвеол. Нарушение перфузии альвеол у детей с НКС связано с гиповолемией, нарушением микроциркуляции и спазмом сосудов и капилляров легочных сосудов.

Заключение. У больных с НКС степень вентиляционной дыхательной недостаточности зависит от уровня, компенсации, осложнений НКС, активности воспалительного процесса в брюшной полости и наличия хронической ЭИ.

Ключевые слова: функциональное состояние легких, показатели газов крови, наружные кишечные свищи, дети

Aim. To study the violation of the function of external respiration in children with external intestinal fistulas(EIF).

Materials and methods. The functions of external respiration were studied in 128 (40,5%) of 316 patients with EIF. Children were aged between 7 and 10 years - 47 (36,7%) and 11-15 years - 81 (63,7%). Patients with congenital intestinal fistulas were 7, with artificial intestinal fistulae, 7, with artificial - 32, formed - 37, unformed EIF- 52. Violations of the parameters of functions of external respiration were detected in 97 (75,8%) of 128 patients. Ventilation failure was established in 86 (67,2%) of 128 patients.

Results. In the course of the study, it was revealed that the disturbance of the gas exchange functions of the lungs was associated with a change in the breathing apparatus, that is, with a decrease in alveolar ventilation, a violation of the perfusion-ventilation ratio, and a violation of the perfusion of the alveoli. Violation of perfusion of alveoli in children with EIF associated with hypovolemia, a violation of microcirculation and spasm of blood vessels and capillaries of pulmonary vessels.

Conclusion. In patients with EIF, the degree of ventilation respiratory failure depends on the level, compensation, complications of EIF and the activity of the inflammatory process in the abdominal cavity and the presence of chronic endogenous intoxication.

Key words: functional state of lungs, blood gas parameters, external intestinal fistulas, children

Актуальность
Оценка параметров функционального состояния легких у детей с НКС, которым

предстоит оперативное вмешательство, позволяет определить тактику ведения больных и установить истинный объем оперативного

вмешательства, анестезиологического обеспечения и проведения профилактики развития осложнений [1, 2]. При любых заболеваниях уже в самом начале в той или иной степени нарушаются различные функции организма [1, 2, 6]. При ранних нарушениях функций клинические проявления никак не регистрируются, и тогда необходимо прибегать к инструментальным методам исследования, опираясь на получаемые с их помощью функциональные параметры [3, 4, 5].

Нарушения функционального состояния дыхательной и сердечно-сосудистой систем являются одними из основных в организме больных, страдающих хирургическими заболеваниями ЖКТ [7]. Однако выявление этих комплексных нарушений у больных детей с НКС в литературе освещено недостаточно. Поэтому детальное изучение функций дыхания и кровообращения у такого рода пациентов необходимо для правильной постановки диагноза, выбора адекватной предоперационной подготовки, профилактики развития различных интра- и послеоперационных осложнений и для выявления имеющихся функциональных резервов, разработки и назначения в соответствии с этим комплексных лечебных мероприятий [7].

Значительная часть современной анестезиологической практики, по существу, представляет собой прикладную физиологию дыхания. Так, действие наиболее распространенных анестетиков – ингаляционных – зависит от их поглощения и элиминации в легких. Основные побочные эффекты ингаляционных и неингаляционных анестетиков связаны с дыханием. Миорелаксация, необычное положение пациентов на операционном столе и некоторые специальные пособия – все это оказывает глубокое влияние на дыхание [1, 2, 3].

На различных этапах анестезии и операции на ЖКТ у ряда больных детей развиваются различной степени бронхо- и вазоспастиче-

ские (для легочных сосудов) реакции, легочная гипертензия, нарушается микроциркуляция, возникает микроэмболия легочных капилляров и сосудов с последующим развитием синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС), что приводит к развитию тромбгеморрагических осложнений [3, 4, 7]. Подобные осложнения требуют специфической медикаментозной терапии как во время наркоза и операции, так и в ближайшем послеоперационном периоде, что до настоящего времени остается недостаточно изученным.

Материал и методы исследования

Функции внешнего дыхания изучены у 128 (40,5%) из 316 больных с наружными кишечными свищами (НКС). При изучении ФВД у детей с НКС использовали аппараты «Мета-тест» и HelligeCardioSysV3.01 с компьютерной приставкой, так как анализу подвергался клинический материал за период 1996 по 2016 годы. Для объективизации показателей ФВД мы провели корреляционную зависимость, вывели коэффициент, который адаптировали к методам исследования (корреляционный коэффициент = 0,77), что позволило в дальнейшем сопоставить изучаемые параметры ФВД, измеренные разными методами. Параметры ФВД определялись с учетом роста, массы тела, барометрических и температурных условий. Уровень насыщения кислорода определяли с помощью оксигемометра фирмы «DATEX».

Дети были в возрасте от 7 до 10 лет – 47 (36,7%) и 11-15 лет – 81 (63,7%). Больных с врожденными кишечными свищами было 7, с искусственными – 32, сформированными – 37, несформированными – 52. Детей из 1-ой группы было – 32, 2-й группы – 38, 3-й группы – 35 и 4-й группы – 23. Нарушения параметров ФВД обнаружены у 97 (75,8%) из 128 больных. Вентиляционная недостаточность (ВН) установлена у 86 (67,2%) из 128 пациентов (табл. 1).

Таблица 1

Вентиляционная недостаточность у больных с НКС

Виды НКС	Вентиляционная недостаточность									Всего
	обструктивного типа			рестриктивного типа			смешанного типа			
	I	II	III	I	II	III	I	II	III	
Сформированные	7	5	2	6	3	–	2	–	–	25
Несформированные	12	7	4	9	5	–	3	2	2	42
Искусственные	5	3	1	6	3	–	1	–	–	19
ВСЕГО	24	15	7	21	11	–	6		2	86
	46 (53,5%)			32 (37,2%)			8 (9,3%)			100%

Из таблицы следует, что вентиляционная недостаточность наблюдалась у 25 (67,6%) из 37 детей со сформированными НКС, у 42 (80,8%) из 52 больных – с несформированными и у 19 (59,4%) из 32 – с искусственными или лечебными НКС.

Больные с НКС при поступлении с целью предоперационной подготовки и для определения степени ОАР были распределены по шкале АРАСНЕ III с учетом факторов, влияющих на дыхание: частота дыхания (ЧД), температура тела, артериальное давление (АД), частота сердечных сокращений (ЧСС), оксигенации $D(A-a)O_2$, HCO_3^- , определение парциального давления кислорода (PO₂), углекислого газа (PCO₂) в артериальной крови, дыхательный объем (ДО), жизненная емкость легких (ЖЕЛ), общая емкость легких (ОЕЛ), мгновенная объемная скорость при выдохе (МОС₂₅₋₇₅), максимальная вентиляция легких (МВЛ), показатели пневмотахометрии, объем форсированного вдоха (ОФВ), остаточный объем (ОО), функциональная остаточная емкость (ФОЕ), минутный объем дыхания (МОД). В зависимости от времени развития дыхательная недостаточность (ДН) подразделялась на острую и хроническую.

Полученные цифровые данные обработаны с использованием методов вариационной и разностной статистики с вычислением $M \pm m$ и оценкой достоверности результатов по критерию Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

При ВН I степени дыхательный объем (ДО), жизненная емкость легких (ЖЕЛ), общая емкость легких (ОЕЛ), максимальная

вентиляция легких (МВЛ), показатели пневмотахометрии, объем форсированного вдоха (ОФВ), хорошо вентилируемая часть легких (ХВЧЛ), плохо вентилируемая часть легких (ПВЧЛ) оказались сниженными от 80% до 70% от должных (Д), а остаточный объем (ОО), функциональная остаточная емкость (ФОЕ), минутный объем дыхания (МОД) были равны или превышали до 140-150% от должной величины.

У больных с несформированными и сформированными НКС, по сравнению с искусственными свищами, механика дыхания и скоростные показатели статистически достоверно были снижены ($p < 0,05$). Особенно выраженные изменения наблюдались у детей со смешанным типом (рестриктивным и обструктивным) нарушения дыхания (табл. 1).

При ВН II ст. вышеуказанные 6 показателей оказались сниженными от 70 до 60%, а при ВН III ст. – ниже 60%.

Об эффективности легочной вентиляции, а также о соответствии величины вентиляции к объему кровотока (вентиляционно-перфузионное соотношение) принято судить по изменениям коэффициента использования кислорода (КИО₂). Снижение КИО₂ указывает на преобладание вентиляции над кровотоком, повышение его может свидетельствовать о недостаточности вентиляции альвеол по отношению к легочному кровотоку. Изменения КИО₂ в процентах от должной величины у 69 больных были снижены (табл. 2), что указывает на преобладание вентиляции альвеол по отношению к легочному кровотоку с нарушением перфузии альвеол.

Таблица 2

Изменение коэффициента использования кислорода (КИО₂) у больных с НКС

Показатели КИО ₂	Виды НКС		
	сформированные n-25	несформированные n-42	искусственные n-19
Снижение КИО ₂ n-69	22,1±1,4* 23 (33,3%)	25,4±1,6* 34 (49,3%)	20,3±1,1* 12 (17,4%)
Увеличение КИО ₂ n-17	25,9±2,1* 2 (11,8%)	24,5±1,3* 8 (47,0%)	23,8±0,9* 7 (41,2%)

Примечание: * $P < 0,05$; % от общего количества больных в зависимости от изменения КИО₂

Увеличение КИО₂ у 17 больных свидетельствует о недостаточности вентиляции альвеол по отношению к легочному кровотоку, которое более выраженным оказалось у больных с несформированными и искусственными НКС за счет снижения альвеолярной вентиляции и альвеолярной поверхности с сохранением перфузии. Следует отметить,

что нарушение газообменных функций легких у 17 (19,8%) из 86 больных были связаны с изменением в аппарате дыхания, то есть со снижением альвеолярной вентиляции. В то же время у 69 (80,2%) детей нарушения перфузионно-вентиляционного соотношения были связаны с нарушением перфузии альвеол. Последнее, видимо, связано с гипо-

волеимией, нарушением микроциркуляции, спазмом сосудов и капилляров легочных сосудов.

Исследование газов крови – определение парциального давления кислорода (PO₂), углекислого газа (PCO₂) в артериальной или артериализированной капиллярной крови – отражает состояние вентиляции легкого, перфузии и газового обмена организма (табл.

3). Снижение PO₂ и PCO₂ характеризует развитие альвеоло-респираторной дыхательной недостаточности (АРДН) вследствие общей и регионарной гиповентиляции альвеол при неравномерности отношения «вентиляция – кровоток». АРДН по величине снижения PO₂ (гипоксемии) и увеличения PCO₂ разделяется на три степени (по Ю.Ф. Исакову и В.А. Михельсону).

Таблица 3

Состояние газообменных функций легких у детей с НКС

Показатели	Контрольная группа n=20	Сформированные НКС, n=37	Несформированные НКС, n=52	Искусственные НКС, n=32
ЧД, в мин	18±2	24±2,0*	26±2,3*	22±1,6*
ДО, в% от должного	6,6±1,3	22±1,5*	25±1,7*	20±1,0*
РО вд, в % от должного	56,7±2,3	23±1,3*	26±1,5*	21±1,2*
РО выд, в % от должного	28,2±1,9	24±1,0*	25±1,8	23±0,8*
ЖЕЛ/ДЖЕЛ, в %	1500±350	79±1,7*	78±1,9	74±1,4*
МОС ₂₅	84,49±2,34	77,3±2,11***	75,03±2,06**	80,35±1,98
МОС ₅₀	92,35±1,56	84,77±1,67**	79,88±1,93***	88,75±1,83
МОС ₇₅	107,82±2,38	91,43±2,31***	87,77±2,14***	100,60±2,16*
МВЛ (в мин), в % от должного	25-75%	75±3,2*	71±2,3*	77±2,9*
НвО ₂ %	96,3±3,4	95,5±1,7*	94,4±1,5*	97,7±1,8
PCO ₂ мм рт. ст.	40,1±1,9	34,5±1,22	39,6±1,27	32,4±1,12*
PO ₂ мм рт. ст.	91±3,3	79±1,5*	77±1,1*	85±1,7*

Примечание: * – достоверность показателей по отношению между группами и должным значением, p<0,05

I ст. АРДН (умеренная) – снижение PO₂ от 80 до 70 мм рт.ст., увеличение PCO₂ 40-45 мм рт. ст., II ст. АРДН (средняя) – PO₂ от 70 до 60 мм рт. ст. и PCO₂ от 45 до 50 мм рт. ст., III ст. АРДН (тяжелая) – PO₂ ниже 60 мм рт. ст. и PCO₂ выше 50 мм рт. ст.

При изучении газов крови у детей обследуемых групп отмечалось статистически достоверное снижение парциального давления кислорода в капиллярной крови (p<0,05) и увеличение PCO₂ с несформированными и сформированными кишечными свищами, что, видимо, связано с тяжестью и течением воспалительного процесса (табл. 3).

У детей с несформированными НКС PO₂ было снижено в среднем на 8,7±1,7% от

должного. При этом наиболее выраженное (от 15 до 25%) снижение отмечено у 35 детей с абдоминальным сепсисом. У 23 детей со сформированными (12) и несформированными (23) свищами наблюдалась I ст. (15) и II ст. (25) АРДН, поэтому они получали специальную предоперационную подготовку, включающую аэрозоль- и оксигенотерапию. Увеличение PCO₂ отмечалось у 45 детей с осложненными НКС с прогрессирующим перитонитом от 40 до 46 мм рт. ст., у остальных больных было компенсированным, т.е. от 30 до 38 мм рт. ст. (31,2±0,72 мм рт. ст.). У 11 детей механика и скоростные показатели дыхания не были отклонены и составляли не более 15% от должных. У 32 из 52 детей

с несформированными НКС отмечалось снижение ДО, отношение ЖЕЛ к ДЖЕЛ, резервный объем вдоха и выдоха от 25% до 35%. Скоростные показатели (МВЛ, МОС₂₅) у детей с осложненным НКС были снижены от 30% до 48%, что характеризовало нарушение проходимости мелких бронхов. С целью исключения явлений скрытого бронхоспазма 32 больных исследовались до и после вдыхания аэрозоля сальбутамола через 20 минут. При этом у 32 (33%) из 97 детей выявлено улучшение скоростных показателей от 24% до 35% после вдыхания сальбутамола, по сравнению с исходными данными, что свидетельствовало о наличии у них скрытого бронхоспазма. Нарушения механики дыхания у больных с НКС связаны с ограничением подвижности диафрагмы, мышц передней брюшной стенки, эндотоксическим поражением легочных сосудов и гиповолемией.

Исследование газов крови у 86 (80,9%) из 107 детей со сформированными (21), несформированными (51) и искусственными (14) НКС показало более тяжелые изменения, характеризующие I ст. (40), II ст. (27) и III ст. (19) АРДН, у которых показатели PO_2 были снижены от 80 до 65 мм рт. ст. и PCO_2 оказалось увеличенным от 40 до 52 мм рт. ст. Тяжесть изменений газов крови у этих детей была связана со степенью тяжести и распространенности воспалительного процесса, эндогенной интоксикацией (ЭИ), потерей химуса и дисбактериозом. У 47 из 49 больных наблюдались II (25) и III (22) степени хронической ЭИ. Следует отметить, что степени тяжести изменений газов крови, уровень свища, активность воспалительного процесса брюшной полости и наличие абдоминального сепсиса корригировали (корреляционная связь $r=1,9$).

Нами путем пробы с аэрозолем сальбутамола и определением скоростных показателей с помощью спирографии и спирометрии выявлено наличие скрытого бронхоспазма у 32 (33%) из 97 больных.

Таким образом, у 67,2% обследуемых больных наблюдалась различная степень вентиляционной дыхательной недостаточности, что зависело от уровня, компенсации, осложнений НКС и активности воспалительного процесса в брюшной полости с наличием хронической ЭИ. Снижение показателей газов крови, механики дыхания и скоростных показателей (проходимость мелких и средних бронхов) у больных с НКС, по сравнению с должными показателями, достоверно ($p<0,05$) коррелирует ($r=0,654$).

У 33% детей с помощью пробы с сальбутамолом выявлено наличие скрытого бронхоспазма, что дало возможность провести профилактику дальнейшего прогрессирования бронхоспазма.

Выводы

1. У больных с НКС степень вентиляционной дыхательной недостаточности зависит от уровня, компенсации, осложнений НКС и активности воспалительного процесса в брюшной полости в связи с наличием хронической ЭИ.

2. Снижение показателей газов крови, механики дыхания и скоростных показателей (проходимость мелких и средних бронхов) у больных с НКС, по сравнению с должными показателями, достоверно ($p<0,05$) коррелирует.

3. Проба с сальбутамолом дает возможность определить наличие скрытого бронхоспазма с целью его дальнейшей профилактики и лечения.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Авсаджанишвили В.Н., Полунина В.В. Особенности состояния здоровья у детей, страдающих заболеваниями органов дыхания // Вестник Росздравнадзора. 2012. №5. С.37-42
2. Лукина О.Ф. Функция внешнего дыхания у здоровых детей / под ред. А.А. Барановой, Л.А. Щелягинной. М.: Медиа Сфера, 2016. 108 с.
3. Микеров А.Н. Исследование внешнего дыхания при пневмонии // Проблемы особо опасных инфекций. 2012. №1. С.81-83.
4. Никулина В.А., Бондаренко О.А., Макаревич А.М., Агапова О.М. Исследование функций внешнего дыхания // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. 2013. №49. С. 30-32.
5. Фурман Е.Г., Ярулина А.М., Софронова Л.В. Состояние функции внешнего дыхания и дыхательной мускулатуры у детей с ожирением // Педиатрическая фармакология. 2015. № 12(2). С. 143-147.
6. Хомич М.М., Юрьев В.В. Оценка спирометрических показателей у детей // Детская медицина Северо-Запада. 2012. Т.3, №1. С. 20.
7. Чупакова Л.В. Сезонные изменения показателей легочной вентиляции у детей старшего школьного возраста уроженцев Европейского Севера // Бюллетень Северного государственного медицинского университета. 2011. № 2. С. 62 - 63.

REFERENCES

1. Avsadzhanishvili V. N., Polunina V. V. Osobnosti sostoyaniya zdorovya u detey, stradayushchikh

zabolevaniyami organov dykhaniya [Features of the state of health in children with respiratory diseases]. *Vestnik Roszdravnadzora – Herald of Federal Service for Surveillance in Healthcare*, 2012, No. 5, pp. 37-42.

2. Baranova A.A., Lukina O. F. Sschelyaginnia L. A. *Funktsiya vneshnego dykhaniya u zdorovykh detey* [Function of external respiration in healthy children]. Moscow, Media Sfera Publ., 2016. 108 p.

3. Mikerov A. N. Issledovanie vneshnego dykhaniya pri pnevmonii [Investigation of external respiration in pneumonia]. *Problemy osobo opasnykh infektsiy – Problems of especially dangerous infections*, 2012, No.1, pp. 81-83.

4. Nikulina V. A., Bondarenko O. A., Makarevich A. M., Agapova O. M. Issledovanie funktsiy vneshnego dykhaniya [Investigation of the functions of external respiration //]. *Byulleten fiziologii i patologii dykhaniya – Bulletin of physiology and pathology of respiration*, 2013, No. 49, pp. 30-32.

5. Furman E. G., Yarulina A. M., Sofronova L. V. Sostoyanie funktsii vneshnego dykhaniya i dykhatelnoy muskulatury u detey s ozhireniem [The state of function of external respiration and respiratory muscles in obese children]. *Pediatricheskaya farmakologiya – Pediatric Pharmacology*, 2015, No. 12 (2), pp. 143-147.

6. Khomich M. M., Yurev V. V. Otsenka spirometricheskikh pokazateley u detey [Evaluation of spirometric indicators in children]. *Detskaya meditsina Severo-Zapada – Children's medicine of the North-West*, 2012, Vol. 3, No. 1, pp. 20.

7. Chupakova L. V. Sezonnnye izmeneniya pokazateley legochnoy ventilyatsii u detey starshego shkolnogo

vozrasta urozhentsev Evropeyskogo Severa [Seasonal changes in the parameters of pulmonary ventilation in children of senior school age of natives of the European North]. *Byulleten Severnogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta – Bulletin of the Northern State Medical University*, 2011, No. 2, pp. 62 - 63.

Сведения об авторах:

Азизов Бахром Джурахонович – зав. кафедрой детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н., доцент

Икромов Турахон Шарбатович – ассистент кафедры детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н.

Ибодов Хабибулло – профессор кафедры детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н.

Абдулалиев Абдулали – врач детский анестезиолог-реаниматолог ГУ «Комплекс здоровья Истиклол», к.м.н.

Хамидов Исмоил Хамидович – врач детский хирург ГУ «Комплекс здоровья Истиклол»

Баиров Владимир Гиреевич – главный научный сотрудник НИИ хирургии врожденной и наследственной патологии, д.м.н., профессор

Контактная информация:

Азизов Бахром Джурахонович – тел.: +992900030303; e-mail: dr.azizov@mail.ru

Байбабаев А.А.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЕРОИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЖЕНЩИН – ЖИТЕЛЬНИЦ ГОРОДА ДУШАНБЕ И СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Кафедра психиатрии и наркологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Baybabaev A.A.

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE PECULIARITIES OF THE HEROIN DEPENDENCE IN WOMEN – RESIDENTS OF DUSHANBE AND RURAL AREAS

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

Цель исследования. Сравнительный анализ особенностей проявления героиновой зависимости у женщин - жительниц города Душанбе и сельской местности.

Материал и методы. Клинико-катамнистически и статистически исследовано 50 женщин - жительниц г. Душанбе, страдающих героиновой наркоманией и находившихся на стационарном лечении в Республиканском клиническом центре наркологии. Контрольную группу составили 50 наркозависимых женщин, проживающих в районах республиканского подчинения (РПП).

Результаты. Если выявленные сравнительные социо-демографические различия в группе наркозависимых женщин из числа сельских жительниц, в частности отсутствие наследственной отягощенности наркоманией со стороны матери, отсутствие в группе наркозависимых старше 45 лет, сравнительно небольшое число безработных и лиц, занятых в сфере умственного труда, по сравнению с основной группой, объясняется особенностями образа жизни в сельской местности, то различия таких клинико-динамических характеристик, как высокий удельный вес больных с умеренно- и вялопрогредиентным темпами формирования болезни, относительно более длительные сроки роста толерантности от времени систематического потребления героина, отсутствие непрерывной наркотизации среди сельских наркозависимых женщин свидетельствуют о потреблении ими менее «качественного» героина и относительной малой доступностью наркотика в сельской местности, по сравнению с городом.

Заключение. Выявленные особенности проявления героиновой наркозависимости среди городских и сельских жительниц диктуют необходимость дифференцированного подхода к проведению мер профилактики и оказанию наркологической помощи этому контингенту населения.

Ключевые слова: героиновая наркомания, женская наркозависимость, психическая зависимость, абстинентный синдром

Aim. The purpose of this work was to conduct a comparative analysis of the characteristics of the manifestation of heroin dependence in female residents of Dushanbe and rural areas.

Materials and methods. We clinico-catamnistically and statistically investigated 50 female residents of Dushanbe, who suffer from heroin addiction and were hospitalized at the Republican Clinical Narcology Center of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan. The control group consisted of 50 drug dependent women living in areas of republican subordination (DRS).

Results. If the revealed comparative socio-demographic differences in the group of drug dependent women from among rural women, in particular the absence of a hereditary burden of drug addiction on the part of the mother, the absence of drug addicts over 45 in the group, the comparatively small number of unemployed and persons engaged in mental work, compared to the main group due to the peculiarity of the way of life in rural areas, the differences in such clinical and dynamic characteristics, as a high proportion of patients with a moderately sluggish progredient rate

of disease formation, relatively longer periods of increasing tolerance from the time of systematic heroin use, the lack of continuous narcotization among rural drug dependent women testify to their consumption of less «high-quality» heroin and relative inaccessibility of the drug in rural areas as compared to with the city.

Conclusion. The revealed features of the manifestation of heroin addiction among urban and rural residents dictate the need for a differentiated approach to the implementation of preventive measures and the provision of drug treatment.

Key words: heroin addiction, female drug addiction, mental dependence, withdrawal syndrome

Актуальность

Несмотря на заявленные в ряде исследований [1, 2, 4] происшедшие существенные изменения в структуре, клинике и течении героиновой наркомании, до сих пор не выявлены мотивирующие установки, способствующие формированию специфических черт ранней женской наркотизации. Немногочисленные исследования [3, 4, 5] указывают, что клинические проявления наркомании у женщин отличаются быстрым переходом на систематический прием наркотика, ускоренным возрастанием толерантности, сильной выраженностью зависимости и компульсивного влечения к наркотикам, преобладанием прогрессивного темпа течения заболевания, превалированием аффективных, тревожных и панических расстройств, низкой самооценкой, низкой частотой ремиссий и высокой частотой рецидивов. Наряду с этим, изучение особенностей клинического проявления героиновой наркомании у женщин в зависимости от места проживания является весьма актуальной проблемой.

Поэтому мы провели сравнительный анализ особенностей проявления героиновой наркомании у городских и сельских жительниц Таджикистана на примере города Душанбе и районов республиканского подчинения.

Материал и методы исследования

Нами клинико-катамнистически и статистически исследовано 50 городских жительниц, страдающих героиновой наркоманией. Контрольную группу составили 50 наркозависимые женщины, проживающие в районах республиканского подчинения (РРП) Таджикистана.

Учитывая влияние условий проживания на некоторые аспекты женской героиновой наркомании, нами проведен сравнительный анализ группы наркозависимых женщин, проживающих в г. Душанбе, с группой наркозависимых из сельской местности. Сравнение проводилось по таким показателям, как: мотивы начала потребления наркотика, наследственная отягощенность алкоголизмом и наркоманией, возрастная структура, уровень образования, сфера деятельности,

семейный статус, брачность и детность, сроки формирования зависимости.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась общепринятыми методами с использованием персонального компьютера hp 4540, программ Microsoft Word; Microsoft Excel.

Результаты и их обсуждение

Подавляющее большинство обследованных нами городских женщин основным мотивом начала употребления наркотика считают вовлечение сексуальным партнером – мужем или сожителем, употребляющим героин (30,0%). Среди других мотивов начала наркопотребления отмечают следующие стремления: заглушить драму семейной жизни (24%), подчинение (12,7%), подражание (8,7%), любопытство (14,0%), стремление к новым ощущениям (10,6%). Исследование наследственной отягощенности показало, что среди городских наркозависимых женщин отягощенность алкоголизмом отца имела у 32,0%, в то время как наркоманию у отца отметили лишь 2,6% опрошенных. Отягощенность по линии матери составила 8,7% – у городских и 1,4% – у сельских больных. Среди сельских больных наследственная отягощенность алкоголизмом отца выявлена у 17,8%, а наркоманией отца – у 1,8%.

Сравнительный анализ возрастной структуры обследованных показал, что, в отличие от основной группы, в группе сравнения женская наркомания распространена в возрастном диапазоне 20-24 лет. Наркомания среди женщин 25-29 лет, 30-39 лет особо не различалась и находилась в пределах от 12,0% до 22,0% и составляла соответственно 19,0%; 15,0%; 17,0%; 11,0%. Следует отметить, что среди обследованных сельских наркоманок не было лиц старше 40 лет.

Анализ уровня образования выявил, что среди проживающих в сельской местности в основном превалировали лица со средним и средне-специальным образованием. Причём совокупный удельный их вес превышал на 16% аналогичный показатель, который мы наблюдали среди городского контингента. На втором месте стояли наркоманки, имевшие незаконченное высшее образование

(5,0%). Необходимо отметить, что лиц, имевших высшее образование, среди сельских жительниц было более чем в 6 раз меньше (2,0%), по сравнению с основной группой.

Анализ сферы деятельности контингента групп сравнения показал, что основную массу героиновых наркоманок также как и в основной группе составили работницы физического труда. В то же время их удельный вес на 20,1% превышал аналогичный показатель, обнаруженный среди городских жительниц.

Анализ семейного статуса женщин показал, что в обеих группах преобладали разведенные женщины (74,0%). Удельный вес состоящих в браке и незамужних был одинаковым и составлял по 12,0%. При этом, в отличие от основной группы, у всех разведенных и замужних брак был первым. Этот факт, возможно, объясняет низкий показатель детности среди этой категории лиц. Так, нами установлено, что среди всех обследованных преобладали женщины, не имевшие детей (56,0%), одного ребенка имели 44,0%.

Проведенный нами анализ формирования психической зависимости среди обследованного контингента городских женщин показывают, что большинство (24,1%) указали на одномесичный срок формирования у них наркотической зависимости. Следует отметить, что удельный вес обследованных с длительностью эпизодического употребления героина в 2, 3, и 4 месяца был практически одинаковым и составил соответственно 16,4%, 14,9% и 14,9%. Процент указавших на формирование зависимости сроком 6 месяцев и более резко снижается. Так, удельный вес наркоманок с длительностью эпизодического употребления героина 9 месяцев и 1 год составил всего лишь по 1,6%. Однако необходимо отметить, что если у всех обследованных сельских наркозависимых женщин систематическому употреблению героина предшествовал его эпизодический приём, то из общего количества городских обследуемых 52,9% начали употреблять героин, минуя стадию эпизодического употребления. Этому способствовало то, что в начале женщины были менее информированы о дозах и способах введения наркотика. Длительное время после начала наркотизации они не умели самостоятельно делать внутривенные инъекции, не знали, где можно достать наркотики и в связи с этим большинство снабжались сексуальными партнёрами, которые являлись потребителями инъекционных наркотиков. Среди сельского населения преобладали обследованные, у которых срок наркозависимости составлял от 3 до 6 месяцев. Далее следовали наркопотребители со сроком формирования

наркозависимости в 1-2 месяца и 7-9 месяцев – соответственно 9,0%; 7,0% и 6,0%; 5,0%. Наряду с увеличением срока формирования болезни удельный вес обследованных уменьшался и к 1 году составил всего 2,0%. Высокий удельный вес больных с умеренно-прогредиентным и вяло-прогредиентным темпами формирования болезни в сельской группе, по нашему мнению, обусловлен наличием повышенного процента наполнителей в употребляемом ими героине и малой доступностью наркотика в сельской местности, по сравнению с городом. У 44,7% городских наркозависимых психическая зависимость сформировалась после первой пробы наркотика. У оставшихся 55,3% болезненность сформировалась на протяжении 4 недель. При этом нами отмечено постепенное нарастание числа заболевших. Так, если удельный вес тех, у кого психическая зависимость сформировалась на первой неделе, составлял 12,0 %, то после трёх недель использования наркотика этот показатель возрстал на 5,3 %, составив 17,3%. У преобладающего большинства обследованных из сельской местности срок формирования психической зависимости составлял от 2-х до 4-х недель. Лишь у 8,0% психическая зависимость сформировалась после первой пробы наркотика. У 65,3% городских обследованных толерантность нарастала уже на 1-2 неделе с момента начала систематического приёма героина, у 21,0% обследованных она сформировалась на 3-4 неделе. У 7,6% устойчивость к действию наркотика сформировалась в более поздние сроки, через 1,5-2 месяца. Самый низкий процент обследуемых – это те, у которых толерантность была сформирована в более длительные сроки – от 3 месяцев до 1 года (6,1%). По данным наших исследований, в среднем, максимальное нарастание толерантности среди обследуемых женщин отмечено через 2 года от начала систематического употребления героина. Следует отметить, что снижение толерантности среди обследуемых нами героинозависимых не отмечалось. В отличие от городских, среди сельских наркозависимых рост толерантности отмечается в более длительные сроки от времени начала систематического употребления героина (что также, по-видимому, обусловлено «качеством» потребляемого героина). Так, у большинства обследованных (58,0%) рост толерантности приходится на 3-8 неделю систематического употребления героина. У 22,0% обследованных максимальный рост толерантности отмечен в период свыше 2-х месяцев, до 1 года. Лишь у 20,0% рост толерантности отмечен в период 1-2 недели от начала систематического употребления наркотика. У обследованных

городских жительниц сроки формирования абстинентного синдрома составили от 1 недели до 6 месяцев. При этом у большинства (58,0%) первые признаки абстинентного синдрома отмечались в течение первых четырёх недель систематического употребления наркотика. Необходимо отметить увеличение числа женщин с формированием абстинентного синдрома в течение первых четырёх недель систематического употребления героина. Начиная с 5 недели, отмечается снижение числа женщин с более поздним сроком формирования абстинентного синдрома. Из-за непрерывной наркотизации у 12,0% обследуемых женщин сроки формирования абстинентного синдрома определить не удалось. В группе сравнения также отмечено формирование абстинентного синдрома, в основном, в первые четыре недели. При этом характерного нарастания, как в основной группе, не установлено. Превалировали обследованные со сроком формирования абстинентного синдрома на 3-4 неделе (34,0%). В отличие от городских героинозависимых, у сельских сроки формирования абстинентного синдрома были определены у всех, т.е. ни у одной из обследованных непрерывной наркотизации не отмечено.

Заключение

Таким образом, выявленные сравнительные социо-демографические различия в группе наркозависимых женщин из числа сельских жительниц, в частности отсутствие наследственной отягощенности наркоманией со стороны матери, отсутствие в группе наркозависимых старше 45 лет, сравнительно небольшое количество неработающих и лиц, занятых в сфере умственного труда, по сравнению с основной группой, объясняются особенностями образа жизни в сельской местности. Различия таких клинико-динамических характеристик, как высокий удельный вес больных с умеренно и вялопрогредиентными темпами формирования болезни, относительно более длительные сроки роста толерантности от времени систематического потребления героина, отсутствие непрерывной наркотизации среди сельских наркозависимых жительниц свидетельствуют о потреблении ими менее «качественного» героина и относительно малой доступности наркотика в сельской местности, по сравнению с городом. Выявленные особенности проявления героиновой наркозависимости среди городских и сельских жительниц диктуют необходимость дифференцированного подхода к проведению мер профилактики и оказания им наркологической помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Макарова О.Ю. Проблемы противодействия наркомании в студенческой среде (на основе опыта США) // *Фундаментальные исследования*. 2013. № 4. С.688-691.
2. Михайлов М.А. Концепция патологического влечения как основа изучения зависимого поведения // *Вестник Орловского государственного университета*. Серия: Новые гуманитарные исследования. 2012. № 7. С.139-144.
3. Рыбакова Л.Н. Социальная терапия наркозависимых в Германии // *Вопросы наркологии*. 2013. № 3. С.100-111.
4. Тормосина Н.Г. Психологическое исследование гендерных и возрастных особенностей аутодеструктивного поведения // *Вестник Университета (Государственный университет управления)*. 2013. № 19. С.299-303.
5. Царахова Н.В. Наркомания как особая форма девиации поведения основы социокультурного анализа // *Известия Сочинского государственного университета*. 2013. № 4. С.85-88.

REFERENCES

1. Makarova O. Yu. Problemy protivodeystviya narkomanii v studencheskoy srede (na osnove opyta SSHA) [Problems of counteraction of drug addiction in the student's environment (Based on the experience of the USA)]. *Fundamentalnye issledovaniya – Basic research*, 2013, No. 4, pp. 688-691.
2. Mikhaylov M. A. Kontseptsiya patologicheskogo vlecheniya kak osnova izucheniya zavisimogo povedeniya [The concept of pathological attraction as a basis for the study of dependent behavior.]. *Vestnik Orlovskogo gosudarstvennogo universiteta – Herald of the Orel state University*, 2012, No. 7, pp.139-144.
3. Rybakova L. N. Sotsialnaya terapiya narkozavimymykh v Germanii [Social therapy of drug addicts in Germany]. *Voprosy narkologii - Questions of narcology*, 2013, No. 3, pp. 100-111.
4. Tormosina N. G. Psikhologicheskoe issledovanie gendernykh i vozrastnykh osobennostey autodestruktivnogo povedeniya [Psychological study of gender and age features of self-destructive behavior]. *Vestnik Universiteta (Gosudarstvennyy universitet upravleniya) – Herald of University (State University of management)*, 2013, No. 19, pp. 299-303.
5. Tsarakhova N. V. Narkomaniya kak osobaya forma devyatsii povedeniya osnovy sotsiokulturnogo analiza [Drug addiction as a special form of behavioral deviation fundamentals of socio-cultural analysis]. *Izvestiya Sochinskogo gosudarstvennogo universiteta – Proceedings of the Sochi State University*, 2013, No. 4, pp. 85-88.

Сведения об авторе:

Байбабаев Абдувахид Абдулвахобович – зав. кафедрой психиатрии и наркологии ИПОвСЗ РТ, к.м.н., доцент

Контактная информация:

Байбабаев Абдувахид Абдулвахобович – тел.: + 992 918 67 68 46

Джураев М.Н., Бокиджонов Г.К., Тавакалов М.М.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ У БОЛЬНЫХ С ПОЛЛИНОЗАМИ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА ТАДЖИКИСТАНА

Кафедра клинической аллергологии и иммунологии ИПОвСЗ РТ

Juraev M.N., Bokijonov G.K., Tavakalov M.M.

IMMUNOLOGICAL ASPECTS IN PATIENTS WITH POLLINOSIS IN THE NORTH REGION OF TAJIKISTAN

Department of Clinical Allergology and Immunology of the State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"

Цель исследования. Изучить изменения со стороны клеточно-гуморального иммунитета при поллинозах в условиях севера Таджикистана.

Материал и методы. Работа выполнена на основе клинического и иммунологического обследования 43 больных в возрасте от 25 до 35 лет. Мужчин было 28 (65,1%), женщин – 15 (34,9%). Контрольная группа – 11 здоровых людей.

Результаты. Поллинозы в условиях севера Таджикистана проявлялись сезонным ринитом в сочетании с трахеобронхитом у 18 пациентов, аллергическим рино-конъюнктивитом – у 10, бронхиальной астмой – у 15, аллергическим рино-конъюнктивитом в сочетании с крапивницей и отеком Квинке – у 4. Средний уровень IgE в сыворотке крови у больных с различными клиническими вариантами поллинозов составлял $376,7 \pm 170,4$ МЕ/л. Уровни Ig A, Ig M и Ig G при сезонном рините и рино-конъюнктивальном синдроме были снижены, что, возможно, связано с длительным течением острого периода и давностью заболевания. При бронхиальной астме отмечалась тенденция к увеличению Ig G.

Заключение. При различных клинических вариантах поллинозов под влиянием климато-географических условий в организме больного развиваются серьезные нарушения иммунитета, которые зависят от тяжести и давности заболевания. Развитие поллиноза сопровождается повышением уровня общего IgE в сыворотке крови, снижением содержания Е-РОК, повышением уровней Ig M, Ig G, ЦИК при пыльцевой астме.

Ключевые слова: клеточно-гуморальный иммунитет, поллиноз

Aim. To study changes in cellular humoral immunity in pollinosis in Northern Tajikistan.

Material and methods. The study was performed on the basis of clinical and immunological examination of 43 patients aged 25 to 35 years. The study covered 28 men (65,1%) and 15 women (34,9%). Control group were 11 healthy patients.

Results. Pollinosis in Northern Tajikistan manifested with seasonal rhinitis in combination with tracheobronchitis in 18 patients, with allergic rhinoconjunctivitis in 10 patients, with bronchial asthma in 15 patients, allergic rhinoconjunctivitis in combination with in combination with urticaria and edema Quincke in 4 patients. The average IgE level in blood serum among patients with different clinical variants of pollinosis was $376,7 \pm 170,4$ IU/l. The levels of Ig A, Ig M and IgG in the seasonal rhinitis and rhinoconjunctivitis syndrome was reduced, which is possibly related to a prolonged course of acute period and disease duration. In bronchial asthma there was a tendency to increase IgG.

