



WWW.IPOVSZRT.TJ/  
JOURNAL

ТИПОГРАФИЯ  
ООО «Даврон-И»

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 25.06.2019 г.  
Подписано в печать 10.07.2019 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.

4 • 2019

Сардабир Н.Д. Мухиддинов – д.и.т.

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

### РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

**А. Ахмедов** (член-корр. АМН МЗиСЗН 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** (академик Российской академии медико-технических наук, д.м.н., научный редактор), **М.Н. Джураев** (д.м.н.), **К.А. Закирова** (д.м.н.), **Х. 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** (академик АМН МЗиСЗН РТ, 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 МЗиСЗН 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 МЗиСЗН РТ, д.м.н., профессор), **Т.Г. Гульмуратов** (член-корр. АМН МЗиСЗН РТ, д.м.н., профессор), **Д.С. Додхоев** (д.м.н.), **М.Ф. Додхоева** (академик АМН МЗиСЗН РТ, д.м.н., профессор), **А.Р. Достиев** (д.м.н., профессор), **П.Т. Зоиров** (член-корр. АМН МЗиСЗН 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  
«Davron-I»

# Herald of the institute of postgraduate education in health sphere

Every 3 months Journal

Since 2011

4 • 2019

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.** (academician of the Russian Academy of Medical and Technical Sciences, doctor of medical science, doctor of medical science, scientific editor), **Dzhuraev M. N.** (doctor of medical science), **Zokirova K. A.** (doctor of medical science), **Ibodov Kh.** (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.** (Academician of Academy of Medical Sciences of Ministry of Public Health of Republic of Tajikistan, 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

*Ахмеджанова Г.А., Мухамадиева С.М., Пулатова А.П.*

*Akhmedjanova G.A., Mukhamadieva S.M., Pulatova A.P.*

Клинико-лабораторная характеристика контрацептива норэстерона ацетат 5

Clinical and laboratory characteristics of contraception noresteron acetate

*Ашуров Г.Г., Джураев Д.Э., Каримов С.М., Султанов М.Ш.*

*Ashurov G.G., Dzhuraev D.E., Karimov S.M., Sultanov M.Sh.*

Результаты оценки состояния тканей пародонта у взрослого населения с аномалиями зубочелюстной системы 9

Results of the estimation of parodontal's tissues condition in adult population with anomaly of teeth-maxillary systems

*Гаиров А.Г., Раджабов М.Э., Джабарова Т.С., Лукьянов Н.Б.*

*Gaibov A.G., Radjabov M.E., Dzhabarova T.S., Lukyanov N.B.*

Встречаемость и взаимосвязь депрессий у соматических больных в развитии сердечно-сосудистых заболеваний среди населения Таджикистана 15

The prevalence and relationship of depression and somatic patients in the development of cardiovascular diseases of the population of Tajikistan

*Джонгирхонов Л.М., Ибодов Х., Рофиев Р., Давлатов С.Б., Икромов Т.Ш.*

*Dzhongirkhonov L.M., Ibodov Kh., Rofiev R., Davlatov S.B., Ikromov T. Sh.*

Диагностическая ценность инвертографии у детей с аноректальными пороками развития 20

Diagnostic value of inventory in children with anorectal malformations

*Кабиров К.М., Абдулхаева Ш.Р., Мирзоева З.А., Гуломова М.О., Гуламадшоева М.Н.*

*Kabirov K.M., Abdulhaeva Sh.R., Mirzoeva Z.A., Gulomova M.O., Gulamadshoeva M.N.*

Эффективность внедрения клинического руководства по профилактике, диагностике и терапии табачной зависимости на уровне ПМСП, основанных на принципах доказательной медицины, для достижения контролируемого течения бронхиальной астмы 24

Efficiency of the implementation of a clinical manual on prevention, diagnostics and treatment of tobacco dependence at the level of primary medical and sanitary care, based on the principles of evidence-based medicine, to achieve a controlled course of bronchal asthma

*Кузибаева Н.К., Абдуллаева Н.А.*

*Kuzibaeva N.K., Abdullaeva N.A.*

Клинико-цитохимические изменения у детей раннего возраста с врожденными септальными пороками сердца 29

Clinical-cytochemical changes in children of early age with congenital septic heart diseases

*Мирзоева А.Б.*

*Mirzoeva A.B.*

Комплексная оценка состояния здоровья женщин позднего репродуктивного возраста с дисгормональными заболеваниями молочных желёз 34

Comprehensive evaluation of health condition of late reproductive age women with dishormonal breast diseases

*Муминзода Б.Г., Ахмедов А., Сафарзода А.М.*

*Muminzoda B.G., Akhmedov A.A., Safarzoda A.M.*

Оценка оперативности деятельности службы скорой медицинской помощи города Душанбе 39

Evaluation of operational activities of the emergency medical assistance service of Dushanbe city

*Муниева С.Х., Касымов О.И., Самадзода У.С., Сохибназарова Р.Х., Салимов Б.М.*

*Munieva S.H., Kasymov O.I., Samadzoda U.S., Sokhibnazarova R.Hk., Salimov B.M.*

Рубцовые изменения и дисхромии кожи после деструктивных манипуляций у больных с вирусом папилломы человека 48

Cicatricial changes and skin dyschromia after destructive manipulations in patients with human papilloma virus

- |   |    |  |
|---|----|--|
| <i>Мухамадиева К.М., Таджибаев У.А.</i><br>Клиника гнездной алопеции у детей  | 53 | <i>Mukhamadieva K.M., Tadzhibaev U.A.</i><br>Clinical picture of alopecia areata in children   |
| <i>Мухамадиева С.М., Мирзабекова Б.Т., Хайриддинова Дж.А., Мирзабекова Г.Т.</i><br>Клиническая оценка и коррекция урогенитальных расстройств у женщин перименопаузального и постменопаузального возрастов в условиях первичной медико-санитарной помощи | 60 | <i>Mukhamadieva S.M., Mirzobekova B.T., Khairiddinova Dj.A., Mirzabekova G.T.</i><br>Clinical evaluation and correction of urogenital disorders in women of perimenopause and postmenopause age in primary healthcare aid conditions |
| <i>Очилзода А.А., Нурматов Х.Х.</i><br>Наш опыт определения притворной глухоты и тугоухости при сурдоэкспертизе призывников вооруженных сил   | 65 | <i>Ochilzoda A.A., Nurmatov H.H.</i><br>Our experience in determining feigned deafness and hearing disorder during an audiological examination of military service recruits  |
| <i>Пиров Б.С., Одинаев О.М., Самадов А.Х., Руммо О.О.</i><br>Расширение пула донорства и сравнительная оценка результатов трансплантации почек в республиках Таджикистан и Беларусь   | 69 | <i>Pirov B.S., Odinaev O.M., Samadov A.Ch., Rummo O.O.</i><br>Expansion of the donation pool and comparative evaluation of kidney transplantation results in the republic of tajikistan and belarus                                  |
| <i>Сафаров А.Х., Сироджзода М.С., Ахмедов Ш.М., Сироджов К.Х., Хасанов М.Ю., Нарзулоев В.А.</i><br>Оптимизация хирургического подхода при сочетанных повреждениях таза  | 75 | <i>Safarov A.H., Sirodjzoda V.S., Akhmedov Sh.M., Sirodjov K.Kh., Khasanov M.U., Narzuloev V.A.</i><br>Optimization of surgical approach in combined pelvic damages  |
| <i>Султанов Д.Д., Нуридизода Н.Н., Джабаров Х.А.</i><br>Комбинированное лечение варикозного расширения вен малого таза и нижних конечностей   | 81 | <i>Sultanov D.D, Nuridinzoza N.N., Djaborov Kh.A.</i><br>Combined treatment of varicose expansion of the valves of the small pelvis and lower extremities  |
| <i>Хотамова М.Н., Кобилова Б.Х., Аминов Х.Д.</i><br>Гемостаз у новорождённых с гипоксически ишемической энцефалопатией в позднем неонатальном периоде в зависимости от климатических условий  | 87 | <i>Hotamova M.N., Kobilova B.H., Aminov H.D.</i><br>Hemostasis in newborns with hypoxically ischemic encephalopathy in the late neonatal period depending on climate conditions  |
| <i>Шодиев Б.Р., Шукурова С.М., Абдуллаев М.Ф., Курбонова Ф.У.</i><br>Характеристика сопутствующей патологии при ревматических заболеваниях  | 91 | <i>Shodiev B.R., Shukurova S.M., Abdullaev M.F., Kurbonova F.U.</i><br>Characteristics of concomitant pathology in rheumatic diseases  |

#### ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

- |   |     |
|---|-----|
| <i>Абдурахманова Р.Ф., Иззатов Х.Н., Фаизуллаев А.Х., Турсунова М.Ш.</i><br>Эффективность комплексной нейропротекционной терапии в остром периоде инсульта                | 98  |
| <i>Каримов С.М., Азимзода С.М., Исmoilov А.А., Султанов М.Ш.</i><br>Взаимное отягощение патологического состояния сочетанных стоматологических и соматических заболеваний | 106 |

#### REVIEWS

- |  |
|--|
| <i>Abdurakhmonova R.F., Izzatov Kh.N., Faizullaev A.Kh., Tursunova M.Sh.</i><br>The effectiveness of complex neuroprotective therapy in the acute period of stroke |
| <i>Karimov S.M., Azimzoda S.M., Ismoilov A.A., Sultanov M.Sh.</i><br>Mutual action pathological condition of combined dentistry and somatic diseases               |

## ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА МЕДИЦИНЫ

© Коллектив авторов, 2019

УДК 618.2

*Ахмеджанова Г.А., Мухамадиева С.М., Пулатова А.П.*

### КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОНТРАЦЕПТИВА НОРЭСТЕРОНА АЦЕТАТ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ ИПО<sub>В</sub>СЗ РТ  
ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перина-  
тологии»

*Akhmedjanova G.A., Mukhamadieva S.M., Pulatova A.P.*

### CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF CONTRACEPTION NORESTERON ACETATE

Department of Obstetrics and Gynecology No. 1 of State Education Establishment “Institute of  
Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan”  
State Establishment «Tajik Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology» MHSPP RT

**Цель исследования.** Представить клинико-лабораторную характеристику контрацептива норэстерона ацетата.

**Материал и методы.** Проспективно обследованы 85 женщин, которым с целью контрацепции установили инъекционный контрацептив норэстерона ацетат. Динамика наблюдения – каждые 2 месяца в течение 24 месяцев.

**Результаты.** Использование норэстерона ацетата достоверно снижает уровни фолликулостимулирующего (ФСГ) и лютеинизирующего (ЛГ) гормонов, по сравнению с исходными, но при этом сохраняется базальный уровень гормонов репродуктивной системы. Под воздействием пролонгированных прогестинов подавление овуляции блокируется с образованием эндогенных гормонов. Базальный уровень ФСГ поддерживает развитие фолликулов в яичниках, но отсутствие должной обратной связи «яичники-гипофиз» и монотонная секреция ЛГ без характерного пика препятствуют созреванию фолликула.

**Заключение.** Инъекционный контрацептив норэстерона ацетат является эффективным и безопасным методом предохранения от нежелательной беременности у женщин, страдающих экстрагенитальной патологией, воспалительными заболеваниями органов малого таза и предраковыми процессами шейки матки. Практическая эффективность метода и продолжительность использования инъекционного контрацептива норэстерона ацетата зависит от соблюдения принципов консультирования при каждом визите и компетенции специалиста, прошедшего обучение.

**Ключевые слова:** норэстерона ацетат, репродуктивный возраст, эффективность, экстрагенитальная патология, патологические процессы шейки матки, корреляционная связь

**Aim.** To provide clinical and laboratory characteristics of noresteron acetate contraceptive.

**Materials and methods.** 85 women were prospectively examined who were injected with noresterone acetate for contraception. Dynamics of observation – every 2 months for 24 months.

**Results.** The use of noresterone acetate significantly reduces the level of FSH and LH) compared with the initial ones, but the basal level of the hormones of the reproductive system is preserved. Under the influence of prolonged progestins, the suppression of ovulation is blocked with the formation of endogenous hormones. The basal level of FSH supports the development of follicles in the ovaries, but the lack of proper feedback “ovaries-pituitary gland” and monotonous secretion of LH without a characteristic peak prevent the follicle from maturing.

**Conclusion.** Injectable contraceptive noresteron acetate is an effective and safe method of protection from unwanted pregnancy, suffering from extragenital pathology, inflammatory diseases of the pelvic organs and pre-

cancerous processes of the cervix. The practical effectiveness of the method and the duration of using noresteron acetate depend on adherence to the principles of counseling at each visit and the competence of the specialist who has been trained.

**Key words:** noresteron acetate, reproductive age, efficacy, extragenital pathology, pathological processes of the cervix uteri, correlation

### Актуальность

В ряде стран благодаря внедрению современных методов контрацепции уже к настоящему времени решены демографические, социальные и медицинские проблемы, связанные со снижением материнской смертности и числа аборт, оказывающих пагубное влияние на женский организм [1, 2, 3, 5]. Использование высокоэффективных противозачаточных средств привело в большинстве стран к замене аборта контрацептивами [5, 7, 10]. Применение рациональной контрацепции направлено не только на предупреждение аборт, но и на сохранение репродуктивной функции [5, 6]. Этим целям наиболее полно отвечает гормональная контрацепция. В настоящее время достигнуты значительные успехи в контрацептивной технологии, в частности широко используется инъекционный гормональный контрацептив норэстерона ацетат [6, 7, 9]. В Республике Таджикистан проводятся широкомасштабные мероприятия по расширению доступа к использованию современных методов контрацепции, что определило цель настоящего исследования [3, 8].

### Цель исследования

Представить клинико-лабораторную характеристику контрацептива норэстерона ацетата.

### Материал и методы исследования

Перспективно обследованы 85 женщин, которые в 2015-2016 годы с целью контрацепции использовали инъекционный контрацептив норэстерона ацетат (НЭА), ампула которого содержит 200 мг разовой дозы НЭА. Динамика наблюдения – каждые 2 месяца (8 недель), в течение 24 месяцев.

Критериями включения в исследование явились: возраст женщин 35-45 лет, использование инъекционного контрацептива НЭА, наличие патологических процессов шейки матки (ШМ). Критерием исключения явилось использование других методов контрацепции в течение 2-х лет.

Всем пациенткам проводилось консультирование о преимуществах и недостатках, эффективности и приемлемости норэстерона ацетата, способах введения препарата. В обследование входило: гинекологическое обследование, простая и расширенная кольпо-

скопия, определение исходных показателей лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов (ЛГ, ФСГ), прогестерона, эстрадиола, пролактина, ТЗ, Т4, ТТГ.

Статистическая обработка проведена с использованием программы Microsoft Excel (M±m, t-критерий Стьюдента; U-критерий Манна-Уитни); корреляционный анализ по Пирсону с подсчетом коэффициента линейной корреляции (r).

### Результаты и их обсуждение

Средний возраст женщин составил 37,1±0,31 года.

Сельских женщин было 65,2±0,06%, городских – 34,8±0,04%, домохозяйки составляли 85,0±0,05%, остальные 15,0±0,06% – рабочие и колхозницы (p>0,05),

В структуре соматической патологии лидировали анемия различной степени тяжести (66,0±0,03%) и йоддефицитные состояния (77,0±0,05%), ожирение установлено у 58,0±0,04%, варикозная болезнь – у 46,0±0,05%, патология печени и желчевыводящих путей – у 25,0±0,05%. Следует отметить высокую частоту воспалительных заболеваний органов малого таза (89,0±0,05%), особенно патологических изменений шейки матки (82,0±0,02%,%). Из контрацептивного анамнеза установлено, что среди обследованных женщин не использовали в прошлом методы предохранения от нежелательной беременности 28,0±0,03%, ВМС использовали 63,0±0,05%, КОК – 9,0±0,03%.

Установлено, что через 2 месяца при применении норэстерона ацетата уровень пролактина составляет 234,3±16,0 и соответствует исходным значениям (245,2±20,1) (p>0,05). Использование норэстерона ацетата достоверно снижает уровень ФСГ (4,75±0,30) и ЛГ (3,48±0,34), по сравнению с исходными данными (6,42±0,34 и 5,88±0,36 соответственно) (p<0,05). Через 6 и 12 месяцев при применении норэстерона ацетат уровень ФСГ составлял 5,88±0,36 и 4,88±0,32 соответственно, достоверно не отличаясь от предыдущих показателей (p>0,05), что указывает на сохранение базального уровня гормонов репродуктивной системы. Следовательно, под воздействием пролонгированных прогестинов подавление овуляции блокируется образованием эндогенных

гормонов, но не подавляется полностью. Базальный уровень ФСГ поддерживает развитие фолликулов в яичниках, но отсутствие должной обратной связи «яичники-гипофиз» и монотонная секреция ЛГ без характерного пика препятствуют созреванию фолликула.

В динамике не выявлено достоверных различий уровней прогестерона, эстрадиола, пролактина, ТЗ, Т4, ТТГ, которые к концу года составляли: прогестерон –  $2,7 \pm 0,22$  нмоль/л, эстрадиол –  $260,0 \pm 24,5$  нмоль/л, пролактин –  $230,2 \pm 26,2$  нмоль/л, ТЗ –  $5,5 \pm 0,69$  нг/мл, Т4 –  $14,2 \pm 2,89$  нг/мл, ТТГ –  $1,6 \pm 0,05$  нг/мл ( $p > 0,05$ ).

Результаты исследований показали, что при первом визите у женщин позднего репродуктивного возраста, использующих норэстерона ацетат, патологические цитограммы II и III типов имели место у  $45,0 \pm 0,06\%$  и  $55,0 \pm 0,04\%$  пациенток, через 6 месяцев аномальные кольпоскопические картины сохранялись у  $68,0 \pm 0,03\%$  женщин, через 12 месяцев – у  $67,3 \pm 0,04\%$ . Через 6 месяцев число женщин с нормальными кольпоскопическими картинами составило  $27,0 \pm 0,06\%$ , через 12 –  $47,0 \pm 0,05\%$ . Цитограммы I типа встречались через 6 месяцев у  $12,5\%$ , через 12 – у  $37,5\%$ , через 18 – у  $50\%$ , через 24 месяца – у  $7,5\%$ .

Компьютерная обработка полученных данных свидетельствовала, что у обследованных женщин имеется положительная связь средней силы между уровнями ФСГ и ТТГ со степенью выраженности йоддефицитных состояний ( $r=0,7$ ); между уровнем прогестерона и тяжестью анемии ( $r=0,8$ ). Выявлена слабая положительная связь уровней ТЗ, Т4 с патологическими цитограммами II и III типов ( $r=0,45$ ).

Установлена отрицательная связь средней силы между уровнем эстрадиола и степенью выраженности йоддефицитных состояний ( $r=-0,4$ ), между уровнем эстрадиола и тяжестью анемии ( $r=-0,3$ ), патологическими цитограммами III типа ( $r=-0,5$ ).

Продолжали использовать норэстерона ацетат  $95,0 \pm 0,03\%$  обследованных, прекратили –  $5,0 \pm 0,02\%$  из-за нежелательных эффектов (мажущие кровянистые выделения).

### Заключение

Инъекционный контрацептив норэстерона ацетат является эффективным и безопасным методом предохранения от нежелательной беременности у женщин репродуктивного возраста, страдающих экстрагенитальной патологией, воспалительными заболеваниями органов малого

таза и предраковыми процессами шейки матки. Практическая эффективность метода и продолжительность использования норэстерона ацетата зависит от соблюдения принципов консультирования при каждом визите и компетенции специалиста, прошедшего обучение.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов*

ЛИТЕРАТУРА (п. 12 см. в REFERENCES)

1. Аганезова Н.В., Зароченцева Н.В., Дикке Г.Б. Гормональная контрацепция и здоровье женщин: взгляд российских экспертов (пострелиз) // РМЖ. Мать и дитя. 2018. №1. С. 96-100
2. Денисов Б.П. Применение контрацепции в России (по материалам выборочного обследования) // StatusPraesens. 2012. №1 (17). С. 66–72.
3. Запорожец Э.Е., Шувалова М.П., Цымлякова Л.М., Фролова О.Г. Основные показатели деятельности службы охраны здоровья матери и ребенка в Российской Федерации. Статистическая форма №32 за 2012. М.: Российское общество акушер гинекологов; ФГБУ «НЦАГИП им. Кулакова» МЗ РФ, 2013. С. 48-50, 59-61.
4. Межевитина Е.А., Абакарова П.Р. Довлетханова Э.Р., Мгерян А.Н., Гормональная контрацепция – алгоритм выбора // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2016. №4 (14)
5. Национальная стратегия здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010-2020 года. Постановление Правительства Республики Таджикистан от 02.08.2010 №368
6. Петров Ю.А. Специфика репродуктивного и контрацептивного поведения студентов медицинского университета // Валеология. 2016. №2. С. 31-34
7. Прожерина Ю., Широкова И. Гормональная контрацепция как путь к сохранению репродуктивного здоровья // Ремедиум. Медицина и здравоохранение. 2016. №5. С. 39-42
8. Радзинский. В.Е. Пролонгированная контрацепция. Удобство как залог надёжности: информационное письмо. М.: Медиабюро StatusPraesens, 2014. 24 с.
9. Рябинкина Т.С., Руднева О.Д. Сохраняет ли гормональная контрацепция здоровье женщины? Прогностические свойства гормональной контрацепции: информационный бюллетень. Москва: Медиабюро Status Praesens, 2014. 23 с.
10. Тихомиров А.Л., Батаева А.Е. Медицинские критерии приемлемости методов контрацепции РФ. Лучше поздно, чем никогда // Русский медицинский журнал. Мать и дитя. Акушерство и гинекология. 2013. №1. С. 26–30.
11. Энда МакВей, Джон Джиллбоуд, Рой Хамбаг Репродуктивная медицина и планирование семьи. М.: Медпресс-информ, 2016. 367с.

REFERENCES

1. Aganezova N. V., Zarochentseva N. V., Dikke G. B. Gormonalnaya kontratsepsiya i zdorove zhenshchin: vzglyad rossiyskikh ekspertov (postreliz) [Hormonal contraception and women's health: a view of russian experts (post-release)]. *Russkiy Meditsinskiy Zhurnal. Mat i Ditya – Russian Medical Journal. Mother and Child*, 2018, No. 1, pp. 96-100.
2. Denisov B. P. Primenenie kontratsepsii v Rossii (po materialam vyborochnogo obsledovaniya) [The use of contraception in Russia (based on a sample survey)]. *StatusPraesens – Status Praesens*, 2012, No. 1 (17), pp. 66-72.
3. Zaporozhets E. E., Shuvalova M. P., Tsymlyakova L. M., Frolova O. G. *Osnovnye pokazateli deyatel'nosti sluzhby okhrany zdorovya materi i rebenka v Rossiyskoy Federatsii. Statisticheskaya forma №32 za 2012* [Main indicators of the activity of the maternal and child health service in the Russian Federation. Statistical form No. 32 for 2012]. Moscow, Rossiyskoe obshchestvo akusher ginekologov Publ.; FGBU «NTSAGIP im. Kulakova» MZ RF Publ., 2013, pp. 48-50, 59-61.
4. Mezhevitina E. A., Abakarova P. R., Dovletkhanova E. R., Mgeryan A. N., Gormonalnaya kontratsepsiya – algoritm vybora [Hormonal contraception-algorithm of choice]. *Akusherstvo i Ginekologiya: Novosti, Mneniya, Obuchenie – Obstetrics and Gynecology: News, Opinions, Training*, 2016, No. 4 (14).
5. *Natsionalnaya strategiya zdorovya naseleniya Respubliki Tadjikistan na period 2010-2020 goda. Postanovlenie Pravitel'stva Respubliki Tadjikistan ot 02.08.2010 №368* [National health strategy of the Republic of Tajikistan for the period of 2010-2020. The order of the Government of the Republic of Tajikistan dated 02.08.2010 No. 368].
6. Petrov Yu. A. Spetsifika reproduktivnogo i kontratseptivnogo povedeniya studentov meditsinskogo universiteta [The specifics of reproductive and contraceptive behavior of students of a medical university]. *Valeologiya – Valeology*, 2016, No. 2, pp. 31-34
7. Prozherina Yu., Shirokova I. Gormonalnaya kontratsepsiya kak put k sokhraneniyu reproduktivnogo zdorovya [Hormonal contraception as a way to maintain reproductive health]. *Remedium. Meditsina i Zdavoookhranenie – Remedium. Medicine and Healthcare*, 2016, No. 5, pp. 39-42
8. Radzinskiy V. E. *Prolongirovannaya kontratsepsiya. Udobstvo kak zalog nadezhnosti: informatsionnoe pismo* [Prolonged contraception. Convenience as a guarantee of reliability: newsletter]. Moscow, Mediabyuro Status Paesens Publ., 2014. 24 p.
9. Ryabinkina T. S., Rudneva O. D. *Sokhranyaet li gormonalnaya kontratsepsiya zdorove zhenshchin? Protektivnye svoystva gormonalnoy kontratsepsii: informatsionnyy byulleten* [Does hormonal contraception keep women healthy? The protective properties of hormonal contraception: fact sheet]. Moscow: Mediabyuro Status Praesens, 2014. 23 s.
10. Tikhomirov A. L., Bataeva A. E. Meditsinskie kriterii priemlemosti metodov kontratsepsii RF. Luchshe pozdno, chem nikogda [Medical eligibility criteria for contraceptive methods of the Russian Federation. Better late than never]. *Russkiy Meditsinskiy Zhurnal. Mat i Ditya. Akusherstvo i Ginekologiya – Russian Medical Journal. Mother and Child. Obstetrics and Gynecology*, 2013, No. 1, pp. 26-30.
11. Enda MakVey, Dzhon Dzhillboud, Roy Khambag. *Reproduktivnaya meditsina i planirovanie semi* [Reproductive medicine and family planning]. Moscow, Medpress-inform Publ., 2016. 367 p.
12. WHO. *Medical eligibility criteria for contraceptive use. 4th ed.* Geneva: WHO, 2015. 267 p.

**Сведения об авторах:**

**Ахмеджанова Гульнора Авезовна** – соискатель кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ ИПОвСЗРТ  
**Мухамадиева Саодатхон Мансуровна** – профессор кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ ИПОвСЗРТ, д.м.н.  
**Пулатова Азиза Пулатовна** – руководитель оргметодотдела ГУ ТНIIИАГиП, к.м.н.

**Контактная информация:**

**Ахмеджанова Гульнора Авезовна** – +992 909115775

<sup>1</sup>Ашуров Г.Г., <sup>1</sup>Джурраев Д.Э., <sup>1</sup>Каримов С.М., <sup>2</sup>Султанов М.Ш.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ С АНОМАЛИЯМИ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

<sup>1</sup>Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

<sup>2</sup>Стоматологическая клиника «Евродент»

<sup>1</sup>Ashurov G.G., <sup>1</sup>Dzhuraev D.E., <sup>1</sup>Karimov S.M., <sup>2</sup>Sultanov M.Sh.

## RESULTS OF THE ESTIMATION OF PARODONTAL'S TISSUES CONDITION IN ADULT POPULATION WITH ANOMALY OF TEETH-MAXILLARY SYSTEMS

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

<sup>2</sup>Dentistry Clinic «Eurodent»

**Цель исследования.** На основе комплексного обследования стоматологического статуса у пациентов с аномалиями зубочелюстной системы определить структуру потребности в лечении заболеваний пародонта.

**Материал и методы.** В группу наблюдения включены 578 пациентов с патологией пародонта, сочетающейся с аномалиями зубочелюстной системы. Диагноз «зубочелюстная аномалия» был поставлен на основании классификации Энгля. Для оценки пародонтологического статуса использовали индекс нуждаемости в лечении заболеваний пародонта. Потребность в лечении заболеваний пародонта по вышеупомянутому индексу в возрастных группах 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60 лет и старше рассчитывали соответственно для 123, 130, 112, 119 и 94 человек.

**Результаты.** Среди обследованных пациентов с аномалиями зубочелюстной системы число лиц со здоровым пародонтом значительно меньше: в боковых отделах челюстей 14,4% и 16,4% соответственно справа и слева, во фронтальном отделе – 9,1%, при усреднённом значении 13,3% на одного обследованного. Средняя величина потери зубодесневого прикрепления со степенью не более 3 мм в боковых отделах нижней челюсти справа и слева составила соответственно 91,4% и 45,3%.

**Заключение.** Высокий уровень пародонтологической заболеваемости взрослого населения обуславливает высокую потребность в лечении заболеваний пародонта. Структура потребности в пародонтологическом лечении зависит от наличия аномалии зубов и челюстей.

**Ключевые слова:** пародонт, аномалия, зубочелюстная система, пародонтальный сегмент, зубодесневое прикрепление, кровоточивость, десна

**Aim.** On base of the complex examination of dentistry status beside patient with anomaly of teeth-maxillary systems to define the structure of need for treatment of the parodontal diseases.

**Materials and methods.** In group of the observation enclosed 578 patients with pathology of parodont in combination anomaly of teeth-maxillary systems. The diagnosis of «teeth-maxillary anomaly» delivered on the grounds of Engle's classification. Index of need used for the estimation of parodontology status in treatment of the parodontal diseases. Need for treatment of the parodontal diseases by abovementioned index in the age groups of 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60 years and senior calculated accordingly for 123, 130, 112, 119 and 94 persons.

**Results.** Amongst examined patient with anomaly of teeth-maxillary systems number persons with healthily parodont sound пародонтом far less: in lateral division of the jaws 14.4% and 16.4% accordingly on the right and on the left, in frontal division – 9.1%, under averaged importance 13.3% on one examined. Average value loss of teeth-gum's fastening with degree not more than 3 mm in lateral division of the mandible on the right and has on the left formed accordingly 91.4% and 45.3%.

**Conclusion.** The high level of parodontology diseases of the adult population conditions high need for treatment of parodontal pathology. Structure of need for parodontology treatment depends on presence of the anomalies teeth and jaws.

**Key words:** *parodont, anomaly, teeth-maxillary system, parodontal segment, teeth-gum's fastening, bleeding, gum*

### Актуальность

В последнее время вопрос изучения стоматологической заболеваемости и потребности в различных видах стоматологической помощи у населения Республики Таджикистан является весьма актуальным [1-4]. Потребность населения различных регионов республики в лечении кариеса и заболеваний пародонта подвержена колебаниям, но остается на высоком уровне.

До настоящего времени комплексного изучения стоматологической заболеваемости, а также потребности в лечении заболеваний пародонта среди взрослого населения с аномалиями зубочелюстной системы не проводилось. С учетом изложенного выше, комплексная оценка пародонтологического статуса при наличии зубочелюстных аномалий у взрослого населения определяет актуальность планируемого исследования.

### Цель исследования

На основе комплексного обследования стоматологического статуса у пациентов с аномалиями зубочелюстной системы определить структуру потребности в лечении заболеваний пародонта.