Conclusion. In the various clinical variants of the pollenosis under the influence of climatic and geographical conditions, in the patient's body a serious immunity disorders is developing that depend on the severity and duration of the disease. The development of pollinosis is accompanied by an increase in the level of total IgE in blood serum, a decrease in the content of the e-POK, an increase in the levels of ID M, IgG, CIC in pollen asthma.

Key words: cellular humoral immunity, pollinosis

Актуальность

В последние десятилетия наряду с неуклонным ростом аллергических заболеваний и более тяжелым их течением отмечается увеличение удельно веса сочетанных форм аллергической патологии [1].

Значительное место в структуре аллергических заболеваний занимают поллинозы. Их изучение приобретает особенно большое значение в связи с увеличивающимися масштабами озеленения городов, а также созданием больших зон лесопарков, газонов, бульваров и плантаций.

Этиология поллинозов разнообразна, она зависит от климато-географических зон и растительного покрова. Доказано, что регионарные особенности края существенно влияют на распространенность и особенности течения поллинозов. Следует отметить, что лица, страдающие поллинозами, в разных климато-географических условиях имеют разную пороговую чувствительность к пыльцевым аллергенам [1, 3].

Патогенетическую основу поллинозов составляют IgE-обусловленные аллергические реакции. Поллиноз является атопическим заболеванием, для которого характерно наличие гиперпродукции иммуноглобулина Е. Изменения в иммунной системе у больных поллинозами, в свою очередь, являются следствием сенсибилизации организма к пыльцевым аллергенам. Иммуноглобулины класса Е синтезируются преимущественно лимфоидной тканью органов, выполняющих защитную функцию по отношению к чужеродным антигенам. Наибольшее количество плазматических клеток IgE находится в подслизистом слое полости носа, дыхательных путей и в желудочно-кишечном тракте. Пыльцевые аллергены, наряду с антигенами гельминтов, являются наиболее сильными индукторами IgE-ответа [2, 4].

В связи с этим проведено исследование и изучение иммунного статуса у больных поллинозом, проживающих в условиях севера Таджикистана, а именно в нескольких районах Согдийской области. Иммунограмма позволяет более точно оценить функциональное состояние и характер патологических изменений при данной патологии, что имеет большое значение при разработке адекватного лечения.

Материал и методы исследования

Настоящая работа выполнена на основе клинического и иммунологического обследования 43 больных в возрасте от 25 до 35 лет. Среди обследованных мужчин было 28

(65,1%), женщин – 15 (34,9%). Контрольную группу составили 11 здоровых людей.

Для получения информации о типе реагирования и степени сенсибилизации мы применяли метод PRIST, позволяющий определить содержание общего IgE в сыворотке крови, у 27 больных (мужчины 20/74,1%, женщины 7/25,9%) с различными формами поллинозов (давность заболевания составляла более 5-7 лет). Уровень IgE в сыворотке крови исследовали методом радиальной иммунодиффузии по Mancini. С целью определения функциональной способности В-лимфоцитов образовывать иммуноглобулины классов А, М, G в крови нами было обследовано 43 больных с различными клиническими вариантами поллинозов. Также был изучен гуморальный иммунитет у пациентов с изменением гуморального иммунитета с давностью заболевания более 5-7 лет при сочетании различных клинических форм поллинозов. ЦИК выявляли методом преципитации с раствором полиэтиленгликоля.

Цифровой материал обработан с помощью программы электронных таблиц Excel-97 (Microsoft) методом вариационной статистики. Определены средние арифметические значения (M), ошибки средних (+m) и достоверность различий по критерию Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

Поллинозы проявлялись сезонным ринитом в сочетании с трахеобронхитом у 20 пациентов (давность заболевания более 7 лет), аллергическим риноконъюнктивитом – у 8 (давность заболевания более 5 лет), бронхиальной астмой – у 10 (давность заболевания более 7 лет), аллергическим риноконъюнктивитом, крапивницей и отеком Квинке – у 5 (давность заболевания более 5 лет) больных.

Исследования концентрации общего IgE в сыворотке крови показали, что у 21 (77,8 %) из 27 больных уровень общего IgE колебался от 120 до 1850 МЕ/л, что значительно выше уровня общего IgE у здоровых людей, а у 6 (22,2 %) больных этот показатель варьировал от 20 до 90 МЕ/л, что ниже нормы.

Уровень общего IgE в сыворотке крови у больных с поллинозом, проявляющимся в форме сезонного ринита с трахеобронхитом, колебался от 635 до 1093 МЕ/л, с поллинозом в форме бронхиальной астмы – от 126 до 403 МЕ/л, с риноконъюнктивальным синдромом, крапивницей и отеком Квинке – от 76 до 234 МЕ/л.

Средний уровень IgE в сыворотке крови у больных с различными клиническими вариантами поллинозов составлял $376,7 \pm 170,4$ МЕ/л.

По данным некоторых авторов, поллинозы у взрослых обычно не сопровождаются каким-либо существенным изменением концентрации IgA и IgM в периферической крови. У некоторых больных с клиническими проявлениями пыльцевой сенсibilизации, протекающей на фоне хронических очагов инфекции, уровень IgM несколько возрастает, что может рассматриваться как следствие стимуляции иммунного ответа бактериальными антигенами. Также имеются сведения о том, что при поллинозах количество иммуноглобулинов классов A и M существенно не изменяется.

Как видно из таблицы 1, отмечается статистически достоверное по отношению к контрольной группе ($p < 0,001$) снижение IgA у больных с сезонным ринитом, бронхиальной астмой и риноконъюнктивальным

синдромом. По нашим данным, уровень IgA при сезонном рините был снижен по отношению к контрольной группе в 1,8 раза, при риноконъюнктивальном синдроме – в 2,6, а при бронхиальной астме – в 1,7 раза. При аллергическом риноконъюнктивите, крапивнице и отеке Квинке отмечалась лишь тенденция к снижению.

Содержание иммуноглобулина M у больных с сезонным ринитом, сезонным риноконъюнктивитом и сочетании сезонного рино-конъюнктивита с крапивницей и отеком Квинке уменьшилось по отношению к контрольной группе. У больных с поллинозом по типу бронхиальной астмы отмечалось повышение уровня IgM в крови.

Концентрация IgG была значимо снижена при аллергическом рините, что достоверно по отношению к контрольной группе ($p < 0,001$), а при аллергическом рино-конъюнктивите и бронхиальной астме отмечается тенденция к увеличению IgG (табл. 1).

Таблица 1

Концентрация сывороточных иммуноглобулинов у больных при различных клинических вариантах поллинозов

Клиническая форма	Показатели (г/л)		
	IgA	IgM	IgG
Сезонный ринит + трахеобронхит (n=20)	$0,40 \pm 0,05$ $p < 0,001$	$0,24 \pm 0,05$ $p < 0,01$	$6,69 \pm 0,50$ $p < 0,01$
Сезонный рино-конъюнктивит, крапивница и отек Квинке (n=5)	$0,57 \pm 0,14$ $p > 0,5$	$0,82 \pm 0,09$ $p < 0,05$	$10,2 \pm 0,92$ $p > 0,5$
Бронхиальная астма (n=10)	$0,43 \pm 0,06$ $p < 0,01$	$0,95 \pm 0,09$ $p > 0,5$	$9,94 \pm 0,70$ $p > 0,05$
Аллергический рино-конъюнктивит (n=8)	$0,28 \pm 0,03$ $p < 0,001$	$0,84 \pm 0,07$ $p > 0,5$	$6,83 \pm 0,71$ $p < 0,01$
Контрольная группа (n=11)	$0,72 \pm 0,02$	$0,94 \pm 0,03$	$8,49 \pm 0,12$

Таким образом, при изучении иммунной системы у 43 больных с различными формами поллинозов нами были выявлены изменения в некоторых показателях гуморального иммунитета. Установлено снижение концентрации IgA и небольшая тенденция к увеличению концентраций IgM и G, по сравнению с контрольной группой. Тенденция к увеличению концентрации иммуноглобулинов классов M, G в сыворотке крови у больных с различными формами поллинозов может быть

обусловлена активацией В-клеток памяти. Снижение уровня иммуноглобулина A в сыворотке крови расценивается как результат воздействия супрессорных клеток, которые подавляют пролиферацию клеток, принимающих участие в формировании гуморального иммунного ответа. С другой стороны, снижение концентрации IgA в сыворотке крови, на наш взгляд, связано с влиянием климатических условий на организм больного, с длительным течением острого периода и давностью болезни.

Образование циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) и их взаимодействие с клетками организма является физиологическим процессом поддержания гомеостаза. Иммунокомплексный тип иммуннопатологических реакций связан с отложением на клеточных мембранах эндотелия сосудов мелкого калибра иммунных комплексов с последующим возникновением тканевых повреждений.

Нами проведено исследование ЦИК по методу Digeon у 43 больных в возрасте от 25 до 35 лет. Было показано, что у больных с сезонным ринитом, трахеобронхитом и сезонным риноконъюнктивитом этот показатель составлял $1,6 \pm 0,05$ и $1,2 \pm 0,12$, соответственно, то есть отмечено в 2 раза снижение уровня ЦИК, достоверное по отношению к контрольной группе ($p < 0,001$) (в норме $2,50 \pm 0,24$). У больных с сочетанным аллергическим риноконъюнктивитом, крапивницей и отеком Квинке отмечено

увеличение содержания ЦИК – $4,32 \pm 0,64$. У больных с бронхиальной астмой этот показатель составил $3,9 \pm 0,34$, то есть содержание ЦИК увеличилось в 1,6 раза по сравнению с нормой.

Таким образом, исследование содержания ЦИК у больных с сезонным ринитом в сочетании с трахеобронхитом и сезонным риноконъюнктивитом выявило значительное снижение их уровней; напротив, при бронхиальной астме и при сочетании аллергического риноконъюнктивита с крапивницей и отеком Квинке эти показатели резко увеличивались.

При оценке состояния показателей клеточного иммунитета при поллинозах выделены различные типы иммунного ответа, соотносящиеся с особенностями клинических проявлений поллинозов. Получены данные о снижении общего количества Т-лимфоцитов (Е-РОК) у всех наблюдаемых больных (табл. 2).

Таблица 1

Концентрация сывороточных иммуноглобулинов у больных при различных клинических вариантах поллинозов

Клиническая форма	Показатели (г/л)	
	Т-лимфоциты (в %)	Т-лимфоциты (абс.)
Сезонный ринит + трахеобронхит (n=20)	$41,2 \pm 0,56$ $p < 0,001$	$0,18 \pm 0,03$ $p < 0,001$
Сезонный риноконъюнктивит, крапивница и отек Квинке (n=5)	$46,2 \pm 1,55$ $p < 0,001$	$1,32 \pm 0,25$ $p < 0,001$
Бронхиальная астма (n=10)	$45,6 \pm 0,78$ $p < 0,001$	$1,27 \pm 0,10$ $p < 0,001$
Сезонный риноконъюнктивит (n=8)	$42,8 \pm 0,99$ $p < 0,001$	$1,36 \pm 0,04$ $p < 0,001$
Контрольная группа (n=11)	$58,5 \pm 1,50$	$2,50 \pm 0,24$

Наши данные свидетельствуют о том, что у больных, страдающих поллинозом, обнаруживается снижение показателей абсолютного и относительного количества Т-лимфоцитов. Следует отметить, что наибольшая выраженность уменьшения структурных компонентов Т-системы иммунитета наблюдается у больных с поливалентной пылевой сенсibilизацией. Это связано, прежде всего, с тем, что сенсibilизированные лимфоциты к аллергенам пыльцы реагируют на стимуляцию или клеточную пролиферацию.

Заключение

Таким образом, на основании полученных данных относительно клеточно-гуморального иммунитета можно предположить, что при различных клинических вариантах поллинозов под влиянием климато-географических условий на организм больного имеются серьезные нарушения в иммунитете больного. Дисиммуноглобулинемия, значительное снижение содержания Т-лимфоцитов и ЦИК при сезонном рините в сочетании с трахеобронхитом и аллергическом риноконъюнктивите; увеличение содержания Ig M, Ig G, ЦИК при бронхиальной астме и при

сочетании аллергического рино-конъюнктивита с крапивницей и отеком Квинке не только утяжеляют клиническое течение поллинозов у больных, но и приводят в результате к значительным «поло-мкам» иммунитета и более длительному течению пылевой аллергии в условиях севера Таджикистана.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Авербух В.Н. Медикаментозная терапия при постназальном синдроме на фоне аллергического и вазомоторного ринита // Российский аллергологический журнал. 2010. №3. С. 19-23.
2. Лусс А.В. Роль скрытых аллергенов в клинической аллергологии // Российский аллергологический журнал. 2011. №3. С. 68.
3. Макроносова М.А. Поллиноз и семейный бюджет // Российский аллергологический журнал. 2011. №4. С. 79-83.
4. Принципы лечения аллергического ринита // Научно-практический журнал для врачей. 2013. №7. С. 42-47.

REFERENCES

1. Averbukh V. N. Medikamentoznaya terapiya pri postnazalnom sindrome na fone allergicheskogo i vazo-

motornogo rinita [Drug therapy in postnasal syndrome with allergic and vasomotor rhinitis]. *Rossiyskiy allergologicheskiy zhurnal – Russian allergological journal*, 2010, No. 3, pp. 19-23.

2. Lousse L. V. Rol skrytykh allergenov v klinicheskoy allergologii [The role of hidden allergens in clinical allergology]. *Rossiyskiy allergologicheskiy zhurnal – Russian allergological journal*, 2011, No. 3, pp. 68.

3. Makronosova M. A. Pollinoz i semeynny byudzhet [Pollinosis and the family budget]. *Rossiyskiy allergologicheskiy zhurnal – Russian allergological journal*, 2011, No. 4, pp. 79-83.

4. Printsipy lecheniya allergicheskogo rinita [Principles of treatment of allergic rhinitis]. *Nauchno-prakticheskiy zhurnal dlya vrachey – Scientific and practical journal for doctors*, 2013, No. 7, pp. 42-47.

Сведения об авторе:

Джураев Мухаммед Наврузович – зав. кафедрой аллергологии и иммунологии ИПОвСЗ РТ, д.м.н., профессор
Бокиджонов Ганидзон Каримович – соискатель кафедры аллергологии и иммунологии ИПОвСЗ РТ
Тавакалов Махфуз Мансурович – зав. отделением аллергологии Национального лечебно-учебно-диагностического центра г. Душанбе

Контактная информация:

Бокиджонов Ганидзон Каримович – тел.: +992 927144244; e-mail: bokidzhonov74@mail.ru

© А.А. Ибрагимова, 2018

УДК 616.31-053.2(075.8)

Ибрагимова А.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Ibragimova A.A.

RESULTS OF DENTISTRY EXAMINATION OF THE CHILDREN WITH IRON-DEFICIENT ANEMIC

Department of Maxilla-facial Surgery of the Avicenna Tajik State Medical University

Цель исследования. Изучение стоматологической заболеваемости у детей с железодефицитной анемией.

Материал и методы. Проведено клинико-эпидемиологическое обследование 180 детей ключевых возрастных групп (3, 6, 12, 15 лет) с дефицитом железа. Оценивали: распространенность стоматологической патологии; интенсивность кариеса с помощью показателей КП для временного прикуса и КПУ зубов для постоянного прикуса; состояние тканей пародонта по индексу CPI, разработанному специалистами ВОЗ/FDI.

Результаты. У 3-летних детей с анемией средний показатель КПЗ равен 2,25, в 6 лет - 3,46 и 1,18 соответственно для индексов КПЗ и КПУз, а к 12 годам он достигает 1,70. Минимальный интенсивный темп прироста кариеса постоянных зубов отмечается в возрастах 6-12 лет (увеличивается в 1,4 раза), максимальное значение прироста интенсивности - в 12-15 лет (в 2,3 раза).

Заключение. Функциональные нарушения в зубочелюстной системе сочетаются с высокой распространенностью и интенсивностью кариеса временных и постоянных зубов, а также воспалительными изменениями в тканях пародонта.

Ключевые слова: кариес зубов, болезни пародонта, ребенок, железодефицитная анемия

Aim. Study of dentistry diseases beside children with iron-deficient anemic.

Materials and methods. Organized clinical and epidemiological examination between 180 children of key age group (3, 6, 12, 15 years) with deficit of the iron. Prevalence of dentistry pathology was valued in percent, intensity of the caries valued by means of factors cf for temporary bite and CFM teeth for constant bite. Condition of parodontal tissue defined on index CPI, designed specialist WHO/FDI.

Results. Beside 3-year children with anemia average factor of cft is 2.25, at 6 years - 3.46 and 1.18 accordingly for index of cft and CFMt, but at the age of 12 he reaches 1.70. Minimum intensive growth rate of the permanent teeth caries noted at age of 6-12 years (increases in 1.4 times), maximum importance of the increase to intensities in 12-15 years (in 2.3 times).

Conclusion. Got material under complex analysis of dentistry status beside children with iron-deficient anemic are indicative that functional disorders of maxilla-facial system combined with high prevalence and intensity of the caries in temporary and constant teeth, as well as inflammatory process in the parodontal tissue.

Key words: tooth caries, parodontal disease, child, iron-deficient anemic

Актуальность

Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о том, что стоматологические заболевания имеют достаточно широкое распространение среди детского населения [2, 4]. Одним из перспективных направлений в детской стоматологии, способ-

ствующих снижению распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний, является разработка и внедрение профилактических программ [5].

Для планирования и оценки эффективности лечебно-профилактических мероприятий необходимо проведение клинико-эпи-

демиологического обследования детей с анализом стоматологической заболеваемости в конкретной зоне [3], при этом также важно учитывать различные соматические факторы риска, влияющие на стоматологическое здоровье ребенка [1].

С учетом вышеизложенного, ситуационная оценка стоматологического статуса у детей с железодефицитной анемией, определяет актуальность планируемого исследования.

Материал и методы исследования

Для оценки распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний было проведено клинко-эпидемиологическое обследование 180 детей в ключевых возрастных группах (3, 6, 12, 15 лет) с дефицитом железа. Обследование стоматологического статуса организованного контингента детей проводилось в многопрофильных больницах г. Душанбе, где они находились на стационарном лечении с 2014 года по 2017 год. Обследованных было более 45 человек каждого возраста.

Пациенты, их родители, а также медицинский персонал больницы были проинструктированы о методах предстоящего обследования, с обязательным оформлением письменного информированного согласия.

Обследование проводилось с помощью типового набора стоматологических инструментов. При осмотре полости рта фиксировалось наличие кариозных полостей, пломб, их локализация, наличие мягкого зубного налета и признаков гингивита. Данные заносили в индивидуальные, специально разработанные карты осмотра полости рта детей, ВОЗ (2013).

Распространенность стоматологической патологии выражалась в процентах. Интенсивность кариеса оценивали с помощью показателей КП – для временного прикуса и КПУ зубов – для постоянного прикуса. Состояние тканей пародонта определяли по индексу СРІ (коммунальный пародонтальный индекс), разработанному специалистами ВОЗ/FDI. Для оценки гигиенического состояния полости рта использовали индекс Федорова Ю.А., Володкиной В.В. у детей 3 лет, упрощенный индекс гигиены полости рта – ИГР-У (ОНИ-S, Green J.C., Vermillion J.K.) – у детей 6, 12 лет и 15-летних подростков, а также индекс эффективности гигиены полости рта (индекс РНР) и РМА.

Описательно-оценочное клинко-эпидемиологическое исследование проводилось с учетом традиционного алгоритма эпидемиологического анализа (характеристика структуры явления, интенсивные показатели,

распределение обследованных детей по патологии и возрасту).

Накопление и статистический анализ исходной информации и визуализация полученных результатов проводилось в электронных таблицах MS Excel. Значения показателей превалентности в расчете на 100 обследованных детей (в %) приведены в тексте в виде $P \pm m$, где P – показатель, m – стандартная ошибка показателя. Во всех процедурах статистического анализа критический уровень значимости P принимался равным 0,05. При этом значения P могли ранжироваться по трем уровням достигнутых статистически значимых различий: $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$.

Результаты и их обсуждение

Результаты клинко-эпидемиологического обследования стоматологического статуса детей 3-, 6-, 12- и 15-летнего возраста с дефицитом железа позволили выявить достаточно высокую поражаемость кариесом (по критериям ВОЗ) как временных, так и постоянных зубов во всех возрастных группах. Так, распространенность кариеса в 3-летнем возрасте колеблется от 36,1% до 65,7% при интенсивности от $1,20 \pm 0,04$ до $3,30 \pm 0,16$ при соответствующей усредненном значении 50,9% и $2,25 \pm 0,10$, а в 6 лет возрастает до 77,6-86,1% при индекса интенсивности КП от $2,54 \pm 0,12$ до $4,37 \pm 0,21$ единиц (соответственно 81,9% и $3,46 \pm 0,17$) пораженных зубов на одного обследованного.

Как свидетельствуют полученные данные, распространенность кариеса постоянных зубов у детей с железодефицитной анемией увеличивалась с возрастом: от 33,2% до 44,5% в 6 лет (в среднем 38,9%); от 38,5% до 74,3% в 12 лет и достигла вариацией 70,2-95,3% в 15 лет (соответственно 56,4% и 82,8%). Цифровые материалы по изучению распространенности кариеса зубов показали, что по мере взросления количество детей, не имеющих кариеса в постоянных зубах, уменьшается. Полученные результаты в указанном аспекте позволяют отметить, что в 6 лет у 61,1% детей с железодефицитной анемией постоянные зубы не поражены кариесом, к 12 годам у 43,6%, а к 15 годам только у 17,2%.

Интенсивность кариеса по индексу КПУз колебалась у 6-летних детей с дефицитом железа от $0,86 \pm 0,04$ до $1,5 \pm 0,05$, у 12-летних от $1,1 \pm 0,03$ до $2,3 \pm 0,13$, у 15-летних подростков от $2,91 \pm 0,12$ до $4,85 \pm 0,24$ при соответствующем усредненном значении $1,18 \pm 0,09$, $2,25 \pm 0,08$, $1,70 \pm 0,16$, $3,88 \pm 0,28$ единиц на одного ребенка.

У 3-летних детей с анемией средний показатель КПЗ равен 2,25, в 6 лет – 3,46 и 1,18 соответственно для индексов КПЗ и КПУз, а

к 12 годам он достигает 1,70. Минимальный интенсивный темп прироста кариеса постоянных зубов отмечается в возрастах 6-12 лет (увеличивается в 1,4 раза), максимальное значение прироста интенсивности в 12-15 лет (в 2,3 раза).

По сведениям авторов [2, 5], известно, что в первую очередь поражаются первые постоянные моляры. Проведенный анализ у детей с железодефицитной анемией подтвердил названный факт. Возрастная динамика поражения первых постоянных моляров у детей с дефицитом железа складывается в следующую картину. Первые постоянные моляры у детей с железодефицитной анемией поражаются кариесом уже в 6 лет и КПУзср совпадает с КПУзср «б», составило соответственно 1,18±0,09 единиц. С возрастом показатель интенсивности у осмотренных нами детей прогрессирует и к 12 годам в среднем уже по 2 первым моляра поражены кариесом. Следовательно, число детей с интактными постоянными зубами уменьшалось в обратной пропорции к количеству детей, имеющих пораженные кариесом первые постоянные моляры.

Проведенные нами наблюдения у детей с анемией показали, что распространенность и интенсивность кариеса постоянных зубов в возрасте до 12 лет определяется поражением первых постоянных моляров, после 12 лет рост интенсивности кариеса определяется поражением других групп зубов. Также уменьшение количества детей с интактными постоянными зубами в возрасте до 12 лет на 50% связано с поражением первых постоянных моляров. Следовательно, одной из реальных возможностей снижения распространенности кариеса постоянных зубов является предупреждение его возникновения в «б» зубах у детей с дефицитом железа младшего школьного возраста.

При структурном анализе интенсивности кариеса временных зубов нами выявлено, что у детей с железодефицитной анемией в возрасте 3 и 6 лет неосложненные формы кариозных зубов (элемент к) составили 1,64±0,08 и 1,71±0,09 единиц соответственно. При этом осложненные формы кариеса, подлежащие лечению (элемент Р), составили соответственно 0,61±0,02 и 0,74±0,03. При обследовании 6-летних детей было выявлено 0,74±0,02 зубов, подлежащих удалению (элемент Х), 0,06±0,01 пломбированных кариозных полостей (элемент П) и 0,21±0,02 зубов, удаленных по поводу кариозного процесса.

У 6-летних детей с анемией интенсивность кариеса постоянных зубов составила

1,18±0,09. При структурной оценке данного показателя было выявлено 0,76±0,03 зубов с неосложненной формой кариеса (элемент К), 0,17±0,02 и 0,14±0,02 зубов с осложненными формами кариеса, соответственно подлежащие лечению (элемент Р) и удалению (элемент Х), 0,04±0,01 пломбированных кариозных полостей постоянных зубов (элемент П) и 0,07±0,01 постоянных удаленных зубов (элемент У).

У детей с дефицитом железа в возрастных группах 12 и 15 лет нами зарегистрированы неосложненные формы кариозного процесса соответственно на уровне 0,92±0,07 и 1,55±0,12. Для этих возрастных групп было выявлено соответственно 0,24±0,02 и 0,79±0,05 единиц осложненных форм кариеса, подлежащих лечению. Осложненные формы кариеса, подлежащие удалению, соответствовали 0,39±0,04 и 0,66±0,04 зубов. Зубов, запломбированных по поводу кариеса, было 0,11±0,02 и 0,36±0,03 единиц на одного обследованного, количество удаленных зубов в данных возрастных группах составило 0,04±0,01 и 0,52±0,04 единиц соответственно.

Полученные данные, с одной стороны, свидетельствовали о высоком уровне интенсивности кариеса и его составляющих компонентов у детей с железодефицитной анемией во всех возрастных группах. Однако, при более детальном рассмотрении зубов нами было установлено, что в категории компонентов «К» (неосложненные формы кариеса) и «Р» (осложненные формы кариеса, подлежащие лечению) были зарегистрированы не только вновь появившиеся кариозные очаги в зубах, но также и кариес, развивающийся под герметиком или пломбой в результате нарушения технологии реставрационно-восстановительной терапии.

С учетом вышеизложенного, для более детального уточнения структуры интенсивности кариеса постоянных зубов мы использовали унифицированный индекс оценки кариеса с применением «Карта осмотра полости рта ВОЗ, 2013», в результате чего получили абсолютно иные цифровые значения в отношении такого показателя, как кариес.

В частности, показатель кариеса у 6-летних детей с железодефицитной анемией по индексу КПУ составил 1,18±0,09, тогда как значение кариеса по европейским показателям составило всего лишь 0,34±0,02. Рецидив кариеса в ранее пломбированных зубах составил 0,89±0,02 и был зафиксирован как пломба, требующая замены. В этой возрастной группе выявлено в среднем 2,13±0,03 герметизированных зубов, не требующих

замены герметика. Произведенные расчеты показали, что в этой возрастной группе по индексу ВОЗ процент вновь появившихся кариозных очагов в зубах составляет 6,5%, у 36% обследованных выявлены пломбированные зубы, не требующих замены пломб, 16,9% пломб, требующих замены из-за «рецидивирующего» кариеса, загерметизированных фиссур, не требующих замены, зарегистрировано в 40,6%.

В возрастной группе 12-летних детей с дефицитом железа нами зафиксированы в 11,3% случаев вновь появившиеся кариозные очаги, в 27,1% и 11,8% случаев – соответственно пломбы, не требующие и требующие замены. У этой группы детей также были зарегистрированы герметизированные зубы, не требующие замены (11,8%). В большинстве случаев (38,0%) был зафиксирован герметик, требующий замены.

При проведении аналогичного анализа у 15-летних детей с железодефицитной анемией унифицированная индексная оценка кариозного процесса составила соответственно 10,2%, 38,3%, 9,4%, 13,8% и 28,3%.

Необходимо отметить, что в Европейской карте ВОЗ не учитывается развитие кариеса под герметиком. Данные, полученные нами в результате исследования, позволяют отметить, что такое состояние зубов выявлено в 24,6% случаев герметизированных фиссур у 6-летних детей с железодефицитной анемией, в 38,7% и 64,2% случаев – соответственно у детей в 12 и 15 лет.

Проведенное исследование позволяет сделать вывод о том, что распространенность и интенсивность кариеса временных и постоянных зубов в ключевых возрастных группах детей с железодефицитной анемией находится на высоком уровне. Однако значительное количество выявленных кариозных полостей приходится на рецидивирующий кариес. Более половины герметиков у них требуют замены, что может быть связано как с необоснованными расширениями показаний для герметизации, так и с нарушениями в технологии применения метода.

В ходе исследования было установлено, что частота зубочелюстных аномалий у детей с железодефицитной анемией в раннем периоде сменного прикуса составляла в среднем 68,4%, в периоде позднего сменного прикуса – 78,93%. В группе практически здоровых детей аномалии зубочелюстной системы диагностировались в 44,05% и в 65,2% случаев соответственно.

В структуре зубочелюстных аномалий у детей, страдающих железодефицитной

анемией, в возрастной группе 6 и 9 лет доминировали аномалии положения зубов (соответственно 19,54% и 26,73%), дистальная окклюзия (соответственно 14,32% и 22,33%), глубокая резцовая окклюзия и дизокклюзия (13,12% и 16,92%). У детей, которые не имели соматических заболеваний, наиболее часто выявлялись аномалии положения отдельных зубов (15,32%) и аномалии зубных рядов (14,35%).

В периоде позднего сменного прикуса у детей с железодефицитной анемией наблюдалось увеличение выявленных зубочелюстных аномалий, а именно аномалий положения отдельных зубов (вестибулярная, небная позиции, тортоаномалия) – до 37,9%, скученность зубов – до 50,45% и сужение челюстей – до 37,9%. Данная тенденция объяснялась увеличением количества постоянных зубов в процессе формирования постоянного прикуса на фоне выраженной тенденции к сужению зубоальвеолярных дуг. Характерно, что у детей с железодефицитной анемией наблюдалась задержка прорезывания постоянных зубов в 42,5% случаев. Обращает на себя внимание, что частота дистальной окклюзии в возрастном периоде 12 лет у детей с соматической патологией превышала показатели группы сравнения в 3,5 раза, скученности зубов – в 2,8 раза, сужения челюстей – в 3 раза. Нами установлена выраженная корреляционная взаимосвязь между длительностью заболевания анемией у детей и частотой зубочелюстных аномалий.

У детей с железодефицитной анемией часто диагностировались воспалительные изменения в тканях пародонта в виде хронического генерализованного катарального гингивита (63,5% случаев) и хронического генерализованного гипертрофического гингивита (22,3% случаев). Наиболее часто клинические симптомы гингивита определялись при скученности зубов (среднее значение индекса РМА у детей 3-6 лет – 26,9%, у детей 12-15 лет – 36,23%), при аномалиях положения отдельных зубов (РМА = 22,12% и 29,18% соответственно), при вертикальной дизокклюзии (РМА = 17,27% и 28,54% соответственно).

Степень выраженности воспаления в тканях десны по пробе Шиллера-Писарева была выше у детей с железодефицитной анемией. При этом слабоположительная проба (легкая степень воспаления) определялась у 11,02% в возрасте 3 года, при соответствующих значениях 19,9%, 24,7%, 35,02% и 42,3% у детей 6-, 9-, 12- и 15-летнего возраста. Положительная проба Шиллера-Писарева (средняя степень

воспаления) регистрировалась у 9,13%, 12,42%, 11,10% и 18,17% детей соответственно.

Выводы

1. Функциональные нарушения в зубочелюстной системе у детей с железодефицитной анемией сочетаются с высокой распространенностью и интенсивностью кариеса зубов, а также воспалительными изменениями в тканях пародонта.

2. В ключевых возрастных группах детей с железодефицитной анемией значительное количество выявленных кариозных полостей приходится на рецидивирующий кариес. Более половины герметиков у них требуют замены, что может быть связано как с необоснованным расширением показаний для герметизации, так и с нарушениями в технологии применения метода.

3. В периоде позднего сменного прикуса у детей с железодефицитной анемией наблюдалось увеличение выявленных зубочелюстных аномалий, а именно аномалий положения отдельных зубов (вестибулярная, небная позиции, тортоаномалия) – до 37,9%, скученность зубов – до 50,45% и сужение челюстей – до 37,9%. Такая картина объясняется увеличением количества постоянных зубов в процессе формирования постоянного прикуса на фоне выраженной тенденции к сужению зубоальвеолярных дуг.

ЛИТЕРАТУРА (пп. 2-5 см. в REFERENCES)

1. Ашуров Г.Г., Нуоров Д.И. Взаимообуславливающие изменения уровня эмалевои резистентности,

интенсивности кариеса и реминерализующей способности ротовой жидкости у соматических больных // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. Душанбе, 2016. № 2. С. 60-63.

REFERENCES

1. Ashurov G. G., Nurov D. I. Vzaimoobuslavlivayushchie izmeneniya urovnya emalevoi rezistentnosti, intensivnosti kariesa zubov i remineraliziruyushchei sposobnosti rotovoy zhidkosti u somaticheskikh bolnykh [Mutual attitude change level of enamel resistance, intensity of caries and remineralizing abilities of oral liquid beside somatic patients]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya – Herald of postgraduated education in health sphere*, 2016, No. 2, pp. 60-63.

2. Leroy R., Bogaerts K. M. Dental attendance in preschool children – a prospective study. *Intern J Paediatr Dentist*, 2013, Vol. 23, No 2, pp. 84-93.

3. Manton D. J. Diagnosis in the early carious lesion. *Austr Dent J*, 2013, Vol. 58, (suppl. 1), pp. 35-39.

4. Martins C. Oral and salivary flow characteristics of a group of Brazilian children and adolescents with chronic renal failure. *Pediatr Nephrol*, 2013, No 23 (4), pp. 619-624.

5. Sudna P., Bhasin S., Anegundi R. T. Prevalence of dental caries among 5-13-year-old children of Mangalore city. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*, 2015, No 6, pp. 7-12.

Сведения об авторе:

Ибрагимова Азиза Азамовна – заочный аспирант кафедры челюстно-лицевой хирургии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Контактная информация:

Ибрагимова Азиза Азамовна – тел.: +992 900000878

Касымов О.И., Эмомалиев Д., Муниева С.Х., Салимов Б.М.

К ВОПРОСУ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Кафедра дерматологии с курсом косметологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Kasymov O., Emomaliev D., Munieva S., Salimov B.

TO THE ISSUE OF TREATMENT OF PSORIASIS

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

Цель исследования. Изучение эффективности тимогара в комплексном лечении больных псориазом.

Материал и методы. Наблюдались 50 больных псориазом (мужчин – 23, женщин – 27) в возрасте 16-60 лет. Первой группе (20 больных) назначено традиционное лечение (гемосол, глюконат кальция, тиосульфат натрия) и фотохимиотерапия, второй (30 больных) – дополнительно тимогар по 1,0 мл в/м ежедневно, в течение 10 дней.

Методы исследования: клинические, иммунологические, статистические.

Результаты. Комплексное лечение с использованием тимогара показало значительно лучшие результаты, чем традиционное: клиническое выздоровление и значительное улучшение достигнуто у 90% больных против 65%, сократились сроки выздоровления и пребывания больных в стационаре, нормализовались иммунологические нарушения.

Заключение. Тимогар в комплексном лечении больных псориазом рекомендуется к широкому использованию.

Ключевые слова: больные псориазом, лечение, тимогар

Aim. To study the efficiency of Timogar in the complex treatment of psoriasis.

Materials and methods. 50 patients at the age of 16-60 (men – 23, women – 27) examined. First group (20 patients) received traditional treatment (Hemosol, calcii gluconas, natrii thiosulfas) and PUVA. Second one (30 patients) additionally received Timogar 1.0 ml IM every day for 10 days.

Methods: clinical, immunological, statistical.

Results. Complex treatment with Timogar revealed considerably better results than the complex treatment, clinical recovery and considerable improvement seen in 90% of patients compared to 70%, terms of recovery and hospitalization reduced, immunological disorders normalized.

Conclusion. Timogar in the complex treatment of psoriasis can be recommended for a wide use.

Key words: psoriasis patients, treatment, Timogar

Актуальность

Псориаз распространен во всех широтах земного шара среди населения разных национальностей и рас. Популяционная частота псориаза в разных климатогеографических зонах мира сильно различается, составляя 2-3% в Европейских странах и США и только 0,2-0,5% – в странах Азии [4, 6]. В настоящее время установлено, что генетический компонент в развитии псориаза составляет 60-70%, а доля средовых – 30-40% [1, 5]. Общепризнано, что псориаз представляет собой системный процесс, в патогенезе

которого важнейшее место отводится патологии иммунных механизмов. В настоящее время большинство исследователей считают вульгарный псориаз (ВП) аутоиммунным заболеванием [2, 4]. Установлено, что при ВП наблюдается выраженная инфильтрация эпидермиса Т-клетками, которые проявляют повышенную функциональную активность, индуцируют ускоренное деление кератиноцитов [1]. Важное значение в патогенезе ВП имеют различные цитокины (ИНФ-у, ИЛ- 12, ИЛ- 17, ИЛ- 23) [1, 5, 8]. Особую значимость, по данным многих исследователей, имеет

ФНО- α , концентрация которого повышена у большинства больных псориазом [1, 4], увеличение его уровня коррелирует с рецидивом заболевания [7].

До настоящего времени лечение больных псориазом представляет трудную задачу. В последние годы в его терапии наиболее часто используются иммуносупрессанты (метотрексат, циклоспорин, ПУВА – терапия) [4, 7], иммунобиологические препараты – анти-ФНО- α антитела (инфликсимаб, адалимумаб, устекинумаб, этанерцепт) [3, 5, 8], однако, не утратили своего значения и иммунокорректирующее средства, в том числе цитомедины тимуса (тактивин, тималин, тимоген и др.) [4].

Материал и методы исследования

Под наблюдением находились 50 больных псориазом в возрасте от 16 до 60 лет. Мужчин было 23 человека, женщин – 27. В возрасте от 16 до 20 лет было 9 больных (м – 4, ж – 5), от 21 до 30 лет – 22 (м – 10, ж – 12), от 31 до 40 лет – 11 (м – 6, ж – 5), от 41 до 50 лет – 4 (м – 2, ж – 2), от 51 до 60 лет – 4 (м – 1, ж – 3). Средний возраст больных составил $30,5 \pm 2,3$ года (среди мужчин – $28,8 \pm 2,4$ года, среди женщин – $32,6 \pm 2,5$). 39 (78%) больных были в возрасте наибольшей трудовой деятельности.

Длительность заболевания колебалась от 3-4 месяцев до 20 и более лет. До 5 лет псориазом страдали 9 человек, от 6 до 10 лет – 14, от 10 до 20 лет – 11, свыше 20 лет – 16. У всех больных наблюдалась распространенная форма псориаза (поражение свыше 10% общей поверхности тела). От 10% до 20% общей площади поверхности тела были поражены у 14 (28%) больных, от 20% до 30% – у 17 (34%), от 30% до 40% – у 9 (18%), от 40% до 50% – у 7 (14%), свыше 50% – у 3 (6%). У 44 (88%) больных наблюдался обычный псориаз, у 6 (12%) – экссудативный. Прогрессирующая стадия псориаза была у 36 (72%) больных, стационарная – у 14 (28%). Каплевидно-монетовидная форма дерматоза выявлена у 11 (22%) больных, каплевидно-мелкобляшечная – у 19 (38%), бляшечно-крупнобляшечная – у 13 (26%), крупнобляшечная – у 7 (14%). Осенне-зимней формой псориаза страдали 35 (70%) пациентов, весенне-летней – 6 (12%), внесезонной – 9 (18%). Ежегодные рецидивы дерматоза наблюдались у 35 (70%) больных, один раз в 2-3 года – у 5 (10%), редко – у 4 (8%), у 6 (12%) больных в течение последних 2-4 лет псориазический процесс не регрессировал.

Сопутствующие заболевания выявлены у 28 (56%) больных, у 19 – заболевания желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы, у 14 – очаги хронической инфекции,

у 9 – гипертоническая болезнь и атеросклероз – у 11, эндемический зоб I и II степеней – у 8, варикозный симптомокомплекс – у 6, сахарный диабет – у 7, аллергические заболевания (крапивница, ринит, конъюнктивит, бронхиальная астма) – у 11, хронический пиелонефрит, мочекаменная болезнь, простатит – у 13. По 4-5 сопутствующих заболеваний имели 10 больных, по 2-3 – 16, по одному – 2.

Псориаз у 19 больных обострялся преимущественно после нервно-психических стрессов, у 9 – после обострения сопутствующих заболеваний, у 3 – после простудных заболеваний или обострения сопутствующих аллергических заболеваний, у остальных – беспричинно. Наследственно-обусловленный псориаз выявлен у 17 (34%) больных: у 10 – по линии отца, у 7 – матери.

В зависимости от использованных методов лечения больные были разделены на 2 группы. В обеих группах больные подбирались так, чтобы они по клинической картине псориаза, давности заболевания, иммунологическим нарушениям были приблизительно одинаковыми.

Первой группе (сравнения), состоявшей из 20 больных (9 мужчин, 11 женщин), проведено лечение только базисными средствами, рекомендуемыми клиническими протоколами (гемосол по 500 мл в/в капельно 3 раза в неделю, внутривенные инъекции растворов тиосульфата натрия (30%) и глюконата кальция (10%) 1 раз в день, поочередно, по 8-10 мл). На курс лечения по 10 инъекций каждого препарата.

Вторая группа (основная), в которую вошли 30 больных (14 мужчин, 16 женщин), получила комплексное лечение базисными препаратами и тимогаром, который назначался по 1 мл внутримышечно ежедневно в течение 10 дней.

Всем больным обеих групп проведены физиотерапевтические процедуры в виде фотохимиотерапии (ПУВА) с сочетанным использованием длинноволнового УФ-излучения в диапазоне волн 320-400 нм и фотосенсибилизатора аммифурина внутрь с учетом массы тела больного. ПУВА-терапию проводили 3-4 раза в неделю, на курс в среднем 15-20 процедур.

Помимо общеклинических (общий анализ крови, мочи, кал на я/глист, крови на РВ) анализов, больным были проведены иммунологические исследования. Содержание CD₃₊, CD₄₊, CD₈₊ и CD₂₀₊-лимфоцитов определялось методом иммунофлуоресценции с использованием набора моноклональных и поликлональных антител, количествен-

ное содержание общих иммуноглобулинов А, М и G, провоспалительных (ИЛ-1 β и ФНО- α) и противовоспалительного (ИЛ-10) цитокинов сыворотки крови – иммуноферментным методом из наборов тест-систем «ИФА-БЕСТ». Для сравнения полученных иммунологических результатов обследовано 20 здоровых людей в возрасте от 20 до 35 лет.

Статистический анализ полученных результатов проведен методом вариационной статистики с определением t-критерия Стьюдента. Различия $p < 0,05$ считались статистически значимыми.

Результаты и их обсуждение

Данные иммунологических исследований приведены в таблице 1.

Таблица 1

Иммунологические показатели больных псориазом до лечения

Показатели	Контрольная группа	Больные	<i>p</i>
Лимфоциты, $\times 10^9/\text{л}$	2,42 \pm 0,11	2,21 \pm 0,09	>0,1
Лимфоциты, %	29,8 \pm 1,4	28,5 \pm 1,1	>0,1
CD ₃ (Т-общие), %	65,6 \pm 2,5	57,6 \pm 1,7	<0,02
CD ₄ (Т-хелперы), %	38,5 \pm 1,6	34,7 \pm 1,3	>0,1
CD ₈ (Т-цитотокс.), %	22,4 \pm 1,2	17,6 \pm 0,9	<0,01
CD ₄ / CD ₈	1,72 \pm 0,12	1,97 \pm 0,08	>0,1
CD ₂₀ (В-лимф.), %	15,8 \pm 1,0	17,5 \pm 0,8	> 0,1
IgA, г/л	2,14 \pm 0,13	2,53 \pm 0,11	<0,05
IgM, г/л	1,85 \pm 0,12	2,13 \pm 0,10	>0,1
IgG, г/л	12,7 \pm 0,8	16,8 \pm 0,9	<0,01
ФНО- α	7,96 \pm 0,51	12,65 \pm 0,83	<0,001
ИЛ-1 β	1,93 \pm 0,16	3,03 \pm 0,24	<0,01
ИЛ-10	6,88 \pm 0,45	5,15 \pm 0,31	<0,01

Примечание: *p* – достоверность различия к данным контрольной группы

Как видно из данных таблицы 1, у больных псориазом, по сравнению со здоровыми людьми, наблюдается подавление активности клеточного отдела иммунитета: уменьшение общего количества CD₃ лимфоцитов, их CD₈ супрессорной субпопуляции. Гуморальный отдел иммунитета имел повышенную активность: увеличение уровня сывороточных IgA и IgG.

Активность провоспалительных цитокинов ИЛ-1 β и ФНО- α у больных значительно превышала данные контрольной группы, а противовоспалительного ИЛ-10, наоборот, была намного ниже.

У больных с относительно тяжелым течением псориаза и длительностью более 10 лет иммунологические нарушения были более выраженными.

Выявленное у больных псориазом угнетение активности клеточного отдела иммунитета явилось основанием для применения и изучения эффективности иммуностимулятора тимогара, который активизирует Т-лимфоциты, нормализует баланс между

субпопуляциями Т-хелперов и Т-супрессоров, стимулирует реакции гуморального иммунитета и неспецифическую резистентность (фагоцитоз).

Все больные как основной, так и группы сравнения лечение перенесли хорошо, побочных действий и осложнений от проведенной терапии не наблюдалось.

Лучшие результаты отмечены среди больных основной группы. У большинства из них уменьшение воспалительных явлений, прекращение появления новых папул в прогрессирующей стадии началось, в среднем, с 3-5 дня терапии, в контрольной группе – с 5-7. Клиническое выздоровление (полное рассасывание папул и бляшек псориаза) к концу курса комплексного лечения наблюдалось у 17 (56,7%) больных, значительное улучшение (полный регресс 75% высыпаний и более) – у 10 (33,3%), улучшение (регресс 50-75% высыпаний) – у 3 (10%).

В группе сравнения клиническое выздоровление было достигнуто у 7 (35%) пациентов, значительное улучшение – у 7 (35%),

улучшение – у 4 (25%), эффект отсутствовал у 2 (10%) больных.

Полное исчезновение проявлений псориаза у больных основной группы, выписанных с клиническим выздоровлением, происходило, в среднем, за 23,4±1,1 дней; в группе сравнения – за 28,6±1,2 дня (p<0,01). Комплексное

лечение с включением тимогара уменьшило средние сроки пребывания больных в стационаре – 25,6±1,3 дней против 30,5±1,4 дней (p<0,02) в группе сравнения.

Комплексная терапия оказала положительное влияние на иммунологические нарушения у больных псориазом (табл. 2).

Таблица 2

Иммунологические показатели больных псориазом после лечения

Показатели	Контрольная группа	Основная группа	Группа сравнения
Лимфоциты, 10 ⁹ /л	2,42±0,11	2,29±0,10	2,23±0,11
Лимфоциты, %	29,8±1,4	28,9±1,3	29,2±1,4
CD ₃ (Т-общие), %	65,6±2,5	62,9±1,9	58,6±1,71
CD ₄ (Т-хелперы), %	38,5±1,6	36,2±1,4	35,3±1,5
CD ₈ (Т-цитотокс.), %	22,4±1,2	20,2±1,2	19,7±1,0
CD ₄ / CD ₈	1,72±0,12	1,79±0,11	1,97±0,08
CD ₂₀ (В-лимф.), %	15,8±1,0	17,2±1,1	17,5±0,8
IgA, г/л	2,14±0,13	2,28±0,12	2,42±0,11
IgM, г/л	1,85±0,12	2,31±0,11	2,13±0,10
IgG, г/л	12,7±0,8	14,6±1,0	15,2±1,11
ФНО-α	7,96±0,51	9,63±0,86	11,44±0,913
ИЛ-1β	1,93±0,16	2,45±0,28	2,84±0,292
ИЛ-10	6,88±0,45	6,06±0,37	5,66±0,381

Примечание: достоверность различия к показателям контрольной группы: 1 – p<0,05; 2 – p<0,02; 3 – p<0,01

Из данных таблицы 2 видно, что под влиянием комплексного лечения с использованием тимогара у больных основной группы нормализовались все 7 измененных до лечения иммунологических показателей. В группе сравнения после традиционного лечения большинство измененных до лечения иммунологических показателей (5 из 13) оставались нарушенными.

Заключение

Таким образом, исследования показали более высокую, по сравнению с традиционным, эффективность комплексного лечения больных псориазом с использованием тимогара. Под его влиянием клиническое выздоровление и значительное улучшение достигнуты у 90% больных, при традиционном – у 70% (p<0,05); в среднем на 5,2 дней сократились сроки клинического выздоровления больных, на 4,9 дней – сроки пребывания больных в стационаре. Под воздействием комплексного лечения нормализовались все 7 измененных до лечения

иммунологических показателей, при традиционном – только два.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 6-8 см. в REFERENCES)

1. Болевич С.Б., Уразалина А.А. Псориаз: современный взгляд на этиопатогенез // Вестник Российской военно-медицинской академии. 2013. № 2. С. 202-206.
2. Кочергин Н.Г., Смирнова Л.М. Последние тренды в лечении псориаза // Лечащий врач. 2011. № 5. С. 42-44.
3. Кочергин Н.Г., Потекаев Н.Н., Смирнова Л.М., Серов Д.Н., Олисова О.Ю., Бабушкин А.М. Наш первый опыт применения адалимумаба при псориазе // Росс. журнал кожных и венер. болезней. 2012. № 15 (5). С. 37-41.
4. Олисова О.Ю. Псориаз: эпидемиология, патогенез, клиника, лечение // Consilium medicum. Дерматология. 2010. № 4. С. 3-8.
5. Соколовский Е.В., Круглова Л.С., Понич Е.С. Болевые точки системной терапии биологическими

препаратами при псориазе // Росс. журнал кожных и венер. болезней. 2015. № 18 (6). С. 32-38.

REFERENCES

1. Bolevich S. B., Urazalina A. A. Psoriaz: sovremennyy vzglyad na etiopatogenez [Psoriasis: a modern view of etiopathogenesis]. *Vestnik Rossiyskoy voenno-meditsinskoy akademii – Herald of the Russian Military Medical Academy*, 2013, No. 2, pp. 202-206.

2. Kochergin N. G., Smirnova L. M. Poslednie trendy v lechenii psoriaza [The latest trends in the treatment of psoriasis]. *Lechashchiy vrach – The attending physician*, 2011, No. 5, pp. 42-44.

3. Kochergin N. G., Potekaev N. N., Smirnova L. M., Serov D. N., Olisova O. Yu., Babushkin A. M. Nash pervyy opyt primeneniya adalimumaba pri psoriaze [Our first experience of adalimumab using in psoriasis]. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venerologicheskikh bolezney – Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*, 2012, No. 15 (5), pp. 37-41.

4. Olisova O. Yu. Psoriaz: epidemiologiya, patogenez, klinika, lechenie [Psoriasis: epidemiology, pathogenesis, clinic, treatment]. *Consilium medicum. Dermatologiya – Consilium medicum. Dermatology*, 2010, No. 4, pp. 3-8.

5. Sokolovskiy E. V., Kruglova L. S., Ponich E. S. Bolevye tochki sistemnoy terapii biologicheskimi preparatami pri psoriaze [Painful points of systemic therapy with biological preparations in psoriasis]. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venerologicheskikh bolezney – Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*, 2015, No. 18 (6), pp. 32-38.

6. Parisi R., Symmons D.P., Griffiths C.E., Ashcroft D.M. Global epidemiology of psoriasis a systematic review of incidence and prevalence. *J. Invest. Dermatol.*, 2013, Vol. 133 (2), pp. 377-385.

7. Keaney T. C., Kirsner R. S. New insights into the mechanism of narrow-band UVB therapy for psoriasis. *J. Invest. Dermatol.*, 2010, Vol. 130 (11), pp. 25-34.

8. Kollipara R., Downing C., Gordon R., Tying S. Interleukin-23 in the pathogenesis and treatment of psoriasis. *Skin Therapy Lett*, 2015, No. 20 (2), pp. 1-4; 2010, No. 130 (11), pp. 25-34.

Сведения об авторах:

Касимов Олим Исмоилович – профессор кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н.

Муниева Саида Хамрокуловна – зав. кафедрой дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Салимов Бахром Махкамович – асс. кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Эмомалиев Джурабек Гадоевич – заочный аспирант кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Контактная информация:

Эмомалиев Джурабек Гадоевич – тел.: +992 918267774

Махмудов Д.Т.

РЕЗУЛЬТАТЫ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОСНОВНЫХ ПРИНЦИПОВ САНАЦИИ ПОЛОСТИ РТА У ЛИЦ С РАЗНОЙ ПРИВЫЧНОЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТЬЮ

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПО_ВСЗ РТ

Makhmudov D.T.

RESULTS OF THE IMPROVEMENT CARDINAL PRINCIPLE SANATION OF ORAL CAVITY IN PATIENT WITH DIFFERENT ACCUSTOMED MOTOR ACTIVITY

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

Цель исследования. Усовершенствовать основные принципы санации полости рта в зависимости от уровня привычной двигательной активности.

Материал и методы. С 2015 по 2016 год обследованы 483 пациента с низким (146 человек), средним (152 человек) и высоким (185 человек) уровнями привычной двигательной активности в возрасте от 20 до 60 лет и старше. Была разработана и внедрена модифицированная тактика лечения кариеса и его осложнений.

Результаты исследования. В результате проведения санации полости рта удалось снизить число лиц, отказавшихся от санации: с 12,38% до 0,39% у лиц с высоким уровнем двигательной активностью, с 16,36% до 3,15% у лиц со средним и с 59,78% до 19,9% при низком уровне привычной двигательной активности.

Заключение. Разработанные принципы санации полости рта у лиц с разной привычной двигательной активностью с использованием современных технологий позволяют повысить качество лечения кариеса зубов и его осложнений.

Ключевые слова: санация полости рта, двигательная активность, стоматологический аспект здоровья, кариес, бондинг, постбондинг, сэндвич-техника, герметизация

Aim. Improve the sanitary-educational principle sanation of oral cavity in depending of level of the accustomed motor activity.

Materials and methods. With 2015 to 2016 year examined 483 patients with low (146 persons), average (152 persons) and high (185 persons) level of accustomed motor activity at age from 20 to 60 years and senior. Amongst examined persons have developed and introduced the modified tactician of the treatment of the caries and its complications.

Results. As a result of undertaking sanation of oral cavity was managed to reduce the number of the persons, abandoned of sanation of oral cavity, with 12.38% to 0.39% beside persons with high level of motor activity, with 16.36% to 3.15% beside persons with average and with 59.78% to 19.9% under low level of the accustomed motor activity.

Conclusion. Designed by us principles of oral cavity's sanation beside persons with different accustomed of motor activity with use modern technology have allowed to raise the quality of the treatment of caries tooth and its complications.

Key words: sanation of oral cavity, motor activity, dentistry aspect of health, caries, bonding, postbonding, sandwich-technology, hermetization

Актуальность

Одной из задач при оздоровлении стоматологических пациентов является санация полости рта [1, 2]. Современное понятие о

санации полости рта базируется на коренном изменении стратегии здравоохранения, когда профилактика является первичным, а укрепление здоровья – вторичным уровнем

деятельности ответственных секторов и всего общества [3, 4].

С учетом вышеизложенного, проводилось усовершенствование основополагающих принципов санации полости рта в зависимости от уровня привычной двигательной активности стоматологических пациентов.

Материал и методы исследования

Проанализирован опыт санации полости рта у 783 пациентов 20-60 лет, в том числе 411 мужчин и 372 женщин с высоким (247 человек), средним (282 человек) и низким (254 человек) уровнями привычной двигательной активности. К основным показателям санации полости рта были отнесены нижеследующие: число кариозных полостей, выявленных при первичном осмотре; число кариозных полостей, запломбированных за время санации; число полостей, запломбированных в связи с осложнениями кариеса; число незапломбированных кариозных полостей у лиц, отказавшихся от санации и

не завершивших ее; число зубов, подлежащих удалению, по результатам первичного обследования; число зубов, удаленных при санации; число неудаленных зубов у лиц, отказавшихся от санации и не завершивших ее.

Материал исследования подвергнут статистической обработке с использованием программы STATISTICA. Частота клинических проявлений показателей приведена в виде процента ко всей выборке. Сравнение частоты клинических показателей проводилось по критерию Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

Санацию полости рта выполняли у всех нуждавшихся в ней. Лечение кариеса зубов и его осложнений у лиц с различным уровнем привычной двигательной активности проводилось в условиях стоматологической поликлиники. Показатели нуждаемости и результаты санации полости рта среди обследованного контингента больных представлены в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных по уровню необходимой стоматологической помощи

<i>Уровень привычной двигательной активности</i>	<i>Нуждались в санации, %</i>	<i>Санировано, %</i>
<i>Высокий</i>	92,31	98,43
<i>Средний</i>	95,39	97,24
<i>Низкий</i>	99,61	76,64

При первичном осмотре из общего количества обследованных пациентов с высоким уровнем привычной двигательной активности, находившихся на амбулаторном лечении, 228 (92,31%) нуждались в лечении кариеса зубов и его осложнений. Показатель нуждаемости в кариологической помощи у лиц со средним и низким уровнями двигательной активности составил соответственно 269 (95,39%) и 253 (99,61%). Полученные материалы позволяют отметить, что существует обратная пропорциональная зависимость между нуждаемостью в санации полости рта и уровнем привычной двигательной активности пациента, и чем выше двигательная активность, тем ниже нуждаемость в санации полости рта и наоборот.

Количественные показатели санации полости рта у стоматологических пациентов с различным уровнем привычной двигательной активности представлены в таблице 2.

Как свидетельствуют данные таблицы, из 315 выявленных кариозных полостей при первичном осмотре у лиц с высоким уровнем привычной двигательной актив-

ности в отдаленные сроки наблюдения число запломбированных зубов составило 86,67%, число запломбированных полостей в связи с осложнениями кариеса (элемент Р) - 9,84%. У лиц со средним уровнем двигательной активности величина исследуемых показателей составила соответственно 80,55%, 14,39% при усредненном значении 66,76% и 21,28% у стоматологических пациентов с низким уровнем привычной двигательной активности.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что завершить полную санацию полости рта не удалось у 3,49% лиц с высоким уровнем двигательной активности, у 5,06% и 11,95% соответственно у пациентов со средним и низким уровнями привычной двигательной активности.

Следует отметить, что в основном причиной отказа от санации полости рта был непреодолимый страх перед стоматологическим вмешательством. В результате проведения активной санации полости рта нам удалось уменьшить число лиц, отказавшихся от санации, с 11,95% у лиц с

низким уровнем привычной двигательной активности до 3,49% при высоком уровне активности стоматологических пациентов. Второй причиной, из-за которой не

удалось добиться 100% санации полости рта, была невозможность ее проведения из-за ориентированности двигательной активности пациентов.

Таблица 2

Показатели санации полости рта у лиц с различным уровнем привычной двигательной активности

Показатель	Уровень двигательной активности					
	Высокий n=247		Средний n=282		Низкий n=254	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Число полостей, выявленных при первичном осмотре	315	100	257	100	343	100
Число полостей, запломбированных за время санации	273	86,67	207	80,55	229	66,76
Число полостей, запломбированных в связи с осложнениями кариеса	31	9,84	37	14,39	73	21,28
Всего запломбировано кариозных полостей	304	96,51	244	94,94	302	88,05
Число незапломбированных полостей у лиц, отказавшихся от санации полости рта и не завершивших ее	11	3,49	13	5,06	41	11,95
Число зубов, подлежащих удалению по результатам первичного обследования	90	100	115	100	138	100
Число зубов, удаленных при санации	82	91,11	102	88,70	72	52,17
Число неудаленных зубов у лиц, отказавшихся от санации и не завершивших ее	8	8,89	13	11,30	66	47,83

У лиц с высоким, средним и низким уровнями двигательной активности за время реализации активной санации число запломбированных кариозных полостей соответствовало 96,51%, 94,94% и 88,05%. Результаты хирургической санации полости рта у стоматологических пациентов с разным уровнем привычной двигательной активности также имеют положительную динамику. Доля удаленных зубов от общего числа подлежащих удалению по результатам первичного осмотра выросла с 52,17% у лиц с низким уровнем привычной двигательной активности до 91,11% при высоком уровне активности.

По результатам нашего исследования, у лиц с высоким уровнем привычной двигательной активности после лечения кариеса зубов постпломбировочные осложнения отмечались в 3,6% наблюдений, у лиц со средним

уровнем – в 7,12%, у лиц с низким уровнем – в 13,5%. Что касается характера кариологических осложнений у лиц с высоким уровнем привычной двигательной активности, то в 12,6% наблюдений отмечалось выпадение пломбы, 2,65% пришлось на появление новых кариозных полостей, частота выявления дефектов пломб (нарушение краевого прилегания и анатомической формы пломб) составила 5,47%, частота удаления зубов – 0,33%. У лиц со средним уровнем двигательной активностью выпадение пломбы отмечалось в 13,2% случаев, появление новых кариозных полостей – в 5,14%, нарушение краевого прилегания и анатомической формы пломб – в 1,12% при соответствующих значениях 17,7%, 9,02% и 3,33% у стоматологических пациентов с низким уровнем привычной двигательной активности.

Исследование показало, что пломбы не-удовлетворительного качества чаще встречались на контактных поверхностях зубов - в 61,32% наблюдений у лиц с высоким уровнем двигательной активности, у лиц со средним уровнем активности - в 69,12%, в 76,6% наблюдений - у стоматологических пациентов с низким уровнем привычной двигательной активности.

У лиц с высоким уровнем привычной двигательной активности после лечения зубов по поводу глубокого кариеса в 10,92% случаев пломбы выпали, в 3,08% наблюдений появились новые кариозные полости, в 2,24% и 1,16% случаев соответственно возник пульпит и периодонтит, у 82,6% пациентов удалось достичь положительных результатов лечения глубокого кариеса. Исследуемые показатели составили соответственно 12,11%, 4,84%, 2,97%, 2,02% и 78,06% у стоматологических пациентов со средним уровнем и 15,2%, 6,03%, 4,13%, 3,65% и 70,99% - с низким уровнем привычной двигательной активности.

Исходя из полученных данных, мы разработали индивидуализированную тактику лечения кариеса зубов среди обследованного контингента больных с разным уровнем привычной двигательной активности:

- тщательное проведение профессиональной гигиены полости рта перед началом реставрации зуба;
- адекватное обезболивание кариологической манипуляции;
- щадящее препарирование кариозной полости;
- использование профилактического пломбирования с инвазивной и неинвазивной герметизацией фиссур;
- пломбирование кариозных полостей современными качественными материалами с использованием концепции «влажного бондинга» и «направленной полимеризации»;
- использование при пломбировании кариозных полостей жевательных зубов «сендвич-техники»;
- применение постбондинга при работе с композитами для профилактики нарушения краевого прилегания и рецидива кариеса;
- работа с ассистентом «в 4 руки».

Вышеизложенный алгоритм позволил нам получить через 3 года в 98,12% наблюдений хорошие и удовлетворительные результаты у стоматологических пациентов с высоким уровнем привычной двига-

тельной активности, в 95,09% случаев – у лиц со средним и в 91,11% случаев – у лиц с низким уровнем привычной двигательной активности. Указанная тактика дала возможность выявить частоту и характер кариологических осложнений после эндодонтического лечения. Так, у лиц с высоким уровнем привычной двигательной активности после проведенного эндодонтического лечения неэффективным оказалось лечение 14,85% зубов, вместе с тем, у стоматологических пациентов со средним и низким уровнями активности неэффективным оказалось лечение у 27,16% и 34,55% соответственно. Следовательно, эффективность эндодонтического лечения среди обследованных лиц составила соответственно 85,15%, 72,84% и 65,45%.

При лечении осложнений кариеса, независимо от уровня привычной двигательной активности, мы руководствовались следующими принципами:

- эндодонтическому лечению подлежат зубы мотивированных к лечению пациентов с хорошей гигиеной полости рта и готовностью сотрудничать с врачом;
- следует информировать пациента о плане эндодонтического лечения и получить его согласие на проведение всех этапов лечения;
- необходимо обеспечить безболезненность всех лечебных манипуляций;
- обязательно строгое соблюдение правил асептики и антисептики;
- применяется механическое препарирование корневого канала с использованием гелей для химического расширения корневых каналов (эндогель, RC-Prep) и медикаментозной обработки (Белодез);
- при лечении деструктивных форм верхушечного периодонтита следует использовать временное пломбирование корневых каналов препаратами гидроокиси кальция (Calasept);
- корневой канал должен быть пройден, отпрепарирован, медикаментозно обработан и запломбирован до уровня физиологической верхушки (0,5-1,5 мм от анатомической верхушки);
- необходима проверка качества эндодонтического лечения с использованием рентгенографии или визиографии.

Заключение

Таким образом, разработанные нами принципы санации полости рта в зависимости от привычной двигательной активности стоматологических пациентов с использованием современных технологий

позволили повысить качество лечения кариеса зубов и его осложнений. Для получения хороших результатов санации полости рта у стоматологических пациентов с разным уровнем двигательной активности необходимо использовать комплексный подход с участием всех работников соответствующих учреждений, современные методы лечения стоматологических заболеваний и адекватное обезболивание.

ЛИТЕРАТУРА (пп. 3, 4 см. в REFERENCES)

1. Исмоилов А.А., Нуров Д.И. Оценка исходной величины эмалевой резистентности в зависимости от интенсивности кариеса зубов у лиц с отягощенным анамнезом // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. Душанбе, 2016. № 3. С. 38-42.
2. Ашуров Г.Г., Садиков Ф.О., Каримов С.М. Критерии оценки качества композитных реставраций зубов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. Душанбе, 2016. № 2. С. 71-74.

RESERENSES

1. Ismoilov A. A., Nurov D. I. Otsenka iskhodnoy velichiny emalevoy rezistentnosti v zavisimosti ot inten-

sivnosti kariesa zubov u lits s otyagoshennym anamnezom [Estimation of the source value of enamel resistance in depending of caries intensities beside persons with burdened anamnesis]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdavookhraneniya – Herald of postgraduated education in health sphere*, 2016, No. 3, pp. 38-42.

2. Ashurov G. G., Sadikov F. O., Karimov S. M. Kriterii otsenki kachestva kompozitnikh restavratsiy zubov [Criteria estimation of quality composite restoration of teeth]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdavookhraneniya – Herald of postgraduated education in health sphere*, 2016, No. 2, pp. 71-74.

3. Ryge G. Clinical criteria in dentistry. *Int Dent J.*, 2005, Vol. 30, No. 4. pp. 347-358.

4. Telles M. T., Gray S. L., Lim S., Ismail A.I. Sealants and dental caries. *JADA*, 2011, Vol. 142, No. 9, pp. 1033-1040.

Сведения об авторе:

Махмудов Джурабек Тешиевич – соискатель-докторант кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Контактная информация:

Махмудов Джурабек Тешиевич – тел.: +992 918-72-11-55

¹Мирзоев М.Ш., ²Шакиров М.Н., ¹Рашидов Х.Т., ³Григорьев Е.Г.

АДДИТИВНОЕ СТЕРЕОЛИТОГРАФИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

¹Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОвСЗ РТ

²Кафедра челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Сибирского государственного медицинского университета, Томск, РФ

³Отделение лучевой диагностики Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», Томск, РФ

¹Mirzoev M.Sh., ²Shakirov M.N., ¹Rashidov Kh.T., ³Grigoryev E.G.

ADDITIVE STEREOGRAPHIC MODELLING IN MAXILLOFACIAL SURGERY

¹Department of Maxillofacial Surgery with Pediatric Dentistry of the State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"

²Department of Maxillofacial Surgery and Dentistry of Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation

³Department of Radiation Diagnostics. Federal State Budgetary Scientific Institution of «Tomsk national research medical centre of the Russian Academy of Sciences», Tomsk, Russian Federation

Цель исследования. Использование технологии лазерной стереолитографии для создания моделей с целью устранения различных дефектов и деформаций костных структур нижнечелюстной кости в условиях Республики Таджикистан.

Материал и методы. Приведены материалы лечения 12 больных с различными патологическими процессами нижней челюсти (адамантинома – 5 (41,7%), остеобластокластома – 2 (16,6%), анкилоз височно-нижнечелюстных суставов – 5 (41,7%)) в возрасте от 17 до 40 лет. В соответствии с результатами компьютерной томографии в режиме 3D-принтера по аддитивной технологии изготовлены стереолитографические модели челюстей, на основе которых с учетом размеров, формы и локализации патологического очага изготовлены индивидуальные эндопротезы для одномоментного замещения тела, угла и ветви нижней челюсти, включая головку, из пористых и монолитных материалов на основе никелида титана. Всего было изготовлено 12 стереолитограмм черепа.

Результаты. Высокая эффективность операций подтверждена первичным заживлением ран и восстановлением движений нижней челюсти, включая латеральные направления, по мере устранения воспалительных явлений и отёчности тканей зоны вмешательства (10-12 сут). Спустя 12 месяцев и более пациенты жалоб не предъявляли, движения нижней челюсти сохранены в полном объёме, со стороны зубочелюстного аппарата функциональных нарушений не выявлено. В клинической практике использования стереолитографических моделей (СЛ - модель) челюстей убедительно показано удобство их использования в качестве формы визуализации информации, полученной с помощью КТ-графии. Использование стереолитографических моделей способствует значительному сокращению продолжительности оперативного вмешательства по устранению костного дефекта ввиду возможности заблаговременной подготовки требуемого эндопротеза. Как следствие, уменьшается продолжительность воздействия наркоза, что способствует снижению риска появления послеоперационных осложнений и побочных негативных последствий. Таким образом значительно повышается эффективность и качество лечения при минимизации материальных затрат и времени стационарного лечения.

Заключение. Использование эндопротезов из никелида титана для замещения различных костных дефектов челюстно-лицевой области на основе стереолитографического моделирования челюстей позволяет сделать вывод

о возможности полноценного восстановления утраченных анатомо-функциональных особенностей зубочелюстного аппарата у данной категории больных.

Ключевые слова: адамантинома, никелид-титана, эндопротезы, стереолитография, 3D – принтер

Aim. Using the technology of laser stereolithography to create models with the aim of eliminating various defects and deformation of bone structures of the mandibular bone in terms of the Republic of Tajikistan.

Materials and methods. Materials of treatment of 12 patients with different pathological processes of the mandible (adamantinoma – 5 (41,7%), osteoblastoclastoma – 2 (16,6%), ankylosis of the temporomandibular joints – 5 (41,7%)) aged 17 to 40 years are resulted in this article. According to computer tomography in the 3D-printer mode, stereolithographic models of jaws were made using additive technology, on the basis of which, taking into account the size, shape and localization of the pathological focus, implants of individual character have been made for a one-stage replacement of the body, angle and branch of the mandible, including a head of porous and monolithic materials based on titanium nickelide. There were manufactured 12 stereolithographies of skull.

Results. The results of the operations performed in 12 patients showed their high efficiency. In all cases, primary wound healing was determined. As the inflammatory phenomena and puffiness of the tissues were eliminated in the intervention zone (10-12 days), movements of the lower jaw, including those in the lateral directions, were restored. After 12 months or more patients did not complain, the movements of the lower jaw were preserved in full, functional abnormalities from the dento-maxillary apparatus were not revealed. In the clinical practice of using the stereolithographic models (SL-model) of the jaws, it was convincingly shown that the SL-models are the most convenient form of visualization of information obtained using CT-scans. The use of stereolithographic models allows to significantly reduce the operation time due to the possibility to prepare in advance the implants, due to which the bone defect during surgical interventions will be eliminated. A significant reduction in the duration of operations and, consequently, of the patient's time under general anesthesia, certainly reduces the likelihood of postoperative complications and adverse side effects. All this, in addition to increasing the effectiveness and quality of treatment, leads to a significant reduction in material costs and time that the patient spends in the clinic.

Conclusion. The use of implants made of titanium nickelide to replace various bone defects of the maxillofacial region based on stereolithographic modeling of the jaws, allows to make a conclusion about the possibility of full recovery of lost anatomical and functional features of dentoalveolar apparatus in this category of patients.

Key words: adamantinoma, titanium nickelide, implants, stereolithography, 3D printer

Актуальность

Для решения практических задач челюстно-лицевой хирургии, связанных с планированием и подготовкой оперативного вмешательства, а также анализом общей клинической картины, необходимо получение достоверных данных о существующей патологии: дифференцировать вид (опухоль, травматический дефект, врожденная костная аномалия), структуру, геометрические показатели (форма и размер). Современные методы диагностики включают широкий спектр инструментального исследования – рентгенография, ангиография, ультразвуковая, компьютерная и/или магнитно-резонансная томография, подразумевающих наличие профессиональных навыков и умений для создания объективной и точной картины заболевания [2, 5, 8, 9, 14]. Инновацией, внедряемой в сферу диагностики, является лазерная стереолитография – сущность такого метода заключается в создании трёхмерного цифрового аналога объекта исследования на основании результатов компьютерной или магнитно-резонансной томографии [10-13], при этом воспроизводится точная объёмная копия объекта из пластика за счет послойно-

го формирования из жидких фотополимеризующихся композиций. Метод получил название Rapid Prototyping (быстрое прототипирование), или Desk Top Manufacturing.

Впервые «быстрое прототипирование» (техника наложения слоев) было использовано в XIX веке – таким способом J.E. Blather (1892) изготавливал макеты рельефных топографических карт. В 1982 г. Charles W. Hull основал корпорацию 3D Systems, выпускающую объёмные аналоги разнообразных объектов на стереолитографической установке при использовании компьютерных и лазерных технологий. Впоследствии было разработано и внедрено множество способов быстрого послойного изготовления объектов: лазерная стереолитография (laser stereolithography); технология послойного изготовления объектов посредством селективного отверждения светочувствительного полимера лазером; технология струйной печати для выборочного склеивания порошкообразных материалов (3D printing); лазерное спекание порошкообразных материалов (selective laser sintering – SLS); формирование из волокна при температуре его плавления (fused deposition modeling – FDM)

и ряд других. Необходимо отметить, что в клинической практике наиболее широкое распространение получил именно метод лазерной стереолитографии [1, 6, 12].

В современной стоматологии и реконструктивной челюстно-лицевой хирургии, помимо лазерной стереолитографии, широкое распространение получили струйная печать и лазерное спекание, модернизация и внедрение которых способствуют значительному прогрессу стоматологии. В частности, с использованием прогрессивных 3D-технологий изготавливают зубные протезы, коронки, вкладки, накладки, мосты и т.д. [7, 11].

При планировании сложных пластических и реконструктивных операций челюстно-лицевой и краниофациальной областей вопрос актуальности поиска и внедрения надёжных и точных диагностических средств и методов остаётся открытым – очередным этапом эволюции в этом направлении является использование метода лазерной стереолитографии (СЛ).

Цель работы

Использование технологии лазерной стереолитографии для создания моделей с целью устранения различных дефектов и деформаций костных структур нижней челюстной кости в условиях Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования

В основу работы положены результаты обследования и хирургического лечения 12 больных с различными патологическими процессами нижней челюсти. Все больные поступали в клинику челюстно-лицевой хирургии Национального медицинского центра Республики Таджикистан в плановом порядке. Возраст пациентов варьировал от 17 до 40 лет.

В зависимости от нозологических форм заболеваний больных распределили следующим образом: аденоидно-кистозная опухоль нижней челюсти – 5 (41,7%), остеобластокластома нижней челюсти – 2 (16,6%), анкилоз височно-нижнечелюстных суставов – 5 (41,7%). Стандартное клиническое обследование было дополнено рентгенологическими исследованиями: ортопантомографией, рентгенографией нижней челюсти в прямой проекции и компьютерной томографией на спиральном компьютерном томографе «HI Spid FX/i» в режиме 3D-принтера по аддитивной технологии.

После первичной компьютерной обработки цифровых данных, сохранения их в отдельном файле, эти данные передавали по электронной почте на адрес отделения лучевой диагностики Федерального государ-

ственного бюджетного научного учреждения «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», сотрудники которого по аддитивной технологии изготавливают стереолитографическую модель челюстей. После завершения данную модель отправляют в Научно-исследовательский институт медицинских материалов Сибирского физико-технического института Национального исследовательского Томского государственного университета [3, 4], где по ним изготавливают эндопротезы индивидуального характера, соответственно параметру патологического очага костных структур челюстей.

Методом лазерной стереолитографии было изготовлено 12 пластиковых моделей черепов, по которым осуществлялась комплексная оценка клинической ситуации: объём поражения костных структур и определение объёма оперативного вмешательства путём планирования остеотомий костей лицевого скелета и припасовки эндопротезов.

Для замещения дефектов костных структур нами использовались индивидуально изготовленные эндопротезы из пористого никелида титана, включая головку, ветви и тела нижней челюсти, в случаях устранения костных анкилозов, эндопротезов задней части ветви нижней челюсти, включая головку в хирургическом лечении больных с различными патологиями костных структур челюстей.

Под аддитивными (*add*, англ. – *добавлять*) технологиями, или Additive Manufacturing (AM-технологии), понимается обобщенное название технологий изготовления изделия методом послойного добавления материала по данным цифровой модели (или САД-модели).

Методика изготовления модели костных структур основана на комплексной обработке полученных медицинских изображений и состоит из нескольких этапов:

– проведение компьютерного томографического исследования. За стандарт принимается мультиспиральное сканирование с получением срезов толщиной желательнее не менее 0,5 мм, в мягкотканом и костном режимах. Если целью визуализации является трёхмерная модель только костных структур, то достаточным является нативное исследование (бесконтрастное). Полученные сканы имеют стандартный медицинский формат DICOM, и данные файлы годны для следующего этапа;

– оборудование: 3D-принтер Mankati Fullscale XT (Китай). Рабочая область 3D принтера Mankati составляет 250×250×300 мм.