### Материал и методы исследования

Комплексное стоматологическое обследование проведено в соответствии с критериями ВОЗ среди взрослого контингента населения. В группу наблюдения включены 578 пациентов с патологией пародонта, сочетающейся с аномалиями зубочелюстной системы. Клинико-статистическая характеристика обследуемых возрастных групп представлена в таблице 1.

Диагноз «зубочелюстная аномалия» выставлен по классификации Энгля, дополненной классификацией Д.А. Калвелиса. Все пациенты проходили клиническое обследование, включающее сбор анамнеза и осмотр. Проведены антропометрические исследования лица и головы, а также анализ контрольно-диагностических моделей челюстей. Изучали взаимоотношение размеров зубов, ширину зубных рядов, соотношение сегментов зубных дуг, оценивали форму зубных рядов, их соотношение, а также положение отдельных зубов в сагиттальной, трансверсальной и вертикальной плоскостях. Дополнительно использовалось рентгенологическое исследование.

Таблица 1

*Повозрастная характеристика обследованного контингента*

Возрастная группа, лет	Число обследованных лиц		Мужчины		Женщины	
	абс. к-во	%	абс. к-во	%	абс. к-во	%
20-29	123	21,3	52	8,9	71	12,3
30-39	130	22,4	58	10,0	72	12,5
40-49	112	19,4	49	8,5	63	10,9
50-59	119	20,6	53	9,2	66	11,4
60 и старше	94	16,3	50	8,7	44	7,6
Всего	578	100	262	45,3	316	54,7

Для изучения особенностей состояния тканей пародонта у взрослого контингента нами проанализированы в Карте оценки стоматологического статуса (ВОЗ, 1995) разделы «СПИТН», «Потеря прикрепления» и «Аномалия зубочелюстной системы», заполненные при комплексном обследовании полости рта 578 пациентов в возрасте от 20 до 60 лет и старше. Для оценки пародонтологического статуса использовали индекс

нуждаемости в лечении заболеваний пародонта. Потребность в лечении заболеваний пародонта по вышеупомянутому индексу в возрастных группах 20-29, 30-39, 40-49 и 50-59 лет рассчитывали соответственно для 123, 130, 112, 119 и 94 человек.

Статистическую обработку полученных материалов производили в компьютерной программе Microsoft Excel. Для определения статистической значимости среднеарифме-

тических показателей использовали критерий Стьюдента.

### Результаты и их обсуждение

Рассмотрение вопроса потребности в пародонтологическом лечении требует предварительного структурного анализа заболеваний структурных единиц тканей пародонта. Обобщая данные проведенного нами пародонтологического исследования с использованием индекса СРITN, можно заключить, что распространенность заболеваний пародонта во всех обследованных возрастных группах с аномалиями зубочелюстной системы колебалась от  $91,8 \pm 4,4\%$  до стопроцентного значения.

В каждом пародонтальном сегменте процентное выражение составляющих индекса СРITN рассчитано без учёта исключённых сегментов (X), поскольку удаление зубов, как правило, в боковых сегментах могло быть следствием не только пародонтита, но и осложнения кариеса. Всё же необходимо отметить большее число исключённых секстантов в связи с удалением зубов среди обследованного контингента пациентов.

В возрастной группе 60 лет и старше (94 человек) у  $11,7 \pm 3,4\%$  осмотренных жителей (11 человек) наблюдалось полное отсутствие зубов, у  $18,1 \pm 4,2\%$  обследованных лиц указанного возраста (17 человек) количество оставшихся зубов не позволяло сформировать хотя бы 1 пародонтальный сегмент.

По результатам полученных данных выясняется, что в боковом отделе верхней челюсти справа не определяются пародонтальные карманы глубиной 6 мм и более (СРITN-4). Вместе с тем, соответствующие карманы глубиной 4-5 мм (СРITN-3) отмечены у 27 (5,6%) пациентов. В этом же отделе верхней челюсти такие патологические признаки пародонта, как зубной камень (СРITN-2) и кровоточивость дёсен (СРITN-1) выявлены соответственно у 41,6% и 41,3% обследованных лиц. Пациенты с интактным пародонтом (СРITN-0) составили 11,5% от общего количества обследованных пациентов.

Доля кровоточивости дёсен по индексу нуждаемости по лечению заболеваний пародонта (СРITN-1) во фронтальном отделе верхней челюсти занимает в среднем 59,5% (242 человек). Зубные отложения (СРITN-2) в структуре индекса интенсивности заболеваний пародонта составляют во фронтальном отделе верхней челюсти 33,7% (137 человек), патологические зубодесневые карманы глубиной 4-5 мм (СРITN-3) – соответственно 2,5% и 10 при практическом отсутствии соответствующих карманов

глубиной 6 мм и более (СРITN-4) и наличию 18 лиц (4,4%) с интактным пародонтом (СРITN-0).

Абсолютное количество пациентов с наличием кровоточивости дёсен, зубного камня, пародонтальных карманов 4-5 мм и более 6 мм в боковом отделе верхней челюсти слева составило соответственно 119, 182, 15 и 6 человек при соответствующем процентном значении 30,6%, 46,8%, 3,9% и 1,5%. Доля лиц без признаков поражения пародонтальных структур занимает в среднем 17,2% (67 человек).

У пародонтологических пациентов с аномалией зубочелюстной системы наиболее поражённым отделом пародонта является фронтальный участок на нижней челюсти, где число лиц со здоровым пародонтом составляет 13,9%. В данном сегменте у 3,3% обследованных пациентов с аномалиями зубов и челюстей отмечены пародонтальные карманы глубиной 4-5 мм, а также значительное число пациентов с зубными отложениями (62,5%) и кровоточивостью дёсен (20,3%). Следует отметить, что кровоточивость дёсен проявляется как равнозначный признак поражения пародонта наряду с зубными отложениями во всех пародонтальных сегментах.

У лиц с аномалиями зубочелюстной системы в боковых отделах нижней челюсти справа и слева в структуре признаков поражения пародонта зубные отложения составляют соответственно 42,3% и 37,8%. В этих же сегментах доля кровоточивости среди обследованных лиц составила соответственно 39,3% и 45,1%. В боковых отделах нижней челюсти справа и слева пародонтальные карманы глубиной 4-5 мм встречаются как менее равнозначный признак пародонтальной патологии у 1,2% и 1,5% обследованных соответственно. В исследуемых боковых отделах нижней челюсти не были обнаружены пародонтальные карманы глубиной свыше 6 мм.

В целом по группе обследованных лиц 20-60 лет и старше с наличием зубочелюстных аномалий распространённость признаков поражения пародонта по индексу нуждаемости в лечении названной патологии представлена в таблице 2.

Как видно из полученных материалов, среди обследованных пациентов с аномалиями зубочелюстной системы число лиц со здоровым пародонтом (СРITN-0) значительно меньше: в боковых отделах челюстей 14,4% и 16,4% соответственно справа и слева, во фронтальном отделе – 9,1%, при усреднённом значении 13,3% на одного обследованного.

Таблица 2

## Распространённость признаков поражения пародонта у пациентов с аномалиями зубочелюстной системы, %

Структура CPITN	Боковой отдел справа	Фронтальный отдел	Боковой отдел слева	В среднем	CPITN-4
CPITN-0	14,4	9,1	16,4	13,3	–
CPITN-1	40,3	39,9	37,8	39,3	0,36±0,12
CPITN-2	41,9	48,1	42,3	44,1	0,72±0,25
CPITN-3	3,4	2,9	2,7	3,0	0,33±0,14
CPITN-4	0,0	0,0	0,8	0,3	

В боковых отделах справа и слева значение сегментарного показателя по кровоточивости дёсен (CPITN-1) составило соответственно 40,3% и 37,8%, во фронтальном участке оно равнялось значением 39,9% при усредненном показателе 39,3%. Как и следовало ожидать, значительно больше пациентов с зубными отложениями (CPITN-2) во фронтальном участке (48,1%), нежели боковых отделах справа (41,9%) и слева (42,3%). Такое положение дел можно объяснить тем, что во фронтальном участке, как на верхней, так и на нижней челюстях, в большинстве случаев можно наблюдать аномалийное расположение и скученность зубов.

Распространенность сегментов пародонта с патологическими карманами глубиной 4-5 мм (CPITN-3) составила 3,4% и 2,7% соответственно в боковом отделе справа и слева, во фронтальном участке – 2,9% при среднецифровом её значении 3,0%. В отношении пародонтальных сегментов с глубиной кармана 6 мм и более (CPITN-4) не выявлены статистически значимые различия ( $p>0,05$ ), их распространенность составила всего лишь 0,3%.

Структурная оценка распространенность признаков заболеваний пародонта по индексу CPITN в зависимости от возраста обследованных лиц с аномалиями зубочелюстной системы свидетельствует о нижеследующем (табл. 3).

Таблица 2

## Общая распространенность индекса нуждаемости в лечении заболеваний пародонта при первичном осмотре у пациентов с аномалиями зубочелюстной системы (в % к общему числу обследованных)

Возраст (в годах)	Общая распространенность CPITN, %				
	CPITN-0	CPITN-1	CPITN-2	CPITN-3	CPITN-4
20-29	25,1±3,92	43,7±4,62	34,3±2,17	1,45±0,19	-
30-39	15,1±2,67	45,5±4,53	45,6±3,97	3,17±0,32	0,36±0,12
40-49	14,2±1,41	44,9±3,56	55,9±4,56	4,25±0,43	0,72±0,25
50-59	12,1±1,10	34,3±2,18	51,4±4,25	4,06±0,57	0,33±0,14
60 и >	-	27,9±1,23	33,4±2,20	2,13±0,36	0,11±0,02
В среднем	13,3±1,82	39,3±3,22	44,1±3,43	3,00±0,37	0,30±0,11

**Примечание:** CPITN-0 – нет признаков пародонтального поражения; CPITN-1 – кровоточивость десен; CPITN-2 – зубной камень; CPITN-3 – пародонтальный карман глубиной 4-5 мм; CPITN-4 – пародонтальный карман глубиной 6 мм и более

Обобщая данные проведенного нами исследования, можно заключить, что в возрастной группе 20-29 лет число лиц с интактным состоянием пародонтальных структур достигло 25,1±3,92%. В структуре признаков заболеваний пародонта распространенность кровоточивости десен и зубного камня составила соответственно 43,7±4,62% и 34,3±2,17%.

Минимальное значение выявлено в отношении пародонтального кармана глубиной 4-5 мм, распространенность которого в данной возрастной группе равнялась 1,45±0,19%.

У 30-39-летних лиц с аномалиями зубочелюстной системы распространенность сегментов пародонта с кровоточивостью десен, зубным камнем, пародонтальными

карманами глубиной 4-5 мм составила соответственно  $45,5 \pm 4,53\%$ ,  $45,6 \pm 3,97\%$  и  $3,17 \pm 0,32\%$ . В отношении сегментов с пародонтальными карманами глубиной 6 мм и более выявлена минимальная распространенность ( $0,36 \pm 0,12\%$ ).

Интенсивность здоровых сегментов пародонта в возрастных группах 40-49 и 50-59 лет составила соответственно  $14,2 \pm 1,41\%$  и  $12,1 \pm 1,10\%$  при практическом ее отсутствии в возрасте 60 лет и старше. Интенсивность сегментов с кровоточивостью десен в обследуемых возрастных группах (40-49 и 50-59 лет) составила соответственно  $44,9 \pm 3,56\%$  и  $34,3 \pm 2,18\%$  при сравнительно малом значении данного показателя ( $27,9 \pm 1,23\%$ ) у лиц в возрасте 60 лет и старше.

Интенсивность пародонтальных сегментов с зубным камнем достигла  $34,3 \pm 2,17\%$  в возрастной группе 20-29 лет,  $45,6 \pm 3,97\%$  - в 30-39 лет и  $55,9 \pm 4,56\%$ ,  $51,4 \pm 4,25\%$ ,  $33,4 \pm 2,20\%$  соответственно среди обследованных лиц в возрасте 40-49, 50-59, 60 лет и старше. Пародонтальные сегменты с карманами глубиной 4-5 мм составили  $1,45 \pm 0,19\%$ ,  $3,17 \pm 0,32\%$ ,  $4,25 \pm 0,43\%$ ,  $4,06 \pm 0,57\%$  и  $2,13 \pm 0,36\%$  соответственно в возрастных группах 20-29, 30-39, 40-49, 50-59 и 60 лет и старше.

Интенсивность сегментов с пародонтальными карманами глубиной 6 мм и более равнялась  $0,36 \pm 0,12\%$  в возрастной группе 30-39 лет и  $0,72 \pm 0,25\%$  - у 40-49-летних пациентов с аномалиями зубочелюстной системы. В последующих возрастных группах (50-59, 60 лет и старше) распространенность пародонтальных карманов глубиной 6 мм и более составила соответственно  $0,33 \pm 0,14\%$  и  $0,11 \pm 0,02\%$ .

Резюмируя полученные результаты, можно заключить, что высокий уровень пародонтологической заболеваемости взрослого населения обуславливает высокую потребность в лечении заболеваний пародонта. Структура потребности в пародонтологическом лечении зависит от наличия аномалии зубов и челюстей, а также возраста обследуемых. При этом статистически значимые различия более характерны для возрастной группы 40-49 лет.

Для реализации поставленной цели нами также была сформулирована задача оценить состояние зубодесневого прикрепления среди обследованного контингента (578 человек) с патологией пародонта, сочетающейся с аномалиями зубочелюстной системы. У лиц с заболеваниями пародонта в сочетании с аномалиями зубочелюстной системы в боковом отделе верхней челюсти справа потеря

зубодесневого прикрепления со значением не более 3 мм обнаружена у 434 (90,6%) обследованных лиц. В этом же отделе у 9,4% обследованных лиц (45 человек) потеря зубодесневого прикрепления достигла 4-5 мм. Среди обследованных пациентов в боковом отделе верхней челюсти слева степень потери зубодесневого прикрепления величиной до 3 мм и 4-5 мм составила соответственно 88,2% (343 человек) и 11,8% (46 человек). Степень потери зубодесневого прикрепления до 3 мм всё же регистрируется чаще (93,1%) во фронтальном отделе, чем в боковых отделах верхней челюсти. Напротив, потеря прикрепления величиной 4-5 мм реже встречается (6,9%) во фронтальном отделе верхней челюсти, чем в боковых отделах справа и слева (соответственно 9,4% и 11,8%).

Средняя величина потери зубодесневого прикрепления со степенью не более 3 мм в боковых отделах нижней челюсти справа и слева составила соответственно 91,4% и 45,3%. Значение исследуемого показателя во фронтальном отделе нижней челюсти достигло 70,3%. Интенсивность сегментов с потерей зубодесневого прикрепления 4-5 мм достигла 8,6% в боковом отделе нижней челюсти справа и 54,7% среди обследованного пародонтального сегмента слева при среднецифровом значении 29,7% во фронтальном отделе нижней челюсти.

#### **Заключение**

Таким образом, полученные в ходе данного исследования результаты убеждают в необходимости одномоментного решения комплекса взаимосвязанных и взаимно обуславливающих друг друга проблем, что даёт полное основание для активной реализации комплекса лечебно-профилактических мероприятий пародонтологического характера среди пациентов с патологией пародонта, сочетающейся с аномалиями зубочелюстной системы.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов*

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Аминджанова З.Р., Исмоилов А.А. Индексная оценка гигиенического состояния полости рта у больных, страдающих галитозом // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. Душанбе, 2017. № 4. С. 13-15.
2. Ёраков Ф.М., Махмудов Д.Т., Гурезов М.Р., Каримов С.М., Прокопьев В.В. Состояние пародонтального комплекса у пациентов с низким, средним и высоким уровнем привычной двигательной активности // Вест-

ник последипломного образования в сфере здравоохранения. Душанбе, 2018. № 4. С. 14-17.

3. Ибрагимов И.У., Юсупов З.Я., Каримов С.М. Оценка стоматологической заболеваемости и анализ профилактической активности среди работников кондитерских фабрик // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. Душанбе, 2017. № 2. С. 22-26.

4. Нуоров Д.И., Исмоилов А.А. 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.

#### REFERENCES

1. Amindzhanova Z. R., Ismoilov A. A. Indeksniy otsenka gigienicheskogo sostoyaniya polosti rta u bolnykh, stradayushchikh galitozom [Subscripted estimation of hygienic condition of oral cavity in patients, suffering halitosis]. *Vestnik Poslediplomnogo Obrazovaniya v Sfere Zdravookhraneniya – Herald of Institute of Postgraduate Education in Health Sphere*, 2017, No. 4, pp. 13-15.

2. Erakov F. M., Makhmudov D. T., Gurezov M. R., Karimov S. M., Prokopen V. V. Sostoyanie parodontalno-go kompleksa u patsientov s nizkim, srednim i vysokim urovnem privychnoy dvigatelnoy aktivnosti [Condition of parodontal complex beside patient with low, average and high level of accustomed motor activity]. *Vestnik Poslediplomnogo Obrazovaniya v Sfere Zdravookhraneniya – Herald of Institute of Postgraduate Education in Health Sphere*, 2018, No. 4, pp. 14-17.

3. Ibragimov I. U., Yusupov Z. Ya., Karimov S. M. Otsenka stomatologicheskoy zaboлеваemosti i analiz profilakticheskoy aktivnosti sredi rabotnikov konditerskikh fabrik [Estimation of dentistry diseases and analysis of preventive activity amongst workman of the confectionery factories]. *Vestnik Poslediplomnogo Obrazovaniya v Sfere Zdravookhraneniya – Herald of Institute of Postgraduate Education in Health Sphere*, 2017, No. 2, pp. 22-26.

4. Nurov D. I., Ismoilov A. A. Otsenka iskhodnoy velichiny emalevoy rezistentnosti v zavisimosti ot intensivnosti kariesa zubov u lits s otyagoshchennym anamnezom [Estimation of the source value of enamel resistance in depending of caries intensities beside persons with burdened anamnesis]. *Vestnik Poslediplomnogo Obrazovaniya v Sfere Zdravookhraneniya – Herald of Institute of Postgraduate Education in Health Sphere*, 2016, No. 3, pp. 38-42.

#### Сведения об авторах:

**Ашуров Гаюр Гафурович** – зав. кафедрой терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н., профессор  
**Джураев Джамшед Эркабоевич** – соискатель кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ  
**Каримов Сафарахмат Мунаварович** – доцент кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.  
**Султанов Мехрибон Шамшиевич** – директор клиники «Евродент», д.м.н.

#### Контактная информация:

**Каримов Сафарахмат Мунаварович** – тел.: +992 918616208

<sup>1</sup>Гаибов А.Г., <sup>2</sup>Раджабов М.Э., <sup>3</sup>Джабарова Т.С., <sup>1</sup>Лукьянов Н.Б.

## ВСТРЕЧАЕМОСТЬ И ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЕПРЕССИЙ У СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ТАДЖИКИСТАНА

<sup>1</sup>ГУ «Научно исследовательский институт профилактической медицины»

<sup>2</sup>ГУ «Республиканский кардиологический центр»

<sup>3</sup>ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

<sup>1</sup>Gaibov A.G., <sup>2</sup>Radjabov M.E., <sup>3</sup>Dzhabarova T.S., <sup>1</sup>Lukyanov N.B.

## THE PREVALENCE AND RELATIONSHIP OF DEPRESSION AND SOMATIC PATIENTS IN THE DEVELOPMENT OF CARDIOVASCULAR DISEASES OF THE POPULATION OF TAJIKISTAN

<sup>1</sup>State Institution "Scientific Research Institute of Preventive Medicine"

<sup>2</sup>State Institution "Republican cardiology center"

<sup>3</sup>State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"

**Цель исследования.** Определить частоту встречаемости депрессий у соматических больных, как фактора развития сердечно-сосудистых заболеваний, и пути их коррекции.

**Материал и методы.** Проведено добровольное и анонимное анкетирование по шкале Зунге среди 820 человек, из них мужчин - 516 (62,9%), женщин - 304 (37,1%) в возрасте 14 - 75 лет. В медико-социальном аспекте также опрашивались более 30 врачей и медицинских сестер разного профиля. Методы исследования - статистический, социологический, аналитический.

**Результаты.** Депрессии и сердечно-сосудистые заболевания встречаются в половине случаев (немногим более 50,0%), часто имея скрытое течение, оставаясь недиагностированными, без определения их причинно-следственной связи между собой. По официальным данным, в Таджикистане лишь более 3,0% трудоспособного населения страдает от депрессии, что при наличии высокого уровня суицидов представляется весьма сомнительной информацией.

**Заключение.** Недостаточная степень диагностики депрессий должна быть улучшена путем повышения качества работы специалистов кардиологической и психиатрических служб, с использованием существующих эффективных методов терапевтического воздействия на больных. Выявление и адекватное лечение необходимо проводить с использованием рациональной психотерапии и антидепрессантов.

**Ключевые слова:** депрессия, аффективные расстройства, психогенный фактор, сердечно-сосудистые заболевания, психотерапия, антидепрессанты

**Aim.** Determine the frequency of depression in somatic patients, as a factor in the development of cardiovascular diseases, and ways of their correction.

**Materials and methods.** A voluntary and anonymous survey on the Zung scale was conducted among 820 people, of whom men were 516 people (62,9 %), women 304 people (37,1%) at the age of 14 - 75 years. In addition, more than 30 doctors and nurses of different profiles were interviewed in the medical and social aspect. Research methods - statistical, sociological, analytical.

**Results.** Depression and cardiovascular disease occur in half of cases (a little more than 50.0%), often having a latent course, remaining undiagnosed, without determining their causal relationship with each other. In Tajikistan,

only more than 3.0% of the working-age population suffers from depression, which, in the presence of a high level of suicides, is very questionable information.

**Conclusion.** Insufficient diagnosis of depression and cardiovascular diseases should be improved by improving the quality of work of specialists of cardiological and psychiatric services, using existing effective methods of therapeutic effects on patients. Accordingly, the identification and adequate treatment should be carried out using rational psychotherapy and antidepressants.

*Key words:* depression, affective disorders, psychogenic factor, cardiovascular diseases, psychotherapy, antidepressants

---

### **Актуальность**

Начало XXI века характеризуется высоким уровнем стресса и напряжения, экономического кризиса, безработицы, бедности, роста уровня некоторых заболеваний и смертности [6]. При этом более 300 миллионов человек в мире живут с депрессией, уровень которой поднялся более чем на 18,0% за период с 2005 по 2015 годы. Более 15,0% больных совершают самоубийства, причем среди всех случаев в 60,0% их причиной является депрессия [1, 3].

Такие заболевания, как ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, острые нарушения мозгового кровообращения, гипертония, инсульты, эндокринные патологии, снижение потенции, семейные конфликты, разводы являются основными факторами риска ее развития [5, 7]. В частности, сердечно-сосудистые заболевания возникают у людей, которые живут с чувством постоянной неудовлетворенности положением в жизни, приводящему к внутреннему стрессу, тем более, если она сочетается со стрессом извне.

Расстройствами от последней страдают более 25,0% жителей Европы, занимая четвертое место среди всех заболеваний, по общей оценке с учетом расходов на обследование, лечение и профилактику, ежегодно составляющих более 136,3 млрд. евро [2].

Высокая распространенность их в разных возрастных группах, в т.ч. среди молодежи, хотя считалось, что сердечно-сосудистые заболевания присущи людям старшего поколения, а инфаркт может развиваться не раньше 50 лет, делает актуальной задачу исследования факторов, влияющих на возникновение и развитие депрессивных состояний.

### **Цель исследования**

Определить частоту встречаемости депрессий у соматических больных, как фактора развития сердечно-сосудистых заболеваний, и пути их коррекции.

### **Материал и методы исследований**

Проведено анкетирование 820 человек по шкале Зунге, из них мужчин 516 (62,9%), женщин - 304 (37,1%) в возрасте 14-75 лет. Кроме того, в медико-социальном аспекте

опрашивались более 30 врачей и медицинских сестер разного профиля.

Использованы известные статистические, социологические методологии, а также методы системного подхода и системного анализа.

### **Результаты и их обсуждение**

Депрессия - наиболее частая и тяжелая форма психической патологии у пациентов, часто обращающихся в учреждения первичной медико-санитарной помощи. В то же время, при отсутствии поддержки и наличии опасений стигматизации многие из них не обращаются за лечением, необходимым для восстановления здоровой и продуктивной жизни [4].

Многие исследователи и специалисты разделяют симптомы депрессии на два типа: психологические (грусть, отчаяние, уныние, низкая самооценка, апатия, ощущение вины, сомнительность, тревожность, зависть, бесполезность, неуверенность, ненужность, раздражительность, лабильность, мысли о самоубийстве) и биологические (нарушение сна, усталость, ангедония - «неспособность получить удовольствие от жизни», чувство пустоты, приступы паники, нарушение аппетита, запоры, чувство страха и т.д.).

На наш взгляд, симптомы третьего типа депрессии связаны с такими социально-экономическими факторами, как потеря бизнеса, жилья, банкротство, безработица, долги, насилие, бедность, одиночество, семейные проблемы, разводы, алкоголизация, наркомания, снижение потенции и др.

По данным международных исследований, частота встречаемости депрессий среди здоровых людей варьирует от 5,7% до 11,0% - у мужчин и от 10,5% до 22,0% - у женщин. У подростков депрессия встречается в 15,0-40,0%, у взрослых - в 5,7-22,0%, у пожилых - до 60,0% случаев.

Разный уровень депрессий в отдельные периоды жизни, с одной стороны, связан с социальными факторами, с другой стороны - обусловлен физиологическими процессами. К примеру, до 45-50-летнего возраста у женщин имеется «эстрогеновый щит» организма, однако после наступления менопаузы

частота депрессий резко возрастает. При этом среди бесплодных женщин она составляет в среднем 28,0%, у женщин, способных родить естественным путем, - только в 3,0% случаев. Количество субклинических, «скрытых» депрессий намного выше.

Встречаемость депрессий среди больных с наличием сердечно-сосудистых заболеваний значительно выше, чем у пациентов с другими патологиями. Высокий уровень стресса и напряжения и низкие адаптивные и компенсаторные психологические способности человека приводят к увеличению тревожных состояний, сопровождающихся ощущениями дискомфорта, страха, неуверенности, нарушениями сна, общей слабости. Более того, примерно в 60,0% случаев они часто повторяются, длятся долго и нередко переходят в аффективные расстройства.

В Таджикистане число лиц, страдающих различными формами депрессий, составляет более 3,0% активного трудоспособного населения. В 2015 года в стране вследствие суицида покончили с жизнью 400 молодых женщин. По результатам комплексной оценки 820 кардиологических и неврологических больных - жителей всех регионов, в равной степени представляющих городское и сельское население, различного социального статуса и пола были обнаружены признаки различных форм депрессий у 50,3% больных (47,5% - у мужчин и 53,1% - у женщин). Среди больных с аффективными расстройствами и объективно нуждающихся в медицинской помощи, только у 52,0% из них врачи признавали необходимость ее оказания. В остальных случаях патология выявлялась в результате анкетирования, тестирования и дополнительных исследований, что свидетельствует о заниженной оценке проблемы депрессий как у специалистов, так и пациентов.

Исследование показало, что 412 (50,2%) больных депрессией первоначально обращались к врачам общей практики, которые правильный диагноз устанавливали только в 24,7% случаев, так как на обычном врачебном приеме не всегда имелась возможность разграничить физиологические проявления депрессии и наличие истинного соматического заболевания. К тому же в 70,0% случаев у больных встречались: гипервентиляция легких, головные боли, вегетативная гиперреактивность, гипестезия, парестезии, боли различной локализации, не имеющие соматической причины, а также тяжесть в груди, острые загрудинные боли, не связанные с заболеваниями сердца, нарушения глотания, изменения аппетита, запоры, поносы,

дрожь, потливость, слабость, сухость во рту, нарушения сна.

При депрессии нарушаются биохимические процессы в организме человека, в частности уменьшается уровень медиаторов, передающих информацию между нейронами мозга. В отличие от естественной грусти, она ощущается им намного интенсивнее и дольше, имеет физиологические выражения, сильно влияющее на общее самочувствие и работоспособность.

Однако неизвестна степень начавшейся депрессии, определившей развитие сердечно-сосудистой патологии, и пределы подобной ассоциации. Наряду с ранним началом, известны случаи манифестации депрессии и в более позднем возрасте, в частности, вследствие сосудистых изменений в головном мозге лиц, перенесших инсульт.

Аффективные расстройства повышают реактивность тромбоцитов, выработку тромбоцитарного фактора IV, фибриногена, внутриклеточного кальция и фактора VII, что приводит к вазоконстрикции и повышенному тромбообразованию. Кроме того, активируется гипоталамо-гипофизарная система и надпочечники, что вызывает повышение уровней кортизола, стероидов, катехоламинов, инсулинорезистентности и соответствующего риска сердечно-сосудистых осложнений. У большинства пациентов, имеющих депрессию, наблюдается астения, снижение двигательной активности, уменьшение толерантности к различным видам раздражителей (звук, свет, движение). В 60,0% случаев выявлены такие нарушения, как отказ от пищи или, наоборот, полифагия, что создает дополнительный риск в форме повышенной массы тела.

Формирование психогенного расстройства зависит не только от соматического заболевания. При уменьшении адаптивных способностей, отсутствии гибкости, умения приспособливаться, расслабляться естественными способами (не прибегая к алкоголю, наркотикам и другим психотропным препаратам), когда психологический ответ гораздо выше травмирующей ситуации, риск развития депрессии повышается.

Во время течения основного соматического заболевания пациент начинает осознавать и прогнозировать болезнь, возможные ее осложнения и социальные последствия. При адекватном отношении психологические резервы высокие, болезнь протекает относительно благоприятно.

Однако нередко психологическая дезорганизация во время течения основного

заболевания бывает настолько сильная, что приводит к нозогенной депрессии. В данном случае происходит процесс формирования сложных коморбидных связей, часто требующих специального лечения, включающего способы активизации образования нейромедиаторов - серотонина, гистамина, дофамина, что приводит к нарушению нейромышечной передачи и последующим соматическим проявлениям.

При депрессиях пациент часто предъявляет жалобы на симптомы самых различных заболеваний, не имеющих клинических проявлений. После соответствующей психотерапии, приема антидепрессантов, спазмолитиков они полностью исчезли либо значительно уменьшились. В то же время в 40% случаев сердечно-сосудистых заболеваний и депрессий, имеющих выраженные клинические проявления (изменения на ЭКГ, энцефаллограмма, отеки, цианоз, сердечно-сосудистая декомпенсация), жалобы на соматическое заболевание либо были стертыми, уменьшенными или даже отсутствовали.

Клинические депрессии как у больных кардиологического профиля, так и у больных с другими соматическими заболеваниями имеют разное течение, тяжесть и формы. У 70,0% больных встречались тревожно-фобические, тревожно-депрессивные, астено-депрессивные и истероидно-депрессивные формы, реже - депрессивно-ипохондрические, шизотипические расстройства и циклотимия. Тяжелые депрессии наблюдаются примерно у более 20% больных кардиологического и неврологического профилей.