Обладает высокоточной системой позиционирования, которое составляет 10 микрон по осям XY и 15 микрон по оси Z. Толщина слоя при этом составляет от 40 микрон до 400 микрон. Электроника принтера представлена материнской платой форм-фактора «ALL IN ONE» на базе микроконтроллера Atmega 2560. На борту материнской платы расположены 5 съемных драйверов шаговых моторов, которые управляют моторами, отвечающими за движения по осям XYZ и 2 мотора - для подачи пластика. Блок питания импульсный – что защищает управляющую электронику 3D принтера от различных перепадов напряжения;

– создание виртуальной модели. Используются дополнительные программные пакеты, позволяющие медицинский DICOM формат преобразовать в файл поверхности – stl.obj (классически использовавшийся для стереолитографии) или другие варианты, которые сможет интерпретировать слайсер. В нашем случае мы использовали программный пакет 3D slicer с открытым кодом (3dslicer.org), в среде которого осуществляется подготовка модели в несколько шагов: обрезка с ограничением «зоны интереса», которая непосредственно подлечит 3D-печати; удаление артефактов от металла (импланты, штифты, и др.); выборка диапазона плотностей, входящего в макет «поверхности» (для костной ткани – обычно выше 150 единиц Хаунсфильда); применение инструментов сглаживания и удаления «шумов». Результатом проведенных манипуляций является виртуальная модель зоны интереса в виде файла с разрешением stl;

– подготовка виртуальной модели к печати. Файл stl. загружается в программу-слайсер, основная задача, которой подготовить модель к печати на конкретной модели 3D-принтера. Как правило, данная программа поставляется в комплекте с оборудованием, однако существуют бесплатные аналоги (slic3r, cura и др.) с основными, но достаточно широкими возможностями: изменять масштаб, скорость и качество печати, позиционировать и поворачивать модель на столе, менять параметры толщины стенок и плотности модели, а также выбирать варианты поддержки печатаемых слоёв;

– 3D-печать - осуществляется методом послойного наплавления полимерной нити (прутка/филамента) с помощью моторизованной системы подачи в расплавляющий экструдер, который позиционируется в пространстве системой приводов и направляющих. Возможности различных принтеров отличаются, прежде всего, объёмом области

печати (ширина, глубина, высота), скоростью печати, используемыми материалами, и максимальным разрешением. Разрешение зависит от точности позиционирования экструдера, от шага изменения высоты стола, на котором производится печать, и диаметра сопла, через который подаётся нить. Разрешающая способность, выражающаяся в толщине слоя печати у современных принтеров, работающих по указанной технологии, достигает 100 микрон и менее. Однако, по нашему опыту, достаточной является толщина от 0,2 до 0,4 мм, позволяющая воспроизводить качественные модели с оптимальной скоростью. Также часто необходимым условием является использование поддержек, которые представляют собой более тонкие печатные элементы, на которые впоследствии наплавляются слои нависающих анатомических образований. Учитывая, что кости черепа имеют достаточно сложные формы, использование поддержек повсеместно является оправданным, в том числе с целью избежать деформации. В зависимости от указанных параметров, например, печать модели нижней челюсти взрослого человека займёт до 5-8 часов, а лицевого скелета полностью - занимает от 10 до 20 часов;

– чаще всего нами использовался материал Watson от компании Bestfilament (Томск, Россия), обладающий очень низкой усадкой, и достаточной для наших целей жесткостью. Альтернативный вариант для некоторых деталей (чаще всего - для имитации установленных имплантов, с выделением их цветом от основной модели) - пластик PLA (Poly Lactic Acid), получаемый из растительной сельхозпродукции (пшеницы, кукурузы, картофеля, сахарного тростника и сахарной свёклы). Экологическая чистота и безопасность материала обусловлены его биоразлагаемостью. Сравнительная характеристика PLA и других полимеров позволяет сделать вывод о преимуществах этого пластика, заключающихся в большей вариативности геометрических форм, минимизации термального стресса, незначительной деформации, скорости охлаждения и отвердевания. Поверхность изготовленных изделий получается более блестящей и гладкой. Физико-механические показатели характеризуются относительно невысокой температурой использования (до 55°C) и ограничивают применение объектов во избежание их деформаций, высокая твердость требует больших трудозатрат при обработке.

Результаты и их обсуждение

Высокая эффективность операций, проведенных у 12 больных, подтверждена первич-

ным заживлением ран и восстановлением движений нижней челюсти, включая латеральные направления, по мере устранения воспалительных явлений и отёчности тканей зоны вмешательства (10-12 сут.). Всем больным для устранения патологического костного очага нижней челюсти устанавливали заранее индивидуально изготовленные эндопротезы из сплавов никелида титана на основе стереолитографического моделирования в режиме 3D принтера. Через 1-1,5 месяца больные полноценно принимали пищу, каких-либо отрицательных явлений, связанных с операциями, не отмечено. Спустя 12 месяцев и более пациенты жалоб не предъявляли, движения нижней челюсти сохранены в полном объёме, со стороны зубочелюстного аппарата функциональных нарушений не выявлено. Благодаря точности определения размеров, формы и локализации костного дефекта СЛ-модели, таких явлений, как прорезывание эндопротеза сквозь мягкие ткани в ротовую полость или наружу, перелом или миграция установленной конструкции, не выявлено.

В клинической практике использования стереолитографических моделей (СЛ - модель) челюстей убедительно показано удобство их использования в качестве формы визуализации, полученной с помощью КТ-графии информации. В качестве дополнительных преимуществ можно выделить следующее.

Упрощается диагностирование, повышается точность постановки диагноза в случае сложных скелетных деформаций, пробное оперативное вмешательство на пластиковой модели позволяет прогнозировать интраоперационные осложнения. Выявление локализации и определение геометрической формы и размеров дефекта позволяют изготовить необходимый соразмерный объект – эндопротез или трансплантат. В отдельных случаях СЛ-модели являются единственными источниками информации, которую невозможно получить другими методами.

Точность установки эндопротеза при проведении оперативного вмешательства по коррекции челюстно-лицевой патологии способствует сокращению числа вторичных коррекций.

Тождественность изготовленных моделей реальным костным тканям позволяет проводить цефалометрические измерения, а также планировать хирургические операции.

Планирование операций с использованием стереолитографических моделей способствует значительному сокращению продолжительности оперативного вмеша-

тельства по устранению костного дефекта ввиду возможности заблаговременной подготовки требуемого эндопротеза, как следствие к уменьшению продолжительности воздействия наркоза, что, очевидно, способствует снижению риска проявления послеоперационных осложнений и побочных негативных последствий. Таким образом, значительно повышается эффективность и качество лечения при минимизации материальных затрат и времени стационарного лечения.

В качестве иллюстрации приводим клиническое наблюдение

Больной Б., 45 лет (история болезни № 452) поступил в отделение челюстно-лицевой хирургии Национального медицинского центра Республики Таджикистан с жалобами на наличие объёмного образования правой половины нижней челюсти, боли в этой области, нарушение приёма пищи и ограничение открывания рта. Из анамнеза выявлено, что больному 6 лет тому назад проведена операция по поводу аденоиды нижней челюсти справа с установлением проволоочного эндопротеза. Спустя 4 года после операции больной вновь отмечал появление опухоли, и после постепенного нарастания образования в сентябре 2016 год обратился повторно в это отделение. На основании клинико-лабораторного исследования и морфологического изучения биопсионного материала установлен диагноз: «Амелобластома нижней челюсти справа».

Для определения размеров и локализации патологического образования больному произведена цифровая ортопантомография и компьютерная томография на спиральном компьютерном томографе «HI Spid FX/i». Полученные данные отправили по адресу отделения лучевой диагностики. ТНИМЦ, где по ним изготовили стереолитографическую модель лицевого скелета больного, на основании которого в НИИ медицинских материалов СФТИ Национального исследовательского Томского государственного Университета изготовили эндопротез индивидуального характера [3].

На основании полученных данных у больного определен объём и тактика оперативного вмешательства, под общим обезболиванием произведено удаление опухоли вместе с проволоочным эндопротезом справа и с одномоментным эндопротезированием дефекта, согласно вышеуказанной разработанной технологии.

Заживление раны первичным натяжением. В результате проведенной операции по

удалению новообразования и установления эндопротеза функция нижней челюсти сохранена, послеоперационный период протекал без осложнений. При осмотре через

12 месяцев состояние больного удовлетворительное, функциональных нарушений со стороны зубочелюстного аппарата не выявлено (рис. 1, 2, 3).

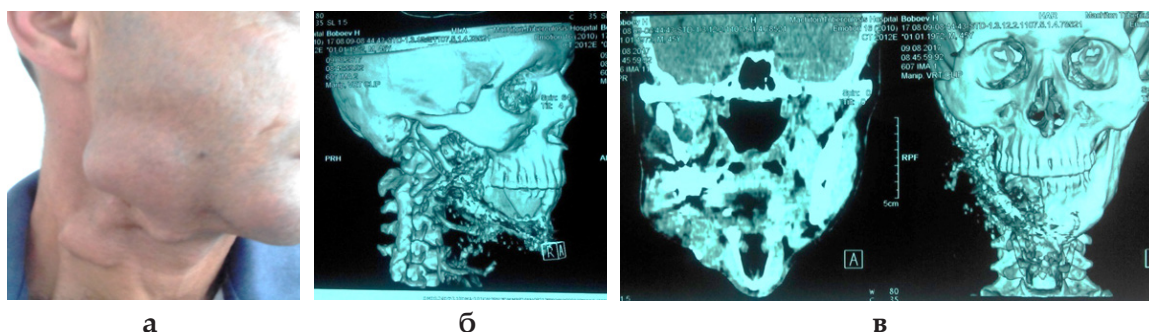


Рис. 1. Больной Б., 45 лет. Диагноз: Амелобlastома нижней челюсти справа; а – до оперативного лечения; б-в спиральная компьютерная томография челюстей

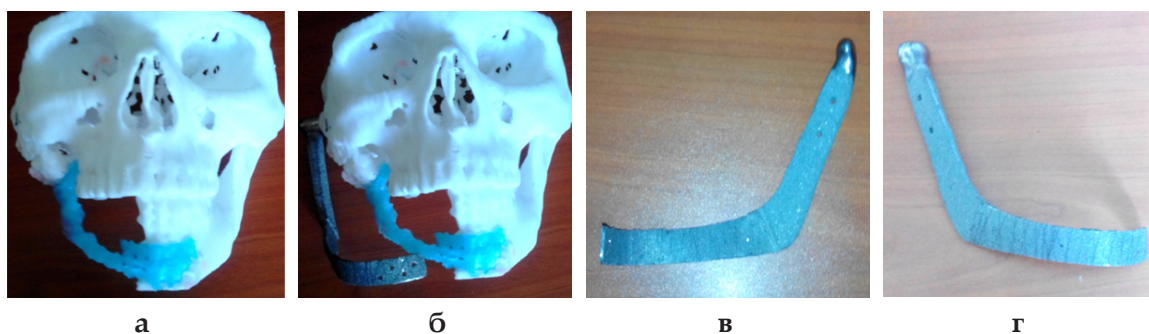


Рис. 2. Больной Б., 45 лет. а, б – стереолитографическая модель нижней челюсти; в,г – индивидуальный эндопротез нижней челюсти из никелида титана

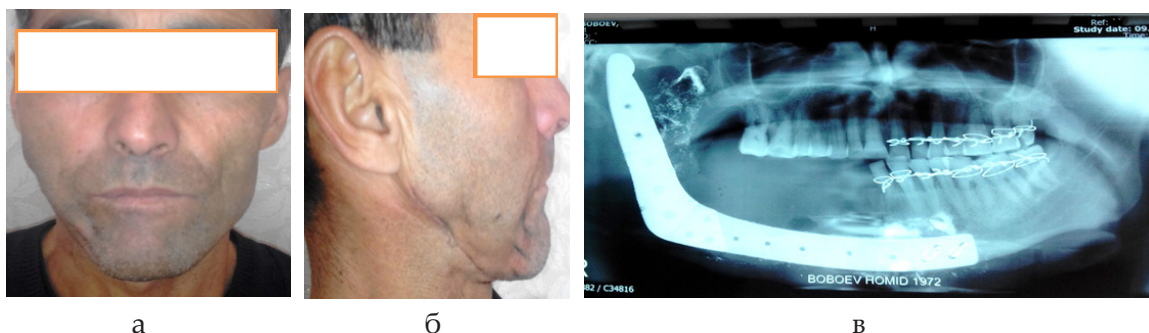


Рис. 3. Больной Б., 45 лет. а, б – состояние через 12 месяцев после оперативного вмешательства; в – ортопантомография нижней челюсти после установки эндопротеза из никелида титана

Таким образом, использование эндопротезов из никелида титана для замещения различных костных дефектов челюстно-лицевой области на основе стереолитографического моделирования челюстей позволяет сделать вывод о возможности полноценного восстановления утраченных анатомо-функциональных особенностей зубочелюстного аппарата у данной категории больных.

Выводы

1. Высокоэффективным диагностическим средством при лечении больных, страдающих различными видами патологии черепно-челюстно-лицевой области, является стереолитографическое биомоделирование – подтверждением этому служит множество успешно проведенных оперативных вмешательств. Одним из этапов получения СЛ модели при диагностике различных

патологий челюстно-лицевой области является использование (самостоятельно) метода компьютерного моделирования.

2. Стереолитографическое моделирование в отдельных случаях способствует получению информации, которую невозможно получить другими методами.

3. Пробное оперативное вмешательство на пластиковой модели позволяет прогнозировать интраоперационные осложнения.

4. Применение стереолитографических моделей в черепно-челюстно-лицевой хирургии позволяет существенно повысить качество и точность изготовления индивидуальных эндопротезов из пористо-проницаемых материалов для устранения дефектов нижней челюсти, контурной пластики опорных тканей лица, повысить эффективность планирования и выполнения сложных реконструктивных краниофациальных операций и дистракции различных костей лица.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 10-14 см. в REFERENCES)

1. Баулин И.М., Бадалян В.А., Ряховский А.Н. Экспериментальное исследование коллагеновой матрицы для увеличения объема десны с использованием 3D-моделирования // *Стоматология*. 2015. №5 (94). С. 8-10.
2. Вербо Е.В., Орджоникидзе М.З., Филиппов И.К. Оптимизация этапного лечения пациентов с обширными комбинированными дефектами лица // *Стоматология*. 2015. №3 (94). С. 25-32.
3. Гюнтер В.Э. Материалы с памятью формы в медицине. Томск: МИЦ, 2014. 342 с.
4. Кокарев О.В., Ходоренко В.Н., Радкевич А.А., Гюнтер В.Э., Чекалкин Т.Л. Развитие и дифференцировка мезенхимальных клеток костного мозга в пористо-проницаемых имплантатах из никелида титана *in vitro* и *in vivo* // *Клеточные технологии в биологии и медицине*. Томск. 2016. №2. С. 108-115.
5. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М.: Практическая медицина, 2013. 478 с.
6. Сенюк А.Н., Неробеев А.И., Стариков Н.А. и др. Цефалометрические характеристики пациентов с передним не вправляемым смещением суставного диска височно-нижнечелюстного сустава // *Стоматология*. 2015. №4 (94). С.53-57.
7. Соловьева О.А., Винниченко Ю.А., Сухарский И.И., Винниченко О.Ю. Компьютерное моделирование эндодонтического доступа в молярах верхней и нижней челюсти // *Стоматология*. 2015. №4 (94). С. 24-28.
8. Таиров У.Т., Юсупов З.Я., Джумаев Ш.М. Использование реконструктивных титановых пластин и имплантатов мышечкового отростка при хирургическом лечении новообразований нижней челюсти // *Вестник*

Авиценны. 2015. №2. С. 64-68.

9. Хушвахтов Д.И., Шакиров М.Н., Ризоев Р.Р., Джонибекова Р.Н. Цистэктомия с заполнением костной полости пористо-проницаемым никелид-титаном, обогащенным тромбоцитарной массой // *Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения*. 2015. №4. С. 46-49.

REFERENCES

1. Baulin I. M., Badalyan V. A., Ryakhovskiy A. N. Eksperimentalnoe issledovanie kollagenovoy matritsy dlya uvelicheniya obema desny s ispolzovaniem 3D-modelirovaniya [Experimental study of the collagen matrix for increasing the volume of the gums using 3D modeling]. *Stomatologiya – Dentistry*, 2015, No. 5 (94), pp. 8-10.
2. Verbo E. V., Ordzhonikidze M. Z., Filippov I. K. Optimizatsiya etapnogo lecheniya patsientov s obshirnymi kombinirovannymi defektami litsa [Optimization of the terminal treatment of patients with extensive combined face defects]. *Stomatologiya – Dentistry*, 2015, No. 3 (94), pp. 25-32.
3. Gyunter V. E. *Materialy s pamyatyuy formy v meditsine* [Materials with shape memory in medicine]. Tomsk, MITS Publ., 2014. 342 p.
4. Kokarev O. V., Khodorenko V. N., Radkevich A. A., Gyunter V. E., Chekalkin T. L. Razvitie i differentsirovka mezenkhimalnykh kletok kostnogo mozga v poristo-pronitsaemykh implantatakh iz nikelida titana *in vitro* i *in vivo* [Development and differentiation of bone marrow mesenchymal cells in porous permeable implants from titanium nickelide *in vitro* and *in vivo*]. *Kletochnye tekhnologii v biologii i meditsine – Cell technologies in biology and medicine*, 2016, No. 2, pp. 108-115.
5. Paches A. I. *Opukholi golovy i shei* [Tumors of the head and neck]. Moscow, Prakticheskaya meditsina Publ., 2013. 478 p.
6. Senyuk A. N., Nerobeev A. I., Starikov N. A. Tsefalometricheskie kharakteristiki patsientov s perednim ne vpravlyаемым smeshcheniem sustavnogo diska visochno-nizhnechelyustnogo sustava [Cephalometric characteristics of patients with anterior non-directional displacement of the articular disk of the temporomandibular joint]. *Stomatologiya – Dentistry*, 2015, No. 4 (94), pp. 53-57.
7. Soloveva O. A., Vinnichenko Yu. A., Sukharskiy I. I., Vinnichenko O. Yu. Kompyuternoe modelirovanie endodonticheskogo dostupa v molyarakh verkhney i nizhney chelyusti [Computer modeling of endodontic access in molars of the upper and lower jaw]. *Stomatologiya - Dentistry*, 2015, No. 4 (94), pp. 24-28.
8. Tairov U. T., Yusupov Z. Ya, Dzhumayev Sh. M. Ispolzovanie rekonstruktivnykh titanovykh plastin i implantatov myshchelkovogo otrostka pri khirurgicheskom lechenii novoobrazovaniy nizhney chelyusti [Use of reconstructive titanium plates and condylar implant implants in the surgical treatment of neoplasms of the mandible]. *Vestnik Aviitsenny – Herald of Avicenna*, 2015, No. 2, pp. 64-68.
9. Khushvakhtov D. I., Shakirov M. N., Rizoiev R. R., Dzhonibekova R. N. Tsistektomiya s zapolnieniem

kostnoy polosti poristo-pronitsaemym nikelid-titanom, obogashchennym trombocitarnoy massoy [Cystectomy with the filling of the bone cavity with porous-permeable nickel-titanium enriched with platelet mass]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya – Herald of the institute of postgraduate education in health sphere*, 2015, No. 4, pp. 46-49.

10. Andonovic V., Vrtanoski G. Growing rapid prototyping as a technology in dental medicine. *Mech Eng Sci J.*, 2010, No. 29, pp. 31-39.

11. Dikova T., Dzhendov D., Simov M. Modern trends in the development of the technologies for production of dental constructions. *Journal of IMAB – eAnnual Proceeding (Scientific Papers)*, 2015, No. 21 (4), pp. 974-981.

12. Hussein MO, Hussein LA. Novel 3D modeling technique of removable partial denture framework manufactured by 3D printing technology. *Int J Adv Res.*, 2014, No. 9, pp. 686-694.

13. Katreva I., Dikova Ts., Abadzhiev M. 3D-printing in contemporary prosthodontic treatment. *Scripta Scientifica Medicinæ Dentalis*, 2016, No. 2 (1), pp. 16-20.

14. Yun P.Y. The application of three-dimensional printing techniques in the field of oral and maxillofacial

surgery. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg*, 2015, No. 41. pp. 169-170.

Сведения об авторах:

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

Шакиров Мухамеджан Нигматович – профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Сибирского государственного медицинского университета, д.м.н.

Рашидов Хикматулло Тиллоевич – асс. кафедры челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Григорьев Евгений Геннадьевич – старший научный сотрудник отделения лучевой диагностики ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», к.м.н.

Контактная информация:

Мирзоев Мансурджон Шомирович – тел: +992 919172701

¹Одинаев А.А., ²Икромов Т.Ш., ²Мурадов А.М., ³Шумилина О.В.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕГОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ С ПРЕРЕНАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК

¹ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН РТ

²ГОУ ИПОвСЗ РТ

³ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации»

¹Oдинаев А.А., ²Muradov A.M., ²Ikromov T.Sh., ³Shumilina O.V.

SOME INDICAEES OF PULMONARY HEMODYNAMICS IN CHILDREN WITH PRERENAL FORM OF ACUTE TO KIDNEY INJURY

¹State Institution «Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Child's Surgery» of the Ministry of Health and Social Protection of Population of the Republic of Tajikistan

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

³State Establishment "Sity Scientific Center of Reanimation and Detoxification"

Цель исследования. Изучить некоторые показатели легочной гемодинамики у детей с преренальной формой острого повреждения почек.

Материал и методы. Проанализированы результаты обследования и лечения 90 больных детей с острым повреждением почек (ОПП) преренальной формы. Основные причины возникновения ОПП – нейроинфекция, травма, острые кишечные заболевания, перитонит, сепсис. Изучены особенности показателей легочной гемодинамики в зависимости от тяжести течения ОПП и развившихся органических осложнений.

Результаты. У больных с преренальной дисфункцией почек отмечаются значительные изменения в системе легочного кровообращения, зависящие от тяжести патологии, стадии ОПП и возраста детей.

Заключение. У детей с ОПП в зависимости от этиологического фактора и тяжести состояния возникает разной степени выраженности легочная гипертензия. Она влияет на функциональное состояние левого и правого желудочков сердца. Её необходимо выявлять на ранних стадиях и своевременно проводить профилактику и лечение для предупреждения развития лево- и правожелудочковой дисфункции.

Ключевые слова: дети, острое повреждение почек, преренальная форма, показатели легочной гемодинамики

Aim. To study some parameters of pulmonary hemodynamics in children with prerenal acute kidney injury.

Materials and methods. Were analyzed the results of examination and treatment of 90 children with acute renal injury (ARI) of prerenal form. Main causes of ARI are: neuroinfection, trauma, acute intestinal diseases, peritonitis, sepsis. Were studied features of pulmonary hemodynamic parameters depending on the severity of ARI and developed organ complications.

Results. In patients with renal prerenal dysfunction, there are significant changes in the pulmonary circulation system, depending on the severity of the pathology, the stage of ARI and the age of children.

Conclusion. In children with ARI, depending on the etiological factor and the severity of the condition, pulmonary hypertension occurs in varying degrees of severity. It affects the functional state of the left and right ventricles of the heart. It should be detected at an early stage and timely prevention and treatment to prevent the development of left and right ventricular dysfunction.

Key words: children, acute kidney injury, prerenal form, pulmonary hemodynamic parameters

Актуальность

Частота ОПП любой этиологии составляет 209 случаев на 1 млн населения и имеет тенденцию к нарастанию [1]. Особую настороженность вызывает рост частоты этой патологии среди детей. Учитывая регионарно-климатические условия республики, повреждение почек приобретает здесь характер краевой патологии. Манифестируя в детском и подростковом возрасте, патология почек прогрессирует во взрослом состоянии, с частыми рецидивами, в последующем вызывая широкий спектр осложнений, инвалидизацию, что обуславливает тяжелое бремя не только медицинской, но и социальной нагрузки в плане необходимости обеспечения таких пациентов заместительной терапией.

Ежегодно по Республике Таджикистан более 5-7 тысяч пациентов детского возраста нуждаются в проведении заместительной терапии почек, а затем и последующей реабилитации [3]. В целом, по стране летальность от ОПП в 2015 году составила 6% [3].

У детей раннего возраста при любом критическом состоянии почки в патологический процесс вовлекаются в первую очередь, наиболее часто это происходит при дисфункции желудочно-кишечного тракта, что в дальнейшем способствует развитию картины полиорганной недостаточности. В целом, анализ причин развития ОПП у детей показывает следующие данные: острые кишечные инфекции, сопровождающиеся гемолитико-уремическим синдромом (ГУС), – 39%, мочекаменная болезнь – 19%, сочетанные травмы – 16%, острые отравления – 8% [1, 7, 8]. При сепсисе ОПП развивается у 22% пациентов, а при септическом шоке – более чем у 50% [7].

Острое повреждение почек – полиэтиологический синдром, возникающий на фоне сопутствующей патологии, при котором происходит нарушение функций почек, других органов и систем с развитием симптомокомплекса патофизиологических изменения гомеостаза, гемодинамики и др. [1, 7]. Причинами дисфункции почек циркуляторного характера могут быть: избыточная потеря внеклеточной жидкости со снижением внутрисосудистого объёма, электролитные нарушения, приводящие к гиповолемии [1, 6, 7, 8]. В общей структуре ОПП на 1 млн населения доля острого тубулонекроза составляет 88 случаев, преренальные формы – 46, на фоне имеющейся хронической болезни почек – 29, обструктивные факторы – 23 [1, 5, 7]. При этом выявлено, что развитие ОПП на 1 млн населения при собственной болезни

почек оказались существенно более редкими, чем при пре- и постренальными причинами. Преренальные причины при ОПП достигают 80% [1, 3, 7].

Несмотря на внедрение и использование новых технологий в диагностике ОПП у детей, явный прогресс в результатах лечения и снижение количества возникающих осложнений, летальность по-прежнему доходит до 50%, имея тенденцию к увеличению при развитии органных осложнений, что вызывает особую настороженность среди врачей.

Особое значение в утяжелении состояния детей с острым повреждением почек имеют возникающие в период болезни нарушения почечного кровотока, центральной и легочной гемодинамики, по мере прогрессирования которых нарушаются функции других жизненно важных органов [1, 2, 4, 5, 6]. Поэтому изучение характера развившихся нарушений со стороны легочной гемодинамики и оценка их влияния на общие нарушения гомеостаза с развитием возможных осложнений, несомненно, представляется актуальным.

Материал и методы исследования

Нами проанализированы результаты обследования и лечения 90 больных детей с острым повреждением почек преренальной этиологии в возрасте от 3 до 16 лет.

Среди 90 больных причинами преренальной дисфункции почек являлись: перитонит – 34 (37,7%), травмы – 21 (23,3%), нейроинфекция – 8 (8,9%), острые кишечные заболевания – 12 (13,3%) и сепсис – 15 (16,7%). При этом выявлялись значительные изменения в системе легочной гемодинамики, зависящие от тяжести патологии, стадии ОПП и возраста детей.

При поступлении больных в клинику для определения стадии и тяжести патологии использовались классификации ОПП: RIFLE (2004) и AKIN (2007)

Из левой парастернальной позиции по короткой оси в положении больного лежа на спине при спокойном дыхании и на высоте выдоха оценивали кровоток в легочной артерии (ЛА) по методике A. Dabestani, где определяли V_{\max} – максимальную систолическую скорость кровотока в ЛА. Среднее давление в ЛА (СрДЛА) рассчитывали по формуле A. Kitabatake и соавт.:

$$\text{СрДЛА} = \lg (\text{СрДЛА}) = - 2,8 \times \text{АТ/ЕТ} + 2,4$$

СДЛА рассчитывали, как сумму систолического трансстрикуспидального градиента давления и давления в правом предсердии по формуле:

СДЛА = 20 +1,1 АР

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

Определяли также работу правого желудочка сердца общепринятым расчетным методом.

Полученные цифровые данные обработаны с использованием методов вариационной и разностной статистики с вычислением $M \pm m$ и оценкой достоверности результатов по критерию Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

Анализ показателей СДЛА и СрДЛА у детей с ОПП преренальной этиологии в зависимости от тяжести почечной дисфункции и возраста показал, что, несмотря на то, что

в норме для младшего и школьного возраста легочное давление повышено, по сравнению с взрослыми, при почечной дисфункции оно становится еще выше возрастной нормы. Выявлено достоверное повышение СДЛА и СрДЛА: при 1 стадии – 3-7 лет на 16,7% ($p < 0,01$) и на 19,6% ($p < 0,001$); 8-11 лет на 18,5% ($p < 0,05$) и на 19,7% ($p < 0,001$); 12-16 лет на 25,5% ($p < 0,01$) и на 22,8% ($p < 0,001$); при 2 стадии – на 26,7% ($p < 0,001$) и на 26,8% ($p < 0,001$); на 29,6% ($p < 0,001$) и 28,9% ($p < 0,001$); на 33,6% ($p < 0,001$) и 28,7% ($p < 0,001$) соответственно возрасту и исследованным параметрам; при 3 стадии СДЛА и СрДЛА становится еще выше: на 86,7% ($p < 0,001$) и 65,4% ($p < 0,001$); на 92,6% ($p < 0,001$) и 69,0% ($p < 0,001$); на 102,4% ($p < 0,001$) и 70,6% ($p < 0,001$) соответственно (табл.).

Некоторые показатели легочной гемодинамики у детей с преренальной ОПП в зависимости от стадии и возраста при поступлении ($M \pm m$)

Показатели	Возраст (лет)	Стадии ОПП			Контрольная группа
		1 n=11	2 n=38	3 n=41	
СДЛА, мм рт. ст.	3-7	35,0±1,1**	38,0±1,2***	56,0±1,6***	30,0±1,0
	8-11	32,0±1,2*	35,0±1,3***	52,0±1,3***	27,0±1,2
	12-16	31,0±1,0**	33,0±1,1***	50,0±1,2***	24,7±1,3
СрДЛА, мм рт. ст.	3-7	18,3±0,3***	19,4±0,3***	25,3±0,8***	15,3±0,4
	8-11	17,0±0,3***	18,3±0,2***	24,0±0,7***	14,2±0,2
	12-16	16,7±0,2***	17,5±0,3***	23,2±0,5***	13,6±0,2
РПЖ кгм/мин	3-7	0,7±0,1	0,8±0,1	0,9±0,2	0,9±0,1
	8-11	1,0±0,1	1,1±0,2	1,5±0,3	1,1±0,2
	12-16	1,1±0,2	1,2±0,2	1,6±0,3	1,3±0,2

Примечание: * – $P < 0,05$; ** – $P < 0,01$; *** – $P < 0,001$ – достоверность показателей по отношению к контрольной группе

Легочная гипертензия у детей с ОПП преренальной этиологии, прогрессирующая в зависимости от тяжести патологии, по нашему мнению, имеет прямую зависимость от функционального состояния метаболической (нереспираторной) функции лёгких, так как её суб- и декомпенсированные стадии приводят к локальному в легких микротромбозу, шунтированию, интерстициальному отеку, гиалинизации альвеол, респираторным нарушениям и в конечном итоге – к легочной гипертензии (ЛГ) и право- и левожелудочковой дисфункции, прогрессирующих от 1 к 3 стадии.

Исследования показали, что легочная гипертензия, возникшая у детей с ОПП, влияет на функциональное состояние и контрактильную способность правого же-

лудочка сердца, т.е. на его работу (РПЖ). Анализ РПЖ у детей с ОПП в зависимости от возраста и стадии дисфункции показал: что при 1 стадии у детей 3-7 лет она составила 0,7±0,1 кгм/мин, 8-11 лет – 1,0±0,1 кгм/мин и 12-16 лет – 1,1±0,2 кгм/мин; при 2 стадии у детей 3-7 лет – 0,8±0,1 кгм/мин, 8-11 лет – 1,1±0,2 кгм/мин и 12-16 лет – 1,2±0,2 кгм/мин; при 3 стадии у детей 3-7 лет – 0,9±0,2 кгм/мин, 8-11 лет – 1,5±0,3 кгм/мин и 12-16 лет – 1,6±0,3 кгм/мин. Полученные данные о РПЖ у детей с ОПП преренальной этиологии свидетельствуют о компенсаторной контрактильной способности правого желудочка при 1 и 2 стадиях ОПП и его дисфункции при 3 стадии, так как эффективная производительность ПЖ снижается в связи с прогрессирующим повышением давления

в легочной артерии, которое в свою очередь приводит к нарушениям как печеночной, так и почечной гемодинамики.

Исследования корреляционного анализа (методом рангов Спирмена) некоторых показателей ЛГ, а также метаболических функций легких (гипокоагулирующей, детоксикационной и др.), показали наличие прямой средней и сильной связи уровней их нарушения и функционального состояния систолической и диастолической дисфункции левого и правого желудочков сердца, что наиболее выражено у детей во 2-й и 3-й стадиях ОПП.

Заключение

В связи с полученными данными о характере ЛГ, функциональном состоянии левого и правого желудочков сердца у детей с ОПП при поступлении в зависимости от этиологического фактора необходимо не только корригировать возникающие сбои кровообращения и устранить этиологический фактор, но также компенсировать или ликвидировать развившееся под их воздействием тяжелое осложнение – нарушения метаболической функции легких. Последнее является одними из патогенетических звеньев в развитии нарушений кровообращения и гипоксии.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 5-8 см. в REFERENCES)

1. Кемпер М. Острая почечная недостаточность (острое повреждение почек). В кн.: Детская нефрология, практическое руководство / под ред. Э. Лойманна, А.Н. Цыгина, А.А. Саркисяна.- М.: Литера, 2010.- С. 338-345

2. Нугманова А.М. Эхокардиография в исследовании центральной гемодинамики у детей на программном гемодиализе // SonoAce Ultrasound.- 2010.- № 20.- С. 78-82

3. Республиканский центр медицинской статистики и информации Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ за 2015 год (Статистический сборник). Душанбе, 2015. 384 с.

4. Шраменко Е.К., Шкарбун Л.И. Сравнительная оценка изменений почечного кровотока при различных вариантах острого повреждения почек // Медицина неотложных состояний.- 2014.- № 4 (59).- С. 78-82.

RESERENSES

1. Kemper M. Ostraya pochechnaya nedostatochnost (ostroe povrezhdenie pochek) [Acute Kidney Violation (Acute Kidney Injury)]. V kn.: *Detskaya nefrologiya, prakticheskoe rukovodstvo. Pod red. E. Loymanna, A.N. Tsygina,*

A.A. Sarkisyana (in the book: Pediatric nephrology, practical guidance under edition of E. Lojman, A.N. Cygin, A.A. Sarkisyana). Moscow, Litera Publ., 2010. 338-345 p.

2. Nugmanova A. M. Ekhokardiografiya v issledovanii tsentralnoy gemodinamiki u detey na programmnom gemodialize [Echocardiography in the study of central hemodynamics in children on programmed hemodialysis]. *SonoAce Ultrasound*, 2010, No. 20, pp. 78-82

3. *Respublikanskiy tsentr meditsinskoy statistiki i informatsii Ministerstva zdravookhraneniya i sotsialnoy zashchity naseleniya RT za 2015 god (Statisticheskiy sbornik)* [Republican center of medical statistics and information of the Ministry of health and social protection of population of the Republic of Tajikistan for 2015 (Statistical collection)]. Dushanbe, 2015. 384 p.

4. Shramenko E. K., Shkarbun L. I. Sravnitel'naya otsenka izmeneniy pochechnogo krovotoka pri razlichnykh variantakh ostrogo povrezhdeniya pochek [Comparative evaluation of changes in renal blood flow in different types of acute kidney injury]. *Meditsina neotlozhnykh sostoyaniy - Emergency Medicine*, 2014, No. 4 (59), pp. 78-82.

5. Dewitte A., Coquin J., Meyssignac B., Joannès-Boyau O., Fleureau C., Roze H., Ripoché J., Janvier G., Combe C., Ouattara A. Doppler resistive index to reflect regulation of renal vascular tone during sepsis and acute kidney injury. *Critical Care*, 2012, Vol. 16 (5), pp. 165.

6. Schnell D., Deruddre S., Harrois A., Pottecher J., Cosson C., Adoui N., Benhamou D., Vicaut E., Azoulay E., Duranteau J. Renal resistive index better predicts the occurrence of acute kidney injury than cystatin C. *Shock*, 2012, Vol. 38 (6), pp. 592-7.

7. Stajic N., Bogdanovic R., Spasojevic-Dimitrijeva B. et al. Acute kidney injury in pediatric patients hospitalized in two Serbian tertiary care centers during one year. *Pediatric Nephrology*, 2012, Vol. 27 (9), pp. 1773

8. Tanyildiz M., Ekim M., Kendirli T., Assessment of Acute Kidney Injury (AKI) in children after cardiac surgery in intensive care units. *Pediatric Nephrology*, 2012, Vol. 27 (9), pp. 1768.

Сведения об авторах:

Одинаев Азиз Абдусатторович – соискатель ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН РТ, к.м.н.

Икромов Турахон Шарбатович – ассистент кафедры детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н.

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

Шумилина Ольга Владимировна – ученый секретарь ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации», к.м.н.

Контактная информация:

Икромов Турахон Шарбатович – тел.: +(992)919000260; e-mail: ikromov0368@mail.ru

© Коллектив авторов, 2018

УДК 616.382 – 071; 616.337-001; 616.372-004

Рахматуллоев Р.Р., Рахматуллоев А.Р.

РОЛЬ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Медико-санитарная часть ГУП «ТАЛКО», г. Турсунзаде

Rakhmatulloev R.R., Rakhmatulloev A.R.

THE ROLE OF VIDEOLAPAROSCOPE IN THE TREATMENT OF COMPLICATED FORMS OF ACUTE APPENDICITIS

Health unit of GUP «TALCO», Tursunzade

Цель исследования. Изучить эффективность применения видеолaparоскопии в лечении больных с осложненными формами острого аппендицита.

Материал и методы. Изучены и проанализированы результаты лечения 280 больных острым аппендицитом (ОА), госпитализированных в хирургическое отделение ГУП ТАЛКО г. Турсунзаде. Мужчин было 104, женщин – 176 в возрасте от 17 до 75 лет.

Проведены клиничко-лабораторные и инструментальные методы диагностики: УЗИ, рентгенография брюшной полости и диагностическая лапароскопия.

Результаты. Неосложненный ОА выявлен у 187 (66,7%) пациентов, осложненный - у 93 (33,3 %). У трети больных с осложненным ОА (55 из 93) была диагностирована перфорация, которая в 49 случаях явилась причиной других осложнений.

Заключение. Лапароскопическая аппендэктомия при осложненном ОА является операцией выбора и сопровождается обязательным дренированием брюшной полости и антибактериальной терапией. При неосложненном ОА дренирование не применяется, а антибактериальная терапия в послеоперационном периоде назначается индивидуально пожилым пациентам, при сопутствующих патологических состояниях и ретроцекальном или ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка.

Ключевые слова: острый аппендицит, осложненный аппендицит, аппендикулярный инфильтрат

Aim. To study the effectiveness of the use of videolaparoscopic treatment of patients with complicated forms of acute appendicitis.

Materials and methods. The results of treatment of the 280 surgical department of GUP TALCO, Tursunzade, were studied and analyzed. Male patients were 104, female - 176. The age of patients at the time of hospitalization ranged from 17 to 75 years. Most of the patients were of laborable age (21-59 years) - 255 people. All patients underwent clinico-laboratory and instrumental methods of diagnostics – ultrasound, x-ray of abdominal cavity and diagnostic laparoscopy.

Results. Based on the results of the treatment and diagnostic study, uncomplicated OA was detected in 187 (66.7%) patients, complicated with acute appendicitis(AA) - in 93 (33.3%). one-third of patients with complicated AA (55 of 93) had a perforation appendix, which in 49 cases was the cause of other complications.

Conclusion. Laparoscopic appendectomy with complicated AA is clarified by the operation of the procedure and is associated with obligatory training of the stinking cavity, and antibacterial therapy. In uncomplicated AA, the drainage is not applied, and antibacterial therapy in the post-operative period administered individually to elderly patients, with concomitant pathological conditions and retrocecalor the retroperitoneal location of appendix.

Key words: acute appendicitis, complicated appendicitis, appendicular infiltrate

Актуальность
Острый аппендицит (ОА) на протяжении достаточно большого количества времени

остаётся заболеванием, которое сложно диагностировать и выбрать оптимальную тактику хирургического лечения. Частота встре-

чаемости острого аппендицита примерно равна 90-100 человек на 100 000 жителей в развитых странах [1], по данным других авторов [2], заболеваемость острым аппендицитом составляет 1,8%. Заболевают, в большинстве своем, люди самого активного возраста [3], что является актуальным для практического здравоохранения. Статистические данные позволяют рассматривать ОА, как одно из самых распространенных и социально значимых хирургических заболеваний в мире.

Одной из причин развития осложнений ОА в виде образования аппендикулярного инфильтрата (АИ), периаппендикулярного абсцесса (ПАА) и перитонита является перфорация червеобразного отростка (ЧО), которая чаще встречается у больных старше 47 лет. Послеоперационные осложнения у таких пациентов существенно возрастают (до 47%), а летальность значительно увеличивается [6].

Раннее хирургическое вмешательство позволяет намного снизить частоту осложнений при ОА, независимо от способа операции. Но существует опасность аппендэктомий, выполненных при отсутствии показаний, и отдаленные результаты таких вмешательств хуже, чем после вмешательств, выполненных по поводу деструктивных форм острого аппендицита.

Миниинвазивные способы диагностики, активно внедренные в практическую деятельность в последние два десятилетия, способствовали повышению точности постановки диагноза ОА, что способствовало снижению частоты «напрасных» аппендэктомий [5]. Видеолапароскопическая аппендэктомия (ВЛАЭ) рассматривается уже как операция выбора при неосложненном ОА [4].

В литературе имеются разрозненные сообщения [1] о возможностях применения эндовидеохирургического метода в лечении осложненных форм острого аппендицита. При этой патологии не определены показания и противопоказания к видеоэндохирургическим вмешательствам, не разработаны методы лапароскопической санации брюшной полости и нет анализа интра- и послеоперационных осложнений.

Материал и методы исследования

Нами были проанализированы результаты хирургического лечения 280 больных с острым аппендицитом, госпитализированных в хирургическое отделение ГУП ТАЛКО г. Турсунзаде. Пациентов мужского пола было 104, женского – 176. Возраст пациентов при госпитализации колебался от 17 до 75 лет. Большинство больных были из трудо-

способной части населения (21-59 лет) – 255. Больных старше 60 лет было 25 человек. Пациенты были госпитализированы в сроки от 6 до 48 часов от начала заболевания.

Проведены клинические, лабораторные и инструментальные методы диагностики: УЗИ, рентгенография брюшной полости и диагностическая лапароскопия. Видеолапароскопическое вмешательство выполняли по общепринятой стандартной методике.

К дренированию брюшной полости подходили индивидуально и при необходимости. Всем больным с осложненным ОА проводили антибиотикотерапию в соответствии с Национальными клиническими рекомендациями по лечению абдоминальной хирургической инфекции (2011).

Больные осложненным острым аппендицитом были разделены по характеру морфологических изменений червеобразного отростка и способу их лечения. В группу осложненного ОА включили: наличие признаков перфорации аппендикса, инфильтрата, абсцесса и перитонита по до- и интраоперационным данным. В группу сочетанных осложнений отнесли наличие двух и более признаков осложнения.

Результаты и их обсуждение

По данным лечебно-диагностического исследования, неосложненный ОА выявлен у 187 (66,7%) пациентов, осложненный ОА – у 93 (33,3%). У трети больных осложнение отмечалось в виде перфорации червеобразного отростка, которая явилась причиной развития других осложнений – в 49 случаях. Другим осложнением ОА был рыхлый аппендикулярный инфильтрат (АИ) – в 11 случаях. У 7 пациентов при этом отмечен плотный АИ. Местный перитонит развился у 4 пациентов с деструктивным ОА. Также на фоне деструктивного аппендицита оставшаяся часть осложнений представлена первичным периаппендикулярным абсцессом и вторичным в виде абсцедирования плотного аппендикулярного инфильтрата.

Необходимо отметить, что гангренозно-перфоративный аппендицит являлся источником сочетанных осложнений у каждого 4-го больного. В значительном числе наблюдений развивался рыхлый АИ (у 11): в сочетании с периаппендикулярным абсцессом (ПАА) – у 9, перитонитом – у 11, у 2 – ПАА с перитонитом.

Значимым методом хирургического лечения острого аппендицита является аппендэктомия. За последние годы отмечалась явная тенденция в сторону использования эндовидеохирургической технологии.

Показатели применения этого способа достигли пикового значения, что связано с расширением показаний к выполнению лапароскопической аппендэктомии, даже при осложненных формах острого аппендицита. Время операции при эндовидеохирургическом вмешательстве длится на 15 минут больше открытой аппендэктомии. Однако за последние годы и на современном этапе развития лапароскопической аппендэктомии (ЛАЭ) отмечается стойкое снижение разницы во времени, и длительность составляет в среднем 60 мин, что связано с совершенствованием оперативной техники хирурга и отказом от дренирования у больных с неосложненными формами острого аппендицита. Конверсия имела место у 8 (2,8 %) пациентов. Чаще конверсии происходили при осложненном гангренозном аппендиците, выраженном воспалительном процессе купола слепой кишки и основания аппендикса с перфорацией его основания, инфильтратом или периаппендикулярным абсцессом, при развитии рыхлого аппендикулярного абсцесса и распространенном перитоните.

У 6 больных с флегмонозным аппендицитом причинами перехода от лапароскопического вмешательства на открытую операцию были технические трудности при выделении аппендикса из-за спаечных сращений и атипичное расположение (ретроцекальное, ретроперитонеальное).

Своевременная конверсия позволила избежать развития внутрибрюшных абсцессов на фоне тяжелых воспалительно-деструктивных изменений аппендикса в послеоперационном периоде.

Лечение больных с плотным аппендикулярным инфильтратом строго консервативное. Время госпитализации больных с плотным аппендикулярным инфильтратом составило 14 суток. Осложнения развились у 2 (8,1%) больных и своевременно были диагностированы и купированы. После успешного консервативного лечения больных с аппендикулярным инфильтратом выписывали с рекомендацией выполнения плановой ЛАЭ через 3 месяца.

Послеоперационные осложнения у больных, подвергшихся видеолапароскопии, отмечены у 8 (2,8%). В том числе инфицирование троакарных ран отмечалась у 3 (3,1%), инфильтрат брюшной полости – у 5 (1,5%) пациентов. Инфильтраты брюшной полости после лапароскопической аппендэктомии с дренированием образовались у пациентов с гангренозным и гангренозно-перфоратив-

ным аппендицитом. На фоне медикаментозной терапии произошло их разрешение.

Лечение нагноений послеоперационной раны заключалось в повседневной санации растворами антисептика и применении антибактериальной терапии.

Внутрибрюшных абсцессов не было. Летальных исходов не было.

Самым частым осложнением острого аппендицита являлась перфорация червеобразного отростка, что связано с длительной диагностикой на догоспитальном этапе у пациентов с неосложненным ОА. Полученные данные показывают, почему многие исследователи считают приоритетной профилактику развития перфорации ЧО, как источника тяжелых осложнений [3]. Анализ показал, что гангренозный аппендицит также является частой причиной осложнений острого аппендицита и, по данным автора [3], он наравне с перфоративным аппендицитом относится к осложненным формам заболевания. Следует отметить, что важная своевременная диагностика гангренозно-измененного червеобразного отростка и недопущение задержки оперативного вмешательства позволят избежать развития осложненных форм острого аппендицита.

В диагностике осложненных форм ОА важную роль, особенно при плотном АИ и ПАА, имеет УЗИ брюшной полости. Концепция хирургического лечения острого аппендицита заключалась в приоритетном использовании миниинвазивных технологий, которые также широко применяются у больных с осложненным аппендицитом.

За последние годы улучшение предоперационной диагностики, накопление опыта и развитие технических навыков позволили расширить возможности лапароскопической аппендэктомии. Особенностью последних лет в послеоперационном периоде стал дифференцированный подход к проведению антибактериальной терапии и отказ от рутинного дренирования брюшной полости при лапароскопической аппендэктомии. При этом послеоперационные осложнения, такие как внутрибрюшной абсцесс, после лапароскопических вмешательств не отмечалось. В то же время вероятной причиной образования инфильтратов брюшной полости после оперативного вмешательства являлась неадекватная санация правой подвздошной ямки и полости малого таза.

Заключение

Применение современных лечебно-диагностических мероприятий направлено на выявление деструктивно-измененного

острого аппендицита с последующей его дифференцировкой на осложненные и неосложненные формы. Данный способ позволяет тщательно использовать весь арсенал миниинвазивных методик, а полученные результаты лечения свидетельствуют о его обоснованности.

Миниинвазивная техника проведения аппендэктомии при осложненных формах острого аппендицита всегда сопровождается обязательным дренированием брюшной полости и антибактериальной терапией, при неосложненных формах острого аппендицита дренирование необязательно, и в послеоперационном периоде антибиотикотерапия назначается индивидуально, чаще пожилым пациентам и больным с сопутствующей патологией и при атипичном расположении аппендикса.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 3-6 см. в REFERENCES)

1. Луцевич О.Э., Вторенко В.И., Розумный А.П., Локтев В.В., Абдулхакимов А.А. Послеоперационные осложнения при эндовидеохирургических вмешательствах у больных острым аппендицитом, осложненным перитонитом. // Московский хирургический журнал. 2011. №1 С. 4-7.

2. Седов В.М., Бохан К.Л., Гостевской А.А. Болезни червеобразного отростка. СПб.: Человек, 2016. 338 с.

RESERENSES

1. Lutsevich O. E., Vtorenko V. I., Rozumnyy A. P., Loktev V. V., Abdulkhakimov A. A. Posleoperatsionnye oslozhneniya pri endovideokhirurgicheskikh vmeshatel-

stvakh u bolnykh ostrym appenditsitom, oslozhnennym peritonitom [Postoperative complications in endovideosurgical interventions in patients with acute appendicitis complicated by peritonitis]. *Moskovskiy khirurgicheskiy zhurnal – Moscow Surgical Journal*, 2011, No. 1, pp. 4-7.

2. Sedov V. M., Bokhan K. L., Gostevskoy A. A. *Bolezni cherveobraznogo otrostka* [Diseases of the appendix]. St. Petersburg, Chelovek Publ., 2016. 338 p.

3. Bhangu A. , Soreide K., Di Saverio S., Assarsson J., Drake F. Acute appendicitis : modern understanding of pathogenesis, diagnosis, and management. *Lancet*, 2015, Vol. 386, No. 10 000, pp. 1278-1287. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00275-5.

4. Sauerland S., Jaschinski T., Neugebauer E.A. Laparoscopic versus open surgery for suspected appendicitis. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2010, Vol. 6, No. 10. doi: 10.1002/14651858.CD001546.

5. Stefanidis D., Richardson W., Chang L., Earle D., Fanelli R. The role of diagnostic laparoscopy for acute abdominal conditions : an evidence-based review. *Surg. Endosc.*, 2011, Vol. 23, No. 1, pp. 16-23. doi: 10.1007/s00464-008-0103-x.

6. Tannoury J., Abboud B. Treatment options of inflammatory appendiceal masses in adults. *World J. Gastroenterol.*, 2013, Vol. 19, No. 25, pp. 3942-3950. doi: 10.3748/wjg.v19.i25.3942.

Сведения об авторах:

Рахматуллоев Рахимджон Рахматуллоевич – главный врач Медико-санитарной части ГУП ТАЛКО, д.м.н.

Рахматуллоев Алиджон Рахимджонович – врач-хирург Медико-санитарной части ГУП ТАЛКО, к.м.н.

Контактная информация:

Рахматуллоев Рахимджон Рахматуллоевич – тел.: +992935057643; e-mail: rahmatulloev55@mail.ru

Сабуров С.К., Зарипов А.Р.

ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ РЕЗУЛЬТАТОВ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАСПОЛОЖЕНИЯ КРАЯ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ КОРОНОК

Кафедра ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Saburov S.K., Zaripov A.R.

INTEGRAL PARAMETERS OF THE RESULTS OF ORTHOPEDIC TREATMENT OF SOMATIC PATIENTS DEPENDING ON THE LOCATION OF THE CERAMIC METAL CROWNS

Department of Orthopedic Dentistry, Tajik State Medical University named after Abu Ali Ibn Sino

Цель исследования. Изучение интегральных показателей супраконструкционных элементов несъемного протеза и уровня биохимических показателей ротовой жидкости у больных с сопутствующей соматической патологией в зависимости от расположения края металлокерамических коронок.

Материал и методы. Проведено клинично-лабораторное обследование у 72 больных с неблагоприятным соматическим фоном в возрасте 20-60 лет с диагнозом: «Частичное отсутствие зубов». В супернатанте ротовой жидкости у больных с включенными дефектами зубных рядов определяли количество белка и активность ряда ферментов до начала ортопедического лечения, после фиксации металлокерамических протезов (МКП) с суб- и супрагингивально расположенным краем коронок, спустя 6 и 12 месяцев после фиксации.

Результаты. Результаты ортопедического лечения окклюзионных дефектов напрямую зависят от метода препарирования (суб- или супрагингивальном расположении края металлокерамических коронок), а не от вида используемой ортопедической конструкции при протезировании МКП. Среди обследованных больных с окклюзионными дефектами зубных рядов, при их устранении с использованием супрагингивального расположения края металлокерамических коронок в большинстве случаев получены хорошие результаты. У больных с наличием дефектов зубного ряда ортопедические результаты лечения с использованием субгингивального расположения края металлокерамических коронок были оценены как удовлетворительные при незначительном устранении воспалительных явлений с сохранением значительной гиперемии десневых сосочков в области супраконструкционных элементов на фоне отека и кровоточивости.

Характер расположения края металлокерамических коронок не приводит к значимому изменению концентрации белков в ротовой жидкости и не может оказывать существенного влияния на активность исследуемых ферментов ротовой жидкости у больных с неблагоприятным соматическим фоном.

Заключение. У больных с органной патологией использование металлокерамических коронок с супрагингивальным расположением края в большинстве случаев дает хорошие результаты. Супрагингивальное расположение края металлокерамических коронок дает удовлетворительный результат при незначительном сохранении воспалительных явлений и значительной гиперемией десневых сосочков в области супраконструкционных элементов на фоне отека и кровоточивости. Через 6 и 12 месяцев после протезирования с субгингивально расположенным краем металлокерамических коронок в ротовой жидкости резко увеличивается активность лактатдегидрогеназы, снижается активность щелочной фосфатазы, что, на наш взгляд, обусловлено воздействием на мягкие ткани опорных зубов и кости челюстей края металлокерамических коронок при их субгингивальном расположении.

Ключевые слова: несъемные протезы, полиорганная патология, супраконструкционные элемент

Aim. The study of integral indicators of suprastructural elements of a non-removable prosthesis and the level of biochemical parameters of oral fluid in patients with concomitant somatic pathology, depending on the location of the edge of the cermet crowns.

Materials and methods. Clinico-laboratory examination was performed in 72 patients with an unfavorable somatic background at the age of 20-60 years with the diagnosis: "Partial absence of teeth". In the supernatant of the oral liquid, the amount of protein and the activity of a number of enzymes before the initiation of orthopedic treatment, after fixing the cermet prosthesis (MCP) with the sub- and supragingivally located edge of the crowns, were determined in patients with denture defects included after 6 and 12 months after fixation.

Results. The results of orthopedic treatment of occlusal defects directly depend on the method of preparation (sub- or supragingival location of the edge of the cermet crowns), and not on the type of orthopedic structure used when prosthetic MCP. Among the examined patients with occlusal defects of the dentition, when they were eliminated using the supragingival location of the edge of the metal-ceramic crowns, in most cases good results were obtained. In patients with dentition defects, the orthopedic results of treatment with the use of subgingival location of the edge of the cermet crowns were evaluated as satisfactory with insignificant elimination of inflammatory phenomena while maintaining significant hyperemia of the gingival papilla in the region of supra-structural elements against edema and bleeding.

The nature of the location of the edge of the metal-ceramic crowns does not lead to a significant change in the concentration of proteins in the oral fluid and can not have a significant effect on the activity of the investigated oral fluid enzymes in patients with an unfavorable somatic background.

Conclusion. In patients with organ pathology, the use of metal-ceramic crowns with a supragingival edge arrangement in most cases gives good results. Supragingival location of the edge of the metal-ceramic crowns gives a satisfactory result with insignificant preservation of inflammatory phenomena and considerable hyperemia of the gingival papillae in the region of supraconstructive elements against the background of edema and hemorrhage. At 6 and 12 months after prosthetics with the subgingival edge of the cermet crowns in the oral fluid, the activity of lactate dehydrogenase increases sharply, the activity of alkaline phosphatase decreases, which, in our opinion, is due to the impact on the soft tissues of the supporting teeth and bones of the jaws of the edge of the metal-ceramic crowns at their subgingival location.

Key words: non-essential prostheses, multi-organ pathology, supra-structural elements

Актуальность

Проблема широкой распространенности и недостаточной эффективности проводимого лечения заболеваний пародонта до сих пор остаётся актуальной и привлекает внимание многочисленных исследователей в стоматологии. В разных странах мира, по статистике ВОЗ (2010), поражение пародонта составляет от 80% до 100% обследованного населения. При рентгенологическом исследовании у 28,6% стоматологических больных с сопутствующей соматической патологией выявлена прогрессирующая деструкция костной ткани альвеолярного отростка, которая распространялась на подлежащие участки тела челюсти. В большинстве случаев (71,4%) среди обследованного контингента выявлена неравномерная резорбция альвеолярного отростка [2].

Независимо от медико-социальной проблемы, неуклонно растёт распространённость хронических воспалительных заболеваний пародонта. Установлен практический этиологический фактор воспалительных заболеваний пародонта, но остаются противоречивые мнения в отношении патогенеза этих заболеваний [1, 3-7].

Материал и методы исследования

Для достижения поставленной цели обследовали 120 больных с частичным отсутствием зубов в возрасте от 20 до 60 лет, обратившихся для протезирования несъемными мостовид-

ными конструкциями в УКЦ «Стоматология» ТГМУ им. Абуали ибн Сино для протезирования. У всех были дефекты на нижней и верхней челюстях III и IV классов по Кенеди.

Разделение обследованных стоматологических больных с сопутствующей соматической патологией на подгруппы произведено в зависимости от края опорных элементов металлокерамических протезов. В первую подгруппу вошли 64 пациента с субгингивальным расположением края металлокерамических коронок. Вторую подгруппу составили 56 больных с супрагингивальным расположением края металлокерамических коронок.

С уступом в 135° или тангенциально проводилось препарирование зубов на глубину зубодесневой бороздки при субгингивальном расположении края металлокерамических коронок, а также с уступом на 90° выполнялось препарирование зубов на 0,3-2,5 мм выше десневого края толщиной 0,2-1,0 мм при супрагингивальном расположении края металлокерамических коронок.

До начала ортопедического лечения и спустя месяц, шесть и двенадцать месяцев после протезирования у этих больных в супернатанте ротовой жидкости определяли активность ряда ферментов и количество белка. В утренние часы натощак осуществляли забор смешанной слюны. В течение 10 минут в стерильную центрифужную пробирку пассивно

сплёвывали слюну, затем на биохимическом анализаторе по методике Бессея и Лоуре определяли щелочную фосфатазу, по Френкелю и Ройтману - аланинаминотрансферазу и лактатдегидрогеназу, по Каравею - α -амилазу, биуретовым методом - концентрацию белка.

Результаты исследования обработаны статистически с использованием критерия Стьюдента и непараметрических методов математического анализа.

Результаты и их обсуждение

До протезирования при первичном осмотре у стоматологических больных с сопутствующей соматической патологией гигиена полости рта была неудовлетворительной на 94,5%. До протезирования в области опорных зубов индекс РМА в среднем составил $58,72 \pm 4,20\%$. После протезирования металлокерамическими коронками с субгингивальным расположением края в течение месяца воспалительный процесс охватывал $21,52 \pm 0,16\%$ тканей вокруг опорных зубов. По истечении шести месяцев с момента протезирования воспалительный процесс усиливался и охватывал до $36,63 \pm 0,02\%$, а через 12 месяцев – $60,29 \pm 0,18\%$ тканей около опорных зубов. При протезировании металлокерамическими коронками, когда края расположены субгингивально, величина индекса соответственно составила $49,32 \pm 4,01\%$, $13 \pm 0,02\%$, $1,34 \pm 0,12\%$ и $0,64 \pm 0,13\%$.

Полученные результаты свидетельствуют о зависимости между усилением воспалительного процесса в околозубных тканях опорных зубов, методом препарирования и расположением края металлокерамических коронок. Индекс Мюллемана (Muhlemann, %) - это уровень кровоточивости десневой борозды при зондировании или при нажиме на сосочек, наблюдался в конце месяца от начала протезирования при субгингивальном расположении края металлокерамических коронок, на 30 суток от начала протезирования снижался до исходного значения - $59,23 \pm 6,60\%$. По истечении шести и двенадцати месяцев от начала протезирования показатели индекса Мюллемана составили $32,83 \pm 0,12\%$, $40,12 \pm 0,09\%$.

При протезировании с супрагингивальным нахождением края металлокерамической коронки в конце месяца отмечалось снижение уровня кровоточивости десневой борозды при зондировании или при нажиме на сосочек до среднецифрового значения $33,48 \pm 2,83\%$, по истечении шести и двенадцати месяцев после протезирования - до $2,53 \pm 0,56\%$, $0,49 \pm 0,12\%$.

Индекс РМА до ортопедического вмешательства у стоматологических больных с

общесоматической патологией при оценке влияния субгингивально расположенного края металлокерамических коронок составлял $60,23 \pm 4,20\%$. После фиксации металлокерамических коронок спустя месяц воспалительный процесс охватывал $23,48 \pm 0,16\%$, по истечении шести и двенадцати месяцев это показатель увеличился до $42,12 \pm 0,02\%$. У общесоматических больных с металлокерамическими зубными протезами это величина при обследовании соответствовала $53,10 \pm 4,01\%$, $36,18 \pm 0,02\%$, $12,03 \pm 0,14\%$ и $1,22 \pm 0,02\%$.

Полученные результаты среди обследованных стоматологических больных с неблагоприятным соматическим фоном при протезировании металлокерамическими зубными коронками с субгингивально расположенными краями коронки позволяют заключить, что имеется взаимосвязь между воспалительным процессом и прилеганием края коронки.

Согласно полученным нами данным, при субгингивальном расположении краёв металлокерамических коронок индекс Мюллемана у больных с сопутствующей соматической патологией был существенно более благоприятен: на 30 суток у всех пациентов отмечалось снижение показателей индекса Мюллемана до $56,96 \pm 6,60\%$. В последующем наблюдении в течение шести месяцев и одного года значение исследуемого индекса составило $42,35 \pm 0,06\%$ и $36,94 \pm 0,12\%$.

У стоматологических больных с сопутствующей соматической патологией, когда края металлокерамических коронок находились в супрагингивальном расположении, индекс Мюллемана на 30 суток снижался до среднецифрового значения $0,23 \pm 0,09\%$ против исходного значения $37,52 \pm 3,99\%$, после истечения шести месяцев и одного года с момента протезирования - до $25,13 \pm 1,82\%$ и $0,57 \pm 0,17\%$ соответственно.

Показатели пародонтального индекса РИ (Russel) при супрагингивальном расположении края металлокерамической коронки были незначимыми - $3,73 \pm 0,13$, $4,03 \pm 1,017$ и $4,89 \pm 0,81$ баллов по истечении одного, шести и двенадцати месяцев с момента протезирования.

При субгингивальном расположении краёв коронки МКП исследуемый показатель составил соответственно $2,89 \pm 0,45$, $3,01 \pm 0,10$ и $3,17 \pm 0,12$ баллов. Показатели индекса ОНІ-S по J. Green и J. Vermillion до начала протезирования были $4,80 \pm 0,09$, $3,46 \pm 0,73$ и $2,96 \pm 0,05$ баллов.

При фиксации в суб- и супрагингивальных позициях края МКП показатель индекса ОНІ-S соответствовал $2,66 \pm 0,70$ и $1,93 \pm 0,23$ баллам.

Полученные результаты по истечении шести месяцев после протезирования при субгингивальном расположении края ме-

таллокерамической коронки все показатели имели статистически значительные сходства с аналогичными показателями.

Вместе с тем, за аналогичный период у больных с наличием общесоматической патологии и супрагингивальным расположением краев коронки исследуемый балльный показатель существенных статистических различий не имел.

По истечении месяца с момента протезирования у больных с неблагоприятным соматическим фоном при супрагингивальном расположении края металлокерамической коронки признаки воспалительного процесса практически не определялись. По истечении шести и двенадцати месяцев с момента протезирования при осмотре полости рта в области супраконструкционных элементов у этих же больных десна была бледно-розового цвета, края коронки плотно прилежали к поверхности опорного зуба, при зондировании не кровоточили.

При субгингивальном расположении краев коронки МКП по истечении одного, шести и двенадцати месяцев отмечались симптомы воспалительного процесса в околозубных тканях опорных зубов и они соответствовали $23,48 \pm 0,16$; $28,09 \pm 0,08$; $34,15 \pm 0,16$ и $42,12 \pm 0,02$ по индексу РМА.

Полученные клинические результаты говорят о том, что у стоматологических больных с сопутствующей соматической патологией положительный результат при протезировании зависит от метода препарирования зуба и расположения края металлокерамического протеза (МКП) (супрагингивально или субгингивально), а не от вида конструкции, применяемой при протезировании МКП.

При супрагингивальном расположении края металлокерамических коронок по истечении одного, шести и двенадцати месяцев результаты были положительными, больные не жаловались ни на боли, ни на кровоточивость десен.

У больных с субгингивальным расположением края металлокерамических коронок отмечались: незначительная гиперемия десневых сосочков в области супраконструкционных элементов, при надавливании болевые ощущения, при зондировании кровоточивость десен.

При изучении концентрации белков в ротовой жидкости при суб- и супрагингивальном расположении края металлокерамических коронок мы заметили незначительные изменения: до протезирования - $1,78 \pm 0,20$ г/л, через месяц - $1,66 \pm 0,35$ г/л, через шесть и двенадцать месяцев - $1,73 \pm 0,44$ г/л и $1,79 \pm 0,12$ г/л после протезирования.

Таким образом, у стоматологических больных с неблагоприятным соматическим фоном суб- и супрагингивальное расположение края металлокерамических коронок не влияет на концентрацию белков в ротовой жидкости.

Активность α -амилазы в смешанной слюне у больных с неблагоприятным соматическим фоном после фиксации металлокерамических коронок достоверно увеличивалась до $91,3 \pm 17,8$ ЕД/л против исходного значения до протезирования ($3,67 \pm 5,5$ ЕД/л) ($p < 0,001$). По истечении шести и двенадцати месяцев после протезирования также увеличивается активность α -амилазы в смешанной слюне на $44,23 \pm 3,0$ ЕД/л, $52,08 \pm 7,3$ ЕД/л.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что применение современных конструкций зубных протезов (МКП) оказывает неблагоприятное воздействие на ткани пародонта вокруг опорных зубов, раздражает эпителиальные рецепторы тканей полости рта и этот процесс приводит к дополнительному выделению слюнными железами секрета с этими же ферментами.

При определении аланинаминотрансферазы в ротовой жидкости отмечалось снижение её активности до $27,1 \pm 4,4$ МЕ/л сразу после фиксации металлокерамических коронок, спустя шесть и двенадцать месяцев после протезирования - до $22,5 \pm 2,8$ МЕ/л против исходных $39,3 \pm 2,3$ МЕ/л, $43,9 \pm 9,8$ МЕ/л. Количество аспаратаминотрансферазы также снижалось в ротовой жидкости у больных с неблагоприятным соматическим фоном после фиксации металлокерамических коронок (соответственно $65,7 \pm 13,5$ МЕ/л; $57,5 \pm 6,2$ МЕ/л; $79,6 \pm 11,4$ МЕ/л).

По результатам проведенных исследований ротовой жидкости до протезирования выяснилось, что при пережевывании пищи происходит механическое воздействие на слюнные железы пищевым комком и, соответственно, увеличивается количество ротовой жидкости, а в ней - трансаминаз. При протезировании восстанавливается функция жевания и эффективность пережевывания пищи увеличивается, а степень ее воздействия на железистую ткань уменьшается.

Заключение

У стоматологических больных с неблагоприятным соматическим фоном при протезировании металлокерамическими коронками с субгингивально расположенными краем в ротовой жидкости уменьшается активность щелочной фосфатазы. При обследовании после фиксации металлокерамических протезов она снижена на 53,1% ($17,5 \pm 3,3$ МЕ/л), по сравнению с аналогичным показателем до протезирования ($37,3 \pm 7,0$ МЕ/л) ($p < 0,001$).

Можно полагать, что при наличии общесоматической патологии после протезирования и восстановления функции жевания в костной ткани челюстей происходит раздражение рецепторов и уменьшается поступление в кровь и ротовую жидкость щелочной фосфатазы, спустя шесть и двенадцать месяцев после протезирования активность щелочной фосфатазы возрастает на 18,7% и 21,3%, по сравнению с ее уровнем до протезирования ($p < 0,001$).

На основании проведенных исследований можно резюмировать, что при протезировании МКП с субгингивальным расположением края металлокерамических коронок с течением времени существенно нарастает процесс воспаления, по сравнению с супрагингивальным расположением края металлокерамических коронок. При субгингивальном расположении края металлокерамических коронок во время обточки и при фиксации металлокерамических конструкции в процесс вовлекается десна, и в этой области при пальпации ощущается боль, десна кровоточит при зондировании. При лабораторном обследовании ротовой жидкости отмечается увеличение активности α -амилазы на фоне снижения активности щелочной фосфатазы, что говорит о восстановлении окклюзионного дефекта и функции слюнных желез. Также после протезирования в течение шести и двенадцати месяцев в ротовой жидкости резко увеличивается активность лактатдегидрогеназы.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (п. 7 см. в REFERENCES)

1. Абакаров С.И., Свиринов В.В., Абакарова Д.С. и др. Эффективность рационального протезирования в комплексном лечении пародонтита // Институт Стоматологии. 2010. № 3. С. 50-53.
2. Аманджанова З.Р., Исмоилов А.А., Каримов С. Основные результаты проведенных исследований по изучению исходных показателей пародонтологического статуса у соматических больных // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2015. № 1. С. 10-15.
3. Булкина Н.В., Ведяева А.П., Савина Е.А. Коморбидность заболеваний пародонта и соматической патологии // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2012. № 3. С. 110-115.
4. Грудянов А.И. Терапия воспалительных заболеваний пародонта снижает риск развития ишемической болезни сердца и осложнений при сахарном диабете // Лечащий врач. 2012. № 7. С. 106-108.

5. Зорина О.А., Борискина О.А., Ребриков Д.В. Взаимосвязь полиморфизма генов с риском развития агрессивного пародонтита // Стоматология. 2013. № 4. С. 28-30.

6. Царев В.Н., Арутюнов С.Д., Ипполитов Е.В. и др. Цитокиновый профиль плазмы крови и десневой жидкости у жителей Дагестана при хроническом пародонтите // Российский стоматологический журнал. 2012. № 6. С. 18-22.

REFERENCES

1. Abakarov S. I., Svirin V. V., Abakarova D. S., Effektivnost ratsionalnogo protezirovaniya v kompleksnom lechenii parodontita []. Institut Stomatologii - , 2010, No. 3, pp. 50-53.
2. Amindzhanova Z. R., Ismoilov A. A., Karimov S. Osnovnye rezultaty provedennykh issledovaniy po izucheniyu iskhodnykh pokazateley parodontologicheskogo statusa u somaticheskikh bolnykh [The main results of the conducted studies on the study of the initial parameters of the periodontal status in somatic patients]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdavookhraneniya – Herald of Postgraduate Education in Health sphere*, 2015, No. 1, pp. 10-15.
3. Bulkina N. V., Vedyeva A. P., Savina E. A. Komorbidnost zabolevaniy parodonta I somaticheskoy patologii [Comorbidity of periodontal diseases and somatic pathology]. *Meditssinskiy vestnik Severnogo Kavkaza – Medical Gazette of the North Caucasus*, 2012, No. 3, pp. 110-115.
4. Grudyanov A. I. Terapiya vospalitelnykh zabolevaniy parodonta snizhaet risk razvitiya ishemicheskoy bolezni serdtsa I oslozhneniy pri sakharnom diabete [Therapy of inflammatory periodontal diseases reduces the risk of developing coronary heart disease and complications in diabetes mellitus]. *Lechashchiy vrach – The attending physician*, 2012, No. 7, pp. 106-108.
5. Zorina O. A., Boriskina O. A., Rebrikov D. V. Vzaimosvyaz polimorfizma genov s riskom razvitiya agressivnogo parodontita []. *Stomatologiya -*, 2013, No. 4, pp. 28-30.
6. Tsarev V. N., Arutyunov S. D., Ippolitov E. V., Tsitokinovyy profil plazmy krovi I desnevoy zhidkosti u zhiteley Dagestana pri khronicheskom parodontite [Cytokine profile of blood plasma and gingival fluid in Dagestan residents with chronic periodontitis]. *Rossiyskiy stomatologicheskii zhurnal – Russian Dental Journal*, 2012, No. 6, pp. 18-22.
7. Ebadian A. R., Radvar M., Tavakkol Afshari J., Gene Polymorphisms of TNF- α and IL-1 β Are Not Associated with Generalized Aggressive Periodontitis in an Iranian Subpopulation. *Iran. J. Allergy Asthma Immunol.*, 2013, Vol. 12, No. 4, pp. 345-351.

Сведения об авторах:

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

Контактная информация:

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

© Коллектив авторов, 2018

УДК 616.8-089; 616.832.9-007.43-053.2

Саъдиев Р.З., Бердиев Р.Н.

СЛОЖНЫЕ ФОРМЫ ВРОЖДЁННЫХ СПИННОМОЗГОВЫХ ГРЫЖ И ИХ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Кафедра нейрохирургии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Sadiev R.Z., Berdiev R.N.

SURGICAL TREATMENT OF COMPLEX SHAPES OF CONGENITAL SPINAL MALE HERNIAS

Department of Neurosurgery of the Avicenna Tajik State Medical University

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения сложных форм врождённых спинномозговых грыж у детей.

Материал и методы. С 2015 по 2016 годы были госпитализированы и оперированы 92 ребенка с врождёнными спинномозговыми грыжами. При плановом характере лечения проводились: клинично-неврологический осмотр, измерение размеров грыжевого мешка и окружности головы, нейросонография, спондилография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография позвоночника и спинного мозга, а также фотодокументация.

Результаты. Критериями оценки сложности врождённых спинномозговых грыж являлись: наличие больших размеров грыжевого мешка, сочетание с гидроцефалией, сочетание с пороками развития других органов и систем, наличие грубого и стойкого неврологического дефицита. В 4-х (6,2%) случаях из-за выраженности гидроцефалии первым этапом произведены ликворшунтирующие операции, вторым этапом - грыжесечение.

Заключение. В 21,8% случаях отмечаются осложнённые формы и сочетание с гидроцефалией. При наличии гипертензионно-гидроцефального синдрома целесообразно применение ликворшунтирующих операций или интраоперационная установка закрытых наружных люмбальных дренажей.

При наличии больших и гигантских размеров основания спинномозговых грыж целесообразно применение местно-пластических операций.

Ключевые слова: врожденная спинномозговая грыжа, *spina bifida*, люмбо-перитонеостомия

Aim. To improve the results of surgical treatment of complicated forms of congenital spinal hernias at children.

Materials and methods. From 2015 to 2016 were hospitalized and operated 92 children with congenital spinal hernias. Patients who were operated in a planned order carried out the researches including: clinic-neurologic examination, measurement of sizes of hernial bag and circle of the head, neurosonography, radiography of spine, computer tomography, magnetic resonance imaging of a backbone and spinal cord, and also photo documentation.

Results. Criteria for evaluation of complexity of congenital spinal hernias were the following factors: existence of the larger sizes of a hernial bag, combination with hydrocephalus, combination with malformations of other organs and systems, existence of rough and resistant neurologic deficiency. In 4 (6,2%) cases made liquorshunting operations due to expression of a hydrocephalus of the first stage, and in the subsequent the second stage hernia section.

Conclusion. In 21,8% cases are noted the complicated forms and in combination with hydrocephalus. In the presence of a hypertensive-hydrocephalic syndrome is advisable use of liquor of the shunting operations or intraoperative installation of the closed external lumbar drainages.

In the presence of the larger and huge sizes of the basis of spinal hernias is advisable use of local plastic surgeries.

Key words: congenital spinal hernias, *spina bifida*, *lumboperitoneostomy*

Актуальность

Врождённые спинномозговые грыжи являются актуальной проблемой в силу широкой распространённости и тенденции к увеличению частоты встречаемости. Врождённые спинномозговые грыжи встречаются в 2-3-х случаях на 1000 новорождённых [1]. Дети с этой патологией составляют тяжёлую категорию больных с выраженным и стойким неврологическим дефицитом, который характеризуется незаращением дужек позвонков в сочетании с различными вариантами дисплазии спинного мозга и его проводникового аппарата.

Сложность лечения этого вида патологии определяется не только тяжестью её клинических проявлений, но и необходимостью решения в процессе лечения целого ряда задач: устранение косметического недостатка, восстановление анатомической целостности тканей позвоночного канала, нормализация жизненно важных функций организма, а также профилактика раневой ликвореи и лечение сопутствующей гидроцефалии [2].

По данным разных авторов, спинномозговые грыжи шейной локализации отмечаются в 7,5%, грудной – в 10%, поясничной – в 60%, крестцовой – в 22,5% случаев [1, 2].

В большинстве случаев при врождённых спинномозговых грыжах удаётся устранить дефект кожных покровов, образовавшиеся после иссечения грыж. Однако при больших и гигантских спинномозговых грыжах нейрохирурги сталкиваются с большими техническими трудностями на этапе кожной пластики. В послеоперационном периоде нередко могут наблюдаться трофические изменения кожных покровов, расхождение краев послеоперационной раны вследствие чрезмерного натяжения мягких тканей, что приводит к инфицированию и длительному заживлению раны [1, 2].

Спинномозговая грыжа нередко сочетается с другими врождёнными аномалиями развития центральной нервной системы и других органов и систем. Наиболее часто сочетается с гидроцефалией - 36% [1].

Несмотря на достигнутые успехи современной детской нейрохирургии в отношении хирургического лечения врождённых спинномозговых грыж, остаются довольно высокими показатели послеоперационных осложнений и последние составляют около 13-43% [3, 4].

Учитывая вышеизложенные данные, правильный подбор тактики лечения при сложных формах врождённых спинномозговых грыж, профилактика развития послеоперационных осложнений определяют актуальность данной проблемы на сегодняшний день.

Материал и методы исследования

На кафедре нейрохирургии ТГМУ им. Абуали ибн Сино на базе Национального медицинского центра РТ (НМЦ РТ) с 2015 по 2016 годы были госпитализированы и оперированы 92 ребенка с врождёнными спинномозговыми грыжами. По локализации грыжи распределились следующим образом: шейного отдела 6 (6,5%), грудного отдела 5 (5,4%), 81 (88,1%) были в пояснично-крестцовом отделе позвоночника.