Для соматических больных, имеющих различные формы депрессий, характерна достаточная резистентность к терапии основного заболевания. Это связано как с дефицитом серотонина, дофамина, так и сниженным эмоциональным фоном, а также низкой приверженностью к лечению, характерным для некоторой части населения нашей страны.

По данным экспертов ВОЗ, примерно половина числа хронических больных не выполняют медицинские рекомендации, и только обострение болезни заставляет их вновь обратиться за медицинской помощью и выполнять рекомендации специалистов. При включении в схемы лечения антидепрессантов у 75,0% таких больных наблюдается заметное улучшение соматического статуса на прежней терапии.

Однако следует учитывать, что 65,0% больных в таких случаях отказываются признавать наличие у них психических расстройств либо обращаться за помощью прежде всего к те-

рапевту, затем к психиатру. И в случае, если у них нет суицидальных мыслей, галлюцинаций, отказа от сотрудничества с врачом, то лечение депрессии у них может проводить лечащий врач. Наиболее эффективной и доступной формой воздействия является рациональная психотерапия. Между тем, по данным анкетирования, 68,0% больных сталкиваются с грубостью, равнодушием и невниманием медицинских работников, что непосредственно влияет на психологическое состояние и здоровье пациентов.

Наиболее простой и доступной формой психотерапевтической помощи является разъяснение, убеждение, закрепление, которые в своей практике может использовать врач любого профиля. Добавление в схемы лечения соответствующей психотропной терапии и лечения нетрадиционными методами, в т.ч. народными средствами, приводит к значительному улучшению состояния больных, в первую очередь за счет уменьшения психической патологии.

При этом важно подчеркнуть, что заболевания сердечно-сосудистой системы должны лечиться более эффективно, чтобы предотвратить появление аффективных расстройств.

#### **Заключение**

Аффективные расстройства, в частности депрессии, встречаются примерно у 50,0% больных сердечно - сосудистыми заболеваниями, нередко имеют скрытое течение, оставаясь недиагностированными. Депрессия является фактором риска и пусковым механизмом сердечно-сосудистых заболеваний, имеющих причинно-следственные связи, ухудшение течения одного заболевания может усугублять симптоматику другого.

«Соматизирование» депрессии приводит к появлению «масок» несуществующих заболеваний либо к уменьшению жалоб и неадекватной оценке больным своего состояния, даже при выраженных клинических нарушениях в функционировании сердечно-сосудистой системы.

Больные, имеющие коморбидные заболевания, аффективные расстройства и сердечно-сосудистые заболевания, при отсутствии суицидальных мыслей, галлюцинаций и постоянно сотрудничающие с врачом, могут получать соответствующее лечение, причем наиболее эффективными методами, с использованием рациональной психотерапии и антидепрессантов.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов*

ЛИТЕРАТУРА (п. 7 см. в REFERENCES)

1. Авдеев Д.А. Депрессия - как страсть и как болезнь. М.: Мир, 2002. 195 с.

2. Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смудевич А.Б. и др. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общей медицинской практике. Результаты программы КОМПАС // Кардиология. 2004. №1. С. 48-55.

3. Погосова Н.В. Депрессия - новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти // Кардиология. 2002. №4. С.86-92.

4. Смудевич А.Б., Сыркин А.Л. Психокardiология. М., 2005. 777с.

5. Статистика суицидов в России // Блог о России URL: <https://bcb.su/statistika-suicidov-v-rossii-2017.htm>

6. Профилактика депрессии в Европейском регионе ВОЗ. Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген, 2016. 16 с.

REFERENCES

1. Avdeev D. A. *Depressiya - kak strast i kak bolezni* [Depression as a passion and as a disease]. Moscow, Mir Publ., 2002. 195 p.

2. Oganov R. G., Olbinskaya L. I., Smulevich A. B., *Depressii i rasstroystva depressivnogo spektra v obshchemeditsinskoj praktike. Rezultaty programmy KOMPAS* [Depressions and disorders of depressive spectrum in General medical practice. The results of the program COMPASS.]. *Kardiologiya – Cardiology*, 2004, No. 1, pp. 48-55.

3. Pogosova N. V. *Depressiya - novyy faktor riska ishemicheskoy bolezni serdtsa i prediktor koronarnoy smerti* [Depression is a new risk factor for coronary heart disease and a predictor of coronary death.]. *Kardiologiya – Cardiology*, 2002, No. 4, pp. 86-92.

4. Smulevich A. B., Syrkin A. L. *Psikhokardiologiya* [Psychocardiology]. Moscow, 2005. 777 p.

5. *Statistika suitsidov v Rossii* [Statistics of suicides in Russia]. Blog o Rossii. Available on: <https://bcb.su/statistika-suicidov-v-rossii-2017.htm>

6. *Profilaktika depressii v Evropeyskom regione VOZ. Evropeyskoe regionalnoe byuro VOZ* [Preventing depression in the WHO European Region. WHO regional office for Europe]. Kopenhagen, 2016. 16 p.

7. Ruo B., Rumsfeld J. S., Hlatky M. A. Depressive symptoms and health-related quality of life: the Heart and Soul Study. *JAMA*, 2003, No. 290, pp. 215-221.

**Сведения об авторе:**

**Гаибов Амонуло Гаибович** – зав. отделом профилактики неинфекционных заболеваний ГУ «Научно-исследовательский институт профилактической медицины Таджикистана»

**Раджабов Музафар Эмом** – директор ГУ «Республиканский кардиологический центр»

**Джабарова Тахмина Солиджановна** – зав. кафедрой общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением с курсом медицинской статистики ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

**Лукьянов Николай Борисович** – профессор отдела профилактики неинфекционных заболеваний ГУ «Научно-исследовательский институт профилактической медицины Таджикистана»

**Контактная информация:**

**Джабарова Тахмина Солиджановна** – тел.: +992 907 90 88 44

*Джонгирхонов Л.М., Ибодов Х., Рофиев Р., Давлатов С.Б., Икромов Т.Ш.*

## ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ИНВЕРТОГРАФИИ У ДЕТЕЙ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ

Кафедра детской хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

*Dzhongirkhonov L.M., Ibodov Kh., Rofiev R., Davlatov S.B., Ikromov T.Sh.*

## DIAGNOSTIC VALUE OF INVERTORY IN CHILDREN WITH ANORECTAL MALFORMATIONS

Department of Children's Surgery of State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan"

---

**Цель исследования.** Оптимизация метода инвертографии у детей с аноректальными пороками развития.

**Материал и методы.** Нами анализированы результаты инвертографических исследований 120 детей с аноректальными пороками развития в возрасте от 0 до 5 лет. Пороки развития представлены атрезией ануса, атрезия ануса и прямой кишки, эктопией ануса и клоакальной формой атрезии. Отмечались свищевые формы атрезии ануса и прямой кишки; свищи в мочевого пузыря, в уретру, в преддверие влагалища, в матку, промежность, промежностная эктопия ануса, клоакальная форма атрезии. Кроме клинико-биохимических исследований всем детям в зависимости от вида порока развития проведены целенаправленные инвертографические и ультразвуковые исследования.

**Результаты.** Инвертография по методу Вангенстина выполнена 35 (29,1%) больным. Нами модифицирована методика Narasimhao, по которой обследованы 85 (70,8%) детей. У 82 (68,3%) новорожденных инвертограмма произведена в срок от 24 до 30 часов после рождения. При подозрении на высокую форму атрезии прямой кишки с наличием мекония в моче у 13 детей выполнены экскреторная урография и цистография. При этом у 2 пациентов обнаружен ректоуретральный, у 11 - ректовезикальный свищи.

**Заключение.** Инвертографическое исследование при аноректальных пороках развития является одним из основных методов исследования для установки правильного диагноза, выбора методов оперативного лечения и профилактики осложнений в ближайшем и отдаленном периодах после операции.

**Ключевые слова:** дети, аноректальные пороки, инвертография

**Aim.** Optimization of the invertography method in children with anorectal malformations.

**Materials and methods.** We analyzed the results of invertergraphic studies of 120 children with anorectal malformations at the age of 0 to 5 years. Malformations are presented: atresia of the anus, atresia of the anus and rectum, ectopia of the anus and cloacal form of atresia. Fistula forms of atresia of the anus and rectum were 35 (29,1%) of 120 patients; fistula in the bladder was noted in 11 (9.1%) cases, fistula in the urethra-in 2 (1.6%), fistula in the vestibule of the vagina-in 12 (10%), fistula in the uterus-in 2 (1.6%), perineum-in 5 (4.1%), perineal ectopia of the anus-in 10 (8.3%), cloacal form of atresia-in 3 (2.5%). In addition to clinical and biochemical studies, all children, depending on the type of malformation, underwent targeted invertography and ultrasound examinations.

**Results.** Invertography using the Wangenstein method was performed in 35 (29.1%) patients. We modified the Narasimha method, which examined 85 (70.8%) children. n 82 (68.3%) newborns, the invertogram was performed within 24 to 30 hours after birth. If a high form of rectal atresia with the presence of meconium in the urine is suspected, excretory urography and cystography were performed in 13 children. At the same time, rectourethral fistula was found in 2 patients and rectovesical fistula in 11 patients.

**Conclusion.** Invertographic research in anorectal malformations is one of the main research methods for establishing the correct diagnosis, choosing methods of surgical treatment and prevention of complications in the near and long-term periods after surgery.

**Key words:** children, anorectal malformations, invertebrate

---

### **Актуальность**

Аноректальные пороки - наиболее часто встречающиеся пороки развития в работе детского хирурга. По данным литературы, аноректальные пороки встречается от 1:500 до 1:5000 новорожденных [1, 2, 5]. Интерес детских хирургов к аноректальным порокам развития велик. Начало 20 столетия ознаменовалось внедрением нового подхода к их диагностике и лечению. При помощи лучевой диагностики на сегодняшний день стало возможным определение расстояние дистального конца атрезированной кишки и предполагаемого ануса, состояние пуборектальной мышцы и мышцы наружного и внутреннего сфинктеров, а также наличие органного свища [3, 4]. Метод определения слепого конца атрезированной кишки, предложенный Вангенстином в 30 годы прошлого столетия, являлся классическим и применялся всеми детскими хирургами. Однако, с развитием современных технологий метод Вангенстина стал отходить на второй план. Narasimhao в 1983 году предложил модифицированный метод Вангенстина, который заключается в приподнятии тазового конца на 45 градусов с выполнением инвертограммы. Несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении аноректальных пороков развития, данная проблема все еще далека от своего полного решения.

### **Цель исследования**

Оптимизация метода инвертографии у детей с аноректальными пороками развития.

### **Материал и методы исследований**

Нами анализированы результаты инвертографических исследований 120 детей с аноректальными пороками развития. Возраст детей от 0 до 5 лет. Пороки развития были следующие: атрезия ануса – 57(47,5%), атрезия ануса и прямой кишки – 63 (52,5%). Свищевые формы атрезии ануса и прямой кишки составляли 35 (29,1%) из 120 больных; свищ в мочевого пузырь имелся в 11 (9,1%) случаях, свищ в уретру – в 2 (1,6%), свищ в преддверие влагалища – в 12 (10%), свищ в матку – в 2 (1,6%), промежность – в 5 (4,1%), промежностная эктопия ануса – в 10 (8,3%), клоакальная форма атрезии – в 3 (2,5%). Кроме клинко-биохимических исследований всем детям в зависимости от вида порока развития проведены целенаправленные инвертографические исследования. Ультразвуковое исследование выполнено 25 (20,8%) больным.

Статистическая обработка материала проведена методом вариационной и разностной статистики с вычислением  $M \pm m$

и оценкой достоверности результатов по критерию Стьюдента. Обработка цифрового материала осуществлялась на компьютере Pentium 4 XP.

### **Результаты и их обсуждение**

Рентгенологическое исследование органов брюшной полости и грудной клетки у новорожденных необходимо начать с обзорного снимка, после чего можно провести инвертографическое исследование. Обзорная рентгенография должна полностью охватывать все отделы грудного позвоночника с целью правильного подсчета количества позвонков в каждом отделе. Диагностическая ценность этого исследования выше в ранние сроки проведения, так как при запоздалом обследовании происходит затемнение скопившимися газами этой части кишки. В таком случае сакральный отдел позвоночника плохо визуализируется. При выполнении качественного рентгенологического исследования параллельно можно определить состояние легких, сердца, выявить аномалии позвоночника и исключить непроходимость двенадцатиперстной кишки, которые могут сочетаться с пороками развития аноректальной области. Рентгенография в положении стоя в раннем периоде после рождения сделана всего 56 (46,7%) новорожденным.

Важным шагом в диагностике аноректальных пороков является определение уровня слепого мешка. С этой целью мы в своей работе использовали метод инвертографии. Инвертография по методу Вангенстина выполнена 35 (29,1%) больным. В дальнейшем нами модифицирована известная методика Narasimhao, по которой инвертография проведена у 85 (70,8%) детям. Модификация метода заключается в следующем: новорожденному с атрезией ануса и прямой кишки с профилактической целью производится зондирование желудка, после чего ребенок укладывается на специально разработанный столик, оборудованный для инвертографического исследования, в положении на животе с опущенной вниз головкой. На инвертограммах при этом определяется высота стояния слепого мешка от метки, расположенной на промежности, в области предполагаемого ануса. Метка выполняется с помощью укрепленного лейкопластыря, на которой нанесено контрастное вещество. Высокой формой, по нашим данным, считается, когда слепой мешок расположен на расстоянии 3,0 см от метки. С высокой атрезией прямой кишки было 13 (10,8%) пациентов. В большинстве случаев – 25 (20,8%)

– при раннем выполнении инвертографии получена неправильная информация. Это связано с тем, что исследование проведено от 12 до 23 часов. В норме у новорожденного проглоченный воздух при рождении только через 8-14 часов достигает прямой кишки. А для того, чтобы получить правильную информацию, инвертографию необходимо проводить не раньше 24-30 часов. К этому времени в прямой кишке собирается достаточное количество мекония и газа, что приводит к раскрытию имеющихся органных и неорганных свищей и анального канала. Ретроспективный анализ историй болезней показывает, что до 14 часов инвертограммы сделаны у 35 (29,1%) новорожденных, до 23 часов - у 3 (2,5%). И это, соответственно, привело к диагностическим ошибкам и принятию неверного решения о методе хирургического лечения. У 82 (68,3%) новорожденных инвертограмма произведена от 24 до 30 часов после рождения.

При выполнении инвертографии у новорожденных по предложенной нами методике необходимость в компрессии живота с целью повышения внутрибрюшинного и внутрикишечного давления отпадает, так как при правильной положении ребенка на животе сам по себе создается эффект компрессии. Такая методика приводит к раскрытию имеющейся нормально сформированной, но нефункционирующей части анального канала.

Как известно, при вязком меконии терминальный отдел слепого мешка не всегда хорошо заполняется газом. В связи с этим необходимо ребенка 1-2 минуты подержать на разработанном столике с опущенным головным концом, затем выполнить инвертограмму. Следует добавить, что предварительно в желудок вставляется зонд для его декомпрессии.

При подозрении на высокую форму атрезии прямой кишки с наличием мекония в моче у 14 (14,6%) детей проведена экскреторная урография и цистография. При этом у 3 (2,5%) пациентов выявлены ректоуретральные свищи, а у 11 (9,1%) – ректовезикальные.

У 35 больных со свищевыми формами атрезии произведено рентгенологическое исследование, цель которого заключалась в определении функционального состояния и степени повреждения аноректальных структур и кишечника вследствие нарушения акта дефекации. Нами применены дозированная ирригография и рентгенологическое исследование с катетером Фолея (19).

При ирригографии свищевых форм аноректальных пороков развития определили наличие мегаколона у 23 – 19,1% детей.

Дозированная ирригография основана на стандартизации условий выполнения процедуры по давлению, при которой производится заполнение толстой кишки и по фактической её вместимости.

Перед выполнением ирригографии с контрастом для подготовки кишечника производится однократная очистительная клизма с гипертоническим раствором (1% раствором поваренной соли). Исследование ведется в горизонтальном положении больного. Взвесь бария, приготовленная на 1% растворе поваренной соли, вводится из аппарата Боброва под наблюдением внутрикишечного давления. Создаваемое нами давление было от 50 до 60 мм рт. ст.

Рентгенограммы выполнены в двух проекциях (прямой и боковой). Применение дозированной ирригографии даёт возможность изучить моторику измененной части толстой кишки (удержания и дефекации), объем и величину аноректального угла, а также степень расширения толстого кишечника (мегаколон). При эктопии анального канала рентгенологическое исследование производится с применением катетера Фолея, установленного в преддверии влагалища или промежности. Этот способ необходимо выполнять под кратковременным обезболиванием. До начала рентгенологического исследования предварительно к месту предполагаемого наружного сфинктера прикрепляется метка. В прямую кишку через свищевой канал-ход вводится катетер Фолея. После введения в его резиновый баллончик 3-5 мл воздуха или раствора, последний раздувается и низводится до упора. После этого раздутый баллончик легко проникает в анальный канал и задерживается в области суженной его части, при этом явно очерчивая его начало. При выполнении боковой рентгенограммы четко определяется расстояние суженной части (от нижнего контура баллончика до метки), и это расстояние является истинным диастазом задней стенки эктопированного анального канала. Зона диастаза зависит от степени ригидности элементов аноректальной зоны. При ригидности стенок анального канала, а также сфинктерного комплекса отмечается затруднение в низведении баллончика по суженной части канала.

В таких случаях расстояние (диастаз) между меткой и нижним контуром канала может

быть большим. Необходимо отметить, что введение контрастного вещества (бариевой взвеси) через основной просвет катетера в прямую кишку позволяет заполнить все отделы толстой кишки. Таким образом можно получить основные сведения о её величине, как и при выполнении дозированной ирригографии.

#### **Заключение**

Таким образом, рентгенологическое исследование при аноректальных пороках развития является простым, доступным и одним из основных методов исследования для установки правильного диагноза, выбора методов оперативного лечения и профилактики осложнений в ближайшем и отдаленном периодах после операции.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов*

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. М.: Медицинское информационное агентство, 2006. 430 с.
2. Кайзер Андреас М. Колоректальная хирургия. М.: БИНОМ, 2011. 737 с.
3. Ормантаев К.С., Ахпаров Н.Н., Аипов Р.Р. Атлас аноректальных мальформаций у детей. Алматы, 2011. 171 с.
4. Султонов Ш.Р., Расулов С.С., Рахмонов Ш.Дж., Гуриев Х.Дж. Диагностика и лечение острых заболеваний органов малого таза у детей // Здравоохранение Таджикистана. 2017. №3. С. 65-72.
5. Шапов Н.Ф. Диагностика и лечение низких форм аноректальных пороков у новорожденных // Детская хирургия. 2014. №2. С. 34-38.

#### **REFERENCES**

1. Vorobev G. I. *Osnovy koloproktologii* [Basics of coloproctology]. Moscow, Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo Publ., 2006. 430 p.
2. Kayzer Andreas M. *Kolorektalnaya khirurgiya* [Colorectal surgery]. Moscow, BINOM Publ., 2011. 737 p.
3. Ormantayev K. S., Akhparov N. N., Aipov R. R. *Atlas anorektal'nyy malformatsiy u detey* [Atlas of anorectal malformations in children]. Almaty, 2011. 171 p.
4. Sul'tonov Sh. R., Rasulov S. S., Rakhmonov Sh. Dzh., Guriev Kh. Dzh. Diagnostika i lechenie ostrykh zabolovaniy organov malogo taza u detey [Diagnosis and treatment of acute diseases of the pelvic organs in children]. *Zdravookhranenie Tadzhikistana – Health Care of Tajikistan*, 2017, No. 3, pp. 65-72.
5. Shchapov N. F. Diagnostika i lechenie nizkikh form anorektal'nykh porokov u novorozhdennykh [Diagnosis and treatment of low forms of anorectal malformations in newborns]. *Detskaya Khirurgiya – Pediatric Surgery*, 2014, No. 2, pp. 34-38.

#### **Сведения об авторе:**

*Джонгирхонов Лоик Махмадхонович* – соискатель кафедры детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ИПОвСЗ РТ

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

*Давлатов Сайфулло Бобоев* – доцент кафедры анестезиологии, реаниматологии и детской хирургии ИПОвСЗ РТ, д.м.н.

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

*Икромов Турахон Шарбатovich* – зав. кафедрой анестезиологии, реаниматологии и токсикологии детского возраста ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н.

#### **Контактная информация:**

*Рофиев Рауф Рофиевич* – тел. +992 918-21-89-50; e-mail: rofiev.rauf@mail.ru

© Коллектив авторов, 2019

УДК 613.84; 616.89-008.441.33; 614.88

Кабиров К.М., Абдулхаева Ш.Р., Мирзоева З.А., Гуломова М.О., Гуламадшоева М.Н.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО РУКОВОДСТВА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ, ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ НА УРОВНЕ ПМСП, ОСНОВАННЫХ НА ПРИНЦИПАХ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ, ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ КОНТРОЛИРУЕМОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Кафедра семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ

*Kabirov K.M., Abdulhaeva Sh.R., Mirzoeva Z.A., Gulomova M.O., Gulamadshoeva M.N.*

## EFFICIENCY OF THE IMPLEMENTATION OF A CLINICAL MANUAL ON PREVENTION, DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF TOBACCO DEPENDENCE AT THE LEVEL OF PRIMARY MEDICAL AND SANITARY CARE, BASED ON THE PRINCIPLES OF EVIDENCE-BASED MEDICINE, TO ACHIEVE A CONTROLLED COURSE OF BRONCHIAL ASTHMA

Department of Family Medicine of State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"

---

**Цель исследования.** Изучить и анализировать распространенность различных аспектов табачной зависимости у больных бронхиальной астмой (БА) на уровне первичной медико-санитарной помощи.

**Материал и методы.** Для изучения структуры табачной зависимости у больных БА использовалось тестирование по Фагерстрому. Было протестировано 40 пациентов в ГЦЗ №1 города Душанбе.

**Результаты.** У курящих, не желающих бросить курить, пациентов в настоящее время прослеживалась высокая табачная зависимость. В то время как у курящих пациентов, желающих бросить курить, отмечалась средняя табачная зависимость. Среди бывших курильщиков, бросивших курить недавно, уменьшилось количество эпизодов обострений БА, в связи с чем необходимость использования системных глюкокортикостероидов среди них уменьшалось.

**Заключение.** Семейный врач может эффективно оценить статус курения у каждого человека, посещающего медицинское учреждение. Тест по Фагерстрому даёт хороший результат для выявления табачной зависимости среди курящих пациентов, что определяет дальнейшую тактику мотивационного консультирования и комбинационную терапию.

**Ключевые слова:** табак, табачная зависимость, семейный врач, мотивационное консультирование

**Aim.** To study and analyze the prevalence of various aspects of tobacco dependence in patients with asthma at the level of primary health care in Tajikistan.

**Material and methods.** To study the structure of tobacco dependence in patients with asthma, Phagerstrom testing was used. Forty patients were tested in City Health Center No. 1 in Dushanbe.

**Results.** Smoking patients who do not want to quit smoking now have a high tobacco dependence. While smoking patients who want to quit smoking now has an average tobacco dependence. Among former smokers who quit smoking, the number of exacerbations of asthma exacerbations has recently decreased, and therefore the need to use systemic corticosteroids in these patients has decreased.

**Conclusion.** A family doctor can effectively evaluate the smoking status of each person attending a medical facility. The Phagerstrom test gives a good result for identifying tobacco dependence among smoking patients, which determines the further tactics of motivational counseling and combination therapy.

**Key words:** tobacco, tobacco addiction, family doctor, motivational counseling

---

### **Актуальность**

Употребление табака является одной из самых значительных угроз для здоровья, когда-либо возникавших в мире. Оно ежегодно приводит почти к 6 миллионам случаев смерти, из которых более 5 миллионов случаев происходит среди потребителей и бывших потребителей табака и более 600 000 - среди некурящих людей, подвергающихся воздействию вторичного табачного дыма.

Почти 80% из более чем одного миллиарда курильщиков в мире живет в странах с низким и средним уровнями дохода, на которые приходится самое тяжелое бремя связанных с табаком болезней и смертности.

В соответствии с Рамочной конвенцией Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) по борьбе против табака, в Европейском регионе на 2015-2025 гг. стоит задача по снижению уровня распространенности употребления табака как минимум на 30% к 2025 году. Правительство Республики Таджикистан приняло на себя обязательство по поддержке потребителей табака бросить курить, в соответствии с обязательствами в рамках Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ) (Статья 14). Таджикистан ратифицировал РКБТ 21 июня 2013 года, и она официально вступила в силу для страны 19 сентября 2013 года. В 2010 году впервые, а затем 2 января 2018 г. принят Закон Республики Таджикистан «Об ограничении использования табачных изделий».

При технической поддержке ВОЗ в Таджикистане в 2016-2017 гг. проведено исследование STER, отдельный блок вопросника которого включал подборную информацию о курении. В настоящее время готовится аналитический отчет по исследованию [3].

Табачная зависимость - это хроническое, прогрессирующее заболевание, являющееся наиболее серьезным независимым фактором риска развития новообразований, болезней дыхательной, сердечно-сосудистой и других систем, требующее повторных вмешательств и многочисленных попыток бросить курить. Подход к табачной зависимости, как к хроническому заболеванию, требует своевременной диагностики и лечения, обуславливая особое значение обеспечения пациентов, регулярных консультаций и советов врача [1-6].

### **Цель исследования**

Изучить и анализировать распространенность различных аспектов табачной зависимости у больных бронхиальной астмой (БА) на уровне первичной медико-санитарной помощи.

### **Материал и методы исследования**

Для изучения структуры табачной зависимости среди больных БА Городского центра здоровья №1 города Душанбе использовался тест Фагерстрёма. В ГЦЗ №1 города Душанбе было обследовано 40 пациентов, из них 11 женщин (27,5%) и 29 мужчин (72,5%), которые состояли на учете у семейного врача с диагнозом БА с табачной зависимостью различной степени.

Все пациенты были разделены по возрасту:

– дети и подростки (в возрасте от 15 до 19 лет) составили 20% (8 человек);

– взрослые – 80 % (32 человека).

Пациенты полностью осмотрены семейными врачами и были разделены на три группы:

группа А - курящие пациенты, не желающие бросить курить в настоящее время;

группа Б - курящие пациенты, желающие бросить курить в настоящее время;

группа С - бывшие курильщики, бросившие курить недавно.

Кроме этого, некоторые пациенты имели жалобы на приступы кашля и удушья до 5-6 раз в течение месяца, бессонницу, раздражительность, чувство разочарования или агрессии, беспокойство, нетерпеливость.

По результатам осмотра пациентов разделили по группам:

Группа А - 6 человек - 15% (все мужчины);

Группа Б – 23 человека – 57,5 % (все мужчины);

Группа С – 11 человек – 27,5 % (все женщины).

Всем пациентам был проведен физикальный осмотр, оценка пульса, частоты дыхания, индекса массы тела, пикфлоуметрия, пулсиоксиметрия, а также был составлен вопросник - тест Фагерстрёма, по результатам которого определяли наличие и степень табачной зависимости пациента.

У 25-ти пациентов определялась средняя табачная зависимость, что составило большинство - 62,5%, очень низкая зависимость или отсутствует - у 5 пациентов (12,5%) и высокая табачная зависимость - у 10 пациентов, что соответствует 25 %.

У 6 (15%) курящих пациентов, не желающих бросить курить в настоящее время, прослеживалась высокая табачная зависимость. В то время как у курящих пациентов, желающих бросить курить в настоящее время, отмечалась средняя табачная зависимость. Среди бывших курильщиков, бросивших курить недавно, уменьшилось количество эпизодов обострений БА, в связи с чем необходимость использования системных ГКС у них уменьшалась.

Тест зависимости от никотина Фагерстрома (ТЗНФ)

<b>1. Как скоро после пробуждения Вы выкуриваете первую сигарету?</b> Менее 5 минут (3 балла); 6-30 минут (2 балла); 31-60 минут (1 балл); более 60 минут (0 баллов)
<b>2. Трудно ли Вам воздерживаться от курения в местах, где курение запрещено (например, в кинотеатре, поезде, ресторане и др.)?</b> Да (1 балл); Нет (0)
<b>3. От какой сигареты Вам было бы труднее всего отказаться?</b> От первой сигареты утром (1 балл); От всех остальных (0)
<b>4. Сколько сигарет в день Вы выкуриваете?</b> 10 и меньше (0 баллов); 11-20 (1 балл); 21-30 (2 балла); 31 или более (3 балла)
<b>5. Курите ли Вы чаще в первые часы после пробуждения, чем в остальную часть дня?</b> Да (1 балл); Нет (0)
<b>6. Курите ли Вы также, когда Вы так больны, что основную часть дня проводите в постели?</b> Да (1 балл); Нет (0)

**Интерпретация теста Фагерстрома:**

0-3 балла – очень низкая зависимость или отсутствует

4-6 баллов – средняя зависимость

7-10 баллов – высокая зависимость

Вопрос	Ответ	Баллы	Муж. 29	Жен. 11	Всего
Через какое время после пробуждения Вы выкуриваете первую сигарету?	В течение первых 5 минут	3	15	4	19
	6-30 мин	2	14	7	21
Сложно ли Вам воздержаться от курения в тех местах, где это запрещено, например, в ресторане, библиотеке и т.д.?	Да	1	18	6	24
	Нет	0	11	5	16
От какой сигареты Вам сложнее отказаться?	От первой утренней	1	22	3	25
	От другой	0	7	8	15
Сколько сигарет в день Вы выкуриваете?	10 и меньше	0	13	9	22
	11-20	1	8	2	10
	21-30	2	8	0	8
	31 и больше	3	0	0	0
Курите ли Вы в первой половине дня больше, чем во второй?	Да	1	17	4	21
	Нет	0	12	7	19
Курите ли Вы, если больны и вынуждены находиться в постели целый день	Да	1	18	5	23
	Нет	0	11	6	17

## Результаты теста Фагерстрёма

Очень низкая зависимость или отсутствует	Средняя зависимость	Высокая зависимость
<b>В группе А курящих пациенты, не желающих бросить курить в настоящее время: 6 человек – 15% (все мужчины)</b>		
0 (0%)	2 (5%)	4 (10%)
<b>В группе Б курящих пациентов, желающих бросить курить в настоящее время: 23 человека – 57,5 % (все мужчины)</b>		
3 (7,5 %)	14 (35%)	6 (15%)
<b>В группе С бывшие курильщики, бросившие курить недавно: 11 человек – 27,5 % (все женщины)</b>		
2 (5%)	9 (22,5%)	0 (0%)
<b>Всего</b>		
5 (12,5%)	25 (62,5%)	10 (25%)

**Заключение**

Исследования показали, что после проведенного тестирования по Фагерстрому у большинства пациентов определялась средняя и высокая табачная зависимость. Эти пациенты нуждаются в мотивационном консультировании, психологической поддержке и по необходимости в комбинированной терапии в течение 6 месяцев, при отсутствии эффекта пациент перенаправляется в специализированное учреждение. Все пациенты находились под врачебным наблюдением, состояние у них удовлетворительное без ухудшения, показаний для госпитализации на момент осмотра не было.