Больным, которые оперировались в плановом порядке, проводились исследования, включающие: клиничко-неврологический осмотр, измерение размеров грыжевого мешка и окружности головы, нейросонографию, спондилографию, компьютерную томографию (КТ), магнитно-резонансную томографию (МРТ) позвоночника и спинного мозга с фотодокументацией (рис.1, 2).



Рис. 1. Больная С., 3 мес. КТ-картина грыжевого вытягивания поясничного отдела



Рис. 2. Больная С. 3 мес. Фото грыжевого мешка

Дети, которые поступили с самопроизвольным вскрытием грыжевого мешка и ликвореей, были оперированы по экстренным показаниям, им не был выполнен вышеуказанный диагностический алгоритм.



Рис. 3. Больной Т., 12 дней.
Фото вскрывшейся спинномозговой грыжи, шейная локализация

В возрастном аспекте дети распределились следующим образом: новорождённые

– 5 (5,4%), от 1 до 3 мес. – 6 (6,5%), от 3 до 6 мес. – 53 (57,7%), от 6 мес. до 1 года – 15 (16,3%), от 1 до 3 года – 7 (7,6%), свыше 3 лет – 6 (6,5%).

Результаты и их обсуждение

Критериями оценки сложности врождённых спинномозговых грыж являлись следующие факторы: наличие больших размеров грыжевого мешка, сочетание с гидроцефалией, пороками развития других органов и систем, наличие грубого и стойкого неврологического дефицита.

Из числа 92 оперированных больных у 64 (69,5%) имели место сложные формы врождённых спинномозговых грыж.

В доступной литературе мы не нашли данных по распределению размеров врождённых спинномозговых грыж, в связи с чем, ориентируясь на материал нашего исследования, мы разделили больных по размерам грыжевого мешка следующим образом: малые (диаметр основания грыжевого мешка – до 3 см), средние (от 3 до 5 см), большие (от 5 до 7 см), гигантские (больше 7 см) – 11 (рис. 4).



а



б



в



г

Рис. 4. а – малые, б – средние, в – большие, г – гигантские

Особые проблемы возникают при операциях по поводу больших и гигантских спинномозговых грыж из-за больших размеров грыжевых ворот и дефекта мягких тканей, что требует усовершенствования способов пластических операций. По нашим данным, из 64 оперированных больных со сложными формами у 36 (56,25%) имелись большие и гигантские спинномозговые грыжи, диаметр

основания которых превышал 5 см. При удалении этих форм грыж образовались большие дефекты мягких тканей, особые проблемы в этих случаях возникали при устранении дефекта кожи, в связи с чем применяли различные местно-пластические операции. При интраоперационных дефектах мягких тканей в диаметре до 5 см выполняли пластику путём формирования

односторонних или двухсторонних кожных лоскутов из окружающих тканей. Для пластического закрытия дефектов от 5 до 7 см использовали прямоугольные смещаемые лоскуты. Пластика больших дефектов (больше 7 см в диаметре) проводилась путём образования кожно-подкожного лоскута из соседнего участка раны и его ротацией (транспозицией) в область дефекта. 5 (7,8%) больным из-за большого размера грыжевого мешка произведена одномоментная установка люмбо-перитонеального шунта.

У 18 (28,1%) детей наблюдалось сочетание спинномозговой грыжи с гидроцефалией в различной клинической стадии. В 4-х (6,2%) случаях из-за выраженности гидроцефалии первым этапом произведены ликворошунтирующие операции, а в последующем, вторым этапом, - грыжесечение. В 14 (21,9%) случаях из-за наличия гипертензионно-гидроцефального синдрома проведена интраоперационная установка закрытого наружного люмбального дренажа, который даёт возможность контролировать внутричерепное давление, предотвращать гипертензионно-гидроцефальные кризы в послеоперационном периоде и предупреждать раневую ликворею, что благоприятно влияет на исходы заболевания. Сущность данного метода заключается в том, что интраоперационно при хирургическом лечении спинномозговой грыжи в краниальном направлении на длину 3-4 см в спинномозговой канал устанавливается полихлорвиниловая трубка. Осуществляется дренирование ликвора на уровне спины ребёнка. После стабилизации ликворной гипертензии и заживления раны дренажная трубка удаляется.

В 14 (21,8%) случаях отмечено сочетание с другими пороками развития, такими как дисплазия тазобедренных суставов, аномалия ребер, врождённый стридор, долихосигма, сколиозы позвоночника, врождённые пороки сердца и др. Эти больные после операции по поводу врождённой спинномозговой грыжи наблюдались и лечились у врачей соответствующего по нозологии профиля.

Среди 64 сложных форм спинномозговых грыж у 60 (93,7%) пациентов отмечены менингомиело- или радикулоцеле. В неврологическом статусе у этих детей выявлялись в различной степени выраженности парезы и параличи вялого характера, чувствительные выпадения, нарушение функции тазовых органов и различные деформации опорно-двигательной системы. Улучшение неврологической симптоматики в послеоперационном периоде отмечено из 60 осложненных форм

у 14 пациентов, что составляет 23,3%.

С целью профилактики послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений применяли антибактериальную терапию с использованием антибиотиков широкого спектра действия и часто из двух видов с учетом синергизма.

У одного больного отмечено осложнение в виде инфицирования шунта после одномоментной люмбо-перитонеостомии, в связи с чем шунт был удалён. В одном случае после одномоментной установки закрытого наружного люмбального дренажа наблюдалось развитие вторичного менингита, после проведения соответствующей терапии с учетом чувствительности флоры к антибиотикам больной был выписан с выздоровлением.

В 1 (1,1%) случае отмечен летальный исход из-за прогрессирования пареза кишечника, полиорганной недостаточности и ДВС-синдрома.

Заключение

Врождённые спинномозговые грыжи являются наиболее часто встречающимися пороками развития, они характеризуются многогранностью клинических проявлений. В 21,8% случаях отмечаются осложнённые формы и сочетание с гидроцефалией. При наличии гипертензионно-гидроцефального синдрома целесообразно применение ликворошунтирующих операций или интраоперационная установка закрытых наружных люмбальных дренажей.

При наличии больших и гигантских размеров основания спинномозговых грыж целесообразно применение местно-пластических операций.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 3, 4 см. в REFERENCES)

1. Виссарионов С.В., Дроздецкий А.П., Крутелев Н.А. Хирургическое лечение пациента с сочетанной патологией позвоночника и спинного мозга // Хирургия позвоночника. 2011. № 2. С. 23-26.
2. Ваккасов Н.И. Роль алгоритма диагностики при лечении детей с врожденными спинномозговыми грыжами // Нейрохирургия и неврология детского возраста. 2015. № 2. С. 55-60.

RESERENSES

1. Vissarionov S. V., Drozdetskiy A. P., Krutelev N. A. Khirurgicheskoe lechenie patsienta s sochetannoy patologiyey pozvonochnika i spinnogo mozga [Surgical treatment of a patient with a combined pathology of the spine and

spinal cord]. *Khirurgiya pozvonochnika – Spine Surgery*, 2011, No. 2, pp. 23-26.

2. Vakkasov N. Y. Rol algoritma diagnostiki pri lechenii detey s vrozhdannymi spinnomozgovymi gryzhami [The role of the diagnostic algorithm in the treatment of children with congenital spinal hernias]. *Neyrokhirurgiya i neurologiya detskogo vozrasta – Neurosurgery and neurology of childhood*, 2015, No. 2, pp. 55 - 60.

3. Aguilera S., Soothill P., Denbov M., Pople I. Prognosis of spina bifida in the era of prenatal diagnosis and termination of pregnancy. *Fetal Diagn Ther*, 2014, No. 26 (2), pp. 68-74.

4. Grivell R. M., Andersen C., Dodd J. M. Prenatal versus postnatal repair procedures for spina bifida for

improving infant and maternal outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2014, No. 10, pp. 825.

Сведения об авторах:

Саъдиев Рустам Зарифович – асс. каф. нейрохирургии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Бердиев Рустам Намазович – зав. кафедрой нейрохирургии ТГМУ им. Абуали ибн Сино, д.м.н.

Контактная информация:

Бердиев Рустам Намазович – тел: +992-918-81-32-82; e-mail: namozovr75@gmail.com

Тагаева Ш.О.

СИТУАЦИОННАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫМ ЭНДОДОНТО-ПАРОДОНТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ

Кафедра терапевтической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Тагаева Sh.O.

SITUATIONAL ESTIMATION OF QUALITY ENDODONTIC'S TREATMENTS BESIDE PATIENT WITH COMBINED ENDO-PARODONTAL DEFEAT

Department of Therapeutic Dentistry of the Avicenna Tajik State Medical University

Цель исследования. Изучение качества эндодонтического лечения различных групп зубов по данным конусно-лучевой компьютерной томографии у пациентов с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией.

Материал и методы. У 55 пациентов (28 мужчин и 27 женщин) с эндодонто-пародонтальной патологией в возрасте от 20 до 45 лет были исследованы 400 корневых каналов 201 эндодонтически леченого зуба. Качество эндодонтического лечения оценивали по 6 критериям: глубина obturации корневого канала; рентгенологическая плотность пломбировочного материала; степень инструментальной обработки устья запломбированного корневого канала; качества инструментальной обработки корневого канала; наличие избыточного выведения пломбировочного материала за пределы верхушечного отверстия корня зуба; наличие перфорации в фуркационной зоне или вдоль стенки корневого канала.

Результаты. Наиболее частой ошибкой при эндодонтическом лечении, впоследствии провоцирующей развитие эндодонто-пародонтальной патологии, была неадекватная инструментальная обработка корневых каналов.

Заключение. Проведенная компьютерная оценка качества эндодонтического лечения корневых каналов различных групп зубов по 6 параметрам при наличии изменения периапикального и пародонтологического характера показала, что из общего количества визуализированных корневых каналов (400) частота качественного эндодонтического лечения составляет 28,3% (113), некачественного – 71,7% (287).

Ключевые слова: эндодонтическое лечение, эндо-пародонтальное поражение, конусно-лучевая компьютерная томография, эндодонтический инструмент, бифуркация, верхушечное отверстие

Aim. The Study of quality endodontic's treatment of the different groups teeth as of conuse-beam computer tomography beside patient with combined endo-peiodontal pathology.

Materials and methods. Beside 55 patients (28 mans and 27 woman) with endo-peiodontal pathology at age from 20 to 45 were explored 400 root channels of 201 endodontic treatment teeth. The quality of endodontic treatments valued on 6 criteria's: depth obturation of root channel; x-ray density of filling materials; degree of the instrumental processing the mouth of filling root channel; the quality of the instrumental processing the root channel; presence of the surplus removing filling material for limits of apex holes root teeth; presence of perforations in furcation's zone or along wall of the root channel.

Results. The most frequent mistake of endodontic treatment, subsequently provoking development of endo-parodontal pathology, was an inadequate instrumental processing root channel.

Conclusion. Called by us computer estimation quality of endodontic treatment root channel different groups teeth on 6 parameter at presence of the change periapical and parodontal nature has shown that from the gross amount of visuality root channel (400) frequency qualitative of endodontic treatment forms 28.3% (113), faulty – 71.7% (287).

Key words: endodontic treatment, endo-parodontal defeat, conuce-beam computer tomography, endodontic instrument, bifurcation, apical hole

Актуальность

Повышение качества эндодонтического лечения считается актуальным в стоматологии, о чем свидетельствуют данные отечественной [1] и зарубежной [5, 6] литературы. К основным методам, позволяющим проанализировать качество эндодонтического лечения, следует отнести рентгенологическое исследование. Для оценки пломбирования корневых каналов всех групп зубов, как правило, используют данные внутривисочной периапикальной рентгенографии, выполненной на пленку или в цифровом изображении, и ортопантомографии. Эти методы, наиболее широко применяемые на практике, имеют ограничения, так как проекционные искажения, эффект теневой суммации и двухмерность изображения в большинстве случаев снижают их информативность [2].

В связи с совершенствованием методик лучевой диагностики, в стоматологии Республики Таджикистан стала применяться конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ). К её преимуществам следует отнести возможность трехмерного многопроекционного исследования зоны интереса, достоверного отображения анатомических деталей и их взаимного расположения без проекционных искажений, отдельного отображения анатомических деталей с проведением измерений [3, 4].

С учетом вышеизложенного, нами планировалось изучение результатов эндодонтического лечения зубов с использованием компьютерной томографии при наличии эндодонто-пародонтальной патологии.

Материал и методы исследования

У 55 пациентов (28 мужчин и 27 женщин) с эндодонто-пародонтальной патологией в возрасте от 20 до 45 лет были исследованы 400 корневых каналов 201 эндодонтически леченого зуба.

Исследования выполнялись с применением конусно-лучевой компьютерной томографии. Обработка и визуализация данных компьютерного сканирования осуществлялись с применением программ NNT в режиме повышенного разрешения (High-High Resolution), e-Film и Ez 3D. Оценивалось рентгеновское изображение зуба в виде реконструированных аксиальных и реформированных косых проекций, построение которых осуществлялось в зависимости от задач исследования, а также объемной модели сканированного зуба в режиме «костного окна», что позволяло визуализировать пломбировочный материал в канале зуба в трехмерном виде.

Математическую обработку полученных данных производили по программе выявления достоверных различий с помощью критериев Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

По данным конусно-лучевой компьютерной томографии выявлены эндодонтические ошибки, служащие в дальнейшем причинами развития эндодонто-пародонтальной патологии. В частности, недостаточная глубина obturации выявлена в 186 корневых каналах эндодонтически леченых зубов (46,6%), неадекватная плотность заполнения - в 219 (54,8%) корневых каналах. В 192 (47,9%) корневых каналах визуализирована недостаточная инструментальная обработка устья. В 248 (62,8%) ранее леченых корневых каналах обнаружена недостаточная инструментальная обработка, избыточное выведение пломбировочного материала за верхушечное отверстие и наличие перфорационного отверстия были обнаружены соответственно в 39 (9,8%) и 7 (1,8%) корневых каналах.

Структуризация качественной оценки эндодонтического лечения при сочетанном эндодонто-пародонтальном поражении среди обследованного контингента больных показала, что рентгенологические признаки неадекватной и адекватной глубины obturации корневых каналов встречались с одинаковой частотой и были отмечены соответственно в 186 (46,6%) и 214 (53,4%) корневых каналах. В 29,0% случаев (116 каналов) оптимальная глубина пломбирования корневого канала эндодонтически леченого зуба доходила до физиологического сужения, а в 97 каналах (24,3% случаев) – до анатомической верхушки корня.

При недостаточной глубине пломбирования в 73 корневых каналах (18,3%) не было обнаружено наличия пломбировочного материала. Это свидетельствует о том, что в процессе инструментальной обработки соответствующие корневые каналы зуба или не были обнаружены, или был использован мумифицирующий метод эндодонтического лечения, не отвечающий требованиям современной эндодонтии. Кроме того, глубина пломбирования на $\frac{3}{4}$ длины корневого канала встречалась в 12,3% случаев.

Рентгенологические признаки по изучению влияния апикального изгиба на глубину obturации показали, что заполнения до уровня $\frac{3}{4}$ длины корневого канала сочетается с наличием вышеупомянутого признака в 128 (31,9%) корневых каналах. Следовательно, можно предположить, что одной из основных причин неполной obturации корневого

канала считается наличие апикального изгиба, больше всего затрудняющего инструментальную обработку.

Анализ частоты неадекватной плотности пломбировочного материала в корневых каналах эндодонтически леченых зубов с эндодонто-пародонтальными поражениями показал, что obturation до уровня апикального сужения сочетается с неоднородной плотностью пломбировочного материала в 39,8% случаев, тогда как степень obturation с несоответствующей плотностью до анатомической верхушки корня – в 19,8% случаев. Из полученных компьютерных данных в указанном аспекте следует, что глубина obturation до уровня физиологического сужения и анатомической верхушки корня зуба в большинстве случаев (59,6%) не соответствовала должной плотности пломбирования.

Оценочная компьютерная шкала по такому критериальному параметру, как недостаточная инструментальная обработка устья корневого канала, показала, что она при obturation до физиологического сужения встречалась в 27,8% случаев, а при obturation корневого канала до анатомической верхушки корня - в 13,6% случаев. Полученные данные свидетельствуют о том, что степень обработки устья корневого канала непосредственно влияет на obturationную глубину пломбировочного материала. Следовательно, при недостаточной обработке указанного анатомического образования в отдаленные сроки наблюдения возможность развития эндодонто-пародонтальной патологии многократно возрастает.

Среди обследованного контингента пациентов с эндодонто-пародонтальным поражением компьютерная визуализация зубов показала, что частота некачественной инструментальной обработки корневых каналов при obturation до физиологического сужения составила 41,2%, что достоверно выше при заполнении корневого канала до анатомической верхушки корня (18,1%).

Используя компьютерную томографию с целью выявления эндодонтической погрешности, нами отмечена значительная частота неадекватной плотности пломбировочного материала, недостаточной инструментальной обработки устья и самого корневого канала при obturation до физиологического сужения (эти показатели в 2 раза больше, чем при obturation до анатомической верхушки). Такое положение, на наш взгляд, объясняется тем, что в первом случае (при obturation до физиологического сужения) глубина заполнения

пломбировочным материалом достигается за счет нагнетания пасты в недостаточно очищенный и сформированный корневой канал зуба, и это является причиной развития эндо-периапикального и пародонтального изменения в зоне расположения причинного зуба.

Анализ частоты компьютерной встречаемости избыточного выведения пломбировочного материала за верхушечное отверстие эндодонтически леченых зубов у пациентов с эндодонто-пародонтальным поражением показал, что при obturation до анатомической верхушки такое явление визуализируется в 34,9% случаев. При изучении частоты перфорации корневых каналов было выявлено 2 случая перфорации в области бифуркации и 3 – в области боковой стенки корня зуба.

Чрезмерное расширение апикального отверстия корневого канала отмечено в группе зубов с уровнем obturation до анатомической верхушки в 12 (3,0%) случаях. Чаще всего эта ошибка является следствием недостаточного знания анатомии, невозможности использовать апекслокатор, неправильного определения рабочей длины корневого канала по рентгеновскому изображению, несоответствия эндодонтических инструментов анатомическим параметрам корневого канала.

Следовательно, для группы корневых каналов с obturation до анатомической верхушки характерен меньший процент случаев неоднородной плотности пломбировочного материала, недостаточной инструментальной обработки устья и самого корневого канала и более высокий процент случаев избыточного выведения obturationного материала, а также чрезмерного расширения апикального отверстия корневого канала, чем в группе каналов с obturation до физиологического сужения.

У стоматологических пациентов с эндодонто-пародонтальным синдромом при изучении зависимости качества пломбирования корневых каналов от групповой принадлежности зубов были получены нижеследующие данные: из 74 исследованных резцов 34 (46,0%) имели признаки качественной obturation, из 70 клыков – 29 (41,4%), из 40 премоляров – 12 (30,0%), из 17 моляров – 2 (11,8%). Возможными объективными причинами более низкого качества эндодонтического лечения в группе моляров, на наш взгляд, можно считать сложную морфологию этих зубов, особенности эндодонтического доступа и зрительного контроля при их лечении.

Что касается влияния числа каналов в зубе на качество эндодонтического лечения, то о нем можно судить по следующим результатам компьютерно-томографического исследования. В группе одноканальных зубов из 144 корневых каналов 68 (47,2%) имели признаки качественной obturации, в группе двухканальных зубов (40 премоляров) из 80 каналов – 17 (21,3%), в группе трехканальных зубов (15 моляров) из 45 каналов – 9 (20,0%), в группе четырехканальных зубов (2 моляра) из 8 – 2 (25,0%).

Заключение

Таким образом, конусно-лучевая компьютерная томография позволяет более объективно оценить эндодонтические параметры, характеризующие качество эндодонтического лечения осложненных форм кариеса зубов. Результаты использования конусно-лучевого компьютерного томографа у стоматологических пациентов с эндодонто-пародонтальными осложнениями свидетельствуют о низком уровне качества эндодонтического лечения.

ЛИТЕРАТУРА (пп. 4, 5 см. в REFERENCES)

1. Антанян А.А. Эндодонтическое лечение в одно посещение: современные стандарты // Эндодонтия today. 2011. № 3. С. 31-36.
2. Аржанцев А.П., Ахмедова З.Р. Особенности рентгенологической картины на этапах эндодонтического лечения // Стоматология. 2015. № 4. С. 39-43.
3. Ашуров Г.Г., Муллоджанов Г.Э., Каримов С.М. Клинико-рентгенологические результаты протетического лечения соматических больных с использованием дентальной имплантации // Вестник последипломного

образования в сфере здравоохранения. Душанбе, 2016. № 2. С. 29-36.

RESERENSES

1. Antanyan A. A. Endodonticheskoe lechenie v odno poseshchenie: sovremennyye standarty [Endodontic treatment in one visit: modern standards]. *Endodontiya today – Endodontics today*, 2011, No. 3, pp. 31-36.
2. Arzhantsev A. P., Akhmedova Z. R. Osobennosti rentgenologicheskoy kartiny na etapakh endodonticheskogo lecheniya [Features of the X-ray picture at the stages of endodontic treatment]. *Stomatologiya – Stomatology*, 2015, No. 4, pp. 39-43.
3. Ashurov G. G., Mullodzhanov G. E., Karimov S. M. Kliniko-rentgenologicheskie rezultaty proteticheskogo lecheniya somaticheskikh bolnykh s ispolzovaniem dentalnoy implantatsii [Clinical and X-ray results of the treatment of somatic patients with dental implantation]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya – Herald of Postgraduated Education in Health Sphere*, 2016, No. 2, pp. 29-36.
4. Ray H. A., Trope M. Periapical status of endodontically treatment teeth in relation to the technical quality of the root filling and coronal restoration. *Inter Endod J.*, 2013, Vol. 28, pp. 12-18.
5. Verticci F. G. Root canal morphology and its relationship to endodontic procedures. *Endod Topics*, 2015, Vol. 10, pp. 3-12.

Сведения об авторах:

Тагаева Шахло Олимовна – заочный аспирант кафедры терапевтической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Контактная информация:

Тагаева Шахло Олимовна – тел.: +992 901-11-20-08

© Коллектив авторов, 2018

УДК 617.553-001-089.168.1-06-07

¹Тимербулатов В.М., ¹Гареев Р.Н., ¹Фаязов Р.Р., ¹Тимербулатов Ш.В.,
²Викторов В.В., ¹Федоров С.В.

ДИНАМИКА ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПОСТРАДАВШИХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ОРГАНОВ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

¹Кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИДПО ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа

²Кафедра факультетской педиатрии с курсами педиатрии, неонатологии и симуляционным центром ИДПО ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа

¹Timerbulatov V.M., ¹Gareev R.N., ¹Fayazov R.R., ¹Timerbulatov Sh.V.,
²Viktorov V.V., ¹Fedorov S.V.

DYNAMICS OF INTRA-ABDOMINAL PRESSURE FOR PATIENTS WITH THE TRAUMATIC DAMAGES OF ORGANS OF RETROPERITONEUM

¹Department of Surgery with the Course of Endoscopy, the Institute of Postgraduate Education

²Department of Intermediate Pediatrics with Pediatrics, Neonatology Courses and Simulation Centre, the Institute of Postgraduate Education Bashkir State Medical University, Ufa

Цель исследования. Изучение динамики внутрибрюшного давления в послеоперационном периоде у пострадавших с травмой живота на фоне и без повреждений органов забрюшинного пространства.

Материал и методы. В клинический материал вошли 473 оперированных пострадавших с травмой органов забрюшинного пространства и 93 пострадавших с травмой органов брюшной полости с различными исходными степенями внутрибрюшной гипертензии.

Результаты и заключение. Исследование показало, что у пострадавших с травмой живота с повреждениями органов забрюшинного пространства снижение внутрибрюшного давления в послеоперационном периоде протекает значительно медленнее, нежели без них, причем, чем выше уровень исходного внутрибрюшного давления, тем длительнее происходит его снижение.

Ключевые слова: внутрибрюшное давление, травма живота

Aim. The purpose of this research was to study the dynamics of intra-abdominal pressure in a postoperative period of patients with the abdominal trauma with and without the damages of retroperitoneal organs.

Materials and methods. In clinical materials were included 473 patients operated on the trauma of retroperitoneal organs and 92 patients with trauma of abdominal cavity organs with different initial degrees of intra-abdominal hypertension.

Result and conclusion. Research showed that in patients with the abdominal trauma and the damages of retroperitoneal organs the intra-abdominal pressure in a postoperative period decreases meaningfully slower than without damages, thus, the higher the level of initial intra-abdominal pressure is, the slower the intra-abdominal pressure decreases.

Key words: intra-abdominal pressure, abdominal trauma

Актуальность

По данным Всемирной Организации Здравоохранения, травматизм занимает десятое место среди наиболее частых причин смерти

[2]. В России смертность от внешних причин, включающих травмы, занимает третье место после болезней системы кровообращения и новообразований [4]. Сообщается, что за-

крытая травма живота (ТЖ) сопровождается повышением внутрибрюшного давления (ВБД) в 58,33% случаев, абдоминальный компартмент-синдром развивается у 16,28% с летальностью 100% [1, 3, 6]. Зачастую к внутрибрюшной гипертензии (ВБГ) ведет парез кишечника, который нередко возникает в послеоперационном периоде у пострадавших с ТЖ, особенно при имеющихся травматических повреждениях органов забрюшинного пространства (ТПОЗП) [5, 7].

Материал и методы исследования

Материалом исследования послужили 473 оперированных пострадавших с ТПОЗП. Для сравнения динамики ВБД взяты результаты измерения ВБД 93 оперированных пострадавших с ТЖ без ТПОЗП. Измерение ВБД проводилось измерителем инвазивным низ-

ких давлений ИиНД 500/75 «Тритон» отечественного производства и закрытой системой фирмы «Spiegelberg» (Германия).

При статистической обработке данных использовался метод дисперсионного анализа Р. Фишера с вычислением «коэффициента силы влияния» (η^2) и оценки его достоверности при помощи преобразованного F-критерия.

Результаты и их обсуждение

Из 473 оперированных пострадавших с ТПОЗП при поступлении ВБГ имела место в 213 (45%) случаях. Из них у 147 (69%) пострадавших – с закрытыми ТПОЗП и у 66 (31%) – с открытыми. При поступлении 4 степень ВБГ не встречалась. К концу первых суток после операции доля пострадавших с ВБГ увеличилась (рис. 1).

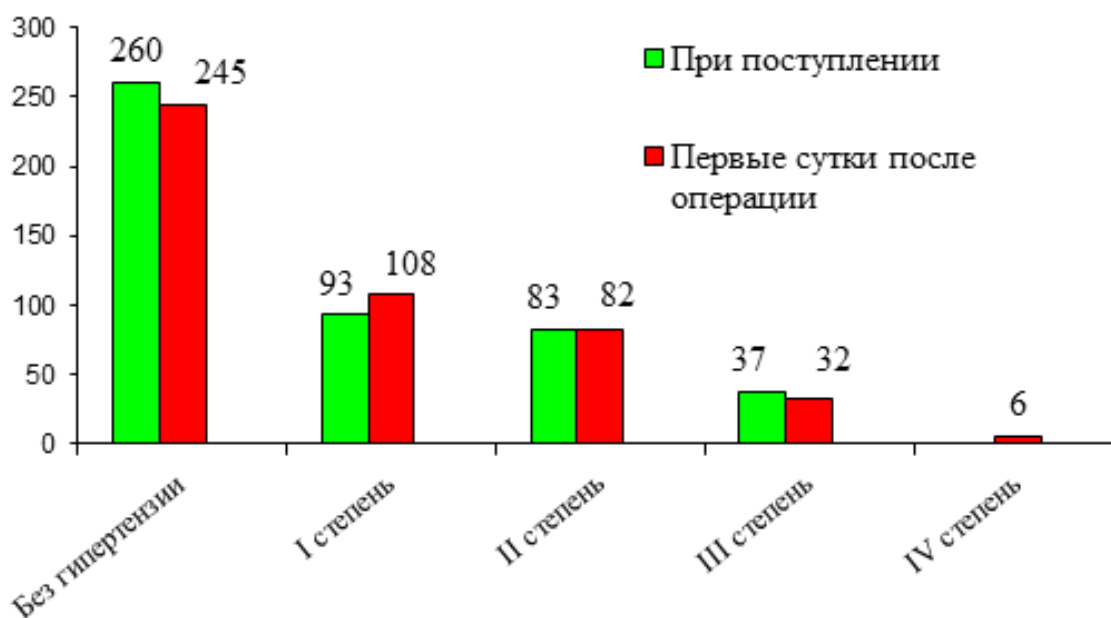


Рис. 1. Структура степеней внутрибрюшной гипертензии у оперированных пострадавших с травматическими повреждениями органов забрюшинного пространства при поступлении и в конце первых суток после операции.

Примечание: по оси абсцисс – степени внутрибрюшной гипертензии; по оси ординат – количество пострадавших с травматическими повреждениями органов забрюшинного пространства

Структура степеней ВБГ несколько меняется после выполненных оперативных вмешательств. А именно, уменьшается количество пострадавших без ВБГ, и примерно на такое же количество увеличивается число пострадавших с I степенью ВБГ. Также к концу первых суток после операции появляются пострадавшие с IV степенью ВБГ, и примерно на такое же число уменьшается количество пострадавших с III степенью ВБГ.

Интересной представляется динамика ВБД у оперированных пострадавших с ТЖ

на фоне и без ТПОЗП с различной исходной степенью ВБГ. В выборку не включены пострадавшие с летальным исходом и с внутри- и забрюшинными осложнениями в период мониторинга ВБД. При анализе графиков следует учитывать, что к концу каждого лапаротомного оперативного вмешательства стягивали края лапаротомной раны и измеряли ВБД любым из вышеописанных способов, и при значениях ВБД 15 мм рт. ст. и выше на фоне миорелаксации и зондовой декомпрессии кишечника

проводили временное закрытие брюшной полости. Этим объясняется то, что ВБД у пострадавших к концу операции не превышает 15 мм рт. ст.

В группе без исходной ВБГ (рис. 2) проанализированы показатели ВБД 28 пострадавших с ТЖ без ТПОЗП и 33 пострадавших с ТЖ на фоне ТПОЗП.

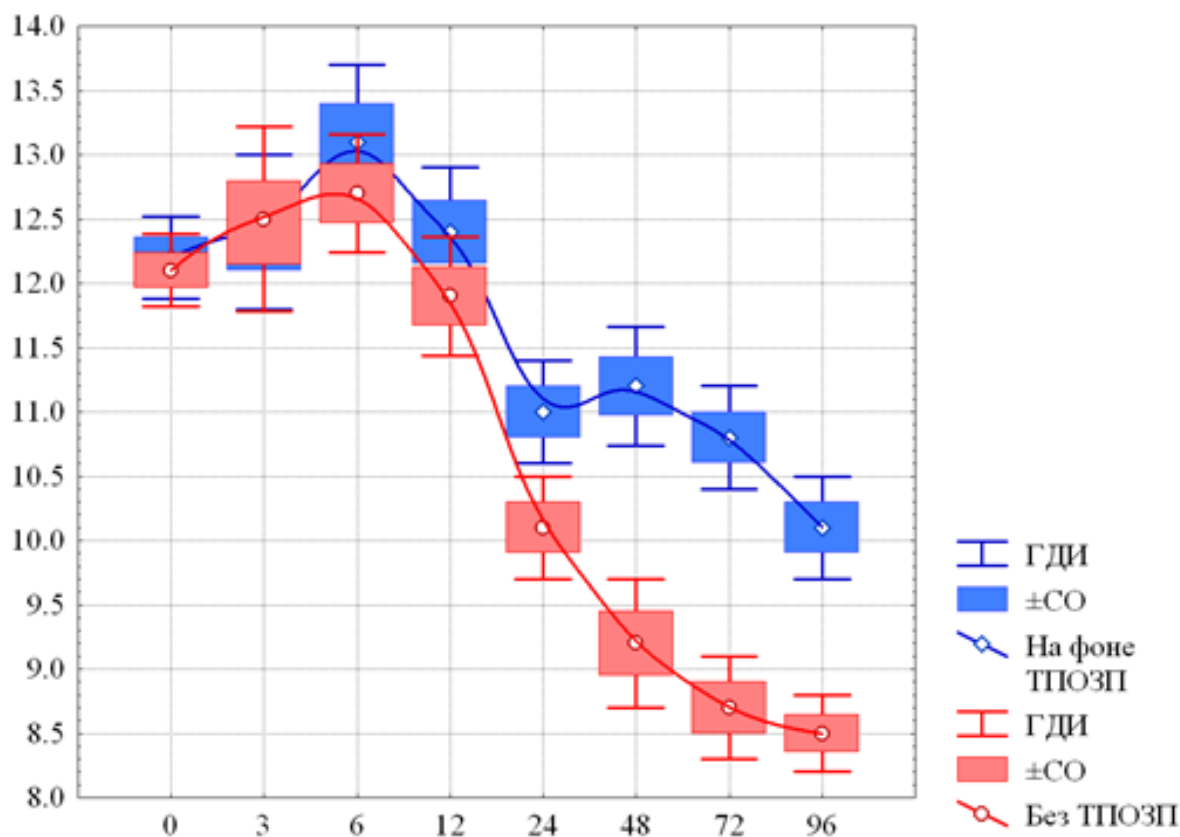


Рис. 2. Динамика внутрибрюшного давления в послеоперационном периоде у пострадавших с травмой живота на фоне и без травматических повреждений органов брюшинного пространства без исходной внутрибрюшной гипертензии.

Примечание: по оси абсцисс – время, прошедшее после оперативного вмешательства в часах («0» – соответствует концу операции); по оси ординат – уровень внутрибрюшного давления в мм рт. ст.; ГДИ и ±СО – границы доверительного интервала и стандартная ошибка среднего значения. ТПОЗП – травматические повреждения органов брюшинного пространства

По результатам дисперсионного анализа корреляционное отношение η между уровнем ВБД и временем после операции составило 0,83 ($F=84$, $p<0,0001$) в группе без ТПОЗП и 0,66 ($F=24$, $p<0,0001$) в группе с ТПОЗП. И в том, и в другом случае эта зависимость оказалась нелинейной. К концу операции средние уровни ВБД в обеих группах практически совпадают, составляя $12,2\pm0,8$ мм рт. ст. и $12,1\pm0,8$ мм рт. ст. Через шесть часов после операции ВБД в обеих группах статистически значимо ($p<0,03$ и $p<0,02$) возрастает до $13,1\pm1,6$ и $12,7\pm1,3$ мм рт. ст. соответственно и уже достоверно различается ($p<0,04$). Далее средний уровень ВБД в обеих группах снижается, однако, в

группе с ТПОЗП это снижение происходит гораздо медленнее, причем, начиная с 24 часов после завершения операции. К концу четвертых суток (96 часов) в группе без ТПОЗП средний уровень ВБД составляет $8,5\pm0,9$ мм рт. ст. против $10,1\pm1,1$ мм рт. ст. в группе с ТПОЗП.

В группе с исходной I степенью ВБГ (рис. 3) проанализированы показатели ВБД у 26 пострадавших с ТЖ без ТПОЗП и у 31 пострадавшего с ТЖ на фоне ТПОЗП. Изменения ВБД в этих группах также оказались достаточно тесно связаны со временем, прошедшим после операции ($\eta=0,51$, $F=12$, $p<0,001$ в группе без ТПОЗП и $\eta=0,43$, $F=6,3$, $p<0,001$ в группе с ТПОЗП),

и также оказались нелинейными. В обеих группах средний уровень ВБД по завершении операции практически совпадает ($13,6 \pm 1,0$ мм рт. ст. без ТПОЗП и $13,4 \pm 1,0$ мм рт. ст. на фоне ТПОЗП) ($p > 0,46$). Впоследствии в первые часы после завершения операции в обеих группах средний уровень ВБД статистически значимо возрастает, достигая наибольшего значения $14,8 \pm 1,9$ мм рт. ст. без ТПОЗП к шестому часу, а в группе с ТПОЗП $14,9 \pm 1,3$ мм рт.

ст. – к двенадцатому часу. Далее средний уровень ВБД в обеих группах начинает последовательно снижаться, причем, в группе с ТПОЗП это происходит гораздо медленнее. Через 24 часа после операции это различие в интенсивности снижения ВБД последовательно нарастает, и к концу четвертых суток (96 часов) в группе без ТПОЗП средний уровень ВБД составляет $10,8 \pm 1,9$ против $12,7 \pm 1,3$ мм рт. ст. в группе с ТПОЗП.

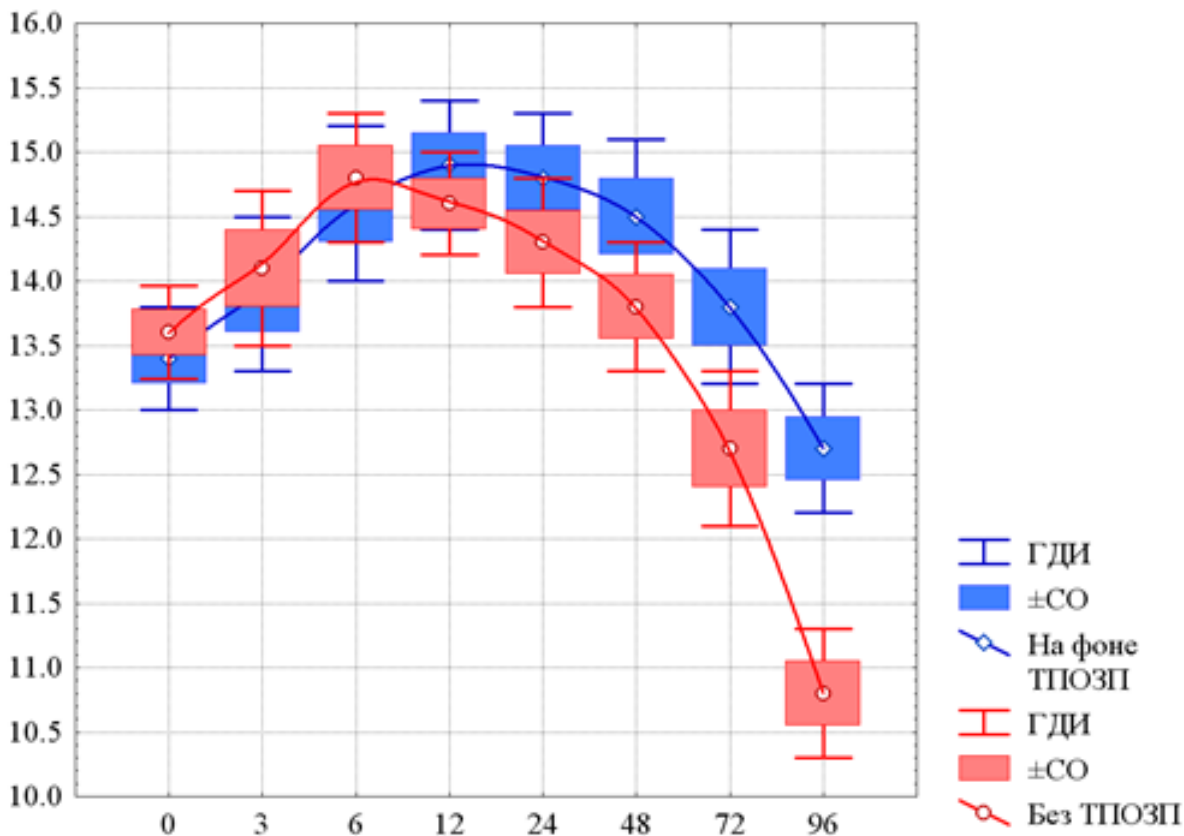


Рис. 3. Динамика внутрибрюшного давления в послеоперационном периоде у пострадавших с травмой живота на фоне и без травматических повреждений органов брюшинного пространства с исходной первой степенью внутрибрюшной гипертензии

Примечание: по оси абсцисс – время, прошедшее после оперативного вмешательства в часах («0» – соответствует концу операции); по оси ординат – уровень внутрибрюшного давления в мм рт. ст.; ГДИ и $\pm CO$ – границы доверительного интервала и стандартная ошибка среднего значения. ТПОЗП – травматические повреждения органов брюшинного пространства

С исходной II степенью ВБГ (рис. 4) показатели ВБД проанализированы для 23 случаев ТЖ без ТПОЗП и 24 случаев с ТПОЗП. Зависимость уровня ВБД от времени, прошедшего после завершения операции, в обеих группах оказалась очень тесной, приближающейся к функциональной: $\eta=0,83$, $F=100$, $p < 0,0001$ в группе без ТПОЗП и $\eta=0,72$, $F=28,5$, $p < 0,0001$ в группе с ТПОЗП. Непосредственно после завершения

операции средние уровни ВБД в обеих группах оказались достаточно близки, хотя в группе с ТПОЗП его значения оказались значимо выше: $14,1 \pm 0,5$ против $13,8 \pm 0,5$ мм рт. ст. ($p < 0,04$).

В течение следующих суток средний уровень ВБД в обеих группах последовательно возрастал, достигая пикового значения именно к 24 часам после завершения операции: $18,1 \pm 1,5$ мм рт. ст. с ТПОЗП и $17,8 \pm 1,4$ мм рт.

ст. без ТПОЗП ($p>0,48$). Далее уровень ВБД в обеих группах последовательно снижался, причем, до 72 часов после операции это снижение в обеих группах было практически одинаковым, но по окончании третьих суток снижение среднего уровня ВБД в группе без

ТПОЗП происходило гораздо интенсивнее, чем в группе с ТПОЗП. К окончанию шестых суток после операции в группе без ТПОЗП средний уровень ВБД опустился до $12,1\pm 1,1$ мм рт. ст., в то время как в группе с ТПОЗП он составил $14,5\pm 1,2$ мм рт. ст.

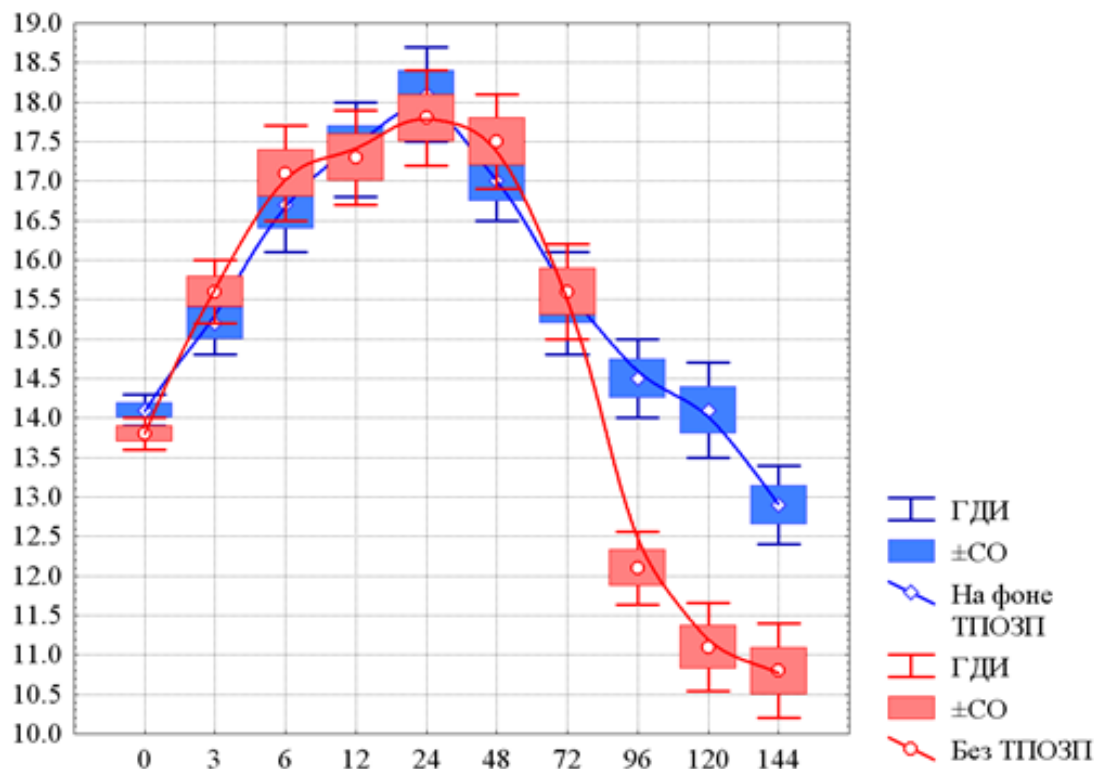


Рис. 4. Динамика внутрибрюшного давления в послеоперационном периоде у пострадавших с травмой живота на фоне и без травматических повреждений органов брюшинного пространства с исходной второй степенью внутрибрюшной гипертензии

Примечание: по оси абсцисс – время, прошедшее после оперативного вмешательства в часах («0» – соответствует концу операции); по оси ординат – уровень внутрибрюшного давления в мм рт. ст.; ГДИ и ±СО – границы доверительного интервала и стандартная ошибка среднего значения. ТПОЗП – травматические повреждения органов брюшинного пространства

Изменения ВБД у пострадавших с исходной III степенью ВБГ (рис. 5) были проанализированы у 16 пострадавших без ТПОЗП и у 19 с ТПОЗП. Зависимость уровня ВБД от времени, прошедшего после завершения операции, в обеих группах и в этом случае оказалась очень тесной, практически функциональной: $\eta=0,90$, $F=91$, $p<<0,0001$ в группе без ТПОЗП и $\eta=82$, $F=40$, $p<<0,0001$ на фоне ТПОЗП. По завершении операции средние уровни ВБД в обеих группах практически совпадали ($13,1\pm 1,5$ мм рт. ст. против $13,2\pm 1,5$ мм рт. ст.) ($p>0,84$). Фаза нарастания ВБД имела место в течение последующих шести часов и завершилась достижением опять таки практически со-

впадающих средних уровней ВБД: $17,3\pm 1,2$ мм рт. ст. в группе без ТПОЗП и $17,5\pm 1,3$ мм рт. ст. в группе с ТПОЗП ($p>0,64$). Далее этот повышенный уровень ВБД в обеих группах оказался практически стабильным на протяжении до двух суток в группе без ТПОЗП ($17,5\pm 1,4$ мм рт. ст. к 48 часам) и трех суток в группе с ТПОЗП ($17,5\pm 1,8$ мм рт. ст. к 72 часам). Фаза активного снижения ВБД в группе без ТПОЗП началась на сутки раньше и протекала гораздо интенсивнее, чем в группе с ТПОЗП. К завершению недели после операции (168 часов) средний уровень ВБД в группе без ТПОЗП составлял всего $10,1\pm 0,8$ мм рт. ст. против $13,2\pm 0,9$ мм рт. ст. в группе с ТПОЗП.

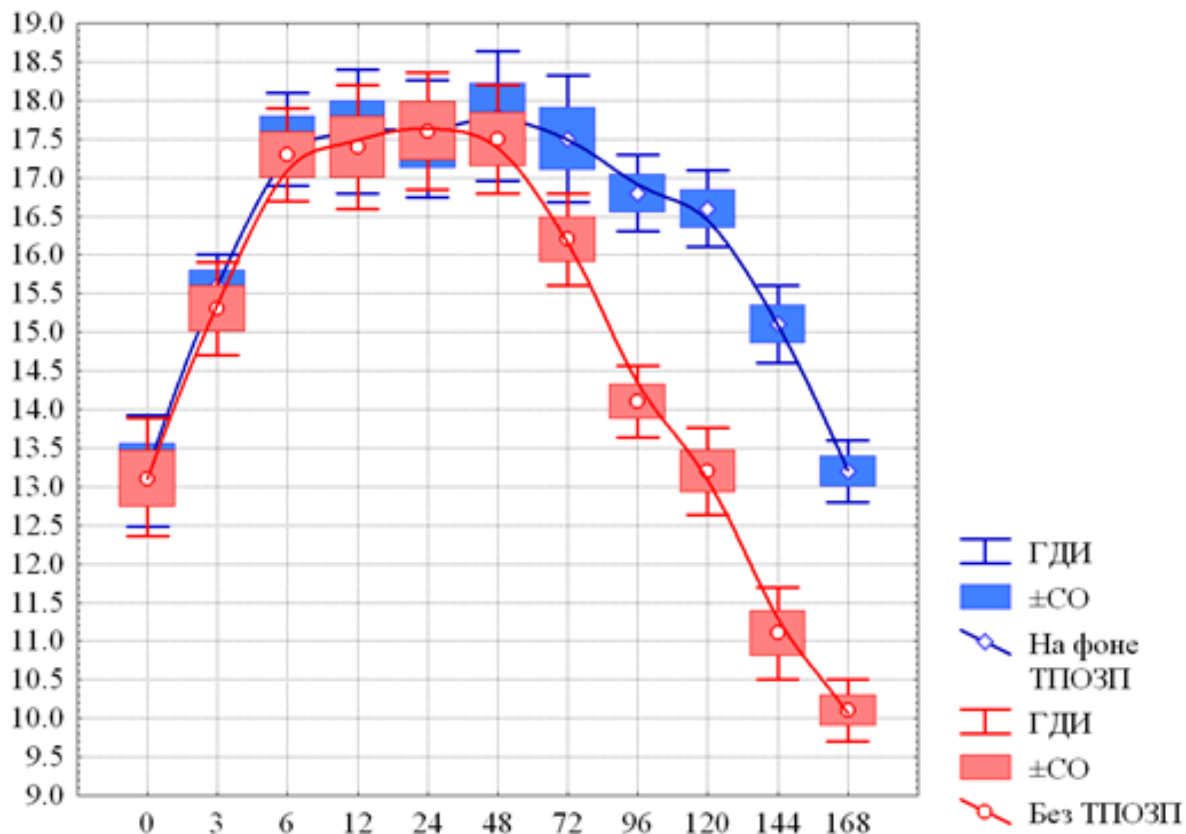


Рис. 5. Динамика внутрибрюшного давления в послеоперационном периоде у пострадавших с травмой живота на фоне и без травматических повреждений органов брюшинного пространства с исходной третьей степенью внутрибрюшной гипертензии

Примечание: по оси абсцисс – время, прошедшее после оперативного вмешательства в часах («0» – соответствует концу операции); по оси ординат – уровень внутрибрюшного давления в мм рт. ст.; ГДИ и \pm СО – границы доверительного интервала и стандартная ошибка среднего значения. ТПОЗП – травматические повреждения органов брюшинного пространства

Заключение

Таким образом, у пострадавших с ТЖ с ТПОЗП снижение ВБД в послеоперационном периоде носит нелинейный характер и протекает значительно медленнее, нежели без них, причем, чем выше уровень исходного ВБД, тем длительнее происходит его снижение.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

- Десять ведущих причин смерти в мире. Информационный бюллетень ВОЗ., 2017. Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/ru/>
- Здравоохранение в России – 2015: стат. сб. М.: Росстат, 2015. 174 с.
- Колесников В.В., Рахимов Б.М., Кирсанов А.Н. Хирургическая тактика при тяжелой сочетанной

травме, осложненной брюшинными гематомами // Тольяттинский медицинский консилиум. 2017. №3-4. С. 57-62.

- Овчинников В.А., Соколов В.А. Абдоминальный компартмент-синдром // Современные технологии в медицине. 2013. Т.5, №1. С. 122-129.

- Райбужис Е.Н., Смёткин А.А., Гайдуков К.М., Киров М.Ю. Внутрибрюшная гипертензия и абдоминальный компартмент-синдром: современные представления о диагностике и лечении // Вестник анестезиологии и реаниматологии. 2010. Т.7, №4. С. 14-21.

- Смоляр А.Н., Абакумов М.М. Осложнения травматических брюшинных кровоизлияний // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2011. №3. С. 26-31.

- Стойко Ю.М., Зубрицкий В.Ф., Забелин М.В. и др. Диагностика и лечение синдрома внутрибрюшной гипертензии при закрытой травме живота // Вестник национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. 2011. Т. 6, № 1. С. 45-47.

RESERENSES

1. *Desyat vedushchikh prichin smerti v mire* [Ten leading causes of death in the world]. Informatsionnyy byulleten VOZ - WHO newsletter, 2017. available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/ru/>

2. *Zdravookhranenie v Rossii – 2015: statisticheskiy sbornik* [Healthcare of Russia – 2015: statistical compilation]. Moscow, Rosstat Publ., 2015. 174 p.

3. Kolesnikov V. V., Rakhimov B. M., Kirsanov A. N. Kpirurgicheskaya taktika pri tyazheloy sochetannoy travme, oslozhnennoy zabryushinnymi gematomami [Surgical tactics in severe injury, complicated by retroperitoneal hematoma]. *Tolyattinskiy meditsinskiy konsilium – Togliatti Medical Council*, 2017, No. 3-4, pp. 57-62.

4. Ovchinnikov V. A., Sokolov V. A. Abdominalnyy kompartment-sindrom [The abdominal compartment syndrome]. *Sovremennye tekhnologii v meditsine – Modern technologies in medicine*, 2013, Vol. 5, No. 1, pp. 122-129.

5. Raybuzhis E. N., Smetkin A. A., Gaydukov K. M., Kirov M. Yu. Vnutribryushnaya gipertenziya i abdominalnoy kompartment-sindrom: sovremennye predstavleniya o diagnostike i lechenii [Intra-abdominal hypertension and abdominal compartment syndrome: current views on diagnosis and treatment]. *Vestnik anesteziologii i reanimatologii – Herald of anesthesiology i reanimation*, 2010, Vol. 7, No. 4, pp. 14-21.

6. Smolyar A. N., Abakumov M. M. Oslozhneniya travmaticheskikh zabryushinnykh krovoizliyaniy [Complications of the traumatic retroperitoneal bleedings]. *Khirurgiya. Zhurnal im. N. I. Pirogova – Surgery. Journal named after N.I. Pirogov*, 2011, No. 3, pp. 26-31.

7. Stoyko Yu. M., Zubritskiy V. F., Zabelin M. V., Diagnostika i lechenie sindroma vnutribryushnoy gipertenzii pri zakrytoy travme zhivota [Diagnostics and treatment of hypertension syndrome for patients with non-penetrating intraabdominal injury]. *Vestnik natsionalnogo mediko-khirurgicheskogo Tsentra im. N. I. Pirogova – Herald of the National Medical and Surgical Center named after N.I. Pirogov*, 2011, Vol. 6, No. 1, pp. 45-47.

Сведения об авторах:

Тимербулатов Виль Мамирович – зав. кафедрой хирургии с курсом эндоскопии ИДПО ФБГОУ ВО БГМУ Минздрава России, д.м.н., профессор, член-корр. РАН

Гареев Рустам Назирович – доцент кафедры хирургии с курсом эндоскопии ИДПО ФБГОУ ВО БГМУ Минздрава России, д.м.н.

Фаязов Радик Радифович – профессор кафедры хирургии с курсом эндоскопии ИДПО ФБГОУ ВО БГМУ Минздрава России, д.м.н.

Тимербулатов Шамиль Вилевич – доцент кафедры хирургии с курсом эндоскопии ИДПО ФБГОУ ВО БГМУ Минздрава России, д.м.н.

Викторов Виталий Васильевич – зав. кафедрой факультетской педиатрии с курсами педиатрии, неонатологии и симуляционным центром ИДПО ФБГОУ ВО БГМУ Минздрава России, д.м.н.

Федоров Сергей Владимирович – профессор кафедры хирургии с курсом эндоскопии ИДПО ФБГОУ ВО БГМУ Минздрава России, д.м.н.

Контактная информация:

Гареев Рустам Назирович – тел.: +7-927-342-22-93

¹Токтогонова А.А., ²Курманова Н.К.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДОЛГОСРОЧНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ

¹Национальный центр фтизиатрии Министерства здравоохранения Кыргызской Республики

²Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации

¹Toktogonova A.A., ²Kurmanova N.K.

EFFECTIVENESS OF LONG-TERM HOSPITALIZATION OF PATIENTS WITH TUBERCULOSIS WITH MULTIPLE DRUG-RESISTANT STABILITY

¹Kyrgyz Republic National TB Centre

²Kyrgyz State Medical Institute of Postgraduate

Цель исследования. Провести анализ эффективности лечения больных туберкулёзом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя по модели 3-этапной долгосрочной госпитализации.

Материал и методы. Использована модель 3-этапной долгосрочной госпитализации пациентов туберкулёзом (ТБ) с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) возбудителя в течение всего курса терапии со сменой места пребывания у 53 пациентов, получающих терапию по стандартной схеме препаратами второго ряда. Данная модель лечения применена для лиц, склонных к отрыву от лечения (лица, ведущие асоциальный образ жизни, малообеспеченные, недоступность лечения в амбулаторных условиях и др). Согласно модели, вначале больные получали терапию в условиях Национального центра фтизиатрии (НЦФ) до получения первого отрицательного результата культурального исследования, затем переводились для продолжения лечения в реабилитационное отделение загородной клинической базы НЦФ, расположенной в предгорьях Ала-Тоо (с. Таш-Добо), далее пациенты направлялись в Республиканский реабилитационный центр «Жети-Огуз» на берегу озера Иссык-Куль.

Результаты. Долгосрочная госпитализация больных ТБ с МЛУ возбудителя статистически значимо снизила удельный вес отрывов от лечения до 13,2% против 31,9% в группе больных, получивших лечение в условиях стационар – амбулатория ($p=0,024$, χ^2).

Заключение. Долгосрочная 3-этапная госпитализация со сменой места пребывания для больных с риском досрочного прекращения лечения представляет собой эффективный подход к лечению и явилась бы существенным компонентом комплексной программы борьбы с туберкулёзом, позволяющим индивидуализировать форму лечения пациентов.

Ключевые слова: туберкулёз, множественная лекарственная устойчивость, долгосрочная госпитализация, стандартный режим лечения

Aim. Conduct an analysis of the effectiveness of treatment of patients with MDR in the model of a 3-stage long-term hospitalization.

Materials and methods. The study used a model of a 3-stage long-term hospitalization of patients with MDR of the pathogen during the entire course of therapy with a change of place of stay in 53 patients receiving standard therapy with second-line drugs. This model of treatment is applied to people prone to separation from treatment (persons leading an antisocial lifestyle, low-income, inaccessible treatment in outpatient settings, etc.). According to the model, patients were first treated under the conditions of the National Center for Phthisiology (NCT) before the first negative result of the culture test was given, then transferred for further treatment to the rehabilitation department of the Country Clinical Base of the NCF located in the foothills of Ala-Too (Tash-Dobo village) and further patients were sent to the Republican Rehabilitation Center «Jeti-Oguz» on the shore of Lake Issyk-Kul.

Results. Long-term hospitalization of patients with MDR of the pathogen statistically significantly reduced the specific weight of interruptions from treatment to 13.2% compared to 31.9% in the group of patients who received treatment in a hospital-ambulatory ($p = 0.024$, χ^2).

Conclusion. Long-term 3-stage hospitalization of patients with a change of location for patients at risk of early termination of treatment represents an effective approach to treatment and would be an essential component of an integrated tuberculosis control program that allows individualizing the form of treatment of patients.

Key words: TB with MDR, long-term hospitalization, standard treatment regimen

Актуальность

Одной из основных причин недостаточной эффективности лечения ТБ с МЛУ возбудителя является досрочное прекращение больными лечения, отсутствие их приверженности лечению [6]. К социальным проблемам, способствующим прерыванию лечения, можно отнести отсутствие у больных регистрации, постоянного места жительства и работы и, в связи с этим, отсутствие приписки к лечебным учреждениям [1]. Позднее обращение, длительное лечение запущенных форм туберкулеза, наличие сопутствующей патологии и невозможность проведения контролируемого лечения при отсутствии постоянного места жительства увеличивают риск отрыва от лечения [3].

Наиболее важными социальными факторами риска в плане уклонения больных туберкулезом от лечения являются: злоупотребление алкоголем, одиночество (лица БОМЖ, бездомные, проживающие одни и не состоящие в браке), отсутствие постоянного места работы (неработающие и безработные), пребывание в прошлом в местах лишения свободы [1, 2, 4, 5].

В настоящее время английские исследователи поднимают вопрос о необходимости увеличения средств, выделяемых на долгосрочную госпитализацию и уход за пациентами с заболеванием М/ШЛУ ТБ и на пациентов, чьи сложные социальные условия для оказания амбулаторной помощи практически невозможны [7]. Хотя этические, моральные и общественные аргументы в области здравоохранения остаются сложными и спорными, считают необходимым переходить за рамки дискуссий к действию.

Материал и методы исследования

В связи с вышеизложенным был разработан метод 3-этапной долгосрочной госпитализации пациентов ТБ с МЛУ возбудителя в течение всего курса терапии со сменой места пребывания. Данная модель была рекомендована для лиц, склонных к отрыву от лечения (лица, ведущие асоциальный образ жизни, малообеспеченные, недоступность лечения в амбулаторных условиях и т.д.). Согласно модели, вначале больные получа-

ли терапию в условиях НЦФ до получения первого отрицательного результата культурального исследования, затем переводились для продолжения лечения в реабилитационное отделение Загородной клинической базы НЦФ, расположенной в предгорьях Ала-Тоо (с. Таш-Добо) и далее пациенты направлялись в Республиканский реабилитационный центр «Жети-Огуз» на берегу озера Иссык-Куль.

Дизайн исследования: случай – контроль. Больные сравниваемых групп получали стандартные курсы химиотерапии (8CmLfxPtCsE(Pas)Z/12-16LfxPtCsE(Pas)Z). В основную группу вошли 53 больных, получавших химиотерапию по модели 3-этапной долгосрочной госпитализации во 2-м квартале 2008 г. Мужчин было 28, женщин – 25.

По социальному статусу расклад основной группы был следующим: лиц из мест лишения свободы – 10 больных (18,8%), лица без определенного места жительства (БОМЖи) – 9 (17%), из малообеспеченных семей – 20 (37,7%), имели алкогольную зависимость 8 (15%) и наркотическую – 6 (11,3%). Инфильтративный туберкулез легких имели более половины больных – 29 (54,7%), фиброзно-кавернозный туберкулез легких (ФКТЛ) – 21 (39,6%) и диссеминированный ТБ легких – 3 (5,7%) больных.

В контрольную группу вошли 47 больных, получавших лечение стационарно-амбулаторным ведением с такой же схемой лечения, как в основной группе. Мужчин – 24, женщин – 23. Безработные – 20 (42,6%), бывшие в местах лишения свободы – 5 (10,6%), БОМЖи и лица с алкогольной и наркотической зависимостью по 1 случаю (2,1%). В клинической структуре заболевания также преобладали инфильтративный и ФКТЛ легких: 30 (63,8%) и 14 пациентов (29,8%) соответственно формам. Диссеминированный и цирротический туберкулез легких были диагностированы у небольшого количества больных – 2 (4,3%) и 1 (2,1%) соответственно формам. Таким образом, сравниваемые группы по клинической структуре туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя не различались ($p > 0,5$).

Результаты и их обсуждение

В основной группе среди больных с новыми случаями туберкулеза были 4 больных (7,5%), ранее получали лечение препаратами первого ряда – 11 (20,7%) и препаратами первого и второго ряда – 38 пациентов (71,7%). Среди ранее леченых 49 случаев рецидив туберкулеза диагностирован у 1 пациента (2,0%), лечение после перерыва у 1 (2,0%) больного, лечение после 1-го курса химиотерапии – 3 (6,1%) и после 2-го курса – 44 (89,8%) больных.

В контрольной группе больных с новыми случаями туберкулеза были 6 больных

(12,8%), в прошлом получали лечение препаратами первого ряда 21 больной (44,7%) и химиотерапию препаратами первого и второго ряда – 20 больных (42,6%). Среди ранее леченых 41 случаев туберкулеза рецидив заболевания определен у 2 пациентов (4,8%), лечение после перерыва – у 3 (7,3%), лечение после 1-го курса химиотерапии – у 5 (12,2%) и после второго курса – у 31 (75,6%) человека.

Длительность лечения туберкулеза в основной группе составила $20,0 \pm 3,1$, а контрольной – $16,4 \pm 8,4$ мес.

Сравнительные результаты модели долгосрочного 3-этапного ведения пациентов туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя и «стационар-амбулатория»

Группы	Успех лечения	Отрыв от лечения	Неблагоприятный исход	Умер	Всего
Основная	31	7	9	6	53
%	58,5	13,2	17,0	11,3	
p_{1-2}	0,457	0,024	0,758	0,353	
Контрольная	24	15	6	2	47
%	51,1	31,9	12,8	4,2	
Всего	55	22	15	8	100
%	55,0	22,0	15,0	8,0	

Успех лечения в группе больных, пролеченных в 3-этапном режиме, составил 58,5%, неблагоприятные исходы определены у 17,0% больных, досрочно прервали лечение 13,2%, прогрессирование заболевания привело к смертельному исходу у 11,3% пациентов (табл.).

В контрольной группе «успех лечения» был статистически незначимо ниже на 6,5%, по сравнению с основной группой, и равнялся 51,1% ($p=0,457$), а «неблагоприятные исходы» лечения статистически также незначимы, меньше на 4,2% и составили 12,8% ($p=0,758$). Аналогичный показатель прослеживается по умершим больным (4,2% против 11,3%, $p=0,353$). Однако достоверные различия между сравниваемыми группами установлены по показателям досрочного прекращения больными лечения. Так, в контрольной группе удельный вес пациентов, оторвавшихся от лечения больше, чем среди больных основной группы (31,9% против 13,2%, $p=0,024$, χ^2 , ОШ=3,08, 95% ДИ 1,13-8,41).

Заключение

При использовании модели 3-этапной долгосрочной госпитализации больных ТБ

с МЛУ возбудителя (стационарное лечение в течение всего курса терапии со сменой места лечения пациентов), склонных к отрыву от лечения, досрочное прекращение ими лечения наблюдалось реже, чем при ведении пациентов со сменой организационной формы лечения стационар-амбулатория (13,2% против 31,9%, $p=0,024$, χ^2 , ОШ=3,08, 95% ДИ 1,13-8,41). Пациенты отмечали, что смена места пребывания помогает им легче переносить длительное стационарное лечение туберкулеза. Таким образом, долгосрочная 3-этапная госпитализация пациентов представляет собой эффективный подход к лечению и явилась бы существенным компонентом комплексной программы борьбы с туберкулезом, позволяющим индивидуализировать форму лечения пациентов.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (п. 7 см в REFERENCES)

1. Алишеров А.А. Эпидемиология и профилактика туберкулеза в пенитенциарных учреждениях Кыргызстана // Медицинские кадры XXI века. 2011. №1. С.5-8.

2. Ваниев Э.В., Васильева И.А., Эргешов А.Э. Трудности ведения больного туберкулезом легких с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя и сопутствующей патологией // Туберкулез и болезни легких. 2016. №7. С. 56-60.

3. Гельберг И.С., Вольф С.Б., Алекс Е.Н. Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью у злоупотребляющих алкоголем пациентов – важная проблема современной фтизиатрии // Туберкулез и болезни легких. 2015. №11. С. 10-15.

4. Гончарова О.С., Сытина Л.И., Кадыров А.С. Влияние миграционных процессов на эпидемиологию туберкулеза в различных регионах Кыргызской Республики // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. Бишкек. 2017. №8. С. 23-26.

5. Копылова И.Ф., Кобелева Г.В., Пьянзова Т.В. Летальные исходы у больных туберкулезом в динамике за 17 лет в Кемеровской области // Туберкулез и болезни легких. 2016. №7. С. 25-29.

6. Самойлова А.Г., Багдасарян Т.Р., Ларионова Е.Е. Эффективность комплексного лечения больных МЛУ/ШЛУ туберкулезом // Туберкулез и болезни легких. 2015. №6. С. 124-125.

RESERENSES

1. Alisherov A. A. Epidemiologiya i profilaktika tuberkuleza v penitentsiarnykh uchrezhdeniyakh Kyrgyzstana [Epidemiology and prevention of tuberculosis in penitentiary institutions in Kyrgyzstan]. *Meditinskije kadry XXI veka – Medical staff of the XXI century*, 2011, No. 1, pp. 5-8.

2. Vaniev E. V., Vasileva I. A., Ergeshov A. E. Trudnosti vedeniya bolnogo tuberkulezom legkikh s mnozhestvennoy lekarstvennoy ustoychivostyu vozbuditelya i soputstvuyushchey patologiyey [Difficulties of conducting a patient with pulmonary tuberculosis with multiple drug-resistant pathogens and concomitant pathology]. *Tuberkulez i bolezni legkikh – Tuberculosis and lung diseases*, 2016, No. 7, pp. 56-60.

3. Gelberg I. S., Volf S. B., Alekso E. N. Tuberkulez s mnozhestvennoy lekarstvennoy ustoychivostyu u zloupotrebyayushchikh alkogolem patsientov – vazhnaya

problema sovremennoy ftiziatrii [Multidrug-resistant tuberculosis in alcohol abusers is an important problem in modern phthisiology]. *Tuberkulez i bolezni legkikh – Tuberculosis and lung diseases*, 2015, No. 11, pp. 10-15.

4. Goncharova O. S., Sytina L. I., Kadyrov A. S. Vliyaniye migratsionnykh protsessov na epidemiologiyu tuberkuleza v razlichnykh regionakh Kyrgyzskoy Respublik [Influence of migration processes on tuberculosis epidemiology in different regions of the Kyrgyz Republic]. *Nauka, novye tekhnologii i innovatsii Kyrgyzstana – Science, new technologies and innovations of Kyrgyzstan*, 2017, No. 8, pp. 23-26.

5. Kopylova I. F., Kobleva G. V., Pyanzova T. V. Letalnye iskhody u bolnykh tuberkulezom v dinamike za 17 let v Kemerovskoy oblasti [Lethal outcomes in patients with tuberculosis in the dynamics over 17 years in the Kemerovo region]. *Tuberkulez i bolezni legkikh – Tuberculosis and lung diseases*, 2016, No. 7, pp. 25-29.

6. Samoylova A. G., Bagdasaryan T. R., Larionova E. E. Effektivnost kompleksnogo lecheniya bolnykh MLU/SHLU tuberkulezom [Efficiency of complex treatment of MDR/XDR patients with tuberculosis]. *Tuberkulez i bolezni legkikh – Tuberculosis and lung diseases* 2015, No. 6, pp. 124-125.

7. Sanatoria: back to the future? The sanatoria movement: past and future. A Story FIND & TREAT, London, UK. *Int J Tuberc Lung Dis.*, 2015, Vol. 19, No. 12, Sup. 2, pp. 55.

Сведения об авторах:

Токтогонова Атыркул Акматбековна – ведущий научный сотрудник Национального центра фтизиатрии Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, к.м.н.

Курманова Нурила Карымбаевна – ассистент кафедры физиопульмонологии Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации

Контактная информация:

Токтогонова Атыркул Акматбековна – тел.: +966555899320; e-mail – atyrkul7@gmail.com

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

© Коллектив авторов, 2018

УДК 616.83

Абдурахманова Р.Ф., Иззатов Х.Н., Файзуллоев А.Х., Хасанова Д.М., Ганиев С.К.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Кафедра неврологии и основ медицинской генетики ГОУ ИПОвСЗ РТ

Abdurakhmanova R.Ph., Izzatov Kh.N., Fayzulloev A.Kh., Khasanova D.M., Ganiev S.K.

CLINICAL CASE OF MULTIPLY SCLEROSIS

Department of Neurology and Medical Genetics of the State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"

Описан случай динамического наблюдения за клиническим проявлением ремиттирующего рассеянного склероза (РРС) в стадии обострения: общее состояние больной, неврологическая симптоматика и данные дополнительных методов исследования, а также их динамика на фоне проводимой патогенетической и симптоматической терапии.

Проводили лабораторные методы исследования, МРТ головного и спинного мозга, ЭКГ, глазное дно, спондилографию.

Ключевые слова: рассеянный склероз, гормональная пульс-терапия, метилпреднизолон, патогенетическая и симптоматическая терапия

The case of dynamic observation of clinical display of Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis (RRMS) in exacerbation is described: general condition of patient, neurological symptomatology and data of additional study methods, dynamics of pathogenetic and symptomatic therapy.

Laboratory methods of research, MRI of cerebrum and spinal cord, ECG, eyeground, spondilography were conducted.

Key words: multiple sclerosis, hormone pulse therapy, methylprednisolone, pathogenetic and symptomatic therapy

Актуальность

Рассеянный склероз (РС) – одно из наиболее распространенных и значимых в медико-социальном плане заболеваний нервной системы у лиц молодого трудоспособного возраста, приводящих к инвалидности [2, 7]. В настоящее время в мире насчитывается около 3 млн. больных РС. В России около 150 тыс. больных РС, причем каждый год регистрируется около 5 тыс. новых случаев заболевания [7]. Распространенность РС зависит от географических зон: в странах Европейского сообщества имеется 400-450 тыс. пациентов РС, т.е. 1 человек из тысячи страдает этим заболеванием [2, 6]. Заболевание распространено на территориях с прохладным и влажным климатом. Регионы Центральной Азии относятся к зоне низкого риска развития рассеянного склероза. Однако клинические наблюде-

ния показывают, что в последние годы РС часто выявляется у лиц таджикской национальности, преимущественно у женщин молодого возраста.

Рассеянный склероз – дизиммунно-нейродегенеративное заболевание центральной нервной системы (ЦНС). По данным Шмидта Т.Е с соавт., это хроническая болезнь, в большинстве случаев прогрессирующая, непредсказуемая в течении и в настоящее время неизлечимая [2, 7]. Развитие РС обусловлено взаимодействием: факторов внешней среды (вируса и географических факторов), наследственной предрасположенностью, включающей особенности иммунного ответа и определенного типа метаболизма, а также генетических факторов. Патогенетическими механизмами при РС служат как воспалительные, так и нейродегенеративные изменения [1-5,

7]. Белое вещество головного и спинного мозга поражается диффузно. В сером веществе также имеются как очаговые, так и диффузные изменения. Это воспаление может возникать в разных участках в разное время, вызывая разнообразные симптомы. Диагностика РС на начальных стадиях заболевания затруднительна. Точный диагноз РС ставится в среднем через 2-3 года после появления первых симптомов, а около половины больных к моменту установления диагноза больны примерно 5 лет. Однако не существует специфического теста для диагностики РС. Первый шаг к верному диагнозу - тщательный анализ анамнестических данных. Первые признаки болезни могут появиться за несколько лет до того, как больной впервые обратился к врачу. Клиническая картина РС полиморфна. При этом патогномичные признаки, характерные для этого заболевания, отсутствуют. По данным многочисленных авторов [2, 4, 5, 7], 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. Особый интерес представляет мнение Штока В.Н. [8], утверждающего, что примерно в 90% случаев первое клиническое проявление РС протекает в виде клинического изолированного синдрома (КИС). Демиелинизирующий период у КИС можно установить с помощью МРТ головного и спинного мозга, который является для диагностики РС, наиболее чувствительным (95-99%).

В связи с выше изложенным, мы сочли необходимым описать клинический случай больной М., 50 лет, находящейся на стационарном лечении в ГKB №3.

Клинический случай

Больная М., 50 лет, страдающая впервые выявленным рассеянным склерозом ремиттирующего течения в стадии обострения. Больная родилась и проживала в г. Душанбе, этническая таджичка, замужем, имеет 4 детей. При проведении популяционно-статистического анализа с зарисовкой генеалогического дерева выяснилось, что все предки у больной таджики, кровосмешения с другими этносами не наблюдалось. Родители больной – таджики по национальности, уроженцы Таджикистана. Подобного заболевания у родственников не наблюдалось, соматически и неврологически здоровы.

Начало заболевания в 40 лет: общая слабость, быстрая утомляемость, чувство онемения и ограничения движений в правой руке. Лечилась стационарно с диагнозом: «Остеохондроз шейного отдела позвоночника, с правосторонним брахио-плексальгическим синдромом», выписана с улучшением. Первое клиническое проявление РС протекало в виде клинического изолированного синдрома. В 43 года появилось слабость в ногах, затруднение при ходьбе, также слабость в правой руке, повышенная утомляемость. Обследована в Научном центре неврологии РАМН, где поставлен диагноз: «Рассеянный склероз», была рекомендована иммуномодулирующая терапия из группы препаратов, изменяющих течение РС (ПИТРС). Лечилась по месту жительства, на фоне противовоспалительной терапии состояние больной улучшилось, патогенетическую терапию не получала. У больной наблюдалось 2 обострения, провоцирующими факторами которых являлись инфекционные заболевания и стрессы. При неврологическом обследовании были отмечены симптомы многоочагового поражения ЦНС с явлениями диссоциации. Отмечается слабость в правой руке, ограничением движений в ней, рефлексы с рук D>S. Нижний спастический парез, с высоким мышечным тонусом, положительны стопные патологические рефлексы, больше справа. Повышение температуры (жар, горячая пища) усугубляет степень пареза и мышечной слабости, отмечается правосторонняя гемигипестезия. Наблюдалось ощущение «корсета» или «надет тугий пояс», ощущение прохождения электрического тока по позвоночнику с иррадиацией в ноги – симптом Лермитта. Невропатические боли различной локализации, мышечные спазмы и тонические судороги. Глубокая чувствительность нарушена. Координаторные пробы выполняет правильно. Нарушение функции тазовых органов нет.

Результаты лабораторных и функциональных методов исследований: общий анализ крови: Нв – 133,0 г/л; Эр – 4,4 г/л; ЦП – 0,9; Лейкоциты – $7,2 \times 10^9$; СОЭ – 7 мм/ч, биохимический анализ крови: общий белок – 71,0 г/л; глюкоза крови – 3,7 ммоль/л; билирубин – 13,6 ммоль/л; мочевиная кислота – 250,0 ммоль/л; Са – 2,3 ммоль/л; К – 3,8 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; холестерин – 4,5 ммоль/л; Ht – 38%. ЭКГ – гипертрофия миокарда левого желудочка с диффузными изменениями в миокарде.

УЗИ органов ЖКТ – без особенностей. На R-грамме шейного отдела – остеохондроз шейного отдела позвоночника. Гипертрофия поперечных отростков С₇. МРТ шейного отдела позвоночника – при в/в контрастировании в проекции переднебоковой поверхности спинного мозга слева на уровне С4-С5 определяется очаг слабого накопления контраста диаметром 0,25 см в виде пятна. МРТ-признаки демиелинизирующего процесса шейного отдела спинного мозга с развитием вторичной атрофии. МРТ головного мозга – субкортикально в проекции белого вещества лобных и теменных долей, перивентрикулярно у задних отделов тел боковых желудочков определяются рассеянные очаги без перифокального отека, неопределенной и округлой формы размерами 0,2-0,5 см. Глазное дно – ангиопатия сосудов глазного дна, поля зрения в норме. Исследования иммунного статуса, гуморального иммунитета – Иммунограмма в пределах нормы, 1 степень иммунного расстройства «транзиторное состояние», не требует коррекции.