Показанием к госпитализации пациентов может являться тяжелая степень табачной зависимости, не поддающаяся контролю, при которой сопутствующие заболевания, в частности бронхиальная астма, приобретает затяжной характер.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов*

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Буржубаева А.К. Осведомленность семейных врачей о законах, регулирующих потребление табачных продуктов и лечении табачной зависимости // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К.Ахунбаева. 2012. Т.1. С.110-112.
2. Буржубаева А.К. Распространенность курения среди семейных врачей Чуйской области // Медицина Кыргызстана. 2011. Т.7. С. 35-37.
3. Всемирная Организация Здравоохранения: Инструментарий для проведения кратких мероприятий по табаку 5А и 5Р в первичной медико-санитарной помощи. Копенгаген: ВОЗ, 2014.

4. Демина А.К. Научно обоснованные рекомендации по прекращению потребления табака и лечению табачной зависимости. М.: Издание Российской ассоциации общественного здоровья, 2013

5. Клиническое руководство по профилактике, диагностике и терапии табачной зависимости в Республике Таджикистан для учреждений ПМСП и специализированных центров. Душанбе, 2018. С. 6-10

6. Левшин В.Ф. Табакизм: патогенез, диагностика, лечение. М., 2012.

**REFERENCES**

1. Burzhubaeva A. K. Osvedomlennost semeynykh vrachey o zakonakh, reguliruyushchikh potreblenie tabachnykh produktov i lechenii tabachnoy zavisimosti [Awareness of family doctors about the laws governing the consumption of tobacco products and the treatment of tobacco addiction]. *Vestnik Kyrgyzskoy gosudarstvennoy meditsinskoy akademii im. I.K.Akhunbaeva – Herald of the Kyrgyz state medical Academy named after I. K. Akhunbaev*, 2012, Vol. 1, pp. 110-112.
2. Burzhubaeva A. K. Rasprostranennost kureniya sredi semeynykh vrachey Chuyskoy oblasti [Prevalence of Smoking among family doctors of the Chui region]. *Meditsina Kyrgyzstana – Kyrgyz Medicine*, 2011, Vol. 7, pp. 35-37.
3. *Vsemirnaya Organizatsiya Zdravookhraneniya: Instrumentariy dlya provedeniya kratkikh meropriyatiy po tabaku 5A i 5R v pervichnoy mediko-sanitarnoy pomoshchi* [World Health Organization: Toolkit for brief interventions on tobacco 5A and 5P in primary health care]. Kopenhagen, VOZ Publ., 2014.
4. Demina A. K. *Nauchno obosnovannyye rekomendatsii po prekrashcheniyu potrebleniya tabaka i lechenie tabachnoy zavisimosti* [Evidence-based recommendations for stopping tobacco use and treatment of tobacco dependence]. Moscow, Izdanie Rossiyskoy assotsiatsii obshchestvennogo zdorovya Publ., 2013.
5. *Klinicheskoe rukovodstvo po profilaktike, diagnostike i terapii tabachnoy zavisimosti v Respublike Tadjikistan dlya*

*uchrezhdeniy PMSP i spetsializirovannykh tsentrov* [Clinical guidelines for the prevention, diagnosis and treatment of tobacco dependence in the Republic of Tajikistan for PHC institutions and specialized centers]. Dushanbe, 2018. 6-10 p.

6. Levshin V. F. *Tabakizm: patogenez, diagnostika, lechenie* [Tobacco: pathogenesis, diagnosis, treatment]. Moscow, 2012.

**Сведения об авторах:**

**Кабиров Комилджон Мунаваршоевич** – ассистент кафедры семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ

**Абдуллаева Шамсия Ракибовна** – ассистент кафедры семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ

**Мирзоева Зухра Амандуллаевна** – директор ассоциации семейных врачей Республики Таджикистан, д.м.н., профессор

**Гуломова Манзура Одинаевна** – зав. кафедрой семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

**Гуламадшоева Мукаддас** – семейный врач Городского центра семейной медицины

**Контактная информация:**

**Кабиров Комилджон Мунаваршоевич** – тел.: +992 989075151; e-mail: [kotil\\_itpr@mail.ru](mailto:kotil_itpr@mail.ru)

<sup>1</sup>Кузубаева Н.К., <sup>2</sup>Абдуллаева Н.А.

## КЛИНИКО-ЦИТОХИМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ВРОЖДЕННЫМИ СЕПТАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

<sup>1</sup>Кафедра педиатрии ХГМУ

<sup>2</sup>Кафедра пропедевтики детских болезней ТГМУ им. Абуали ибн Сино

<sup>1</sup>Kuzibaeva N.K., <sup>2</sup>Abdullaeva N.A.

## CLINICAL-CYTOCHEMICAL CHANGES IN CHILDREN OF EARLY AGE WITH CONGENITAL SEPTIC HEART DISEASES

<sup>1</sup>Department of Therapeutic Disciplines of the KHSMU

<sup>2</sup>Department of Propaedeutics of Childhood Diseases of the Tajik State Medical University named after Abuali-ibn-Sino

**Цель исследования.** Изучение особенностей ферментативного статуса лимфоцитов крови у детей раннего возраста с врожденными пороками сердца (ВПС).

**Материал и методы.** Под наблюдением находилось 200 детей раннего возраста с врожденными изолированными дефектами межжелудочковой (ДМЖП) и межпредсердной (ДМПП) перегородок. Все дети были разделены на 2 группы: с ДМЖП (100) и с ДМПП (100). В группе детей с ДМЖП девочек было 40, мальчиков – 60; с ДМПП – 46 и 54 соответственно.

**Результаты.** При проведении сравнительного анализа энзимограмм детей с ВПС выявлено снижение активности сукцинатдегидрогеназы (СДГ) и альфаглицерофосфатдегидрогеназы ( $\alpha$ -ГФДГ), что свидетельствует о выраженности метаболических изменений и проявлений гипоксии. Обнаружено, что изменения цитохимических показателей ферментов лимфоцитов сопряжены с клиническими проявлениями различных септальных ВПС.

**Заключение.** Угнетение ферментативной активности СДГ и  $\alpha$ -ГФДГ лимфоцитов у детей с ВПС свидетельствует о метаболических нарушениях в кардиомиоцитах. Выявление изменений ферментного статуса лимфоцитов у детей при ВПС способствуют своевременной коррекции метаболических нарушений и улучшению качества жизни пациентов.

**Ключевые слова:** дети раннего возраста, врожденные пороки сердца, биохимические показатели, сукцинатдегидрогеназа, альфаглицерофосфатдегидрогеназа

**Aim.** Studying the features of the enzymatic status of blood lymphocytes in young children with congenital heart defects (CHD).

**Materials and methods.** Under observation were 200 young children with congenital isolated defects of the interventricular septum (DIS) and the atrial septum (DAS). All children were divided into 2 groups: with DIS (100) and with DAS (100). In the group of children with VSD there were 40 girls, 60 boys; with DMPP - 46 and 54, respectively.

**Results.** A comparative analysis of the enzyme patterns of children with CHD revealed a decrease in the activity of succinate dehydrogenase (SDH) and alpha-glycerophosphate dehydrogenase ( $\alpha$ -GPDH), which indicates the severity of metabolic changes and manifestations of hypoxia. It was found that changes in the cytochemical parameters of lymphocyte enzymes are associated with the clinical manifestations of various septal CHD.

**Conclusion.** Inhibition of the enzymatic activity of SDH and  $\alpha$ -GPDH lymphocytes in children with CHD indicates metabolic disturbances in cardiomyocytes. Identification of changes in the enzymatic status of lymphocytes in children with CHD contributes to the timely correction of metabolic disorders and improves the quality of life of patients.

**Key words:** young children, congenital heart defects, biochemical parameters, SDH,  $\alpha$ -GPDH

### Актуальность

Врожденные пороки развития являются основной современной проблемой в педиатрии. Врожденные пороки сердца (ВПС) - одна из самых распространенных врожденных аномалий у детей, составляет 30% от всех врожденных пороков развития [1, 7, 8]. Большинство случаев смерти детей приходится на органические поражения сердца и сосудов. Ежегодно на 1000 родившихся приходится 7-17 детей с ВПС [2-5]. В последнее десятилетие значительно расширены клинико-инструментальные возможности диагностики и оценки гемодинамики, что позволяет своевременно выявлять пороки сердца и крупных сосудов, точно и неинвазивно диагностировать размер дефектов, определять топические характеристики, градиент давления. Несмотря на эти успехи, недостаточно сведений о функциональных изменениях миокарда в динамике при ВПС. До сих пор остаются неясными биохимические особенности адаптации миокарда при ВПС у детей [3-7].

Существующая противоречивость и малочисленность данных в отношении значения некоторых ферментов миокарда при поражениях сердца и ВПС у детей свидетельствует о недостаточной изученности данной проблемы.

Среди ферментов лимфоцитов клиническое применение находят ферменты, отражающие окислительно-восстановительные процессы: сукцинатдегидрогеназа (СДГ) и  $\alpha$ -глицерофосфатдегидрогеназа ( $\alpha$ -ГФДГ) [4-7].

Для оценки состояния миокарда у детей, выявления признаков повреждения сердца важно использовать биохимические показатели в сочетании с клинико-anamnestическими и инструментальными данными. Большинство биохимических показателей отражает остроту патологического процесса в организме.

Таким образом, проблема врожденных пороков сердца остается актуальной в педиатрии, и её изучение способствует повышению качества жизни, снижению инвалидности и числу осложнений у детей раннего возраста с ВПС.

### Цель исследования

Изучение особенностей ферментативного статуса лимфоцитов крови у детей раннего возраста с врожденными пороками сердца.

### Материал и методы исследования

Под наблюдением находилось 200 детей раннего возраста с врожденными изолированными дефектами межжелудочковой

и межпредсердной перегородок. Диагноз врожденного порока сердца в основном (у 80%) был установлен при первом посещении врача по поводу какого-либо заболевания. Чаще всего при обращении детей с ОРВИ, заболеваниями верхних дыхательных путей, сопровождающихся повышением температуры тела, у основной массы детей до 1 года, был выявлен и установлен диагноз врожденного порока сердца. У остальных (20%) - в последующий период жизни, перед поступлением в клинику или на основании комплексного клинико-инструментального исследования. Все дети были разделены на 2 группы: с дефектом межжелудочковой перегородки (ДМЖП) (100) и с дефектом межпредсердной перегородки (ДМПП) (100). В группе детей с ДМЖП девочек было 40, мальчиков - 60. В группе детей с ДМПП девочек - 46, мальчиков - 54. Контрольную группу составили условно здоровые пациенты без врожденных пороков сердца (25).

Работа была проведена в отделении детской кардиоревматологии НМЦ РТ и биохимической лаборатории НИИ профилактической медицины МЗиСЗН РТ.

Проведен анализ анамнеза жизни ребенка, анамнез течения беременности с учетом факторов риска развития врожденных пороков сердца. К факторам риска входили: условия проживания, социальный уровень семьи, порядковый номер беременности, интергенетический интервал, заболевания матери во время беременности и наличие хронической соматической патологии у матери. Особое внимание привлекало состояние в родственном браке родителей. Немаловажное значение имело течение беременности и наличие TORCH инфекций у матери. Анализ факторов риска показал, что в обеих группах исследования имела место мультифакториальная природа пороков.

Основными жалобами у матерей детей раннего возраста с ДМЖП были: отставание в физическом развитии (80%), плохая прибавка массы тела (70%), одышка при беспокойстве (65%).

Основные методы исследования включали изучение анамнеза, клинических особенностей течения врожденных пороков сердца, данных инструментальных исследований: электрокардиографии (ЭКГ), эхокардиографии (ЭхоКГ), доплерэхокардиографии. Оценку метаболических нарушений в организме и в миокарде осуществляли с помощью исследования уровня сукцинатдегидрогеназы и  $\alpha$ -глицерофосфатдегидрогеназы лимфоцитов по методу Р.П.Нарциссова (1969).

Статистическая обработка полученных результатов проводилась методом вариационной статистики.

### Результаты и их обсуждение

Клинические признаки у больных с ДМЖП проявлялись бледностью кожных покровов (95%), умеренным периоральным цианозом (66%), усиливающимся при кормлении, одышкой при кормлении ребенка (70%), тахикардией различной степени (65%), увеличением печени (40%), часто появляющимися застойными хрипами в легких (70%). Аускультативно выслушивался грубый систолический шум с максимумом выслушивания в III межреберье слева от грудины и у мечевидного отростка, проводящимся влево и вправо от грудины и на спину (56%), имелось увеличение границ сердца преимущественно влево (54%).

При ЭКГ исследовании выявлены следующие изменения: синусовая тахикардия (94%), изменения положения электрической оси сердца - влево (44%), вправо (56%); перегрузка правых отделов сердца (80%); перегрузка левых отделов сердца (90%); нарушение метаболических процессов в миокарде (90%); блокада правой ножки пучка Гиса (40%).

На ЭхоКГ отмечалась дилатация полостей желудочков (90%), изменения сократительной способности миокарда (50%), лево-правый сброс через дефект в перегородке (85%), повышение градиента давления в правом желудочке (65%).

На рентгенографии органов грудной клетки отмечались увеличение сердца в поперечнике (95), увеличение дуги правого желудочка (45%), дуги левого желудочка (52%), усиление легочного рисунка (76%).

Лимфоцитам крови свойственен тип метаболизма, близкий к таковому сердечной ткани. Лимфоциты могут выступать в роли своеобразного ферментативного зеркала миокарда. Среди ферментов лимфоцитов клиническое применение находят энзимы, отражающие окислительно-восстановительные процессы: СДГ и  $\alpha$ -ГФДГ.

При проведении сравнительного анализа энзимограмм детей с ВПС выявлено снижение активности сукцинатдегидрогеназы и альфаглицерофосфатдегидрогеназы, что свидетельствует о выраженности метаболических изменений и проявлений гипоксии (рис. 1).

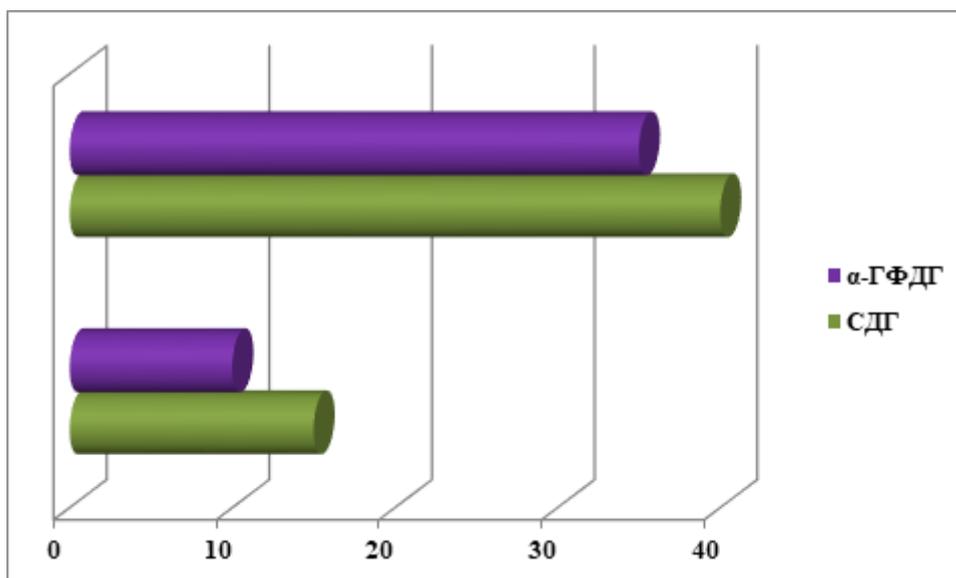


Рис. 1. Соотношение уровней СДГ и  $\alpha$ -ГФДГ у детей с ДМЖП и у условно здоровых (1 группа – дети с ДМЖП; 2 группа – условно здоровые дети)

Вторую группу детей с врожденными пороками сердца, составили дети с дефектом межпредсердной перегородки. (ДМПП) – 100 больных. Основными жалобами матерей в этой группе больных были: плохая прибавка массы тела ребенка (45%), незначительное отставание в физическом развитии (95%), одышка (80%), тахикардия (40%).

Основными клиническими признаками были: периоральный цианоз (92%), увели-

чение границ сердца вправо (86%), грубый систолический шум с максимальной локализацией в 3-4 межреберье слева от грудины (88%). У (40) детей с малыми размерами дефекта отмечался негрубый систолический шум средней интенсивности слева от грудины во 2-3 межреберье, признаки легочной гипертензии (80%).

При ЭКГ исследовании в группе детей с ДМПП отмечалась перегрузка правого предсер-

дия в сочетании с явлением гипертрофии правого желудочка, тахикардия (40%), нарушения метаболических процессов в миокарде (45%), нарушения внутрижелудочковой проводимости (55%), неполная блокада правой ножки пучка Гиса (25%). ЭОС отклонена вправо, признаки перегрузки правого предсердия (66%).

На ЭхоКГ: повышение градиента давления в правом предсердии и легочной артерии

(40%), сброс крови слева направо через дефект в перегородке (65%).

Изменения на рентгенограмме органов грудной клетки при ДМПП проявлялись: увеличением правых отделов сердца (40%), обогащением легочного рисунка (70%).

Лабораторные изменения проявлялись значительным снижением активности ферментов лимфоцитов (рис. 2).

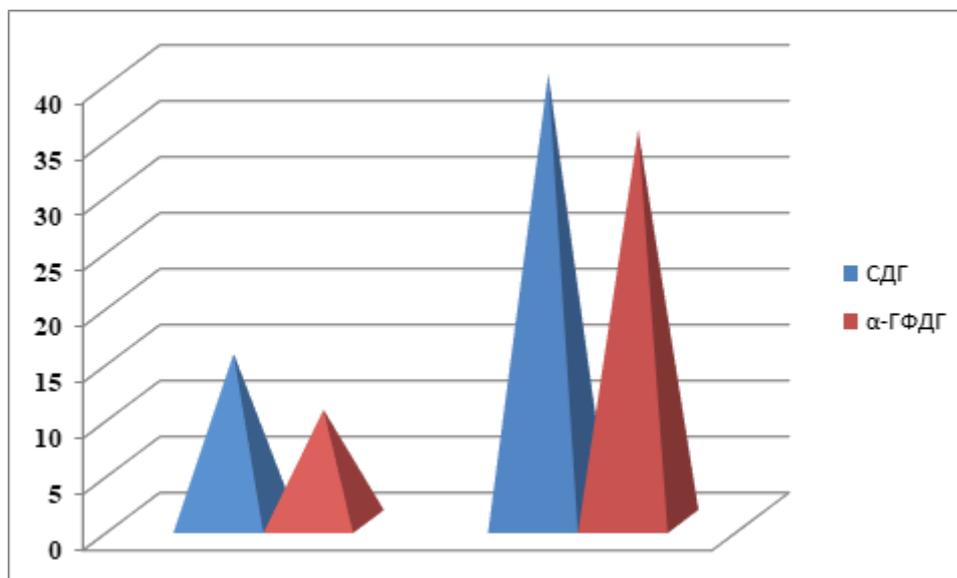


Рис. 2. Соотношение уровней СДГ и α-ГФДГ у детей с ДМПП и у условно здоровых (1 группа – дети с ДМПП; 2 группа – условно здоровые дети)

### Заключение

Таким образом, проведенные исследования показали, что для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы при врожденных пороках сердца важное значение имеют показатели ферментной активности СДГ и α-ГФДГ, которые объективно отражают состояние гомеостаза при ВПС у детей. Угнетение ферментативной активности СДГ и α-ГФДГ лимфоцитов у детей с ВПС свидетельствует о метаболических нарушениях в кардиомиоцитах. Выявление изменений ферментного статуса лимфоцитов у детей при ВПС способствуют своевременной коррекции метаболических нарушений и улучшению качества их жизни.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

### ЛИТЕРАТУРА (п. 4 см. в REFERENCES)

1. Сакаева Д.Р., Хайретдинова Т.Б., Цыпина Л.Г. Значение и эффективность комплексной реабилитации у детей с перинатальным поражением ЦНС и врожденными пороками сердца // Пермский медицинский журнал. 2012. Т. 29, №6. С. 38-44.

2. Черкасов Н.С., Доронина Т.Н. Биоэнергетический обмен и возможности его коррекции при поражениях сердца у детей // Астраханский медицинский журнал. 2012. Т. 7, №2. С. 24-27.

3. Яковлева Л.В., Сафиуллина А.Р., Мелитицкая А.В. и др. Организация методов своевременной диагностики и профилактики врожденных септальных пороков сердца у детей в Республике Башкортостан // Вестник Башкирского государственного медицинского университета. Уфа, 2012. Т.1, №2. С.211-215.

### REFERENCES

1. Sakaeva D. R., Khayretdinova T. B., Tsykina L. G. Znachenie i effektivnost kompleksnoy reabilitatsii u detey s perinatalnym porazheniem TSNS i vrozhdennymi porokami serdtsa [The value and effectiveness of comprehensive rehabilitation in children with perinatal damage to the central nervous system and congenital heart defects]. *Permskiy Meditsinskiy Zhurnal – Perm Medical Journal*, 2012, Vol. 29, No. 6, pp. 38-44.

2. Cherkasov N. S., Doronina T. N. Bioenergeticheskiy obmen i vozmozhnosti ego korrektsii pri porazheniyakh serdtsa u detey [Bioenergy metabolism and the possibility of its correction in children with heart lesions]. *Astrakhanskiy Meditsinskiy Zhurnal – Astrakhan Medical Journal*, 2012, Vol. 7, No. 2, pp. 24-27.

3. Yakovleva L. V., Safiullina A. R., Melititskaya A. V., Organizatsiya metodov svoevremennoy diagnostiki i pro-

filaktiki vrozhdennykh septalnykh porokov serdtsa u detey v Respublike Bashkortostan [Organization of methods for timely diagnosis and prevention of congenital septal heart defects in children in the Republic of Bashkortostan]. *Vestnik Bashkirskogo Gosudarstvennogo Meditsinskogo Universiteta - Bulletin of the Bashkir State Medical University*, 2012, Vol. 1, No. 2, pp. 211-215.

4. Prognostic significance and correlations of neurohumoral factors in early and late postoperative period after Fontan procedure *Interact Cardio Vasc. Thorac Surg.*, 2011, Vol. 13, pp. 40-45.

**Сведения об авторах:**

**Кузибаева Наимахон Конбобоевна** – зав. кафедрой педиатрии ХГМУ, к.м.н., доцент

**Абдуллаева Наргис Абдумавляновна** – к.м.н., ассистент кафедры пропедевтики детских болезней ТГМУ им. Абуали ибн Сино

**Контактная информация:**

**Кузибаева Наимахон Конбобоевна** – тел.: +992 918829425; e-mail: kuzibaeva.n@mail.ru

*Мирзоева А.Б.*

## КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ДИСГОРМОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ

ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии»  
МЗиСЗН РТ

*Mirzoeva A.B.*

## COMPREHENSIVE EVALUATION OF HEALTH CONDITION OF LATE REPRODUCTIVE AGE WOMEN WITH DISHORMONAL BREAST DISEASES

State Establishment «Tajik Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology» MHSP RT

---

**Цель исследования.** Проанализировать состояние здоровья женщин позднего репродуктивного возраста с дисгормональными заболеваниями молочных желез и разработать предложения по ранней диагностике этой патологии.

**Материал и методы.** Обследованы 128 пациенток с дисгормональными заболеваниями молочных желез (69 активного репродуктивного и 58 позднего репродуктивного возрастов). Критерии исключения - наличие онкопатологии органов репродуктивной системы. Всем пациенткам проводилось УЗИ органов репродуктивной системы, молочных желез, щитовидной железы, печени и желчного пузыря. Выполняли простую и расширенную кольпоскопию, количественное определение онкомаркеров РЭА, Ca19.9, СА-15,3, Ca-125.

**Результаты.** Установлена высокая частота воспалительных и гиперпластических процессов репродуктивной системы, атипические кольпоскопические картины шейки матки и высокие показатели онкомаркеров среди женщин позднего репродуктивного возраста.

**Заключение.** Полученные результаты диктуют необходимость проведения комплексной оценки состояния здоровья женщин позднего репродуктивного возраста с дисгормональными заболеваниями молочных желез, структурирования тактики ведения данной категории пациенток и разработки предложений по их оздоровлению. Онкомаркер СА 153 может использоваться для ранней диагностики предраковых процессов молочных желез.

**Ключевые слова:** молочная железа, рак, репродуктивный возраст, онкомаркеры

**Aim.** To analyze health condition of late reproductive age women with dis hormonal breast diseases and develop proposals on early diagnosis of this pathology.

**Materials and methods.** 128 patients with dishormonal diseases of the mammary glands (69 active reproductive and 58 late reproductive ages) were examined. Exclusion criteria - the presence of oncopathology of the organs of the reproductive system. All patients underwent ultrasound of the organs of the reproductive system, mammary glands, thyroid gland, liver and gall bladder. A simple and advanced colposcopy was performed, as well as quantitative determination of tumor markers CEA, Ca19.9, CA-15.3, Ca-125.

**Results.** Obtained results dictate the necessity to conduct comprehensive evaluation of health condition of late reproductive age women with dishormonal breast diseases, structure tactics on guiding this category of patients and develop proposals on making them healthy. Oncology marker CA 153 may be used for early diagnosis of breast pre-cancer processes.

**Conclusion.** Comprehensive evaluation of health condition of late reproductive age women with dishormonal breast diseases allows to structure tactics on guiding this category of patients and develop proposals on making them healthy. Oncology marker CA 153 may be used for early diagnosis of breast pre-cancer processes.

**Key words:** breast, cancer, reproductive age, oncology marker

---

**Актуальность**

Среди онкологических заболеваний рак молочной железы (РМЖ) – вторая по частоте причина смерти у женщин [2, 3, 5, 11, 12]. У женщин в возрасте 40-59 лет РМЖ является самой частой причиной смерти от злокачественных новообразований. По официальной статистике, 10-13% женщин страдают этим заболеванием [4, 7].

Одним из достижений клинической онкологии явилось открытие ряда веществ, получивших условное название «опухолеспецифические маркеры». К данной группе из числа использованных в настоящем исследовании относятся АФП, МСА, РЭА и Са19.9 [1, 8, 9].

Общепризнанно, что УЗИ - метод более безобидный и доступный, чем рентгеновское исследование, с его помощью можно отличить доброкачественные образования молочных желез, выявить злокачественную опухоль, что выгодно отличает его от маммографии, однако, невозможно определить микрокарциному [10]. Постановлением Правительства Республики Таджикистан на протяжении 5 лет (с 2010 по 2015 гг.) проведена Национальная Программа по профилактике, диагностике и лечению злокачественных новообразований (в том числе рака молочной железы и шейки матки). Одной из главных целей данной программы являлось снижение, выяснение причин и пути снижения смертности населения от онкологической патологии [6].

**Цель исследования**

Проанализировать состояние здоровья женщин позднего репродуктивного возраста с дисгормональными заболеваниями молочных желез и разработать предложения по ранней диагностике этой патологии.

**Материал и методы исследования**

Исследование проводилось в клинике Таджикского научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и перинатологии (ТНИИ АГиП) и Республиканском научном центре онкологии (РНЦО). Обследованы 128 пациенток с дисгормональными заболеваниями молочных желез (69 - активного репродуктивного и 58 - позднего репродуктивного возрастов). Критерии исключения - наличие онкопатологии органов репродуктивной системы.

Всем пациенткам проводилось УЗИ органов репродуктивной системы, молочных желез, щитовидной железы, печени и желчного пузыря, выполняли простую и расширенную кольпоскопию, количественное определение онкомаркеров РЭА, Са19.9, СА-15,3, Са-125.

РЭА (раково-эмбриональный антиген) в крови здоровых взрослых присутствует только на очень низких уровнях, однако при некоторых видах злокачественных опухолей его сывороточные уровни поднимаются. СА 19-9 (углеводный антиген 19-9) - опухолевый маркер, использующийся в основном в диагностике рака поджелудочной железы, в норме продуцируется клетками эпителия пищеварительного тракта плода, у взрослых может выделяться в незначительных количествах. [СА 15-3 - белок человека, опухолевый маркер, использующийся при мониторинге течения и оценке эффективности терапии карциномы молочной железы.

Статистическая обработка проведена с использованием программы Microsoft Excel (M±m, t-критерий Стьюдента; U-критерия Манна-Уитни).

**Результаты и их обсуждение**

Средний возраст обследованных и возраст начала заболевания статистически не отличался (27,2±0,7, 29,5±0,6 лет соответственно) и (7,9±0,5 и 7,9±0,5 лет соответственно) (p>0,05).

В структуре экстрагенитальной патологии лидировала анемия, которая среди женщин позднего репродуктивного возраста встречалась в 1,4 раза реже (69±6,1%), по сравнению с пациентками активного репродуктивного возраста (94,2±2,8%), и в 10 раз чаще, по сравнению с контрольной группой (6,7±4,5%) (p<0,05). Дисфункция щитовидной железы установлена у 96,5±2,4% женщин позднего репродуктивного возраста, что в 2 раза чаще, по сравнению с пациентками активного репродуктивного возраста (47,8±6,1%), и в 14 раз чаще, по сравнению с контрольной группой (6,7±4,5%) (p<0,05). Заболеваниями печени и желчевыводящих путей страдали во второй группе в 2,3 раза чаще, по сравнению с первой группой (65,2±5,7 и 28,6±6,5% соответственно), и в 4,9 раза – по сравнению с контрольной (13,3±6,2% соответственно) (p<0,05). Варикозная болезнь имела место у 44,4±6,5% женщин позднего репродуктивного возраста, что в 2,8 раз чаще, по сравнению с пациентками активного репродуктивного возраста (15,9±4,4%), и в 6,6 раз, по сравнению с контрольной группой (6,7±6,4,5%) (p<0,05).

Следует отметить высокую частоту воспалительных заболеваний органов малого таза, среди которых кольпиты выявлены, в основном, у женщин активного репродуктивного возраста (36,2±5,8%), что в 2,6 раза чаще, по сравнению с женщинами позднего репродуктивного возраста (13,8±4,0%), и в 3,6 раза, по сравнению с контрольной группой (10±5%) (p<0,05). Миома матки диагностиро-

вана у  $12,1 \pm 4,3\%$  пациенток второй группы, что в 2,8 раза чаще, по сравнению с первой ( $4,3 \pm 2,4\%$ ), и в 1,8 раза больше, по сравнению с контрольной ( $6,7 \pm 4,5\%$ ) ( $p < 0,05$ ).

При анализе менструальной функции установлено, что олигоменорея имела место у каждой третьей пациентки основной группы ( $31,9 \pm 5,6\%$ ), опсоменорея среди женщин позднего репродуктивного возраста имела место во второй группе в 1,8 раз чаще, по сравнению с первой группой ( $17,2 \pm 4,9\%$  и  $7,2 \pm 3,1\%$  соответственно) ( $p < 0,05$ ).

Следует отметить, что в структуре гинекологических заболеваний преобладали гиперпластические процессы (полип шейки матки, полип эндометрия, миома матки, аденомиоз), которые практически одинаково встречались среди обследованных ( $68,1 \pm 4,1\%$ ;  $65,5 \pm 4,1\%$  соответственно) ( $p > 0,05$ ).

Анализ контрацептивного анамнеза показал, что из общего количества обследованных первой и второй групп не использовали методы контрацепции  $43,8 \pm 4,3\%$ , остальные имели ВМС ( $163 \pm 3,1\%$ ),  $21,8 \pm 2,9\%$  ежемесячно получали инъекции Депо-провера,  $32,5 \pm 3,0\%$  принимали оральные контрацептивы. Изучение репродуктивной функции пациенток основной группы свидетельствовало, что каждая вторая женщина позднего репродуктивного возраста была многорожавшей ( $50 \pm 6,6\%$ ), что в 3,1 раза чаще, по сравнению с группой женщин активного репродуктивного возраста ( $15,9 \pm 4,61$ ) ( $p < 0,05$ ). В этой группе в 2,7 раза чаще встречались искусственные аборты в анамнезе ( $58,6 \pm 6,5\%$ ), по сравнению с группой женщин активного репродуктивного возраста ( $21,9 \pm 5,6\%$ ), и в 4,4 раза чаще, по сравнению с контрольной ( $13,3 \pm 6,2\%$ ) ( $p < 0,05$ ). Подобная ситуация прослеживается при анализе самопроизвольных выкидышей ( $63,8 \pm 6,3\%$ ,  $26,2 \pm 5,8\%$  и  $6,7 \pm 4,5\%$  соответственно) ( $p < 0,05$ ).

По данным ультразвукового исследования молочных желёз, у каждой второй обследованных групп превалировала смешанная форма мастопатии ( $53,6 \pm 6,0\%$ ). Фиброзная мастопатия имела место у каждой третьей пациентки ( $31,9 \pm 5,6\%$  и  $39,6 \pm 6,4\%$ ). Установлено, что диффузная мастопатия в сравниваемых группах составила  $14,5 \pm 4,2\%$  и  $20,7 \pm 5,3\%$  соответственно. Почти с одинаковой частотой в сравниваемых группах встречались кистозная мастопатия и фиброаденома молочных желёз ( $2,9 \pm 2,0\%$  -  $3,4 \pm 2,4\%$ ,  $1,4 \pm 1,4\%$  -  $1,7 \pm 1,7\%$ , соответственно).

Результаты лабораторных исследований свидетельствовали, что у женщин позднего репродуктивного возраста концентрация

онкомаркеров была выше, по сравнению с группой сравнения: Ca125 в 1,2 раза ( $39,25 \pm 2,6$  и  $30,84 \pm 2,12\%$  соответственно), Ca19,9 – в 1,5 раза ( $21,12 \pm 2,51\%$  и  $13,19 \pm 2,51\%$  соответственно), Ca153 в 1,6 раза ( $67,8 \pm 3,2\%$  и  $40,39 \pm 4,52\%$  соответственно), РЭА – в 2,2 раза ( $29,1 \pm 1,58\%$  и  $13,21 \pm 1,57\%$  соответственно) ( $p < 0,05$ ).

Кольпоскопическая картина поражений шейки матки у обследованных пациенток была представлена элементами хронического цервицита ( $75,4 \pm 5,2\%$  и  $77,6 \pm 5,5\%$  соответственно), характеризовалась состоянием эктопии ( $55,1 \pm 6\%$ , и  $6,9 \pm 6,5\%$  соответственно) и эктропиона ( $18,8 \pm 4,7\%$  и  $6,9 \pm 5,3\%$  соответственно), осложненными старыми разрывами, соединительнотканными рубцами и деформацией разной степени выраженности, ( $68,1 \pm 5,6\%$  и  $67,2 \pm 6,2\%$  соответственно). Железистые полипы шейки матки установлены у  $8,7 \pm 4,7\%$  и  $3,4$  и  $6,9 \pm 3,3\%$  соответственно. Следует отметить, что грубые аномальные изменения в зоне трансформации шейки матки на фоне осложненных форм эктопии и цервицита выявлены у 29 ( $19,8\%$ ), то есть, почти каждой четвертой женщины.

При анализе кольпоскопических результатов у каждой второй женщины отмечены изменения эпителия шейки матки II степени тяжести в виде плотного ацетобелого эпителия, йоднегативной и йодпозитивной мозаики, пунктации, гиперкератоза и йоднегативных очагов, которые выявлялись без видимой прогрессии. В  $41,7 \pm 4,7\%$  случаев кольпоскопическая картина носила характер низкой атипии. Цитограммы в большей степени были воспалительного типа с дистрофическими изменением клеток ( $31,2\%$ ), пролиферирующими клетками призматического эпителия ( $57,8\%$ ) и в  $18,7\%$  случаев выявлялись койлоциты, дискератоциты и многоядерные клетки плоского эпителия. В зависимости от наличия эктопии с зоной трансформации выявлялись неизмененные, метапластические и базально/парабазальные клетки.

#### **Заключение**

Женщины позднего репродуктивного возраста с дисгормональными заболеваниями молочных желез чаще страдают анемией, дисфункцией щитовидных желез, заболеваниями печени и желчевыводящих путей, имеют высокую частоту воспалительных заболеваний и гиперпластических процессов органов репродуктивной системы. Комплексная оценка состояния здоровья женщин позднего репродуктивного возраста с дисгормональными забо-

леваниями молочных желез позволяет структурировать тактику ведения данной категории пациенток и разработать предложения по их оздоровлению. Онкомаркер СА 153 может использоваться для ранней диагностики предраковых процессов молочных желез.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Автомонов Д.Е. и др. Клинические и морфологические особенности BRCA-ассоциированного РМЖ у женщин репродуктивного возраста (обзор литературы) // Проблемы репродукции. 2013. № 2. С. 16-20.

2. Волченко А.А., Пак Д.Д., Усов Ф.Н. Органосохраняющее лечение больных раком молочной железы молодого возраста // Акушерство и гинекология. 2013. № 4. С. 70-73.

3. Дубинина В.В., Гуринова Л.И., Дорوفеев А.Л. Расчет факторов риска рака молочной железы у случайной выборки женщин // Справочник врача общей практики. 2013. № 9. С. 42.

4. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2013 году (заболеваемость и смертность). М.: ФГБУ «МНИОИ им. П. А. Герцена» Минздрава России, 2015. 250 с.

5. Мустафин Ч.Н., Троханова О.В. Современные методы диагностики заболеваний молочных желез в практике акушера-гинеколога // Лечащий врач. 2013. № 1. С. 56-60.

6. Национальная Программа по профилактике, диагностике и лечению злокачественных новообразований в Республике Таджикистан на 2010-2015 годы. Постановление Правительства Республики Таджикистан №582

7. Радзинский В.Е. Возможности терапии сочетания миомы матки и доброкачественных дисплазий молочных желез // Акушерство и гинекология. 2013. № 4. С. 44-47.

8. Сотникова Л.С. и др. Доказательная медицина: внедрение современных технологий в диагностику и лечение дисгормональной патологии молочных желез // Consilium Medicum. 2013. № 6. С. 30-33.

9. Садыков С.С., Захарова Е.А., Буланова Ю.А. Использование информационных технологий для выявления области кисты молочной железы на маммограммах // Вестник рентгенологии и радиологии. 2013. № 3. С. 15-20.

10. Фисенко Е.П., Старцева О.И. Ультразвуковое исследование гелевых имплантантов молочной железы и мягких тканей. М.: СТРОМ, 2012. 128 с.

11. Чечулина О.В. Заболевания молочных желез, как фактор нарушения репродуктивной функции женщин // Практическая медицина. 2012. № 9. С. 223-226.

12. Шерстнов М.Ю. и др. Стандарты оказания помощи пациентам с заболеваниями молочных желез в условиях дневного хирургического стационара //

Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии. 2011. № 1. С. 52-54.

#### REFERENCES

1. Avtomonov D. E., Klinicheskie i morfologicheskie osobennosti BRCA-assotsiirovannogo RMZH u zhenshchin reproduktivnogo vozrasta (obzor literatury) [Clinical and morphological features of BRCA-associated breast cancer in women of reproductive age (literature review)]. *Problemy Reproduktsii – Reproduction Problems*, 2013, No. 2, pp. 16-20.

2. Volchenko A. A., Pak D. D., Usov F. N. Organosokhranyayushchee lechenie bolnykh rakom molochnoy zhelezy molodogo vozrasta [Organ-preserving treatment of patients with breast cancer of a young age]. *Akusherstvo i ginekologiya – Obstetrics and Gynecology*, 2013, No. 4, pp. 70-73.

3. Dubinina V. V., Gurinova L. I., Dorofeev A. L. Raschet faktorov riska raka molochnoy zhelezy u sluchaynoy vyborki zhenshchin [Calculation of risk factors for breast cancer in a random sample of women]. *Spravochnik Vracha Obshchey Praktiki – Handbook of a General Practitioner*, 2013, No. 9, pp. 42.

4. Kaprin A. D., Starinskiy V. V., Petrova G. V. Zlokachestvennyye novoobrazovaniya v Rossii v 2013 godu (zabolevaemost i smertnost) [Malignant neoplasms in Russia in 2013 (morbidity and mortality)]. Moscow, FGBU «MNIIOI im. P. A. Gertsena» Minzdrava Rossii Publ., 2015. 250 p.

5. Mustafin Ch. N., Trokhanova O. V. Sovremennyye metody diagnostiki zabolevaniy molochnykh zhelez v praktike akushera-ginekologa [Modern methods for diagnosing breast diseases in the practice of an obstetrician-gynecologist]. *Lechashchiy Vrach – Attending Physician*, 2013, No. 1, pp. 56-60.

6. *Natsionalnaya Programma po profilaktike, diagnostike i lecheniyu zlokachestvennykh novoobrazovaniy v Respublike Tadjikistan na 2010-2015 gody. Postanovlenie Pravitelstva Respubliki Tadjikistan №582* [The National Program for the Prevention, Diagnosis and Treatment of Malignant Neoplasms in the Republic of Tajikistan for 2010-2015. Decree of the Government of the Republic of Tajikistan No. 582].

7. Radzinskiy V. E. Vozmozhnosti terapii sochetaniya miomy матки i dobrokachestvennykh displaziy molochnykh zhelez [Treatment options for a combination of uterine fibroids and benign mammary dysplasias]. *Akusherstvo i ginekologiya – Obstetrics and Gynecology*, 2013, No. 4, pp. 44-47.

8. Sotnikova L. S., Dokazatel'naya meditsina: vnedrenie sovremennykh tekhnologiy v diagnostiku i lechenie disgormonal'noy patologii molochnykh zhelez [Evidence-based medicine: the introduction of modern technology in the diagnosis and treatment of dishormonal breast pathology]. *Consilium Medicum – Consilium Medicum*, 2013, No. 6, pp. 30-33.

9. Sadykov S. S., Zakharova E. A., Bulanova Yu. A. Ispolzovanie informatsionnykh tekhnologiy dlya vyyavleniya oblasti kisty molochnoy zhelezy na mammogrammakh

[The use of information technology to identify the area of the breast cyst on mammograms]. *Vestnik Rentgenologii i Radiologii – Bulletin of Radiology and Radiology*, 2013, No. 3, pp. 15-20.

10. Fisenko E. P., Startseva O. I. *Ultrazvukovoe issledovanie gelevykh implantantov molochnoy zhelezy i myagkikh tkaney* [Ultrasound examination of gel implants of the breast and soft tissues]. Moscow, STROM Publ., 2012. 128 p.

11. Chechulina O. V. *Zabolevaniya molochnykh zhelez, kak faktor narusheniya reproduktivnoy funktsii zhenshchin* [Diseases of the mammary glands, as a factor in the violation of the reproductive function of women]. *Prakticheskaya Meditsina – Practical Medicine*, 2012, No. 9, pp. 223-226.

12. Sherstnov M. Yu. *Standarty okazaniya pomoshchi patsientam s zabolevaniyami molochnykh zhelez v usloviyakh dnevnogo khirurgicheskogo stacionara* [Standards for assisting patients with diseases of the mammary glands in the conditions of a day surgical hospital]. *Ambulatornaya Khirurgiya. Stacionarozameshchayushchie Tekhnologii – Out-patient surgery. Stationary Technology*, 2011, No. 1, pp. 52-54.

**Сведения об авторе:**

*Мирзоева Адиба Бозоровна* – зам. директора по научной работе ГУ НИИАГиП МЗиСЗН РТ, к.м.н.

**Контактная информация:**

*Мирзоева Адиба Бозоровна* – тел.: +992900009412; e-mail: [mirzoeva.adiba1983@mail.ru](mailto:mirzoeva.adiba1983@mail.ru)

<sup>1</sup>Муминзода Б.Г., <sup>1</sup>Ахмедов А., <sup>2</sup>Сафарзода А.М.

## ОЦЕНКА ОПЕРАТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДА ДУШАНБЕ

<sup>1</sup>Кафедра общественного здоровья, экономики и управления (менеджмент) здравоохранением с курсом медицинской статистики ГОУ ИПОвСЗ РТ

<sup>2</sup>ГУ "Городской научный центр реанимации и детоксикации" УЗ г. Душанбе

<sup>1</sup>Muminzoda B.G., <sup>1</sup>Akhmedov A.A., <sup>2</sup>Safarzoda A.M.

## EVALUATION OF OPERATIONAL ACTIVITIES OF THE EMERGENCY MEDICAL ASSISTANCE SERVICE OF DUSHANBE CITY

<sup>1</sup>Department of Public Health, Economics and Public Health Management (Management) with a course of medical statistics of State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"

<sup>2</sup>State Institution "City Scientific Center for Reanimation and Detoxication"

**Цель исследования.** Изучение состояния оперативности деятельности службы скорой медицинской помощи города Душанбе.

**Материал и методы.** Проведена экстренная оценка 20175 карт вызовов СМП (форма 100) и других учетных форм первичной документации (формы 099, 101). Изучены нормативные документы, влияющие на оперативность деятельности СМП.

**Результаты.** Установлено, что внеквартирные вызовы составляют не более 16% (ориентировочный показатель - не менее 40%) Показатель своевременности выезда бригад СМП до 4-х минут составил 96,1%. (ориентировочный показатель - более 95,0%), доезд бригад СМП к месту происшествия до 15-и минут составил 80,6% (ориентировочный показатель - не менее 95,0%). В часы работы городских центров здоровья обслужены 29,0% вызовов.

**Заключение.** Разделение службы СМП г. Душанбе в настоящее время на скорую и неотложную помощь малоэффективно. Показатели оперативности деятельности службы СМП находятся не на должном уровне. Прослеживается недостаточное взаимодействие службы СМП и городских центров здоровья.

**Ключевые слова:** скорая медицинская помощь, оперативность службы СМП, интеграция службы СМП

**Aim.** Studying the state of operational activities of the ambulance service of the city of Dushanbe.

**Materials and methods.** An emergency assessment of 20175 NSR call cards (form 100) and other accounting forms of primary documentation (forms 099, 101) was carried out. The regulatory documents that affect the efficiency of the EMC are studied.

**Results.** It was established that out-of-apartment calls make up no more than 16% (a reference indicator of at least 40%). The timeliness of the departure of ambulance teams up to 4 minutes was 96,1%. (the reference indicator is more than 95,0%), the arrival of the ambulance teams to the scene before the 15 minutes was 80,6% (the reference indicator is not less than 95,0%). During the opening hours of urban health centers, 29.0% of calls are served.

**Conclusion.** The division of the emergency service in Dushanbe at present into ambulance and emergency care is ineffective. The performance indicators of the emergency service are not up to standard. There is a lack of interaction between the emergency service and urban health centers.

**Key words:** ambulance, responsiveness of the ambulance service, integration of the ambulance service

### **Актуальность**

Скорая медицинская помощь, как самостоятельный вид медицинской помощи, представляет собой социально-значимую сложную многокомпонентную систему оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме на догоспитальном и госпитальном этапах [6].

В основе функционирования службы СМП заложены следующие принципы: доступность; оперативность в работе; 3) своевременность; 4) полнота; 5) высокое качество оказываемой помощи; 6) обеспечение беспрепятственной госпитализации; 7) максимальная преемственность в работе.

По данным С.Ф. Багненко и соавт. (2014), в Российской Федерации доступность скорой медицинской помощи в течение 20 минут составила в 2012 г. 81,1%, от 21 до 40 мин. – 13,9%, от 41 до 60 мин. – 3,1%, более 60 мин – 1,9% [1, 4].

Ряд авторов указывают, что внедрение АСУ и системы телекоммуникации позволят улучшить систему администрирования, автоматическую обработку информации, повысят оперативность, что создаст условия для коррекции имеющихся организационно и лечебно-диагностических неполадок, включая ресурс-обеспечение, увеличат доступность населения к экстренной первичной помощи на 50%, что позволит сэкономить как человеческие, так и материальные ресурсы [7].

Некоторые авторы сообщают об эффективном опыте разделения службы на скорую и неотложную медицинскую помощь в мегаполисе (г. Санкт-Петербург), где количество вызовов на улицах и общественных местах значительное (более 40%) [3, 5].

По данным множества авторов, увеличение количества бригад требует бесконечного количества ресурса и практически не влияет на снижение интенсивности нагрузки на бригады СМП. В данной ситуации экономически оправдано рациональное размещение бригад в радиусе 15-минутной доступности экстренной первичной медицинской помощи [2, 9].

### **Цель исследования**

Изучение состояния оперативной деятельности службы скорой медицинской помощи города Душанбе.

### **Материал и методы исследования**

Объектом исследования избрана станция СМП г. Душанбе (ныне Городской центр экстренной медицинской помощи г. Душанбе). В целях изучения эффективности работы службы СМП проведена экспертная оценка 20175 карт вызовов СМП - формы 100, журнал регистрации вызовов СМП – формы 099, со-

проводительный лист станции СМП – формы 101, журнал регистрации приема вызовов, их выполнения со стороны отделений СМП и планово-консультативной помощи, утвержденные приказом МЗиСЗН РТ №840 от 03.10.2015 г. «Об утверждении первичной медицинской документации учреждений системы здравоохранения Республики Таджикистан». Для экспертной оценки были привлечены опытные врачи скорой медицинской помощи Городской клинической больницы скорой медицинской помощи города Душанбе.

Статистическая обработка проведена на персональном компьютере. При обработке относительных величин применялись методы расчета экстенсивных, интенсивных однозначных показателей с вычислением достоверности результатов по критерию Стьюдента.

### **Результаты и их обсуждение**

Наряду с множеством факторов, на оперативность и связанную с ней доступность населению скорой медицинской помощи также влияет организационная структура службы СМП. Следует отметить, что приказом Министерства здравоохранения Республики Таджикистан № 33 от 28.12.2008 г. служба СМП разделена на скорую медицинскую и неотложную помощь. По ряду объективных причин, в том числе низкого уровня внеквартирных вызовов, вышеназванный приказ остался невыполненным.

Экспертной оценкой установлено, что из всех выполненных вызовов 88,3% относятся к категории на квартиру, а 11,7% - вне квартиры. Среди вызовов, обслуженных вне квартиры, 28,8% обслужены на улицах, 24,8% - на производстве и 46,5% - в общественных местах (табл. 1).

Нами установлена поло-возрастная структура пациентов. В структуре обслуженных больных мужчины составили 40,9%, женщины – 59,1%. Дети до 14 лет – 13,4%, подростковый возраст 15-18 лет – 3,5%, в целом дети до 18 лет составили 16,9%. Пациентов трудоспособного возраста было 65,9%, старческого возраста – 10,6%, лиц преклонного возраста – 5,5% (табл. 2).

Важным показателем преемственности службы СМП является количество выполненных вызовов в часы работы центров здоровья (табл. 3).

Анализ распределения вызовов по часам суток показал, что в часы пик наибольшее число поступления вызовов приходилось на 16:00 – 24:00 и составило 52,6%, в часы работы поликлиники – с 08:00 до 16:00 – количество поступивших вызовов составило 29,0%.

Таблица 1

Количество вызовов на несчастные случаи и внезапные заболевания на квартиры и вне квартиры в 2002- 2017 гг. (в %)

Год	Внезапные заболевания		Несчастные случаи	
	На квартиру	Вне квартиры	На квартиру	Вне квартиры
2002	90,2	9,8	86,2	13,8
2007	91,4	8,6	91,3	8,7
2012	89,6	10,4	90,2	9,8
2013	91,5	8,5	88,3	11,7
2014	87,8	12,2	88,5	11,5
2015	89,9	10,1	84,5	15,5
2016	86,4	13,6	85,7	14,3
2017	85,3	14,7	86,3	13,7

Таблица 2

Структура обслуженных пациентов по полу и возрасту

Возрастные группы	Количество вызовов	%
М	8252	40,9
Ж	11924	59,1
0-4 года	867	4,3
1-4 года	665	3,3
5-9 лет	606	3,0
10-14 лет	565	2,8
15-18 лет	711	3,5
19-24 года	1790	8,9
25-29 лет	1472	7,3
30-34 года	1594	7,9
35-39 лет	1715	8,5
40-44 года	1695	8,4
45-49 лет	1553	7,7
50-54 года	1433	7,1
55-59 лет	1232	6,1
60-64 года	1029	5,1
65-69 лет	848	4,2
70-74 года	726	3,6
75-79 лет	565	2,8
80-84 года	586	2,9
85-89 лет	343	1,7
90 лет и старше	181	0,9
Всего	20176	100

Таблица 3

*Распределение вызовов в течение суток  
в часы работы городских центров здоровья*

<i>Время суток</i>	<i>Количество поступивших вызовов</i>	<i>%</i>
08.00 до 16.00	5852	29,0
16.00 до 21.00	6960	34,5
21.00 до 00.00	3652	18,1
00.00 до 03.00	1533	7,6
03.00 до 06.00	1109	5,5
06.00 до 08.00	1069	5,3

Наибольшее количество обращений в течение суток приходится на время с 16.00 до 21.00 – 34,5%, удельный вес обращений с 08.00 до 21.00 составил 63,5%; с 21.00 до 00.00 часов – 18,1% и с 00.00 часов до 08.00 часов – 18,4%. Показатель времени поступления

вызова до передачи бригады в среднем составил 3,6 минут, оптимальным считается 1,5-2 минуты. Передача вызовов бригады в период до 2 минут составила 61,3%, от 1 до 4 минут – 83,2%, до 15 минут – 1,7% и после 15 минут – 3,2% (табл. 4).

Таблица 4

*Время передача вызовов бригаде СМП с момента их поступления*

<i>Время передачи до:</i>	<i>Количество вызовов</i>	<i>Процент</i>
1 минуты	4579	22,7
1,5 минут	2924	14,5
2 минут	4860	24,1
3 минут	2641	13,1
4 минут	1789	8,9
5 минут	1829	9,1
10 минут	887	4,4
15 минут	333	1,6
30 минут	151	0,7
1 часа	121	0,6
Свыше 1 часа	61	0,3

Важным показателем оперативности работы СМП является время выезда бригады с момента поступления вызова. Экспертной оценкой установлено, что до 3-х минут выезд составил 60,4% (12186), до 4-х минут – 25,7% (5185), оптимальное время выезда, согласно нормативным актам, составляет до 4-х минут. Показатель своевременность выезда бригад СМП до 4-х минут составил 96,1% (ориентировочный показатель – 99,0%). Время выезда бригады СМП до 15 минут составило 9,5%, до 30 минут – 3,5%, до 1 часа – 0,7% и более 1-го часа – 0,2%. В среднем, время выезда бригады СМП составило 5,3 минут (табл. 5).

Другим важным показателем оперативности службы СМП является время доезда бригады СМП до места происшествия. Время доезда бригад СМП к месту вызова зависит от множества факторов: заторы в часы «пик» характерные для крупных городов; наличие отдельной полосы для спецмашин; действия других участников дорожного движения; наличие освещения улиц в ночное время суток; нумерация домов; состояние дорог и наличие препятствий: оснащённость автомобиля СМП и диспетчерской службы навигационными приборами, а также активность участия вызывающих лиц.

Таблица 5

*Выезд бригад с территории ССМП*

<i>Время выезда до:</i>	<i>Количество вызовов</i>	<i>Процент</i>
3 минут	12186	60,4
4 минут	5185	25,7
15 минут	1916	9,5
30 минут	707	3,5
1 часа	141	0,7
Свыше 1-го часа	40	0,2

Экспертная оценка показала, что время доезда в среднем составило 17 минут. Доезд до 15 минут составил 80,6%, до 30 минут – 16,3%, до 1 часа – 2,5% и более 1-го часа – 0,6% (табл. 6).

Таблица 6

*Время доезда бригад к месту вызова*

<i>Время доезда</i>	<i>Количество вызовов</i>	<i>%</i>
до 15 минут	16261	80,6
15-30 минут	3288	16,3
30-60 минут	505	2,5
Свыше 1-го часа	121	0,6

Время нахождения у пациента является важным показателем работы станции СМП, зависит от ряда взаимосвязанных факторов, включая опыт врачебной бригады, окружающую обстановку, тяжесть и профиль заболевания. Анализ обслуженных вызовов реанимационной бригадой показал, что в 18,9% случаев бригада находилась у пациента до 10 минут, в 17,5% – до 15 минут, в 18,9% – до 20 минут, в 12,1% случаев – до 30 минут, до 1 часа – в 15,4% случаев и более 1-го часа – 18,2%.

Бригады кардиологического профиля до 10 минут у пациента находились в 16,2% случаев, до 15 минут – в 16,5% случаев, до 20 минут – в 16,2%, до 30 минут – в 16,5%, до 1 часа – в 19,2% и более 1 часа длительность нахождения составила 15,5% случаев.

Акушерско-гинекологические бригады до 10 минут находились в 8,6% случаев, до 15 минут – в 8,3%, до 20 минут – в 5,2%, до 30 минут – в 4,3%, до часа – в 3,4% и более 1 часа – в 3,5%.

Педиатрические бригады находились до 10 минут в 11,3%, до 15 минут – в 15,7%, до 20 минут – в 19,7%, до 30 минут – в 12,4%, до часа – в 12,8% и более 1 часа время нахождения у пациента имелось в 12,0%.

Самое длительное нахождение отмечается у врачей терапевтического профиля: до

10 минут - 42,2%, до 15 минут - 39,1%, до 20 минут - 44,2%, до 30 минут - 51,8%, до часа - 45,8% и более часа - 52,6% (табл. 7).

Таким образом, среднее нахождение у пациента бригад различного профиля составляет: реанимационная бригада – 14,5%, кардиологическая – 15,3%, акушерско-гинекологическая – 16,0%, педиатрическая – 15,6% и терапевтическая – 16,2%. В среднем этот показатель составляет 15,3% минут.

На оперативность работы диспетчерской службы влияет количество перевозок. В структуре всех перевозок плановые перевозки составили 23,7%, экстренные – 42,0%, перевозка тел умерших – 13,7%, перевозка консультантов – 0,4%, другие перевозки – 20,2%. В соответствии с действующими нормативными актами, перевозка тел умерших возложена на дезинфекционную станцию, которая не обеспечена санитарным транспортом.

Время транспортировки пациентов зависит от состояния пациента в салоне скорой помощи, радиуса обслуживания и дислокации лечебных учреждений соответствующего профиля. Особенно это приобретает значимость в крупных городах и мегаполисах. Целесообразны многопрофильные стационарные учреждения экстренной помощи.

Среднее время нахождения у пациента врачей  
линейных и специализированных бригад

<i>Наименование бригад и время нахождения</i>	<i>Количество пациентов</i>	<i>%</i>
<b>5-10 минут</b>	2038	10,1
<i>Терапевтического профиля</i>	860	42,2
<i>Педиатрического профиля</i>	230	11,3
<i>Гинекологического профиля</i>	176	8,6
<i>Кардиологического профиля</i>	387	19,0
<i>Реанимационная бригада</i>	385	18,9
<b>10-15 минут</b>	2582	12,8
<i>Терапевтического профиля</i>	1010	39,1
<i>Педиатрического профиля</i>	405	15,7
<i>Гинекологического профиля</i>	214	8,3
<i>Кардиологического профиля</i>	501	19,4
<i>Реанимационная бригада</i>	452	17,5
<b>15-20 минут</b>	2764	13,7
<i>Терапевтического профиля</i>	1222	44,2
<i>Педиатрического профиля</i>	351	12,7
<i>Гинекологического профиля</i>	144	5,2
<i>Кардиологического профиля</i>	525	19
<i>Реанимационная бригада</i>	522	18,9
<b>20-30 мин.</b>	6537	32,4
<i>Терапевтического профиля</i>	791	12,1
<i>Педиатрического профиля</i>	1268	19,4
<i>Гинекологического профиля</i>	281	4,3
<i>Кардиологического профиля</i>	811	12,4
<i>Реанимационная бригада</i>	3386	51,8
<b>До 1 часа</b>	5185	25,7
<i>Терапевтического профиля</i>	2375	45,8
<i>Педиатрического профиля</i>	664	12,8
<i>Гинекологического профиля</i>	176	3,4
<i>Кардиологического профиля</i>	1172	22,6
<i>Реанимационная бригада</i>	798	15,4
<b>Свыше 1 часа</b>	1069	5,3
<i>Терапевтического профиля</i>	563	52,6
<i>Педиатрического профиля</i>	128	12,0
<i>Гинекологического профиля</i>	37	3,5
<i>Кардиологического профиля</i>	146	13,7
<i>Реанимационная бригада</i>	195	18,2

Экспертная оценка определила, что время транспортировки до 10 минут составила 51,4% (10370 случаев), до 15 минут – 30,3% (6113), до 20 минут – 8,5% (1715), до 25 минут – 6,8% (1372) и транспортировка длительностью до 30 минут составила 3,0% (605). В среднем, транспортировка пациентов составляла 13,9% минут.

Затрачиваемое время специализированными бригадами СМП на обслуживание больных для реанимационных бригад в среднем составило 65,5, кардиологических – 66,5, акушерско-гинекологических – 67,0, педиатрических – 66,6 и терапевтических бригад – 66,3 минут.

На оперативность работы службы СМП негативно влияет организация экстренной медицинской помощи в приемных покоях госпитальных учреждений и наличие в приемных покоях отделения или коек неотложной медицинской помощи. Эксперты указывают, что 87,7% (17694) пациентов находятся в приемных покоях в целом до 15 минут (до 5 минут 33%/6658, до 10 минут 34,2%/6900, до 15 минут 20,5%/4136); до 20 минут – 7,1%/1432, до 30 минут – 3,4%/686 и более 30 минут – 1,8%/363. В среднем нахождение бригады СМП в приемных покоях составляет 11,1% минут. Общее время, затраченное с момента поступления вызова без госпитализации пациента, составляет 26,9 минут, а с госпитализацией – 73,1 минуты.