На основании данных анамнеза, клиники, дополнительных методов исследования был выставлен диагноз: «Рассеянный склероз, ремиттирующее течение, в стадии обострения».

Больная получала в стационаре: патогенетическую гормональную пульс-терапию - Метилпреднизолон 1,0 г на физ. растворе 400,0 в/в капельно в течение 5 дней, которая проводилась на фоне гастропротекторов (ранитидин) и препаратов калия. На фоне проводимой терапии отмечалось улучшение общего самочувствия, исчезли болевые синдромы (чувства корсета, ощущения прохождения электрического тока по позвоночнику с иррадиацией в ноги, ощущения «ватных ног»), уменьшилась тяжесть и скованность в ногах, появилась уверенность при ходьбе. Также в неврологическом статусе отмечалась положительная динамика. Проводилась симптоматическая терапия: церебролизин 10,0 в/в капельно 10 дней; мексидол по 1 таблетке – 3 раза в день в течение месяца, актовегин 5,0 в/в 10 дней; прозак по 20 мг утром, нейромультивит по 1 таблетке – 3 раза в день; глицин по 1 таблетке – 3 раза под язык, мидокалм по 1,0 в/м утром, лечебная гимнастика.

В рацион питания рекомендовано включать свежие овощи и фрукты. Ограничить употребление животных жиров, больше растительных жиров и морепродуктов. Следует отказаться от употребления пи-

рогов, пирожных, шоколада, сливок. Количество жидкости должно быть не менее 1,5-2 л в день. Динамическое наблюдение у невропатолога.

Заключение

Несмотря на то, что Таджикистан относится к зоне низкого риска развития РС, это заболевание за последние годы встречается у лиц местной популяции и чаще у женщин молодого возраста.

Данный клинический пример настораживает практикующих врачей на сложность диагностики в дебюте болезни ввиду многообразия клинических проявлений, а также в виде КИС. Для своевременной постановки диагноза необходимо комплексный подход в диагностике и своевременно начатая патогенетическая и симптоматическая терапия. У данной больной прослежена положительная динамика при комплексном патогенетическом воздействии, результатом которой явилась ремиссия в течение 3-х лет. Не надо сбрасывать со счетов и длительное наблюдение с целью коррекции патогенетической терапии.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойко А.Н., Гусева М.Е., Сиверцева С.А. Немедикаментозные методы лечения и образ жизни при рассеянном склерозе. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 240 с.
2. Гусев Е.И., Завалишин И.А., Бойко А.Н. Рассеянный склероз. М.: Реал Тайм, 2011. 528 с.
3. Завалишин И.А., Спирина Н.Н., Бойко А.Н. Хронические нейроинфекции. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 560 с.
4. Малик О. и др. Рассеянный склероз; пер. с англ. / под ред. А.Н. Бойко. М.: Практическая медицина, 2015. 128 с.
5. Неврология: Национальное руководство /под ред. Гусева Е.И., Коновалова А.Н., Скворцовой В.И., Гехт А.Б. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. С. 909-920.
6. Павлов А.Ю. и др. Изменения внутримозговых сосудов и регионального мозгового кровотока при рассеянном склерозе. //Вестник России ВМА. 2008. № 4. С. 66-72.
7. Шмидт Т.Е., Яхно Н.Н. Рассеянный склероз. М.: МЕДпресс-информ, 2016. 272 с.
8. Шток В.Н. Фармакотерапия в неврологии. – М.: МИА, 2010. С. 338-353.

RESERENSES

1. Boyko A. N., Guseva M. E., Sivertseva S. A. *Nemedikamentoznye metody lecheniya i obraz zhizni pri rasseyannom skleroze* [Non-drug treatment methods and

lifestyle in multiple sclerosis]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2015. 240 p.

2. Gusev E. I., Zavalishin I. A., Boyko A. N. *Rasseyannyy skleroz* [Multiple sclerosis]. Moscow, Real Taym Publ., 2011. 528 p.

3. Zavalishin I. A., Spirina N. N., Boyko A. N. *Khronicheskie neyroinfektsii* [Chronic neuroinfections]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2011. 560 p.

4. Boyko A. N., Malik O. *Rasseyannyy skleroz* [Multiple sclerosis]. Moscow, Prakticheskaya meditsina Publ., 2015. 128 p.

5. Gusev E. I., Konovalov A. N., Skvortsova V. I., Gekht A. B. *Neurologiya: Natsionalnoe rukovodstvo* [Neurology: National leadership]. GEOTAR-Media Publ., 2010. 909-920 p.

6. Pavlov A. Yu., *Izmeneniya vnutrimozgovykh sudov i regionalnogo mozgovogo krovotoka pri rasseyannom skleroze* [Changes in intracerebral vessels and regional cerebral blood flow during multiple sclerosis]. *Vestnik Rossiyskoy voenno-meditsinskoy akademii - Herald of the Russian Military Medical Academy*, 2008, No. 4, pp. 66-72.

7. Shmidt T. E., Yakhno N. N. *Rasseyannyy skleroz* [Multiple sclerosis]. Moscow, MEDpress-inform Publ., 2016. 272 p.

8. Shtok V. N. *Farmakoterapiya v neurologii* [Pharmacotherapy in neurology]. Moscow, MIA Publ., 2010. 338-353 p.

Сведения об авторах:

Абдурахманова Рано Фазыловна – доцент кафедры неврологии и медицинской генетики ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Иззатов Хайрулло Нарзуллаевич – и.о. зав. кафедрой неврологии и медицинской генетики ГОУ ИПОвСЗ РТ

Файзуллаев Абдумумин Хушвактович – ассистент кафедры неврологии и медицинской генетики ГОУ ИПОвСЗ РТ

Хасанова Диловар Мирсаидовна – врач-невролог НМЦ

Ганиев Сафарали Камолович – невролог ГЦЗ г. Нурека

Контактная информация:

Иззатов Хайрулло Нарзуллаевич – тел.: +992 918821778; e-mail: Khayrullo1972@mail.ru

Кобилов С.С., Касымова З.Н., Ибрагимов Ш.Т., Холматов И.А., Азамов И.

УСПЕШНАЯ ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ АСПИРАЦИОННОГО СИНДРОМА

Курс акушерства и гинекологии Худжандского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ
Согдийский областной родильный дом, г. Худжанд

Kobilov S.S., Kasimova Z.N., Ibragimov Sh.T., Holmatov I.I., Azamov I.

SUCCESSFUL INTENSIVE THERAPY OF ASPIRATION SYNDROME

The Course of Obstetrics and Gynecology of Hujand Department of State Education Establishment
“Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan”
Sogd regional maternity hospital

Наблюдение посвящено проблеме осложнения общей анестезии - аспирационному синдрому, который обуславливает высокую летальность среди всех причин смерти от анестезии, а также среди причин материнской летальности. Приведен клинический пример успешной терапии родильницы с аспирационным синдромом после операции кесарева сечения.

Ключевые слова: аспирационный синдром, респираторная поддержка, интенсивная терапия

The observation is devoted to the problem of complication of general anesthesia - aspiration syndrome. A clinical example of the successful therapy of a puerpera with aspiration syndrome after surgery, a cesarean section. This complication has a high mortality rate among all causes of death from anesthesia, as among causes of maternal lethality.

Key words: aspiration syndrome, respiratory support, intensive therapy

Предотвращение развития аспирации желудочным содержимым (аспирационный синдром, синдром Мендельсона, аспирационный пневмонит) у беременных остается фундаментальной задачей анестезиологов. Несмотря на то, что среди причин анестезиологических летальных исходов у беременных аспирация долгое время занимала лидирующее место, в настоящее время частота встречаемости этого осложнения в связи с расширением использования методов региональной анестезии снижается. Помимо явно неутешительных данных по РФ (40%), данные специалистов США также показывают, что аспирация желудочным содержимым до сих пор является ведущей причиной материнской анестезиологической смертности [2]. К примеру, обзор анестезиологической практики в Новой Зеландии показал, что более 71% респондентов сталкивались с

проблемой аспирации по крайней мере один раз, а некоторые - вплоть до десяти [1]. Число случаев аспирации во время анестезии у взрослых приходится 1 на 2 000-3 000, при экстренной анестезии 1 на 600-800. При операции кесарева сечения оно равно 1 на 430-900, а при инструментальном родоразрешении - 1 на 6 000 [5]. При использовании общей анестезии для оперативного родоразрешения удельный вес аспирационного синдрома в структуре причин смерти занимает от 15% до 52% [5]. Частота данного синдрома выше при операции кесарева сечения под общим обезболиванием, в противовес женщинам, при кесаревом сечении которых использовалась региональная анестезия [2, 3]. Аспирационный пневмонит является одной из прямых причин острого респираторного дистресс-синдрома, летальность при этом составляет в среднем около 35-45% [6, 7].

Ухудшение состояния после аспирации, при котором требуется проведение длительной искусственной вентиляции легких в условиях отделения реанимации, остается в диапазоне 15-20%. Таким образом, все авторы полагают, что аспирация является главной угрозой стабильному состоянию матери, а также указывают на необходимость профилактики развития такой патологии. При его возникновении необходимо прилагать все и, главное, квалифицированные усилия для стабилизации состояния как матери, так и плода [2].

Приводим клиническое наблюдение.

Больная О.Р. 1985 года рождения, переведена в Согдийский областной родильный дом 21.09.17 г. из родильного отделения ЦРБ Ч.Расуловского района в крайне тяжелом состоянии с диагнозом: «Основной: Послеродовый период. Состояние после кесарева сечения (2 сут.). Тяжелая преэклампсия. Осложнения: Синдром Мендельсона. Легочная недостаточность IV ст.» Из анамнеза: госпитализирована в ОПБ ЦРБ с диагнозом: «Беременность 38 недель. Умеренная преэклампсия». Во время наблюдения за беременной отмечается клиника тяжелой преэклампсии, несмотря на антигипертензивную и магниальную терапию. В связи с неуправляемостью гипертензии в экстренном порядке решено роды закончить путем кесарева сечения под СМА, которую из-за технических трудностей выполнить не удалось. Решено провести общее обезболивание. Во время интубации трахеи произошла рвота с последующей регургитацией. После санации ротовой полости произведена интубация трахеи и начата ИВЛ с подачей 100% O₂ и лаваж трахеи. Параллельно с операцией осуществлялась интенсивная терапия, включающая: проведение ПИВЛ, кортикостероиды, начата антибактериальная терапия. Несмотря на проведенные мероприятия, отмечалась дыхательная недостаточность тяжелой степени. Вызвана реанимационная бригада Согдийского областного родильного дома (СОРД) и главные специалисты области. Состояние крайне тяжелое. Проводилась ПИВЛ респиратором РО-9 со 100% O₂. Аускультативно над легкими выслушиваются влажные хрипы. Рентген грудной клетки: двухсторонняя инфильтрация легких, SaO₂ 50-60%, АД 140/90 мм рт.ст., ЧСС 150-160 ударов в минуту. Отмечается неоднократное повышение температуры выше 38° С. С целью проведения адекватной и безопасной респираторной поддержки было решено

провести ПИВЛ транспортным респиратором «Oxylog-2000» в режиме CMV, соблюдая концепцию «безопасной ИВЛ» со 100% O₂. На фоне проводимой респираторной поддержки удалось поднять сатурацию кислорода до 92%. На следующие сутки ввиду отсутствия условий для проведения респираторной терапии в условиях ЦРБ по жизненным показаниям родильница переведена в СОРД, продолжая ПИВЛ.

Объективно: сознание отсутствует, реакция зрачков на свет сохранена. Температура тела 37,3° С. Больная подключена к респиратору «Evita-4» в режиме SIMVcf-16, MV-480, f-16, PEEP-6, Fi-O₂-80%. SaO₂-90%, АД 140/90 мм рт.ст., ЧСС 98 ударов в минуту. Темп выделения мочи 60,0 мл в час. При аускультации по всей поверхности легких выслушивается бронхиальное дыхание. В отделении реанимации СОРД продолжена респираторная поддержка, придерживаясь концепции «безопасной» ИВЛ.

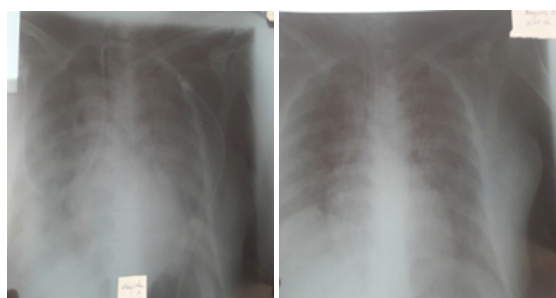


Рис 1. 21.09.17 г. При рентгенографии во время поступления отмечается тотальная инфильтрация обеих легких

Интенсивная терапия включала: антибактериальную (меронем 1 г 2 раза в сутки, метронидазол 50 мг 3 раза в сутки), профилактику стрессовых язв желудка (квamatел 20 мг 2 раза в сутки), кортикостероидную (дексаметазон 8 мг 3 раза в сутки), антикоагулянтную терапии (гепарин 5000 ЕД 6 раз в сутки в/в) и нутритивную поддержку через зонд (смесью «Нутрикомп стандарт ликвид», «Нутрикомп имунал ликвид» (В/ Braun) по 1000 мл в сутки).

На вторые сутки с целью улучшения санации дыхательных путей для уменьшения мертвого пространства легких решено установить трахеостому, операция без осложнений. Общее состояние оставалось крайне тяжелым. Респираторная поддержка в прежнем режиме. Проводилась синхронизация с респиратором в/в ведением центральных анальгетиков, барбитуратами и миорелаксантами. На фоне проводимой терапии отмечалось неоднократное повы-

шение температуры свыше $38,0^{\circ}\text{C}$ и снижение SaO_2 до 50-54% с FiO_2 100%. Отмечалась дыхательная недостаточность тяжелой степени (респираторный индекс ($\text{PaO}_2/\text{SiO}_2$) ниже 100). В связи с этим респираторную поддержку решено было проводить в режиме ViPAPcPinsp-16 , PEEP-8 , $\text{FiO}_2 - 100\%$, после чего удалось повысить SaO_2 до 68%.

На 6-е сутки благодаря проводимой интенсивной терапии улучшился респираторный индекс, SaO_2 повысилось до 90% с $\text{FiO}_2 - 40\%$ в режиме ViPAP , неоднократно был проведен рекрутмент-маневр с целью открытия спавшихся альвеол. У больной появились элементы сознания, начала выполнять элементарные инструкции. В связи с имеющимися осложнениями тяжелой преэклампсии в виде тетрапареза невропатологом назначена терапия: цераксон 2000ЕД в/в капельно 1 раз в сутки. В течение 5-6 дней, несмотря на проводимую антибактериальную терапию, отмечалось повышение температуры до 38°C . В связи с имеющийся клиникой обструктивной пневмонии и с учетом данных бактериологического анализа мокроты на чувствитель-

ность решено сменить антибиотик (высеян *Proteus vulgaris*). Антибиотик сменен на амикацин 500 мг 2 раза в/в в сочетании с левофлоксацином 500 мг 2 раза в/в в сутки; флуконазол 150 мг 1 раз каждые 3 дня. Начаты ингаляции химотрипсином через небулайзер 2 раза в сутки. На 15-е сутки, учитывая улучшение состояния, решено перейти на респираторную поддержку в режиме CPAP с PEEP 8-10 и $\text{FiO}_2 30-40\%$. После появления условий регресса ОРДС и оценки общего состояния больной (улучшение рентгенологической картины в динамике, улучшение респираторного индекса, отсутствии гипертермии) на 18-е сутки решено прекратить ПИВЛ. В течение 30 мин. после снятия с ИВЛ спонтанное дыхание стабильное, ЧД 26-28 раз в минуту, АД 140/90 мм рт.ст., ЧСС 108 уд. в минуту, $\text{SaO}_2 90\%$, ухудшения не отмечалось. Проводилась смена трахеостомической трубки каждые сутки, уменьшая размер на 0,5-1,0, и на 22 сутки трубка удалена, наложена асептическая повязка. Заживление раны первичным натяжением, состояние матки соответствует послеродовому периоду.



Рис. 2. Рентгенография от 02.10.17 г.

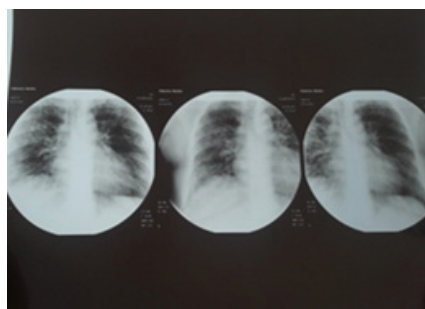


Рис. 3. Рентгенография от 16.10.17 г.

Следует отметить, что из-за отсутствия возможностей в ходе интенсивной терапии не проведена лечебно-санационная бронхоскопия, не определены КОС и газы крови. Родильница 25.10.17 г. выписана домой в удовлетворительном состоянии на 35 сутки после родов под наблюдение семейного врача. В последующем прошла реабилитацию в условиях ЦРБ, чувствует себя хорошо, растит ребенка.

Таким образом, положительный исход описанного клинического наблюдения, на наш взгляд, складывается из следующих моментов:

1. применение современных методов респираторной поддержки при синдроме острого повреждения легких, в том числе ингаляция лекарств через небулайзер;

2. антибактериальная терапия с учетом определения чувствительности и флоры;
3. ранняя нутритивная поддержка;
4. профилактика септических осложнений.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (п. 4 см. в REFERENCES)

1. Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Родзинский В.Е., Савелева Г.М. Акушерство: национальное руководство. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2014. 340 с.
2. Серов В.Н., Сухих Г.Т., Баранов И.И. Неотложные состояния в акушерстве. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2011. 69 с.
3. Диагностика и интенсивная терапия острого респираторного дистресс-синдрома. Клинические

рекомендации. Общероссийская общественная организация «Федерация анестезиологов и реаниматологов», 2015. 31 с.

RESERENSES

1. Aylamazyan E. K, Kulakov V. I, Rodzinskiy V. E, Caveleva G. M. *Akushersto: natsionalnoe rukovodstvo* [Obstetrics: national leadership]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2014. 340 p.

2. Serov V. N., Sukhikh G. T., Baranov I. I. *Neotlozhnye sostoyaniya v akusherstve* [Emergency conditions in obstetrics]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2011. 69 p.

3. *Diagnostika i intensionaya terapiya ostrogo respiratornogo distress-sindroma. Klinicheskie rekomendatsii. Obshcherossiyskaya obshchestvennaya organizatsiya "Federatsiya anesteziologov i reanimatologov"* [Diagnostics and intensive therapy of acute respiratory distress syndrome. Clinical recommendations. All-Russian public organization "Federation of anaesthesiologists and reanimatologists"]. 2015. 31 p.

4. Rubenfeld G. D., Cadwell E., Peabody E., Incidence and outcomes of acute lung injury. *Engl J Med.*, 2010, No. 2, pp. 28.

Сведения об авторах:

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

Кобилов Сайфулло Сулейманович – врач анестезиолог-реаниматолог СОРД

Ибрагимов Шарифджон Тоджимурадович – заведующий отделением реанимации СОРД

Холматов Илхом Алиджанович – врач анестезиолог-реаниматолог СОРД

Азамов Илхом – врач анестезиолог-реаниматолог СОРД

Контактная информация:

Касимова Замира Назаровна – тел.: +992927700703; e-mail: Kasimova-z2015@mail.ru

Каримова М.Т., Амонова Ш.Ш., Нарзулаева З.Р., Романова О.Г.

ПЕНТАДА КАНТРЕЛЛА

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

Karimova M.T., Amonova Sh.Sh., Narzulaeva Z.R., Romanova O.G.

PENTALOGY OF CANTRELL

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

В последние годы в структуре заболеваемости и смертности новорожденных наблюдается увеличение числа врожденных пороков развития. Направление и консультирование беременных женщин на пренатальную диагностику, согласно национальным стандартам, особенно женщин из группы риска, возможно, существенно повлияет на частоту выявляемости врожденных пороков развития у плода в ранних сроках. В данной публикации описывается случай, выявленный на ранних сроках, редкого комбинированного врожденного порока развития – Пентада Кантрелла, имевший место в клинике ГУ НИИ АГиП.

Ключевые слова: врожденные пороки развития, эктопия сердца, омфалоцеле

In the last years, the increase in number of congenital malformations is observed in the structure of morbidity and mortality of newborns. Consultation and direction of pregnant women to prenatal diagnostics, according to national standards, especially women of risk groups, possibly, could significantly influence the frequency of determination of offspring congenital malformation in early terms. This publication describes the determined in early terms rare combined congenital malformation Pentalogy of Cantrell which had place in the clinic of State Institution "Scientific and Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology", Ministry of Health and Social Protection of Population of the Republic of Tajikistan.

Key words: congenital malformation, heart ectopia, omphalocele

Пентада Кантрелла – редкий комбинированный порок развития с неуточненным типом наследования. В зарубежной литературе описывается менее 100 случаев, среди которых не всегда имеются данные полного подтверждения имеющегося синдрома. Данный синдром возникает спорадически, но есть описание редких случаев хромосомных аномалий, аутосомной X-сцепленной передачи (трисомией 13 и 18 хромосомы, синдромами Дауна и Тернера) [1]. По данным статистики, частота развития синдрома составляет 3-5 случаев на 1 млн. живорожденных, зачастую проявляющего себя в неполной форме (тетрада, триада). Частота и распределение по половому признаку неизвестна [1].

Известными синонимами данного порока развития являются: торакоабдоминальная эктопия сердца, эктопия сердца, синдром Кантрелла–Хеллера-Равича (Cantrella-Heller-Ravich); синдром пентады, перитонеоперикардальная диафрагмальная грыжа.

Основными симптомами данного порока является дефект развития трех связанных между собой структур: дистального отдела грудины, передней части диафрагмы и диафрагмального отдела перикарда.

Впервые описанный в 1958 г. J.R.Cantrell et al., порок является классической формой пентады [1].

По данным, описанным G. Scott, из четырех основных типов эктопии сердца чаще отмечаются: грудная (60,0%), торакоабдоминальная (7,0%), абдоминальная (30%) и шейная (3,0%). Торакоабдоминальная эктопия сердца рассматривается как основной вариант пентады Кантрелла, в которую входят пять признаков пороков развития: омфалоцеле (внутренние органы собираются в пупочный грыжевой мешок и выходят наружу) или гастрошизис; дефект грудной стенки (в результате чего сердце перемещается вперед); отсутствие части перикарда (которая должна примыкать к

диафрагме); аномалия развития сердца - эктопия в сочетании с различными пороками (83% из которых составляют дефекты межжелудочковой перегородки, 12% стеноз клапана легочной артерии и др.); диафрагмальная грыжа [1, 2, 3]. В действительности, довольно редко регистрируются случаи со всеми пятью признаками синдрома. Помимо основных признаков данного синдрома в литературе описываются случаи сочетания с патологией ЦНС, дефектами конечностей [1].

В основе патогенеза синдрома пентады Кантрелла лежит остановка развития сегмента латеральной мезенхимы в период от 14-го до 18-го дня после зачатия, которая приводит к незакрытию брюшной стенки и неполному слиянию наружных первичных тяжей [2].

Toyama W.M. et al. составили классификацию пентады Кантрелла: класс 1 (достоверный диагноз) – визуализация пяти пороков развития; класс 2 (возможный диагноз) - наличие четырех пороков и менее; класс 3 (неполная экспрессия) - визуализация комбинаций дефектов, включая дефект грудины.

Учитывая множественные аномалии, сопутствующие данному синдрому, необходимо проведение раннего пренатального скрининга с первого триместра беременности, медико-генетическое консультирование. Выявление во время проведения ультразвукового исследования сокращающегося вне пределов грудной клетки сердца в сочетании с отсутствием передней брюшной стенкой дает специалисту возможность предположить наличие пентады Кантрелла. Дополнительное использование пренатальной магнитно-резонансной томографии (МРТ) может повысить диагностику различной врожденной патологии плода. Специфи-

ческого и внутриутробного лечения при «полном» наборе признаков данного порока развития не существует. Прогноз исключительно неблагоприятный. Целесообразно рекомендовать прерывание беременности.

Приводим пример собственного клинического наблюдения пентады Кантрелла класса 1.

Женщина А., возраст 19 лет. Брак не родственник. Наследственность не отягощена. Беременность первая. При первом ультразвуковом обследовании в сроке 12-13 недель было выявлено расширение шейно-воротникового пространства. По результатам, полученным после проведенного (за пределами республики) в этом же сроке биохимического скрининга (определение РАРРа показатели которого составили выше 10 мМЕ/мл, свободного β-ХГЧ, уровень которого был выше средних значений 40989 МЕ/мл), женщина вошла в группу риска по хромосомной патологии плода - болезни Дауна. В том же сроке женщине было предложено прерывание беременности, от которого она отказалась. По рекомендации врача в клинике НИИ АГиП МЗиСЗН РТ было проведено повторное ультразвуковое исследование в 16-17 недель, при котором был выявлен данный порок развития. На фоне выраженного многоводия у плода отмечались множественные пороки развития: отсутствие передней брюшной стенки, визуализация петель кишечника, органов брюшной полости в околоплодных водах, эктопия сердца, дефект позвоночного столба (рис. 1). Беременность была прервана. При осмотре: плод женского пола, масса которого составила 180 г, рост 19 см (рис. 2.). Отмечены множественные пороки развития: органы брюшной полости, легкие и сердце находились снаружи.



Рис. 1. Ультразвуковое исследование плода в сроке 16-17 недель с синдромом Пентада Кантрелла: а) отсутствие передней брюшной стенки у плода; б) органы брюшной полости плода свободно визуализируются в околоплодных водах; в) визуализируются петли кишечника; г) эктопия сердца плода.



Рис. 2. Внешний вид младенца с пентадой Кантрелла

Заключение

Одним из путей снижения заболеваемости и смертности среди новорожденных с проявлениями внутриутробных пороков развития является пренатальная диагностика в ранние сроки беременности, которой в настоящее время уделяют особое значение.

С внедрением современных технологий (аппаратов экспертного класса, трехмерной эхографии, доплерометрического исследования, высокая квалификация врача, проводящего ультразвуковое исследование) существенно возрастает процент выявляемости врожденных пороков развития плода еще на ранних сроках.

Согласно национальному стандарту [4], необходимо проведение ультразвукового исследования плода в сроках 10-14 недель; 18-20 недель; 20-28 недель. Наряду с ультразвуковыми исследованиями необходима ранняя диагностика хромосомной патологии плода всем беременным женщинам в сроках 11-14 недель (первый триместр) и 16-20 недель (второй триместр). Особому учету подлежат беременные женщины из группы риска (возраст моложе 18 и старше 35 лет, родственный брак, в анамнезе рождение предыдущих детей с врожденными пороками развития или наследственными заболеваниями, отягощенный акушерский анамнез, 2 и более самопроизвольных выкидыша и др.), для последующего проведения селективного скрининга [4].

Направление беременных женщин на пренатальную диагностику и консультирование их, согласно национальным стандартам, особенно женщин из группы риска, возможно, существенно повлияют на частоту выявляемости врожденных по-

роков развития у плода в ранних сроках, с последующим своевременным специфическим и внутриутробным лечением, включая фетальную хирургию.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Медведев М.В. Пренатальная диагностика. Дифференциальный диагноз и прогноз. М.: Реал. Тайм, 2009. 80с.
2. Мерц Э. Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии; пер. с англ. /под ред. А.И. Гуса. М.: МЕДпресс-информ, 2016. Т.1. 720 с.
3. Рязанова В.В., Труфанов Г.Е., Ультразвуковая диагностика аномалий плода. СПб.: Элби, 2012.132 с.
4. Антенатальный уход и помощь при физиологической беременности (национальные стандарты). Душанбе, 2015.

RESERENSES

1. Medvedev M. V. *Prenatalnaya diagnostika. Differentsialnyy diagnost i prognoz* [Prenatal diagnosis. Differential diagnosis and prognosis]. Moscow, Real Taym Publ., 2009. 80 p.
2. Gus A.I., Merts E. *Ultrazvukovaya diagnostika v akusherstve i ginekologii* [Ultrasonic diagnostics in obstetrics and gynecology]. Moscow, MEDpress-inform Publ., 2016. Vol. 1, 720 p.
3. Ryazanova V. V., Trufanov G. E., *Ultrazvukovaya diagnostika anomaliiy ploda* [Ultrasonic diagnosis of fetal anomalies]. St. Petersburg, Elbi Publ., 2012. 132 p.
4. *Antenatalnyy ukhod i pomoshch pri fiziologicheskoy beremennosti (natsionalnye standarty)* [Antenatal care and help during physiological pregnancy (national standards)]. Dushanbe, 2015.

Сведения об авторах:

Каримова Мавлюда Тимуровна – врач-неонатолог НИИ АГиП

Амонова Шахло Шодиевна – врач акушер-гинеколог НИИ АГиП

Нарзулаева Зарина Рахматулаевна – врач-функционалист НИИ АГиП

Романова Ольга Георгиевна – врач-генетик НИИ АГиП

Контактная информация:

Каримова Мавлюда Тимуровна – тел.: +992918-48-84-03; e-mail: mavludr@mail.ru

© Коллектив авторов, 2018

УДК 616.8-056.7(575.3)

Очилзода А.А., Каримов А.О., Очилзода Н.А.

МНОЖЕСТВЕННЫЕ ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ У 6-ЛЕТНЕГО РЕБЕНКА, РОДИВШЕГОСЯ ОТ РОДСТВЕННОГО БРАКА

Согдийская областная клиническая больница имени С. Кутфитдинова, Худжанд, Таджикистан

Ochilzoda A.A., Karimov A.O., Ochilzoda N.A.

MULTIPLE CONGENITAL MALFORMATIONS IN 6-YEAR OLD CHILD BORN IN BLOOD MARRIAGE

Sogdiyskaya regional clinical hospital after S. Kutfitdinova, Hudzhand, Tadjikistan

Представлен случай наблюдения множественных врожденных пороков развития полости носа, глотки, уха (врожденный удвоенный язычок глотки, атрезия хоаны слева, атрезия наружного слухового прохода слева, двухсторонняя тугоухость), глаза (микроофтальмия слева) в сочетании с двухсторонней глухотой у ребенка, родители которого состоят в родственном браке.

Особенностью данного наблюдения является редкость сочетания множественных пороков.

Ключевые слова: пороки развития, атрезия, микроофтальмия, родственный брак

The case of observation of multiple congenital malformations of nasal cavity, throat, ear (congenital doubled uvula, left choana atresia, left external ear atresia, two-sided bradyacusia), ears (left microphthalmia) together with two-sided dullness in child of blood-marriage.

Pecularity of this observation is rareness of combination of multiple.

Key words: the vices of the development, atresia, mikrooftalmia, related marriage of the parents

Одной из основных причин детской инвалидности в Таджикистане являются родственные браки, результатом которых являются тяжелые наследственные заболевания и врожденные пороки развития (ВПР).

Согласно мировой статистике, уровень врожденных аномалий составляет 7%, в России - 15,5% [1, 3, 4]. Данные по Таджикистану совершенно неутешительные и доходят сегодня до 22 % [2].

Мы наблюдали случай множественных врожденных пороков развития полости носа, глотки, уха и глаз (удвоенный язычок глотки, атрезия хоаны, атрезия наружного слухового прохода и микроофтальмия слева) и врожденной двухсторонней глухоты у ребенка 6 лет, родители которого состояли в родственном браке.

Больной Х., 6 лет поступил в детское оториноларингологическое отделение Сог-

дийской областной больницы 14.03.2016 г. с диагнозом: «Множественные врожденные пороки развития полости носа, глотки, уха и глаз (удвоенный язычок глотки, атрезия хоаны слева, атрезия наружного слухового прохода слева, микроофтальмия слева) и врожденная двухсторонняя глухота. Жалобы, со слов родителей, на отсутствие слуха на обоих ушах, отсутствие носового дыхания через левую половину носа, удвоение язычка, маленький объем левого глаза, невнятную речь.

Из анамнеза выяснилась, что ребенок родился от родственного брака, от четвертой беременности, доношенным, массой тела 3750 г. Роды протекали нормально, ребенок закричал сразу, к груди приложен на 4-е сутки. При поступлении общее состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые оболочки чистые. При фарингоскопии опре-

деляется аномалия развития в виде удвоение язычка (рис. 1). Отмечается асимметрия и уменьшением объема глазного яблока слева. Внутренние органы без патологии. Физиологические отправления в норме.

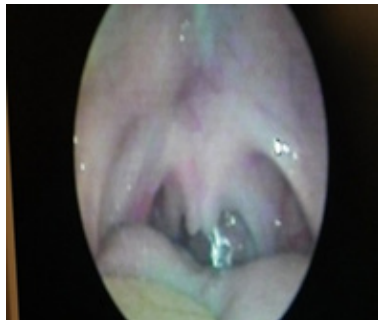


Рис. 1

Форма наружного носа не изменена, носовое дыхание через левую половину носа отсутствует. При передней риноскопии слизистая оболочка носовой полости слева отечная, синюшного цвета. Носовая перегородка по средней линии. В носовом ходе слева большое количество слизистого отделяемого, анемизация слизистой оболочки, в задних отделах носовой полости определялась фронтально расположенная мембрана. При зондировании определялась перепончато-костная мембрана, расположенная на расстоянии 6 см от преддверия носа. Задняя риноскопия и пальцевое исследование носоглотки показали, что мембрана полностью закрывает носовой ход слева и располагается несколько кпереди от хоан. Раствор метиленового синего, введенного в полость носа, в носоглотку не поступал.

На рисунке 2 представлена эндофотография полости носа, где мембрана полностью перекрывает просвет её задней части (рис. 2).



Рис. 2

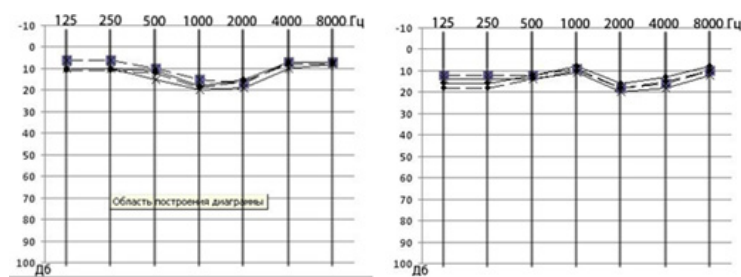
На рентгенограмме придаточных пазух носа патологических изменений не обнаружено.

Ушная раковина обычной формы, при отоскопии отмечается сужение наружного слухового прохода и закрытие его перепонкой в костном отделе слева.

На рисунке 3 представлено сужение наружного слухового прохода и закрытие его в перепончато-костном отделе.

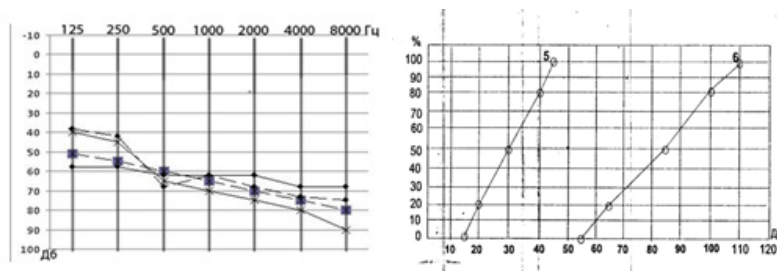


Рис. 3.



Отец – М., 30 лет

Мать – Э., 28 лет



Дочка – Х., 6 лет

Рис. 4. Результаты аудиологического обследования больной Х., 6 лет при здоровых родителях, с тугоухостью, развившейся на почве родственного брака, с применением игровой тональной и игровой речевой аудиометрии

На рентгенограмме сосцевидного отростка патологических изменений нет. При игровой тональной пороговой аудиометрии установлена горизонтально-нисходящая конфигурация кривой аудиограммы с двух сторон, а при игровой речевой аудиометрии кривая разборчивости была в норме, т.е. разборчивость речи достигла 100%. При подаче речи максимальной интенсивности разборчивость речи оставалась в пределах 100%, что свидетельствовало о кондуктивной тугоухости внутриулиткового характера.

Ребенок консультирован окулистом. Установлена микрофтальмия левого глаза (рис. 5).

Больная также консультирована психоневрологом, хирургом. Неврологический и психический статус без отклонения, костно-мышечная система без изменений.

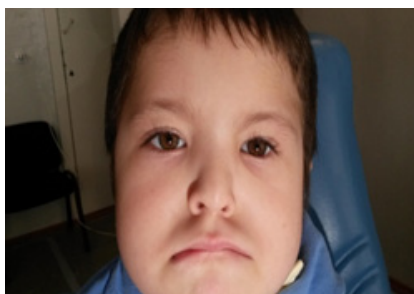


Рис. 5. Больная X., 6 лет.
Микрофтальмия слева

Таким образом, приведенное наблюдение свидетельствует о наличии множественных врожденных изменений: полости носа, глотки, уха и глаза (удвоенный язычок глотки, атрезия хоаны слева, атрезия наружного слухового прохода слева, двухсторонняя тугоухость, микрофтальмия слева) у ребенка, родители которого состоят в родственном браке.

Особенность данного наблюдения заключается в редкости сочетания множественных пороков развития различных органов.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Богомильский М.Р., Чистякова В. Р. Детская оториноларингология: руководство для врачей / под ред. М.Р. Богомильского. М., 2014. Т. 1. С. 34 – 37.
2. Рахмонов Р.А., Ганиева М.Т., Мадаминова Т.В. Близкородственные браки – фактор риска рождения детей с наследственной патологией нервной системы // Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа. 2016. №2. С. 23-26.
3. Сазонов А.А. Основы генетики. Учебное пособие. СПб., 2012. 240 с.
4. Хлебникова О.В., Дадали Е.Л. Наследственная патология органа зрения / под ред. Е.К. Гитнера. М., 2013. 300 с.

RESERENSES

1. Bogomilskiy M. R., Chistyakova V. R. *Detskaya otorinolaringologiya: rukovodstvo dlya vrachey* [Children's otorhinolaryngology: a guide for physician]. Moscow, 2014. Vol. 1, 34-37 p.
2. Rakhmonov R. A., Ganieva M. T., Madaminova T. V. *Blizkorodstvennyye braki – faktor riska rozhdeniya detey s nasledstvennoy patologiyey nervnoy sistemy* [Closely related marriages - a risk factor for the birth of children with hereditary pathology of the nervous system]. *Nevrologiya i neyrokhirurgiya. Vostochnaya Evropa – Neurology and Neurosurgery. Eastern Europe*, 2016, No. 2, pp. 23-26.
3. Sazonov A. A. *Osnovy genetiki. Uchebnoe posobie* [Fundamentals of genetics. Tutorial]. St. Petersburg, 2012. 240 p.
4. Gitner E. K., Dadali E. L., Khlebnikova O. V. *Nasledstvennaya patologiya organa zreniya* [Hereditary pathology of the organ of vision]. Moscow, 2013. 300 p.

Сведения об авторах:

Очилзода Абдуназир Абдусамеевич – зав. областным детским сурдологическим кабинетом Худжандского Городского центра здоровья №2, врач-оториноларинголог, к.м.н.
Каримов Азимчон Охунчонович – врач сурдологического отделения Согдийской областной клинической больницы им. С. Кутфитдинова
Очилзода Насимджон Абдунозимович – врач-офтальмолог глазного отделения Согдийской областной клинической больницы им. С. Кутфитдинова

Контактная информация:

Очилзода Абдуназир Абдусамеевич – тел.: +992927317535;
e-mail: nazir-1957@mail.ru