На оперативность работы службы СМП также влияет количество необоснованных вызовов, удельный вес которых составил 2,3% от общего количества выполненных вызовов. В структуре безрезультатных вызовов в 25,0% случаев пациенты отказались от вызова; в 24,1% случаев пациент отсутствовал на месте; 17% случаев составили ложные вызова; обслуженные до приезда СМП другими врачами – 11,2%; дверь закрыта – 11,4% и в 11,2% случаев пациенты были практически здоровыми (табл. 8).

Таблица 8

*Структура и удельный вес безрезультатных вызовов*

<i>Структура безрезультатных вызовов</i>	<i>Количество вызовов</i>	<i>%</i>
Всего	464	2,3
Нет на месте	112	24,1
Обслужен до приезда	52	11,2
Отказ от вызова	116	25,0
Дверь закрыта	53	11,4
Практически здоров	52	11,2
Ложный вызов	79	17,0

Экспертная оценка показала, что болезни системы кровообращения имеют незначительные сезонные колебания. Установлено, что доля болезни системы кровообращения в зимний сезон составила 23,0%, в весенний – 27,7%, летний – 26,4% и осенний сезон – 22,9,0%. Увеличение количества нервных заболеваний отмечено в весенний период – 26,0% от общего количества вызовов данной категории, сезонное колебание незначительное (зимой – 24,8%, осень – 25,5%, летом – 24,3%),

В осенне-летний сезон отмечается увеличение количества кишечных инфекционных заболеваний, их удельный вес составил 33,8% и 34,2% соответственно, весной – 25,6%, зимой – 7,3%. Это характерно для регионов с жаркими климатическими условиями.

Значительное увеличение желудочно-кишечных заболеваний приходится на весенний и осенний периоды – 25,6% и 28,7% соответственно.

Сезонный удельный вес обслуженных вызовов с нервно-психическими, эндокринными заболеваниями, болезнями и синдромами перинатального периода, системные заболевание щитовидной железы и болезни мочеполовой системы весной составляют 26,7-30,7%, что является пиком сезонного увеличения этих заболеваний.

В структуре всех обслуженных вызовов болезни сердца и сосудов с удельным весом 25,7% занимает первое место, второе и третье места принадлежат нервным и инфекционным заболеваниям с удельным весом 15,6% и 11,5% соответственно.

Среды обслуженных вызовов в зимний период на первое место вступают болезни сердца и сосудов – 26,4%, второе место сохраняют нервные заболевания – 17,3%, на третьем месте - болезни желудочно-кишечного тракта – 9,3%.

Весной, летом и осенью болезни сердца и сосудов также занимают первое место – 26,3%, 27,1% и 23,0% соответственно, нервные и инфекционные заболевания сохраняют второе и третье места весной и осенью с удельным весом 15,0% и 10,5%; 15,1% и 15,4%, соответственно.

Летний сезон отличается некоторым увеличением инфекционных заболеваний - 15,6%, на третьем месте нервные заболевания – 15,1%. Значительные сезонные колебания от 3,8% в зимний период до 15,6% летом отмечаются при инфекционных заболеваниях, что необходимо учитывать при распределении выездных бригад СМП (табл. 9).

Климатический график по г. Душанбе (°С)

Температура воздуха	Месяц года											
	1*	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Средняя	2,7	4,4	9,2	15,4	19,6	24,7	26,9	25,5	20,8	15,0	9,2	4,9
Минимальная	-1,6	-0,2	4,3	9,6	13,1	16,9	18,6	17	12,1	7,6	3,5	0,7
Максимальная	7,1	9	14,2	21,2	26,1	32,5	35,1	34	29,5	22,5	15	9,2

Примечание: \* – число 1-12 соответствуют месяцам года

Данные, приведенные в таблице 9, показывают характерные особенности сезонного колебания температуры воздуха в городе Душанбе. В зимний период средняя температура колеблется от 2,7 до 4,4 °С, весной это колебание составляет от 9,2 до 19,6 °С, в летний период колебания невысокие – от 24,7 до 26,9 °С, осенний период средняя температура колеблется от 9,2 до 20,8 °С [6].

Кроме летнего, другие сезоны года практически не имеют высоких колебаний температуры, что обуславливает инфекционные вспышки и сезонный рост ряда заболеваний и относительно равномерное обращение населения за скорой помощью по поводу различных заболеваний. Данный фактор следует учитывать при распределении выездных бригад.

#### Заключение

В настоящее время разделение службы СМП г. Душанбе на скорую и неотложную помощь нецелесообразно и малоэффективно, приводит к нерациональному использованию сил и средств её службы. Прослеживается недостаточное взаимодействие службы СМП и городских центров здоровья, 29% вызовов обслуживаются в часы работы центров здоровья.

Показатели оперативности деятельности службы СМП находятся не на достаточном уровне. Показатель своевременности выезда бригад СМП до 4-х минут составил 96,1% (оптимальный показатель – 99,0%), доезд бригад СМП к месту вызова до 15 минут составил 80,6% (оптимальный показатель – не менее 95,0%).

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Багненко С.Ф., Миннуллин И.П., Разумный Н.В. Расчет и использование показателя времени доезда выездной бригады скорой медицинской помощи до места вызова // Скорая медицинская помощь. 2014. №3. С. 14-17.

2. Барсукова И.М., Пенюгина Е.Н., Кисельгоф О.Г. Результаты изучения мнения пациентов о качестве и доступности скорой медицинской помощи // Скорая медицинская помощь. 2015. №4. С. 4-11.

3. Бегичева С.В. Модель оптимального размещения станций и филиалов скорой медицинской помощи // Наукоедение. 2016. Т. 8, №6 (режим доступа: <http://naukovedenie.ru/vol8-6.php>.)

4. Мирошниченко А.Г., Барсукова И.М., Кисельгоф О.Г. Показатели оперативности работы скорой медицинской помощи в Российской Федерации // Скорая медицинская помощь. 2013. № 4. С. 22-26.

5. Мирошниченко А.Г., Барсукова И.М. Основные показатели работы скорой медицинской помощи Санкт-Петербурга // Скорая медицинская помощь. 2014. №3. С. 4-8.

6. Мирошниченко А.Г., Сложаров В.В., Барсукова И.М. Скорая медицинская помощь в свете Государственной программы развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года // Скорая медицинская помощь – 2013. - №2. – С.4-10.

7. Мирошниченко А.Г., Миннуллин И.П., Алимов Р.Р. Анализ развития нормативного обеспечения оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе // Фундаментальные исследования. 2013. №7 (часть 2). С. 344-349

8. Павлович Т.П., Пилипцевич Н.Н., Цыбин А.К. Организация скорой (неотложной) медицинской помощи населению: методические рекомендации. Минск: БГМУ, 2011. 29 с.

#### RESERENSES

1. Bagnenko S. F., Minnullin I. P., Razumnyy N. V. Raschet i ispolzovanie pokazatelya vremeni doezda vyezdnoy brigady skoroy meditsinskoy pomoshchi do mesta vyzova [Calculation and use of the indicator of the time of arrival of the visiting ambulance brigade to the place of call]. *Skoraya Meditsinskaya Pomoshch - Emergency Medical Care*, 2014, No. 3, pp. 14-17.

3. Barsukova I. M., Penyugina E. N., Kiselgof O. G. Rezultaty izucheniya mneniya patsientov o kachestve i dostupnosti skoroy meditsinskoy pomoshchi [Results of the study of patients' opinions on the quality and availability of emergency medical care]. *Skoraya Meditsinskaya Pomoshch – Emergency Medical Care*, 2015, No. 4, pp. 4-11.

4. Begicheva S. V. Model optimalnogo razmeshcheniya stantsiy i filialov skoroy meditsinskoj pomoshchi [Model of optimal placement of stations and branches of emergency medical care]. *Naukovedenie – Naukovedenie*, 2016, Vol. 8, No. 6. Available on: <http://naukovedenie.ru/vol8-6.php>.)

5. Miroshnichenko A. G., Barsukova I. M., Kisel'gof O. G. Pokazateli operativnosti raboty skoroy meditsinskoj pomoshchi v Rossijskoj Federatsii [Indicators of efficiency of emergency medical care in the Russian Federation]. *Skoraya Meditsinskaya Pomoshch – Emergency Medical Care*, 2013, No. 4, pp. 22-26.

6. Miroshnichenko A. G., Barsukova I. M. Osnovnye pokazateli raboty skoroy meditsinskoj pomoshchi Sankt-Peterburga [Main indicators of emergency medical care in St. Petersburg]. *Skoraya Meditsinskaya Pomoshch – Emergency Medical Care*, 2014, No. 3, pp. 4-8.

7. Miroshnichenko A. G., Slozharov V. V., Barsukova I. M. Skoraya meditsinskaya pomoshch v svete Gosudarstvennoj programmy razvitiya zdavookhraneniya Rossijskoj Federatsii do 2020 goda [Emergency medical care in the light of the State program of health care development of the Russian Federation until 2020]. *Skoraya Meditsinskaya Pomoshch – Emergency Medical Care*, 2013, No. 2, pp. 4-10.

8. Miroshnichenko A. G., Minnulin I. P., Alimov R. R. Analiz razvitiya normativnogo obespecheniya okazaniya

skoroy meditsinskoj pomoshchi na dogospitalnom etape [Analysis of the development of normative provision of emergency medical care at the prehospital stage]. *Fundamentalnye Issledovaniya – Fundamental Research*, 2013, No. 7 (chast 2), pp. 344-349.

9. Pavlovich T. P., Piliptsevich N. N., Tsybin A. K. Organizatsiya skoroy (neotlozhnoj) meditsinskoj pomoshchi naseleniyu: metodicheskie rekomendatsii [Organization of emergency medical care to the population: guidelines]. Minsk, BGMU Publ., 2011. 29 p.

**Сведения об авторах:**

**Муминзода Бободжон Гафор** – докторант кафедры общественного здоровья, экономики и управления (менеджмента) здравоохранения с курсом медицинской статистики ГУО ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

**Аламхон Ахмедов** – член-корр. Академии медицинских наук МЗиСЗН РТ, д.м.н.

**Сафарзода Абдулло Мумин** – директор ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации», к.м.н.

**Контактная информация:**

**Муминзода Бободжон Гафор** – тел.: +992 918632252; e-mail: [muminov\\_bobokul@inbox.ru](mailto:muminov_bobokul@inbox.ru)

© Коллектив авторов, 2019

УДК 616.5-006.03-022:578.827.1:577.21.083.3

*Муниева С.Х., Касымов О.И., Самадзода У.С., Сохибназарова Р.Х., Салимов Б.М.*

## РУБЦОВЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ И ДИСХРОМИИ КОЖИ ПОСЛЕ ДЕСТРУКТИВНЫХ МАНИПУЛЯЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ ИПОСЗ РТ

*Munieva S.H., Kasymov O.I., Samadzoda U.S., Sokhibnazarova R.Hk., Salimov B.M.*

## CICATRICAL CHANGES AND SKIN DYSCHROMIA AFTER DESTRUCTIVE MANIPULATIONS IN PATIENTS WITH HUMAN PAPILLOMA VIRUS

Department of Dermatology and STIs with Cosmetology Course of State Education Establishment  
“Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan”

---

**Цель исследования.** Изучение последствий деструкций у пациентов с проявлениями вируса папилломы человека (ВПЧ).

**Материал и методы.** Обследовано 46 человек (27 мужчин, 19 женщин) в возрасте от 20 до 45 лет с наличием остаточных изменений на коже после деструкции высыпаний ВПЧ. У 26 больных наблюдались депигментные пятна, у 20 – рубцы (атрофические, гипертрофические, в том числе келлоидные).

**Заключение.** Остаточные явления (депигментные пятна, рубцовые изменения) после удаления папиллом имеют стойкий характер.

**Ключевые слова:** вирус папилломы человека, папилломы, депигментные пятна, рубцы

**Aim.** Studying the effects of destruction in patients with manifestations of the human papillomavirus (HPV).

**Materials and methods.** 46 people (27 men, 19 women) aged 20 to 45 years with residual changes in the skin after the destruction of HPV rashes were examined. In 26 patients depigmented spots were observed, in 20 - scars (atrophic, hypertrophic, including keloid).

**Conclusion.** Residual elements (depigmented spots, scars) after removing of papilloma's have a persistent character.

**Key words:** human papilloma virus, papilloma, depigmented spots, scars

---

### Актуальность

В последние десятилетия среди вирусных заболеваний все большее внимание специалистов здравоохранения приковано к инфекции, обусловленной вирусом папилломы человека (ВПЧ). В настоящее время признаются три пути заражения и распространения ВПЧ: редко трансплацентарный (заражение ребенка от больной ВПЧ матери во время родов или кесарева сечения), контактно-бытовой и половой – наиболее частый. Около 60-80% жителей всех стран мира инфицированы этим вирусом, примерно у 10% из них возникают высыпания на коже и/или слизистых. ВПЧ является одной из распространенных

вирусных инфекций, вызывает различные заболевания, что зависит от его генотипа [1, 5]. Мужчин и женщин он поражает с одинаковой частотой, чаще в возрасте активной сексуальной жизни – 20-40 лет. Клинически на коже и слизистых ВПЧ проявляется папилломами, кондиломами или бородавками [1]. В настоящее время известны около 130 типов ВПЧ, изучены относительно хорошо примерно 80. Для каждого типа ВПЧ характерно наличие своего ДНК, что позволило присвоить каждому его штамму отдельный номер. Установлено, что 30 типов ВПЧ могут вызывать поражение мочеполовых органов. Среди них выделяют ВПЧ низкого и высокого

онкогенного действия. К группе высокого риска относятся 12 типов ВПЧ. В области мочеполовых органов типы вирусов высокого онкогенного действия чаще у женщин, реже у мужчин вызывают интраэпителиальную неоплазию и аногенитальный рак [4].

Для обнаружения ВПЧ, выявления и определения его типа необходимо лабораторное исследование. Обнаружение вируса, выявление риска перерождения доброкачественной папилломы в злокачественную производится при помощи количественного ВПЧ-теста. Этот тест позволяет определить эффективность проведенного лечения.

О ВПЧ слышали многие люди, однако большинство из них не имеют представления о том, какую опасность может он принести. Всех больных интересует, как вылечиться от ВПЧ, однако, в действительности, на этот вопрос нельзя ответить однозначно. Это связано с тем, что до настоящего времени нет эффективных средств и методов лечения ВПЧ, которые достигли бы 100% отдаленного терапевтического результата [5, 7]. Следует отметить, что каждый человек, заразившийся ВПЧ, должен знать, что полного устранения вируса из организма, даже после излечения папилломы, не происходит.

Лечебная практика высыпаний, которые возникают на коже или слизистых оболочках под влиянием ВПЧ, зависит от их разновидности и места расположения. В настоящее время используются два способа лечения ВПЧ. Первый способ, наиболее часто применяемый на практике, включает средства и методы лечения, направленные на разрушение (деструкцию) и удаление пролиферативных очагов, образующихся в области проникновения ВПЧ (папилломы, кондиломы, бородавки). Этот способ в ряде случаев способствует устранению вместе с удаленной тканью локализуемого в клетках эпидермиса ВПЧ, что чаще наблюдается среди больных молодого возраста (до 25 лет). Второй способ заключается в повышении противовирусного иммунитета организма больных путем использования иммуномодулирующих средств [3, 9]. В настоящее время для удаления новообразований на коже и слизистых используются разные методы: физические, химические, хирургические и иммуномодуляторы топического действия [8, 9]. К физическим методам лечения ВПЧ относятся криодеструкция, электрокоагуляция, лазеротерапия, радиоволновая деструкция.

Электрокоагуляция является основным методом удаления очагов ВПЧ. Эффект от

данного метода составляет 80-95%, однако рецидивы заболевания возникают у 40-65% больных, в большинстве случаев на месте удаленных папиллом возникают рубцы. К тому же, при электрокоагуляции возможно заражение медицинского персонала парами, возникающими при удалении инфильтратов.

Лазерная деструкция, эффективность которой составляет 60-92% и почти отсутствуют рецидивы, становится ведущим в лечении ВПЧ. Лазеротерапия признается наиболее безопасным методом удаления папиллом, т.к. прижигаются кровеносные сосуды, в связи с чем не бывает кровотечения, а также вторичного инфицирования.

При единичных, крупных элементах используют радиоволновую хирургию. Она обладает высокой эффективностью и безопасностью, однако, это самый дорогой метод удаления папиллом.

Одним из самых доступных в экономическом плане методов является криотерапия, которая применяется давно и имеет эффективность 50-65%, однако рецидивы наблюдаются у 35-50% больных. Криодеструкция практически безболезненная и бескровная процедура, однако время заживления наиболее длительное.

Химиодеструкция одна из самых болезненных процедур и вызывает появления раневых участков, она может быть назначена при папилломах любых участков кожного покрова. Эффективность химических средств лечения ВПЧ составляет 30-40%. Для химиодеструкции применяются следующие препараты:

1. эффективность салицилово-резорцинового коллодия, который назначается при лечении остроконечных кондилом аногенитальной области, составляет всего 30%;

2. применение препарата «Солкодерм», который назначается достаточно часто в гинекологической практике, у большинства больных дает положительный результат за 1 применение;

3. использование цитостатических препаратов (25% раствор подофилина, фторурацил, подофиллотоксин, демелкоцин) повышает эффективность лечения папиллом до 50-60%;

4. к прижигающим средствам относятся ферезол, 10% раствор нитрата серебра, 20% салициловая кислота, 50% трихлоруксусная кислота.

Хирургический метод лечения применяется при больших поражениях типа гигантской кондиломы Бушке-Левенштайна.

К иммуномодуляторам топического действия относятся имихимод и внутриочаговое введение препаратов  $\alpha$ -интерферона [7, 9].

Рубцовые изменения кожи имеют широкое распространение во всем мире, занимают одно из ведущих мест в патологии человека [2, 3]. По данным ВОЗ, ежегодно в мире более 100 млн. больных имеют разной выраженности рубцы после хирургических операций и травматических повреждений [3, 8]. Рубцы на коже возникают на месте повреждений её целостности при многих хронических заболеваниях кожи (глубокие пиодермии, глубокие микозы, туберкулез, лепра, сифилис, кожный лейшманиоз, лимфомы), в результате механических (сдавление, трение), физических (высокая и низкая температура, радиационное излучение, электрический

ток) и химических (кислоты, щелочи) факторов внешней среды, хирургических операциях и т.д. [2, 5].

**Цель исследования**

Изучение последствий деструкций у пациентов с проявлениями вируса папилломы человека.

**Материал и методы исследования**

В исследование включались пациенты, имевшие остроконечные кондиломы, вульгарные, плоские и/или подошвенные бородавки (впервые выявленные и/или рецидивирующие) любой локализации, независимо от результатов ПЦР-теста на ВПЧ.

Всего под нашим наблюдением находилось 46 человек (женщины – 19, мужчины – 27) (рис. 1). Возраст больных колебался от 20 до 45 лет.

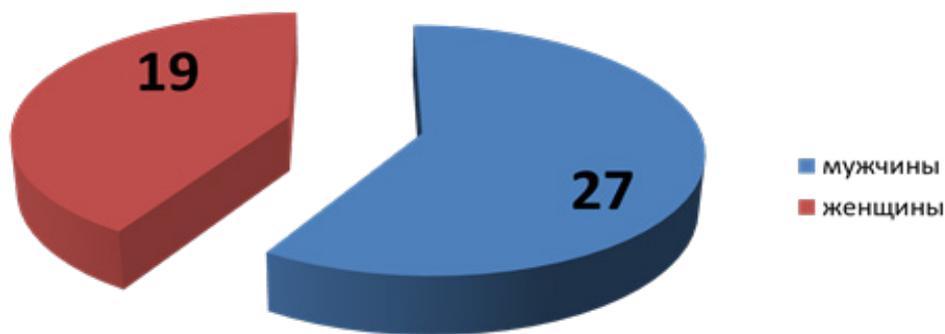


Рис. 1. Количество пациентов, обратившихся по поводу изменений на коже

Как видно из полученных нами данных, большинство больных (43,5%) были в возрасте 20-29 лет, наименьшее (15,2%) – 40-45 лет. Продолжительность заболевания составила, в среднем,  $4,5 \pm 0,5$  лет.

**Результаты и их обсуждение**

У всех пациентов отмечались различные изменения на коже после деструкций очагов поражения, вызванные вирусом папилломы человека (рис. 2).

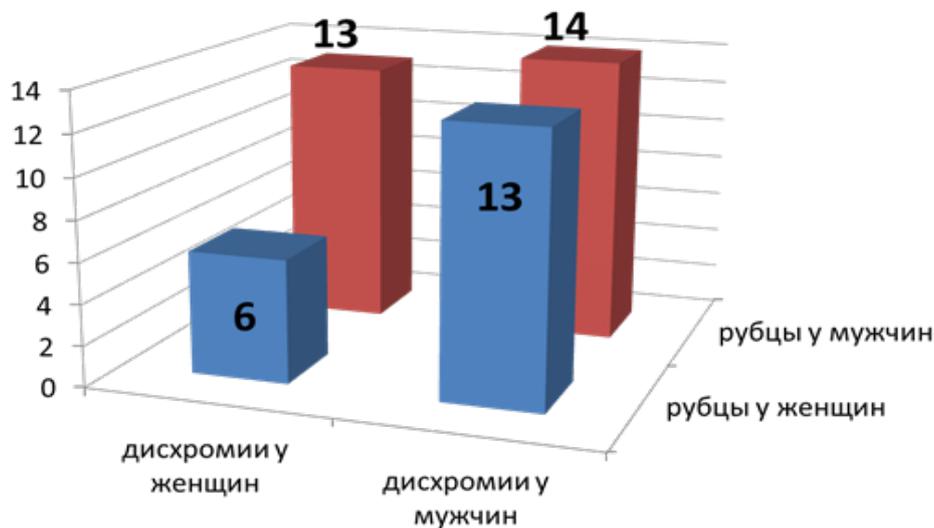


Рис. 2. Изменения на коже после деструкций

Данные рисунка 2 показывают, что у 26 больных (13 мужчин и 13 женщин) выявлены дисхромии, у 20 (14 мужчин, 6 женщин) – рубцы.

У женщин дисхромии проявились в виде депигментных пятен в области гениталий (у 9 пациенток), на коже лица (у 2), на коже шеи – также у 2. Различные рубцовые изменения наблюдались у 6 женщин (у 2 пациенток на лице, у 3 на коже груди и у 1 на коже лобка). У 13 мужчин дисхромия локализовалась на коже полового члена (у 4), на коже лобка (у 2) и на коже вокруг ануса – у 7 пациентов. 14 пациентов предъявляли жалобы на рубцы в области складок в паху (3), на шее (5), на груди (4) и 2 – на коже в области подмышек. Дисхромии проявлялись в виде розовых и белых пятен с четкими границами размером от 0,3×0,3 см до 4×5 см округлых и неправильных очертаний. Рубцовые изменения у 9 пациентов отмечались в виде атрофических и гипотрофических рубцов, у 5 – в виде гипертрофических, у 6 – келлоидных.

Все пациенты отмечали рост и/или подсыпание новых элементов в период от 4-х месяцев до 2-х недель перед включением в исследование. Количество и локализация были весьма разнообразными: от единичных мелких высыпаний до множественных крупных кондилом. У всех пациентов во время первого визита выявлены при проведении ПЦР-анализа (соскоб/мазок из уретры или шейки матки) следующие типы ВПЧ: 6, 11, 16, 18, 31 и 33. При этом у 20% пациентов были выявлены ВПЧ 16, 18, 31 типов, 9 пациентов являлись носителем ВПЧ 6 типа. Ранее никому из пациентов ПЦР-анализ на ВПЧ не проводился.

Всем пациентам при первом визите производилась деструкция кондилом, с дальнейшим повтором в случаях необходимости. Методы для удаления кондилом были следующие: криотерапия, лазерная деструкция, химическая деструкция трихлоруксусной кислотой, цитотоксическая деструкция (солкодерм). Выбор метода зависел от размера, количества, характера роста и типа кондиломатозных высыпаний. Была проведена уретроскопия и кольпоскопия для исключения поражений слизистой. Среди 46 пациентов 17 занимались самолечением в виде использования настойки «Суперчистотел», которым прижигались элементы на коже шеи, груди, подмышечных впадин и лобка.

17 пациентам деструкция проводилась неоднократно, так как в период от 2 недель

до 3 месяцев отмечали рецидив появлений элементов.

Пациенты, обратившиеся с дисхромиями кожи, отмечали нарушение пигментации в период с 10 дней до 1 месяца после проведения деструктивных манипуляций, после чего они обратились в дерматовенерологические учреждения за консультацией. Всем 26 пациентам с нарушениями пигментации кожи было проведено психологическое консультирование и консультация дерматолога с рекомендацией подождать в течение 6 месяцев, так как в подавляющем большинстве случаев в течение полугода цвет кожи восстанавливается. При обращении пациентов через 6 месяцев только у 5 пациентов остались депигментные пятна на местах, подвергшихся деструкции настоем «Суперчистотел». У пациентов, получивших лечение у дерматолога, в местах деструкций кожа приобрела свой естественный цвет.

Больные, обратившиеся с жалобами на рубцовые изменения, отмечали их появление в период с 2-х недель до 5 месяцев после проведенных процедур. У 6 пациентов отмечались атрофические или гипотрофические рубцы на лице в области век и висков – втянутое образование соединительной ткани, создающее в рельефе кожи западение или так называемое «минус-ткань», как результат глубокого деструктивного воспаления кожи. У 3 больных атрофические рубцы располагались на коже шеи. У 6 пациентов наблюдались гипертрофические рубцы, у 5 – келлоидные, которые распространялись за пределы области первичного повреждения. Типичными жалобами больных были зуд, чувство стягивания, парестезии. Все пациенты после эпителизации очагов поражения, на фоне прекращения воспалительной реакции замечали уплотнение, которое часто оценивают как остаточные явления после воспаления. При сборе анамнеза 12 больных с различными видами рубцов признались, что использовали в качестве удаления папиллом различные народные средства и настой «Суперчистотела».

#### **Заключение**

Результаты наших наблюдений показали, что у лиц, которые занимались самолечением, дисхромии кожи и рубцовые изменения наблюдаются чаще. Характер рубцов чаще имеет гипертрофический и келлоидный вид, а дисхромии – стойкие, при этом их самопроизвольной регрессии не происходит.

При ознакомлении с аналогичными работами выяснилось, что на сегодняшний

день не имеется четкого алгоритма действий специалиста, практикующего в области кожных патологий, у пациентов с вышесказанными нарушениями.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов*

ЛИТЕРАТУРА (пп. 6-9 см. в REFERENCES)

1. Бажукова Н.Н., Возовик А.В. Современный взгляд на патогенез папилломавирусной инфекции // Вестник Уральской медицинской академической науки. 2014. №5. С. 116-120.

2. Белоусов А.Е. Рубцы и их коррекция. СПб: Командор^РВ, 2005. 128 с.

3. Назарова Н.И., Прилепская В.Н. Цервикальные и анальные неоплазии, ассоциированные с вирусом папилломы человека: оценка программ вакцинопрофилактики // Медицинский совет. 2018. № 7. С.12-17

4. Рахматулина М.Р., Большенко Н.В. Особенности клинического течения папилломавирусной инфекции в зависимости от генотипа и количественных показателей вирусов папиллом человека высокого онкогенного риска // Вестник дерматологии и венерологии. 2014. № 3. С. 95-105

5. Роговская С.И., Липова Е.В. Шейка матки, влагалище, вульва. Физиология, патология, эстетическая коррекция: руководство для практикующих врачей. М.: Издательство журнала Status praesens, 2014. 832 с.

RESERENSES

1. Bazhukova N. N., Vozovik A. V. Sovremenny vzglyad na patogenez papillomavirusnoy infektsii [Modern view on the pathogenesis of papillomavirus infection]. *Vestnik Uralskoy Meditsinskoy Akademicheskoy Nauki – Bulletin of the Ural Medical Academic Science*, 2014, No. 5, pp. 116-120.

2. Belousov A. E. *Rubtsy i ikh korrektsiya* [Scars and their correction]. St. Petersburg, Komandor RV Publ., 2005. 128 p.

3. Nazarova N. I., Prilepskaya V. N. Tservikalnye i analnye neoplazii, assotsirovannye s virusom papillomy cheloveka: otsenka programm vaktzinoprofilaktiki [Cervical and anal neoplasia associated with human papilloma virus: evaluation of vaccination programs]. *Meditsinskiy Sovet – Medical Council*, 2018, No. 7, pp. 12-17.

4. Rakhmatulina M. R., Bolshenko N. V. Osobennosti klinicheskogo techeniya papillomavirusnoy infektsii v

zavisimosti ot genotipa i kolichestvennykh pokazateley virusov papillom cheloveka vysokogo onkogenno riska [Features of the clinical course of papillomavirus infection depending on the genotype and quantitative indicators of human papilloma viruses of high oncogenic risk]. *Vestnik dermatologii i venerologii – Bulletin of Dermatology and Venereology*, 2014, No. 3, pp. 95-105

5. Rogovskaya S. I., Lipova E. V. *Sheyka matki, vlagalishche, vulva. Fiziologiya, patologiya, esteticheskaya korrektsiya: rukovodstvo dlya praktikuyushchikh vrachey* [Cervix, vagina, vulva. Physiology, pathology, aesthetic correction: a guide for practitioners]. Moscow, Izdatelstvo zhurnala Status praesens Publ., 2014. 832 p.

6. Gold M. H., McGuire M., Mustoe T. A., Pusic A., Sachdev M., Waibel J., Murcia C. International Advisory Panel on Scar Managements. Up-dated international clinical recommendations on scar management: part 2-algorithms for scar prevention and treatment. *Dermatol. Surg.*, 2014, Vol. 40, No. 8, pp. 825-831.

7. Harper D. M., DeMars L. R. HPV vaccines – A review of the first decade. *Gynecol. Oncol.*, 2017, Vol. 146, pp. 196-204.

8. Granados-López A. J., Ruiz-Carrillo J. L., Servín-González L. S., Martínez-Rodríguez J. L., Reyes-Estrada C. A., Gutiérrez-Hernández R., López J. A. Use of Mature miRNA Strand Selection in miRNAs Families in Cervical Cancer Development. *International Journal of Molecular Sciences*, 2017, Vol. 18, pp. 407.

9. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. *MMWR*, 2015, Vol. 64, No. 3.

**Сведения об авторах:**

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

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

**Самадзода Урун Сафарбой** – соискатель кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии ИПОвСЗ РТ

**Сохибназарова Рухиона** – соискатель кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии ИПОвСЗ РТ

**Салимов Бахром Махкамбоевич** – ассистент кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

**Контактная информация:**

**Муниева Саида Хамрокуловна** – тел.: (+ 992) 918 69 16 15, e-mail: Saida.M.Pliva@mail.ru

<sup>1</sup>Мухамадиева К.М., <sup>2</sup>Таджибаев У.А.

## КЛИНИКА ГНЁЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ

<sup>1</sup>Кафедра дерматовенерологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино

<sup>2</sup>Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ ИПОСЗ РТ

<sup>1</sup>Mukhamadieva K.M., <sup>2</sup>Tadzhibaev U.A.

## CLINICAL PICTURE OF ALOPECIA AREATA IN CHILDREN

<sup>1</sup>Department of Dermatovenerology, Tajik State Medical University after Abu Ali ibni Sino

<sup>2</sup>Department of Dermatology and STIs with Cosmetology Course of State Education Establishment  
“Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan”

**Цель исследования.** Изучить клиническое течение гнездовой алопеции (ГА) у детей разных возрастных групп города Душанбе.

**Материал и методы.** Обследованы 63 ребенка в возрасте от 2 до 15 лет, больных ГА. Лиц мужского пола было 36 (57,1%), женского – 27 (42,9%). Методы исследования: клинические, статистические.

**Результаты.** Среди детского населения города Душанбе ГА наиболее часто (69,8%) болеют дети школьного возраста. Факторами риска ГА чаще всего являются наследственная предрасположенность (25,4%) и нервный стресс (23,8%). Дебют заболевания у большинства больных (39,7%) начался в возрасте старше 10 лет. Чаще всего дети страдают средней степенью тяжести ГА (42,9% случаев), тяжелой – 25,4%. Дистрофические изменения ногтевых пластинок наблюдались у 23,8% больных.

**Заключение.** У детей города Душанбе относительно чаще отмечается наследственная предрасположенность к ГА. Значимых различий в клинической картине ГА у детей разных возрастных групп не выявлено.

**Ключевые слова:** гнездовая алопеция, клиника, дети

**Aim.** To study a clinical picture of alopecia areata (AA) in children of various age groups in Dushanbe.

**Materials and methods.** 63 children at the age of 2-15. Men – 36 (57,1%), women – 27 (42,9%). Methods: clinical, statistical.

**Results.** Among the children's population of the city of Dushanbe, school children are most often affected (69,8%). Risk factors for GA are most often a hereditary predisposition (25,4%) and nervous stress (23,8%). The debut of the disease in most patients (39,7%) began at the age of over 10 years. Most often, children suffer from moderate severity of GA (42,9% of cases), severe – 25,4%. Dystrophic changes in the nail plates were observed in 23,8% of patients.

**Conclusion.** Children of Dushanbe have hereditary predisposition to alopecia areata relatively more often. Considerable differences in clinical picture of AA of children of various age groups were not seen.

**Key words:** alopecia areata, clinical picture, children

### Актуальность

Болезни волос продолжают оставаться одной из наиболее актуальных проблем дерматологии. Они в значительной степени отрицательно влияют на психологическое состояние больных, оказывая негативное воздействие на качество жизни пациентов [2,

6]. Одним из распространенных заболеваний волос с популяционной частотой от 0,03-0,1% до 1,7-5% является гнездовая алопеция (ГА) [2, 9]. В структуре заболеваний кожи, от общего числа больных, обращающихся к дерматологу, свыше 4% составляют пациенты с ГА [1, 2]. В последнее годы во многих странах мира

наблюдается рост заболеваемости населения ГА, особенно среди детей.

До настоящего времени вопросы этиологии и патогенеза ГА до конца не раскрыты. Многие исследователи относят её к наследственно обусловленным заболеваниям, однако, до настоящего времени генов, достоверно отвечающих за развитие ГА, не выявлено. По данным литературы, частота генетического варианта ГА варьирует от 10% до 42% [8]. Дебют заболевания у большинства больных начинается в детском возрасте [5, 9]. Психовегетативные, нейрогуморальные нарушения, изменения функций эндокринных желез, наличие очагов хронической инфекции, микроциркуляторные и метаболические нарушения, изменения в содержании микроэлементов в крови и волосах больных считаются одними из наиболее значимых в патогенезе ГА [3, 10]. В последние годы все больше сторонников получает аутоиммунная теория происхождения ГА, на что указывают сочетание с аутоиммунными за-

болеваниями, наличие лимфоцитарных инфильтратов в интра- и перифолликулярных зонах, обнаружение у подавляющего большинства больных аутоантител к волосным фолликулам, скопление клеток Лангерганса в перибульбарной области [4, 7]. По мнению современных учёных, ГА является мультифакторным заболеванием, происходящим при взаимодействии внешней среды и генетических механизмов [9].

Исследований по проблеме ГА у детей в Республике Таджикистан не проводилось.

**Цель работы**

Изучить клиническое течение ГА у детей разных возрастных групп.

**Материал и методы исследования**

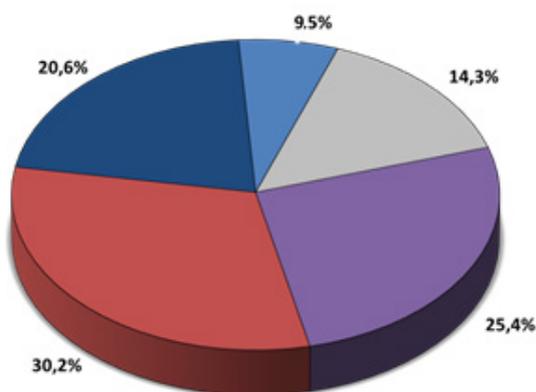
Под наблюдением находились 63 детей, больных ГА. Мальчиков было больше – 36 (57,1%) человек, чем девочек – 27 (42,9%), соотношение 1,3:1. Возраст больных колебался от 2 до 15 лет, составив в среднем 9,6 лет. В возрастной структуре больные были разделены на 4 группы (табл. 1).

Таблица 1

*Возрастная структура детей, больных ГА*

Возраст (лет)	Мальчики (n=36)		Девочки (n=27)		Всего (n=63)	
	абс	%	абс	%	абс	%
1-3	2	3,2	2	3,2	4	6,4
4-6	9	14,3	6	9,5	15	23,8
7-11	12	19	9	14,3	21	33,3
12-16	13	20,6	10	15,9	23	36,5
Всего	36	57,1	27	42,9	63	100

Как показывают данные таблицы 1, большинство больных ГА были дети школьного возраста (7-16 лет), они составили 69,8%. Меньше всего (6,4%) составили дети младшего детского возраста (1-3 года).



*Рис. 1. Длительность заболевания у обследованных больных*

Длительность заболевания у больных колебалась от нескольких недель до 5 и более лет (рис. 1).

Как видно из рисунка 1, до 3 месяцев страдали ГА 9 (14,3%) больных, от 4 до 12 месяцев – 16 (25,4%), от 1 до 2 лет – 19 (30,2%), 3-5 лет – 13 (20,6%), свыше 5 лет – 6 (9,5%). Большинство больных (64,7%) страдали дерматозом больше 1 года. В среднем продолжительность болезни составила 2,1±0,2 лет.

Дебют ГА у 4 (6,3%) больных возник в возрасте до 3 лет, у 13 (20,6%) – в возрасте от 4 до 6 лет, у 21 (33,3%) – в возрасте 7-10 лет, у 25 (39,7%) – старше 10 лет. Родители 15 (23,8%) детей появление первых очагов выпадения волос на голове у своего ребенка связывали со стрессом (испуг от какого-то животного, трудности обучения в школе), у 11 (17,5%) – с обострением хронических очагов инфекции, сопутствующих заболеваний, у 9 (14,3%) – после травмы, ожога. Наследственная пред-

расположенность к ГА выявлена у 16 (25,4%) больных: у 5 (7,9%) по отцовской линии, у 7 (11,1%) – по материнской, у 3 (4,8%) – ГА страдали братья, у 1 (1,6%) – сестра. У 12 (19%) больных причину заболевания выявить не удалось.

У 22 (34,9%) больных первые очаги облысения родители заметили зимой, у 18 (28,6%) – весной, у 11 (17,5%) – летом, у 12 (19%) – осенью.

У больных были выявлены разные клинические формы ГА (рис. 2).

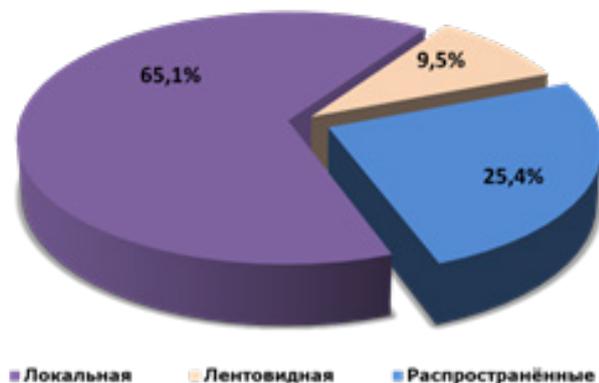


Рис. 2. Клинические формы ГА у больных детей

Из данных рисунка 2 видно, что у большинства (65,1%, n = 41) больных была диагностирована локальная (очаговая или многоочаговая) форма ГА, у 6 (9,5%) – лентовидная, у 16 (25,4%) – распространённые (субтотальная, тотальная и универсальная) формы.

ГА у обследованных детей протекала с разной степенью тяжести течения, которую мы

оценивали по общепринятым критериям, учитывающим, в первую очередь, площадь поражения волосистой части головы. При отсутствии волос на площади до 25% поверхности скальпа тяжесть течения ГА оценивалась как относительно лёгкая (I-я степень тяжести), отсутствие волос на площади от 25 до 50% – как средняя (II-я степень тяжести), облысение свыше 50% – как тяжёлая форма (III-я степень тяжести). В зависимости от тяжести ГА больные распределились следующим образом (рис. 3).

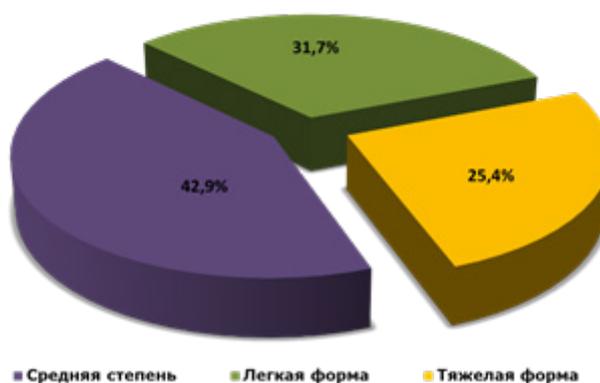


Рис. 3. Распределение больных по тяжести течения ГА

Как видно из данных рисунка 3, у большинства пациентов (42,9%, n=27) наблюдалась II (средняя) степень тяжести клинического течения ГА, далее – I (лёгкая) – у 20 (31,7%) больных, меньше всех – III (тяжёлая) – у 16 (25,4%).

Обследованные нами больные были в разных стадиях заболевания, что отражено в таблице 2.

Таблица 2

Распределение больных по стадиям в зависимости от степени тяжести ГА

Стадии	Степень тяжести ГА						Всего	
	лёгкая		средняя		тяжёлая			
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Прогрессирующая	9	14,3	15	23,8	13	20,6	37	58,7
Стационарная	7	11,1	9	14,3	3	4,8	19	30,2
Регрессивная	4	6,3	3	4,8	-	-	7	11,1
<b>Всего</b>	<b>20</b>	<b>31,7</b>	<b>27</b>	<b>42,9</b>	<b>16</b>	<b>25,4</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

Из таблицы 2 видно, что большинство больных (58,7%; n=37) страдали прогрессирующей стадией ГА, 19 (30,2%) – стационарной, 7 (11,1%) – регрессивной. Прогрессирующая стадия ГА наблюдалась у подавляющего большинства - 13 (81,3%) из 16 больных с тяжёлой формой заболевания, большинства - 15 (55,6%)

из 27 - со среднетяжёлой и менее половины - с лёгкой - 9 (45%) из 20, стационарная – соответственно у 3 (18,7%), 9 (33,3%) и 7 (35%), регрессивная – у 0, 3 (11,1%) и 4 (20%).

Очаги поражения у больных ГА располагались на различных участках волосистой части головы (табл. 3).

Локализация очагов ГА у больных

Локализация очагов алопеции	Число больных (n = 63)	
	абс.	%
Затылочная область	7	11,1
Теменная область	8	12,7
Височная область	3	4,8
Лобная область	2	3,2
Затылочно-теменная область	9	14,3
Височно-теменная область	4	6,3
Височно-затылочная область	3	4,8
Височно-теменно-затылочная область	2	3,2
Лобно-теменная область	2	3,2
По всей волосистой части головы – многоочаговая, субтотальная, тотальная	23	36,5

Данные таблицы 3 показывают, что у большинства детей, больных ГА, – 24 (38,1%) очаги алопеции наиболее часто располагались в затылочной, теменной и затылочно-теменной областях (соответственно у 7, 8 и 9 пациентов), у меньшего количества – 16 (25,4%) – на других участках. Распространён-

ные формы (многоочаговая, субтотальная, тотальная и универсальная) у 23 (36,5%) больных располагались по всей поверхности скальпа или тела.

Количество очагов поражения у больных локальной и лентовидной формами ГА колебалось от 1 до 20 и более (рис. 4).

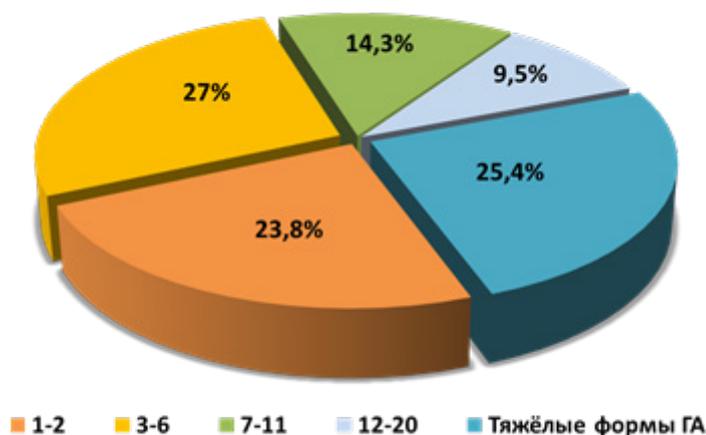


Рис. 4. Количество очагов поражения у больных ГА

Как видно (рис. 4), у большинства больных (27%, n=17) было от 3 до 6 очагов поражения, единичные (1-2) очаги облысения – у 15 (23,8%), 7-11 очагов – у 9 (14,3%), 12-20 и более – у 6 (9,5%). У 16 (25,4%) больных наблюдались субтотальная, тотальная и универсальная формы ГА.

Размеры очагов поражения колебались от 1 до 15 и более см в диаметре. У 21 (33,3%) больного размеры очагов облысения были в пределах от 1 до 5 см в диаметре, у 16 (25,4%) – от 5 до 10 см, у 7 (11,1%) – от 10 до 15 см, у 3 (4,8%) – более 15 см.

Распределение больных с разными клиническими формами ГА в зависимости от тяжести заболевания приведено в таблице 4.

Данные таблицы 4 свидетельствуют, что у больных с лёгким течением ГА наблюдалась только локальная (очаговая) форма заболевания, среди больных со средней степенью тяжести дерматоза – локальная (многоочаговая) и лентовидная, у больных с тяжёлым течением – субтотальная, тотальная и универсальная.

Таблица 4

## Клинические формы ГА у детей в зависимости от тяжести заболевания

Клиническая форма	Степень тяжести гнездной алопеции							
	лёгкая (n=20)		средняя (n=27)		тяжёлая (n=16)		всего (n=63)	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Локальная	20	31,7	21	33,3	-	-	41	65
Лентовидная	-	-	6	9,5	-	-	6	9,5
Субтотальная	-	-	-	-	12	19	12	19
Тотальная	-	-	-	-	2	3,2	2	3,2
Универсальная	-	-	-	-	2	3,2	2	3,2

Данные таблицы 4 свидетельствуют, что у больных с лёгким течением ГА наблюдалась только локальная (очаговая) форма заболевания, среди больных со средней степенью тяжести дерматоза – локальная (многоочаговая) и лентовидная, у больных с тяжёлым течением – субтотальная, тотальная и универсальная.

Для локальной формы ГА характерно было наличие 1-2 при очаговом и от 3 до 15 и более при многоочаговом вариантах заболевания округлой, редко овальной или неправильной формы очагов облысения. Кожа в очагах поражения у больных была гладкая, без признаков атрофии, в большинстве случаев нормального цвета, в некоторых – цвета слоновой кости. У некоторых больных в очагах поражения определялась слабо выраженная эритема. У большинства больных, преимущественно по периферии очагов облысения, были сохранены пустые устья волосяных фолликулов. В большинстве случаев размеры очагов в диаметре составляли от 2 до 5-10 см. Очаги поражения располагались повсеместно по волосистой части головы, преимущественно в затылочной и / или теменной областях. У 31 (75,6%) из 41 больного с локальной формой ГА в очагах поражения отмечалось полное облысение, значительное поредение волос – у 6 (14,6%), наличие участков с нормальными волосами (у некоторых больных кольцевидной формы) – у 4 (9,8%).

У 6 пациентов с лентовидной формой ГА очаги облысения располагались по краевой зоне скальпа: у 4 больных – в виде ленты из области затылка до ушных раковин, у 1 – до височной области (обычный офиазис), у 1 – в лобно-теменной области (обратный офиазис). У 4 больных был один крупный очаг поражения размерами от 10 × 15 до 15 × 20 см. У 2 больных, кроме одного большого очага алопеции, имелись по 2 округлых участка

поражения до 3-5 см в диаметре в других областях волосистой части головы.

При субтотальной форме ГА, характеризовавшейся обширными очагами облысения, у 8 больных площадь алопеции составила от 50% до 75% скальпа, у 4 – от 76% до 95% и более. У большинства больных выпадение волос продолжалось от нескольких месяцев до нескольких лет, у некоторых – в течение нескольких недель и сопровождалось полным отсутствием волос на площади поражения. У больных алопецией до 95% скальпа на отдельных участках сохранялись 2-3 островка волос размерами до 2-3 см в диаметре, а также единичные тонкие обесцвеченные волосы.

Тотальная форма ГА у 2 больных мужского пола в возрасте 9 и 12 лет проявилась полным облысением волосистой части головы.

У 12 больных (19%; 7 мальчиков, 5 девочек), из которых 7 страдали субтотальной формой ГА, 3 – многоочаговой, 2 – тотальной, имелись участки выпадения волос на бровях, у 6 (3 мальчиков, 3 девочек) и / или ресниц. Волосы на бровях и ресницах отсутствовали полностью или были значительно разрежены.

При универсальной форме ГА, которой страдали 2 больных, наблюдалось полное отсутствие волос на всей поверхности кожи тела.

Для прогрессирующей стадии заболевания характерно было обнаружение обломанных волос по периферии очагов поражения (симптом восклицательного знака) и наличие зоны «распатанных волос», что подтверждалось ручной тракционной пробой: волосы в периферии очагов облысения при потягивании безболезненно удалялись в зоне шириной 0,5-2,0 см.

При стационарной стадии появления новых очагов поражения не происходило, имеющиеся очаги не увеличивались в размерах из-за отсутствия зоны «распатанных

волос», рецидивы ГА в последние месяцы не происходили.

Регрессивная стадия заболевания характеризовалась ростом пушковых волос (веллюс) в очагах, их постепенным утолщением, пигментацией, а также появлением единичных терминальных пигментированных волос.

Дистрофические изменения ногтевых пластинок наблюдались у 15 (23,8%) больных (6 мальчиков, 9 девочек). Из 20 больных с лёгкой формой ГА ониходистрофии выявлены у 1 (5%), из 27 – со средней степенью

тяжести – у 6 (22,2%), из 16 – с тяжёлой – у 8 (50%). У 6 (9,5%) больных отмечены точечные углубления (симптом «напёрстка»), у 5 (7,9%) – наличие продольных линий и зубчатого расслаивающегося свободного края, у 4 (6,3%) – неравномерная, шероховатая поверхность ногтя в виде «наждачной бумаги».

Следует отметить, что значимых различий в клиническом течении ГА у детей разных возрастных групп не выявлено.

У большинства больных ГА выявлены сопутствующие заболевания (табл. 5).

Таблица 5

Сопутствующие заболевания у больных ГА

Сопутствующие заболевания	Кол-во больных	%
Очаги хронической инфекции	46	73
Глистная инвазия, лямблиоз	41	65,1
Заболевания желудочно-кишечного тракта, гепатобилиарной системы	24	38,1
Заболевания эндокринной системы	20	31,7
Атопические заболевания	16	25,4
Витилиго, псориаз	10	15,9

Как видно из таблицы 5, среди сопутствующих заболеваний наиболее часто у больных ГА выявлены очаги хронической инфекции (хронический тонзиллит, гайморит, отит, бронхит, пиелонефрит, кариес зубов, аденоиды) – у 46 (73%) пациентов, далее глистная инвазия и лямблиоз – у 41 (65,1%), заболевания желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы (хронический гастрит, энтероколит, хронический холецистит и/или гепатит) – у 24 (38,1%), патология эндокринной системы (зоб различной степени) – у 20 (31,7%), атопические заболевания (атопический дерматит, бронхиальная астма, ринит, конъюнктивит) – у 16 (25,4%), витилиго и псориаз – у 10 (15,9%). По 3 сопутствующих заболевания имели 38 больных, по 2 – 18, по 1 – 7. Значимого (достоверного) влияния указанных заболеваний на течение ГА у наблюдавшихся нами больных не установлено ( $p > 0,05$ ).

#### Заключение

Таким образом, среди детского населения города Душанбе наиболее часто (69,8%) ГА болеют дети школьного возраста. Среди факторов риска ведущее место занимает наследственная предрасположенность 25,4%, далее – нервный стресс (23,8%). Дебют ГА у большинства больных (39,7%) начался в

возрасте старше 10 лет. Клиника ГА у детей разных возрастных групп была примерно одинаковой (достоверных различий не выявлено). Наиболее часто (у 42,9% больных) диагностирована средняя степень тяжести ГА, тяжёлая – у 25,4%. Большинство больных (64,7%) страдали дерматозом больше 1 года. Единичные очаги алопеции наблюдались у 23,8% больных, множественные – у 76,2%, в том числе субтотальная, тотальная и универсальная формы – у 25,4%. Дистрофические изменения ногтей отмечались в 23,8% случаев.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

#### ЛИТЕРАТУРА (пп. 7-10 см. в REFERENCES)

1. Дерматовенерология. Национальное руководство / под ред. Ю.К. Скрипкина и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 895 с.
2. Голдсмит Л.А. и др. Дерматология Фицпатрика в клинической практике. М.: Панфилов, 2015. Т 1. 1166 с.
3. Кондрахина И.Н., Мареева А.Н. Оценка качества жизни больных гнездовой и андрогенетической алопецией // Вестник дерматол. и венерол. 2015. №5. С. 53-58.
4. Мареева А.Н., Кондрахина И.Н. Психосоциальное состояние у больных нерубцовой алопецией

(гнездной, андрогенетической) // Вестник дерматологии и венерологии. 2015. №6. С. 50-56.

5. Олисова О.Ю., Верхогляд И.В., Гостроверхова И.П. Современные представления об этиологии, патогенезе и лечении очаговой алопеции // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2010. №1. С. 48-52.

6. Родионов А.Н., Смирнова И.О., Корнишева В.Г. Дерматология для косметологов. СПб: Наука и техника, 2014. 768 с.

#### REFERENCES

1. Skripkin Yu. K. *Dermatovenerologiya. Natsionalnoe rukovodstvo* [Dermatovenerology. National guide]. Moscow, GEOTAR- Media Publ., 2017. 895 p.

2. Goldsmit L. A., *Dermatologiya Fitzpatricka v klinicheskoy praktike* [Fitzpatrick Dermatology in clinical practice]. Moscow, Panfilov Publ., 2015. Vol. 1, 1166 p.

3. Kondrakhina I. N., Mareeva A. N. Otsenka kachestva zhizni bolnykh gnezdnoy i androgeneticheskoy alopetsiiy [Assessment of the quality of life of patients with multiple and androgenetic alopecia]. *Vestnik Dermatologii i Venerologii - Bulletin of Dermatology and Venereology*, 2015, No. 5, pp. 53-58.

4. Mareeva A. N., Kondrakhina I. N. Psichoemotionalnoe sostoyanie u bolnykh nerubtsovoy alopetsiiy (gnezdnoy, androgeneticheskoy) [Psychoemotional state in patients with alopecia nervosa (multiple, androgenetic)]. *Vestnik Dermatologii i Venerologii - Bulletin of Dermatology and Venereology*, 2015, No. 6, pp. 50-56.

5. Olishova O. Yu., Verkhoglyad I. V., Gostroverkhova I. P. Sovremennyye predstavleniya ob etiologii, patogeneze

i lechenii ochagovoy alopetsii [Modern ideas about the etiology, pathogenesis and treatment of focal alopecia]. *Rossiyskiy Zhurnal Kozhnykh i Venericheskikh Bolezney - Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*, 2010, No. 1, pp. 48-52.

6. Rodionov A. N., Smirnova I. O., Kornisheva V. G. *Dermatologiya dlya kosmetologov* [Dermatology for cosmetologists]. St. Petersburg, Nauka i tekhnika Publ., 2014. 768 p.

7. Chen C. H., Wang K. H., Lin H. C., Chung S. D. Follow-up study on the relationship between alopecia areata and risk of autoimmune diseases. *J. Dermatol.*, 2015, No. 43, pp. 228-229.

8. Petukhova L., Christiano A. M. The genetic architecture of alopecia areata. *J Invest Dermatol Symp Proc.*, 2013, No. 16, pp. 16-22.

9. Pratt C. H., King L. E., Messenger A. G. Alopecia areata. *Nature reviews Disease primers*, 2017, No. 3, pp. 17011.

10. Rencz F., Abrams D. L. Alopecia areata and health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol.*, 2016, Vol. 10, pp. 1111 - 14.

#### Сведения об авторах:

**Мухамадиева Кибриё Мансуровна** – зав.кафедрой дерматовенерологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино, д.м.н.  
**Таджибаев Умед Абдугафурович** – ассистент каф. дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ ИПОСЗ РТ, к.м.н.

#### Контактная информация:

**Мухамадиева Кибриё Мансуровна** – тел.: +992 931-27-75-75

<sup>1</sup>Мухамадиева С.М., <sup>1</sup>Мирзабекова Б.Т., <sup>1</sup>Хайриддинова Дж.А., <sup>2</sup>Мирзабекова Г.Т.

## КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА И КОРРЕКЦИЯ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН ПЕРИ- И ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТОВ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

<sup>1</sup>Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

<sup>2</sup>Городской центр здоровья №11 УЗ г.Душанбе

<sup>1</sup>Mukhamadieva S.M., <sup>1</sup>Mirzobekova B.T., <sup>1</sup>Khairiddinova Dj.A., <sup>2</sup>Mirzabekova G.T.

## CLINICAL EVALUATION AND CORRECTION OF UROGENITAL DISORDERS IN WOMEN OF PERIMENOPAUSE AND POSTMENOPAUSE AGE IN PRIMARY HEALTHCARE AID CONDITIONS

<sup>1</sup>Department of Obstetrics and Gynecology No. 1 of the State Educational Institution "Institute of Post-Graduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"

<sup>2</sup>City Health Center No. 11 of the DoH of Dushanbe

---

**Цель исследования.** Оценить проявления урогенитальных расстройств у женщин старшей возрастной группы в условиях первичной медико-санитарной помощи и разработать предложения по улучшению качества жизни данной категории пациенток.

**Материал и методы.** Проведено анонимное анкетирование 65 женщин пре-, мено- и постменопаузального возрастов (40-67 лет) с урогенитальными расстройствами по: «Шкале оценки расстройств мочеиспускания в модификации IPSS» (2001), «Оценка качества жизни пациенток в соответствии с состоянием мочеиспускания». Использованы проба Valcalvae, прокладочный и кашлевой тесты. Для коррекции урогенитальных расстройств использовали местный эстрогензамещий препарат синестрон (гель).

**Результаты.** Среди женщин с урогенитальными расстройствами в периоде пременопаузы находились 30,7% женщин, менопаузы – 30,7% и 38,1% женщин пребывали в периоде постменопаузы. Наиболее частыми проявлениями нарушений мочеиспускания в течение последнего месяца явились стрессовое (81,5%), императивное (75,3%), ургентное (67,9%) недержание мочи и частое мочеиспускание (65,3%). Более 60% пациенток оценили качество жизни в соответствии с состоянием мочеиспускания как неудовлетворительное. После применения местного эстрогензамещающего препарата синестрон (гель) кашлевая проба у 16% женщин пременопаузального возраста была положительной и у 26% пациенток постменопаузального периода; прокладочный тест у 78% был оценен на 2 балла. Поведенческая терапия является эффективной в 78% случаев на фоне проведения предварительного консультирования.

**Заключение.** Использование оценки шкалы расстройств мочеиспускания, местного эстрогенсодержащего геля синестрон и проведение поведенческой терапии позволят улучшить качество жизни данной категории пациенток.

**Ключевые слова:** урогенитальные расстройства, императивное недержание мочи, стрессовое недержание мочи, никтурия, менопауза, цисталгия, качество жизни

**Aim.** To evaluate the manifestations of urogenital disorders in women of the older age group under conditions of primary health care and develop proposals for improving the quality of life of this category of patients.

**Materials and methods.** Anonymous questioning of 65 women of pre-, meno- and postmenopausal age (40-67 years) with urogenital disorders was carried out according to: "Scale for the assessment of urination disorders in IPSS

modification" (2001), "Assessment of the quality of life of patients in accordance with the state of urination". Valcalvae test, cushioning and cough tests were used. For the correction of urogenital disorders, the local estrogen-substitution drug Sinestron (gel) was used.

**Results.** Among women with urogenital disorders in the premenopausal period were 30,7% of women, menopause – 30,7% and 38,1% of women were in the post-menopausal period. The most frequent manifestations of urination disorders during the last month were stressful (81,5%), imperative (75,3%), urgent (67,9%) urinary incontinence and frequent urination (65,3%). More than 60% of patients rated the quality of life in accordance with the state of urination as unsatisfactory. After using the local estrogen replacement drug, Sinestron (gel), the cough test in 16% of premenopausal women was positive and in 26% of postmenopausal patients; 78% cushioning test was rated at 2 points. Behavioral therapy is effective in 78% of cases with prior counseling.

**Conclusion.** Using the assessment of the scale of urinary disorders, local estrogen-containing gel Sinestron and conduct behavioral therapy will improve the quality of life of this category of patients.

**Key words:** Urogenital disorders, imperative urine incontinence, stressful urine incontinence, nocturia, menopause, cystalgia, lifestyle quality

### Актуальность

Одним из достижений современной медицины и человечества в целом является увеличение общей продолжительности жизни населения [5, 6]. В последние годы одной из актуальных проблем женщин старшей возрастной группы являются урогенитальные расстройства, что обусловлено крайне выраженным отрицательным их влиянием на качество жизни этой категории пациенток [3, 4, 5].

Исследования последних лет свидетельствуют, что у каждой второй женщины отмечаются симптомы неблагополучия со стороны урогенитального тракта в виде нарушений мочеиспускания, при этом преобладает стрессовое, urgentное и императивное недержание мочи [1, 2, 3, 6].

Общепризнано, что данная патология не угрожает жизни данной категории пациенток, но отличается упорным и прогрессирующим течением, малой эффективностью лечения, развитием неврозов, нарушением социальной адаптации [5, 6]. Актуальность проблем эстрогенобусловленных урогенитальных расстройств в целом закономерно увеличивается, т.к. растет продолжительность жизни, и с каждым годом увеличивается количество женщин с климактерическим синдромом [6].

Установлено, что предрасполагающими факторами развития урогенитальных нарушений являются низкий социальный уровень жизни населения, многократность родов, ожирение, воспалительные заболевания мочеполового тракта и пролапс органов гениталий [5, 6].

Высокая частота дизурического синдрома у женщин, отсутствие единых взглядов на патогенез развивающихся изменений, обуславливающих выраженные нарушения мочеиспускания, а также неудовлетворитель-

ные результаты лечения определяют актуальность данной проблемы и обосновывают необходимость совершенствования комплексного изучения механизмов развития и адекватного лечения данной патологии [3].

О недостаточном внимании к урогенитальным расстройствам свидетельствует распространенное среди стареющих женщин мнение о том, что это патология является неотъемлемой частью старения, а также в неуверенности женщин в возможности реальной медицинской помощи [2, 6].

### Цель исследования

Оценить проявления урогенитальных расстройств у женщин старшей возрастной группы в условиях первичной медико-санитарной помощи.

### Материал и методы исследования

Для достижения поставленной цели проведено анонимное анкетирование 65 женщин пре-, мено- и постменопаузального возрастов (40-67 лет) с урогенитальными расстройствами, обратившихся в Центр репродуктивного здоровья №11 города Душанбе, по 2 вопросам. Первый вопросник по изучению урогенитальных расстройств (УГР) представлял собой «Шкалу оценки расстройств мочеиспускания» в модификации IPSS (2001), состоящей из 10 субъективных вопросов. Вторая анкета оценивала качество жизни пациенток в соответствии с состоянием мочеиспускания.

У всех пациенток оценивался прокладочный тест (основан на измерении массы прокладки до физических упражнений и после часа занятий: увеличение массы прокладки более чем на 1 грамм может говорить о недержании мочи). Прокладочный тест оценивается по пятибалльной системе: 0 баллов - прокладки в связи с недержанием мочи не использует, 1 балл – использует редко, 2 балла – не более одной прокладки в день, 3-5 баллов – более двух прокладок

в день. Для коррекции УГР использовали местный эстрогензаместительный препарат синестрон (гель).

Также всем обследованным женщинам проводились функционально-нетрудовые пробы для диагностики УГР: проба Valcalvae и кашлевой тест. Для проведения кашлевой пробы в мочевого пузыря стерильным катетером вводилось около 200,0 мл теплого антисептического раствора. Тест считался положительным, если при натуживании или кашле происходило непроизвольное выделение мочи. Проба Вальсальвы: женщинам с полным мочевым пузырем, лежащим на гинекологическом кресле, предлагали с силой потужиться. Проба считается положительной, если в области наружного отверстия уретры появлялись капли мочи.

С целью диагностики возрастной атрофии слизистой вульвы, влагалища и шейки матки и определения состояния мышц тазового дна проводилась визуальная оценка и кольпоскопия.

С целью коррекции УГР назначалась поведенческая терапия – это метод тренировки мышц тазового дна, при котором женщина осуществляет произвольное напряжение периуретральных и перивагинальных мышц, анального сфинктера без подключения мышц живота, ягодиц и внутренней поверхности бедра в режиме многократного повторения от 2 секунд до 2 минут, три раза в сутки по 20-50 сокращений.

#### **Результаты и их обсуждение**

Результаты анкетного опроса показали, что в периодах пременопаузы находились 30,7%, менопаузы – 30,7% и постменопаузы – 38,1% женщин. Среди женщин пре- и менопаузального возрастов преобладали пациентки в возрасте 45-49 лет, они составляли 50% и 47%, более 10% женщин с естественной менопаузой были в возрасте 40-44 лет и эта возрастная группа составляла 4,7% в периоде постменопаузы. Репродуктивный анамнез обследованных показал, что многорожавшие женщины с УГР составили 81,3%, повторнородившие – 14,1%, и 4,6% женщин имели в анамнезе 1 роды и были нерожавшими.

Установлено, что более 80% пациенток страдали экстрагенитальными заболеваниями, в структуре которых лидировал метаболический синдром, который наблюдался у 64,3% женщин. Заболевания желудочно-кишечного тракта наблюдались в 46,5% случаев, каждая третья женщина страдала гипертонической болезнью (32,5%) и хроническим пиелонефритом (30,2%). Следует

указать, что 18,4% женщин находились на диспансерном учете по поводу сахарного диабета.

Исследования показали, что более 60,0% женщин страдали гинекологическими заболеваниями, среди которых хронические воспалительные заболевания органов малого таза составляли 72,0%, миома матки – 46,5%, недостаточность тазового дна установлена у 6,9%. Из контрацептивного анамнеза установлено, что каждая третья пациентка в прошлом не использовала контрацептивы (32,6%), а среди использовавших большинство (69,4%) предпочитали в прошлом ВМС.

Для детального анализа клинических проявлений урогенитальных расстройств проведен сравнительный анализ в трех группах женщин, находящихся в различных периодах климактерия. Установлено, что в климактерическом периоде у женщин происходят изменения половой функции: повышение – у 4,7%, снижение – у 79,4% (причем почти у 33% отмечалось выраженное снижение), сексуальная функция не изменялась у 15,9% пациенток.

Результаты анонимного анкетирования среди 65 женщин с урогенитальными расстройствами показали, что наиболее частыми проявлениями нарушений мочеиспускания в течение последнего месяца явились стрессовое – 81,5%, императивное – 75,3%, urgentное – 67,9% недержание мочи и частое мочеиспускание – 65,3%, причем установлено сочетание нескольких симптомов у одной женщины, что в 2,5 раза чаще в период постменопаузы (табл.).

Как видно из представленных данных, более чем каждая вторая женщина страдала никтурией (56,6%), цистальгию отметили 23% респонденток. Установлено, что каждую четвертую женщину беспокоило прерывистое мочеиспускание (25,3%). Среди общего количества обследованных 56 женщин во избежание промокания белья использовали прокладки (прокладочный тест составлял 86,1%).

Исследования показали, что среди женщин пременопаузального возраста стрессовое недержание мочи отметили 60,0%, urgentное – 45,0%, императивное недержание – 40,0% женщин и никтурией страдали 56,0% опрошенных, по поводу чего 65,0% пациенток использовали прокладки. Более чем каждая третья (35,0%) из респонденток указала на частое мочеиспускание и каждая четвертая женщина страдала слабой струей мочи (25,0%). Цистальгия наблюдалась в 15,0% случаев.

## Клинические проявления расстройств мочеиспускания у женщин с КС в различные периоды климактерия

Симптомы	Пременопауза (n=20)		Менопауза (n=20)		Постменопауза (n=25)		Всего (n=65)	
	абс.	p±m%	абс.	p±m%	абс.	p±m%	абс.	p±m%
Цистальгия	3	15,0±5,5	5	25,0±6,8*	9	36,0±5,2*	17	26,1±3,7
Частое мочеиспускание	7	35,0±5,8*	11	55,0±5,2	17	68,0±6,8*	35	53,8±3,5
Ургентное недержание мочи	9	45,0±4,7	14	70,0±4,2	21	84,0±3,8	44	67,9±3,4
Слабая струя мочи	5	25,0±5,4	4	20,0±5,8	10	40,0±7,1	19	29,2±3,7
Императивное недержание мочи	8	40,0±7,1*	18	90,0±6,5	23	92,0±5,6*	49	75,3±3,8
Стрессовое недержание мочи	12	60,0±5,8	17	85,0±4,9	24	96,0±5,4	53	81,5±3,1
Прокладочный тест	13	65,0±5,6	18	90,0	25	100,0	56	86,1±2,3
Никтурия	2	56,0±7,0	18	52,0±7,1	20	62,0±6,9	40	56,6

Примечание: \* P<0,005

Анализ анкетного опроса среди женщин менопаузального периода показал, что клинические проявления нарушений мочеиспускания у них были более выражены, чем у пациенток, находившихся в периоде менопаузы. Установлено, что императивным и стрессовым недержанием мочи страдали 90,0% и 85,0% соответственно, ургентным - 70,0% пациенток.

Среди женщин постменопаузального периода наиболее выраженными клиническими проявлениями нарушения мочеиспускания являлись стрессовое - 96,0%, императивное - 92,0% и ургентное недержание мочи - более 80,0% случаев. Установлено, что 68,0% пациенток страдали напряжением при мочеиспускании, 62,0% - никтурией, и каждая третья (36,0%) женщина указала на цистальгию. Абсолютно все обследованные женщины использовали 2-3 прокладки в день.

Проведенные исследования показали, что у женщин пременопаузального возраста императивное недержание мочи наблюдалось в 2, 3 раза реже, по сравнению с постменопаузой (92,0±5,6 и 40,0±7,1 соответственно), стрессовое недержание - в 1,6 раза (96,0±5,4 и 60,0±5,8 соответственно) (p<0,005).

Установлено, что в постменопаузе симптомы частого мочеиспускания почти в 2 раза чаще, по сравнению с периодом пременопаузы (35,0±6,3 и 68,0±7,1 соответственно),

цистальгия в 2 раза (15,0±5,5 и 36,0±5,2 соответственно) (p<0,005).

При оценке качества жизни женщин в соответствии с состоянием мочеиспускания на вопрос: «Если бы Вам пришлось провести остаток своей жизни с нынешним мочеиспусканием, как бы Вы оценили свое самочувствие?» 20,2% женщин ответили удовлетворительно, неопределенно - 15,5%, неудовлетворенно - 45,3% и 20,9% оценили свое самочувствие как тяжелое.

Результаты данных показали, что проба Вальсальвы в пременопаузе была положительна у 9 (36%) женщин, в постменопаузе проба была положительной у каждой второй пациентки - 51,7%. При оценке результатов кашлевой пробы у 12 (48%) женщин в пременопаузе и в периоде постменопаузы почти у всех (93%) женщин проба было положительной. Прокладочный тест оценен у 9% на 2 балла, у 42% - 3 балла, у 46% - 4 балла.

После применения местного эстрогензамещающего препарата синестрон (гель) кашлевая проба у 16% женщин пременопаузального возраста была положительной и у 26% пациенток постменопаузального периода; прокладочный тест у 78% был оценен на 2 балла. Проведение поведенческой терапии является эффективным в 78% случаев на фоне предварительного консультирования.

## Заключение

Особенностями урогенитальных нарушений у женщин климактерического возраста являются их раннее и тяжелое течение во всех возрастных группах. Основными проявлениями урогенитальных нарушений являются стрессовое, императивное и urgentное недержание мочи. Комплексный подход к ведению женщин климактерического возраста с использованием шкалы оценки расстройств мочеиспускания, проведение эстрогензамещающей терапии с помощью вагинального введения препаратов, содержащих эстриол, и местных эстрогенов, а также проведение поведенческой терапии позволяют улучшить качество жизни данной категории пациенток

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов*

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гомберг В.Г. Особенности лечения недержания мочи у пожилых женщин // Урология сегодня. 2016. №3. С. 28-32.
2. Ледина А.В. Атрофические вагиниты у женщин в постменопаузе (в помощь практическому врачу) // Гинекология. 2016. Экстравып. С. 11-13.
3. Нейрмак А.И., Нейрмак Б.А., Кондратьева Ю.С. Дизурический синдром у женщин. М., 2010. 224 с.
4. Овсянникова Т.В., Макаров И.О., Боровкова Е.И., Куликов И.А. Местная терапия урогенитальных нарушений в пери- и постменопаузе // Акушерство, гинекология и репродукция. 2010. Т.3. С. 25-28.
5. Серов В.Н. Терапия урогенитальных расстройств, обусловленных дефицитом эстрогенов // Акушерство, гинекология и репродукция. 2010. №1. С. 21-35.
6. Перепанова Т.С., Хазан П.Л. Современные подходы к терапии урогенитальных расстройств у женщин в постменопаузе // Акушерство, гинекология и репродукция. 2011. Т.5, №1. С. 9-12

## REFERENCES

1. Gomborg V. G. Osobennosti lecheniya nederzhaniya mochi u pozhilykh zhenshchin [Features of treatment of urinary incontinence in elderly women]. *Urologiya Segodnya – Urology Today*, 2016, No. 3, pp. 28-32.
2. Ledina A. V. Atroficheskie vaginity u zhenshchin v postmenopauze (v pomoshch prakticheskomu vrachu) [Atrophic vaginitis in postmenopausal women (to help a practical doctor)]. *Ginekologiya – Gynecology*, 2016, Ekstravyyp. pp. 11-13.
3. Neyrmak A. I., Neyrmak B. A., Kondrateva Yu. S. *Dizuricheskiy sindrom u zhenshchin* [Dysuric syndrome in women]. Moscow, 2010. 224 p.
4. Ovsyannikova T. V., Makarov I. O., Borovkova E. I., Kulikov I. A. Mestnaya terapiya urogenitalnykh narusheniy v peri- i postmenopauze [Local therapy of urogenital disorders in peri-and postmenopause]. *Akusherstvo, Ginekologiya i Reproduktsiya – Obstetrics, Gynecology and Reproduction*, 2010, Vol. 3, pp. 25-28.
5. Serov V. N. Terapiya urogenitalnykh rasstroystv, obuslovlennykh defitsitom estrogenov [Therapy of urogenital disorders caused by estrogen deficiency]. *Akusherstvo, Ginekologiya i Reproduktsiya – Obstetrics, Gynecology and Reproduction*, 2010, No. 1, pp. 21-35.
6. Perepanova T. S., Khazan P. L. Sovremennye podkhody k terapii urogenitalnykh rasstroystv u zhenshchin v postmenopauze [Modern approaches to the treatment of urogenital disorders in postmenopausal women]. *Akusherstvo, Ginekologiya i Reproduktsiya - Obstetrics, Gynecology and Reproduction*, 2011, Vol. 5, No. 1, pp. 9-12.

### Сведения об авторах:

*Мухамадиева Саодатхон Мансуровна* – профессор кафедры акушерства и гинекологии №1 ИПОвСЗ РТ, д.м.н.  
*Мирзабекова Бахаргуль Токторбаевна* – ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 ИПОвСЗ РТ, к.м.н.  
*Узакова Урунбии Джурабаевна* – доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н.

### Контактная информация:

*Мирзабекова Бахаргуль Токторбаевна* – тел.: +992 903331454; e-mail: mirzabekovabahargul@gmail.com

<sup>1</sup>Очилзода А.А., <sup>2</sup>Нурматов Х.Х.

## НАШ ОПЫТ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРИТВОРНОЙ ГЛУХОТЫ И ТУГОУХОСТИ ПРИ СУРДОЭКСПЕРТИЗЕ ПРИЗЫВНИКОВ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ

<sup>1</sup>Согдийская областная клиническая больница

<sup>2</sup>Центральный военный госпиталь Министерства обороны Республики Таджикистан

<sup>1</sup>Ochilzoda A.A., <sup>2</sup>Nurmatov H.H.

## OUR EXPERIENCE IN DETERMINING FEIGNED DEAFNESS AND HEARING DISORDER DURING AN AUDIOLOGICAL EXAMINATION OF MILITARY SERVICE RECRUITS

<sup>1</sup>Sughd Regional Clinical Hospital

<sup>2</sup>Central Military Hospital of the Ministry of Defense, Republic Tajikistan

**Цель исследования.** Повышение эффективности применения способа определения притворной односторонней глухоты (опыт Штенгера), его модификации, среди призывников военных служб, заподозренных в притворной односторонней глухоте и тугоухости.

**Материал и методы.** За период 2013-2018 гг. в призывной комиссии при Военном комиссариате Согдийской области было проведено оториноларингологическое обследование 1500 призывников к военной службе в Вооруженных силах Республики Таджикистан. Среди них у 30 (2%) была заподозрена симуляция односторонней глухоты и тугоухости.

Всем призывникам проводили полное клиническое обследование: сбор анамнеза, жалоб, тщательное оториноларингологическое обследование (риноскопия, фарингоскопия, отомикроскопия, исследование слуха шепотной и разговорной речью, камертональные исследования). При подозрении на притворную одностороннюю глухоту и тугоухость применяли опыт Штенгера, а также его модификацию, предложенную К.Л. Хиловым. Выполняли тональную пороговую и надпороговую аудиометрию (определение ДПС по Лушеру, SiSi тест, определение порога слухового дискомфорта), речевую аудиометрию на таджикском языке, определение нижней границы воспринимаемых частот и ультразвуковую аудиометрию по Б.М. Сагаловичу. Обследование проводилось в аудиологическом кабинете отделения функциональной диагностики Согдийской областной клинической больницы.

**Результаты.** В результате определения притворной глухоты и тугоухости методом Штенгера и его модификации, при увеличении силы звука, подаваемого в обследуемое ухо, до 10 – 15 дБ и выключении подачи звука на здоровом ухе у 26 (86,6%) из 30 обследованных призывников констатировали симуляцию глухоты на одном ухе. Лишь 4 (13,3%) призывника при максимальной силе звука, поступающего в обследуемое ухо, продолжали четко дифференцировать моменты прекращения его подачи в здоровое ухо, что позволило констатировать нейросенсорную глухоту на одном ухе.

**Заключение.** Применение опыта Штенгера и его модификации, предложенной К.Л. Хиловым, свидетельствует об их эффективности при определении остроты слуха при односторонней функциональной и притворной глухоте и тугоухости. Поэтому их можно рекомендовать для диагностики притворной глухоты и тугоухости среди призывников в ряды Вооруженных сил как в стационаре, так и в амбулаторных условиях.

**Ключевые слова:** притворная глухота и тугоухость, аудиология, симуляция, метод Штенгера

**Aim.** Improving the effectiveness of the method for determining feigned unilateral deafness (Shtenger's experience), its modification, among military service recruits suspected of feigned unilateral deafness and hearing disorder.

**Materials and methods.** For the period 2013 - 2018, an otorhinolaryngological examination of 1,500 conscripts for military service in the Armed Forces of the Republic of Tajikistan was conducted at the Recruiting committee under

the Military Commissariat of the Sughd Region. Among them, 30 (2%) recruits were suspected of feigned unilateral deafness and hearing disorder.

All draftees underwent a full clinical examination: a medical history, complaints, a thorough otorhinolaryngological examination (rhinoscopy, pharyngoscopy, otomicroscopy, hearing research in whispering and speaking, tuning fork research). If it was suspected of feigned unilateral deafness and hearing disorder, the experience of Stenger was used, as well as its modification proposed by K.L. Khilov. Tonal threshold and suprathreshold audiometry (determination of DPS according to Lusher, SiSi test, determination of the threshold of auditory discomfort), speech audiometry in Tajik, determination of the lower limit of perceived frequencies and ultrasound audiometry according to B.M. Sagalovich. The examination was conducted in the audiological office of the functional diagnostics department of the Sughd Regional Clinical Hospital.

**Results.** As a result of determining the pretense of deafness and hearing loss by the Stenger method and its modification, when the strength of the sound supplied to the examined ear increases to 10-15 dB and the sound supply on the healthy ear is turned off in 26 (86,6%) out of 30. The surveyed recruits observed a simulation of deafness in one ear. Only 4 (13,3%) draftees, with the maximum intensity of sound entering the examined ear, continued to clearly differentiate the moments when it was stopped feeding to a healthy ear, which made it possible to state sensorineural deafness in one ear.

**Conclusion.** Application of the experience of Stenger and its modifications proposed by K.L. Khilov, testifies to their effectiveness in determining hearing acuity with unilateral functional and feigned deafness and hearing disorder. Therefore, they can be recommended for the diagnosis of feigned deafness and hearing disorder among draftees in the Armed Forces both in the hospital and on an outpatient basis.

*Key words:* feigned deafness and hearing disorder, audiological, simulator

### Актуальность

Проблема глухоты и тугоухости является одним из актуальных вопросов оториноларингологии. По данным литературы, в структуре тугоухости среди сельского населения Таджикистана наибольший удельный вес занимает хронический средний отит (43,3%), а среди городского населения – кохлеарный неврит (41,5%). В связи с этим возрастает актуальность проблемы организации сурдологической помощи пациентам с дефектами слуха. Полноценная медицинская и социальная реабилитация слабослышащих и глухих больных зависит от правильной организации аудиологической диагностики [3]. Одной из основных задач в работе сурдологического центра является своевременная диагностика и оздоровления подростков, готовящихся к призыву в Вооруженные силы Республики Таджикистан.

Для определения качественной характеристики слуха при односторонней притворной глухоте применяется много способов. Наибольшее распространение получил опыт Штенгера (1914), а также его модификация, предложенная К.Л. Хиловым (1969) – метод выявления симуляции односторонней глухоты [1, 2]. Эти опыты основаны на способности человека при раздражении обеих ушей звуками из двух источников слышать только тот, который издает более сильные звуки. В первом случае для определения опыта используют два одинаковых камертона, во втором – два наушника, сила звучания которых может произвольно меняться. В

один из наушников подается речь, а другой – музыка. Меняя силу звука то в одном, то в другом, можно составить представление о том, воспринимает ли обследуемый «неслышащим» ухом звук.

В доступной литературе мы почти не встретили достаточных сведений, касающихся эффективности применения опыта Штенгера, а также его модификации, предложенной К.Л. Хиловым для определения притворной односторонней глухоты среди призывников военных служб, поэтому считаем целесообразным привести результаты наших наблюдений.

### Цель исследования

Повышение эффективности применения способа определения притворной односторонней глухоты (опыт Штенгера), его модификации, среди призывников военных служб, заподозренных в притворной односторонней глухоте и тугоухости.

### Материал и методы исследования

За период 2013-2018 гг. в призывных комиссиях при Военном комиссариате Согдийской области было проведено оториноларингологическое обследование 1500 призывникам военной службы в Вооруженных силах Республики Таджикистан. Среди них у 30 (2%) была заподозрена притворная односторонняя глухота и тугоухость.

Всем призывникам проводили полное клиническое обследование, включая сбор анамнеза, жалоб, проводили тщательное оториноларингологическое обследование: риноскопию, фарингоскопию, отомикро-

скопию, исследование слуха шепотной и разговорной речью, камертональные исследования. Наряду с этими при подозрении на притворную одностороннюю глухоту и тугоухость среди призывников применяли опыт Штенгера, а также его модификацию, предложенную К.Л. Хиловым. Также проводили тональную пороговую и надпороговую аудиометрию (определение ДПС по Лушеру, SiSi тест, определение порога слухового дискомфорта), речевую аудиометрию (на таджикском языке), определение нижней границы воспринимаемых частот и ультразвуковую аудиометрию по Б.М. Сагаловичу. Обследование выполнялось в аудиологическом кабинете отделения функциональной диагностики Согдийской областной клинической больницы.

Мы применяли следующие способы определения притворной глухоты и тугоухости среди призывников: а) способ определения притворной глухоты и тугоухости с двумя одинаковыми камертонами; б) аудиометрический способ определения односторонней глухоты – опыт Штенгера, а также его модификацию, предложенную К.Л. Хиловым. Методика заключается следующем: клинический аудиометр типа «МА-31» настраивается на режим проведения опыта Фаулера, т.е. на оба наушника подаются тоны одной и той же частоты, начиная со 125 Гц и далее – последовательно на всех частотах аудиометра. Устанавливается порог восприятия воздушно-проведённых звуков на данной частоте здоровым ухом. Затем силу звучания этого тона увеличивают на 10 дБ. Пациент четко слышит звук здоровым ухом, после чего его предупреждают о постепенном уменьшении силы звучания тона, подаваемого в здоровое ухо: как только он перестанет слышать звук, должен сообщить об этом аудиометристу. При этом, не меняя силы звука, подаваемого в здоровое ухо, обследующий постепенно увеличивает силу звучания такого же тона, следующего во второе, «неслышащее», ухо. Если второе ухо мнимо глухое, то при силе подаваемого в него звука более 10 дБ обследуемый будет слышать звучащий тон этим ухом и будет слышать здоровым. Попытки ввести в заблуждение обследующего легко изобличаются, если, не прекращая подавать сигнал в «больное» ухо, периодически выключать подачу звука в здоровое ухо. Производится это так. После увеличения силы звука, подаваемого в обследуемое ухо до 10-15 дБ, выключают подачу его в здоровое ухо. Если обследуемый не указывает на неизчезновение звука в здоровом ухе, он – **си-**

**мулянт**, если же отмечает это, то усиливают звучание со стороны «больного» уха еще на 5-10 дБ и повторяют опыт. Если пациент при максимальной силе звука, поступающего в обследуемое ухо, продолжает четко дифференцировать моменты прекращения его подачи в здоровое ухо, то он, действительно, не слышит одним ухом. Пользуясь данным методом, можно определить величину потери слуха не только при функциональной или притворной односторонней глухоте, но и при тугоухости на одно ухо. В этом случае пациент будет отмечать исчезновение восприятия здоровым ухом звучащего тона, который подается в хуже слышащее ухо и выше порогового на 10-15 дБ. Указанный способ назван тестом «звукового дисбаланса», что наиболее полно соответствует сути проводимого исследования.

#### **Результаты и их обсуждение**

Пользуясь методом определения притворной глухоты по опыту Штенгера, а также его модификацией, предложенной К.Л. Хиловым, используя клинический аудиометр типа «МА-31» в режиме проведения опыта Фаулера, на оба наушника подавали тоны одной и той же частоты, начиная со 125 Гц и далее – последовательно на всех частотах аудиометра 30 (2%) – призывникам, которое было заподозрено с симуляции глухоты и тугоухости. В результате увеличения силы звука, подаваемого в обследуемое ухо, до 10–15 дБ и при выключении подачи звука на здоровое ухо из 30 (100%) у 26 (86,6%) обследованных отмечали отсутствие исчезновения звука в здоровом ухе. Это позволяет констатировать симуляцию глухоты на одном ухе. В процессе наблюдения этим призывникам проводили трехкратное аудиометрическое исследование (тональная пороговая аудиометрия) с целью уточнения слуховых порогов. На аудиограммах у 26 обследуемых призывников на частотах 125-8000 Гц определялось нормальное физиологическое состояние слуха. Эти призывники, согласно положению о военно-медицинской экспертизе, были признаны годными к военной службе [4].

Только 4 (13,3%) призывника при максимальной силе звука, поступающего в обследуемое ухо, продолжали четко дифференцировать моменты прекращения его подачи в здоровое ухо, что позволило констатировать нейросенсорную глухоту на одном ухе. В процессе наблюдения при аудиометрическом исследовании (тональная пороговая аудиометрия) с целью уточнения слуховых порогов у этих призывников определялась обрывистая кривая аудиограммы

на частоте 1000 Гц на противоположном ухе, свидетельствующая о нейросенсорной глухоте на одном ухе. Эти призывники, согласно положению о военно-медицинской экспертизе, были признаны негодными к военной службе [4].

Эти данные полностью подтвердили достоверность результатов, полученных при проведении опыта Штенгера, а также его модификации, предложенной К.Л. Хиловым, для диагностики притворной глухоты и тугоухости.

#### **Заключение**

Таким образом, наши результаты после применения опыта Штенгера и его модификации, предложенной К.Л. Хиловым, свидетельствуют о его эффективности при определении остроты слуха при односторонней функциональной и притворной глухоте и тугоухости, в частности среди призывников.

Изложенное позволяет рекомендовать использование опыта Штенгера с модификацией по К.Л. Хиллову в диагностике притворной глухоты и тугоухости среди призывников на военную службу в Вооруженные силы РТ как в стационаре, так и в амбулаторных условиях.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов*

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Горохова А.А., Шелепова А.М. Военная оториноларингология: учебное пособие. Санкт-Петербург: СпецЛит, 2014. 272 с.
2. Лопотко А.И. Практическое руководство по сурдологии. СПб., 2008. 274 с.

3. Лунёв В.П., Лазарева Е.С. Медико-социальная экспертиза лиц с нарушением функции слуха. Методические рекомендации. Орел, 2011. С. 14-25.

4. Положение о военно-врачебной экспертизе. Постановление Правительства Республики Таджикистан № 695 от 03.12.2012 г. Душанбе: Сарбоз, 2013. 539 с.

#### **REFERENCES**

1. Gorokhova A. A., Shelepova A. M. *Voennaya otorinolaringologiya: uchebnoe posobie* [Military otorhinolaryngology: textbook]. Sankt-Peterburg, SpetsLit Publ., 2014. 272 p.
2. Lopotko A. I. *Prakticheskoe rukovodstvo po surdologii* [Practical guide to audiology]. St. Petersburg, 2008. 274 p.
3. Lunev V. P., Lazareva E. S. *Mediko-sotsialnaya ekspertiza lits s narusheniem funktsii slukha. Metodicheskie rekomendatsii* [Medical and social examination of persons with hearing impairment. Methodical recommendation]. Orrel, 2011. 14 – 25 p.
4. *Polozhenie o voenno-vrachebnoy ekspertize. Postanovlenie Pravitelstva Respubliki Tadzhikistan № 695 ot 03.12.2012 g* [Regulations on military medical examination. Resolution Of the government of the Republic of Tajikistan No. 695 of 03.12.2012]. Dushanbe, Sarboz Publ., 2013. 539 p.

#### **Сведения об авторах:**

**Очилзода Абдуназир Абдусамеевич** – зав. сурдологическим кабинетом Городского центра здоровья № 2 г. Худжанд, к.м.н., доцент

**Нурматов Хамидулло Хабибуллоевич** – врач-оториноларинголог Центрального военного госпиталя Министерства обороны Республики Таджикистан

#### **Контактная информация:**

**Очилзода Абдуназир Абдусамеевич** – тел.: +992 92 731-75-35; e-mail: nazir-1957@mail.ru

<sup>1</sup>Пиров Б.С., <sup>1</sup>Одинаев О.М., <sup>1</sup>Самадов А.Х., <sup>2</sup>Руммо О.О.

## РАСШИРЕНИЕ ПУЛА ДОНОРСТВА И СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧЕК В РЕСПУБЛИКАХ ТАДЖИКИСТАН И БЕЛАРУСЬ

<sup>1</sup>ГУ «Национальный научный центр трансплантации органов и тканей человека» МЗиСЗН РТ  
<sup>2</sup>Белорусская медицинская академия последипломного образования, Беларусь

<sup>1</sup>Pirov B.S., <sup>1</sup>Odinaev O.M., <sup>1</sup>Samadov A.CH., <sup>2</sup>Rummo O.O.

## EXPANSION OF THE DONATION POOL AND COMPARATIVE EVALUATION OF KIDNEY TRANSPLANTATION RESULTS IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN AND BELARUS

<sup>1</sup>The State Institution "National Scientific Center for Human Organ and Tissue Transplantation"  
of the Ministry of Health of the Republic of Tajikistan  
<sup>2</sup>Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education

**Цель исследования.** Провести анализ историй больных с хронической болезнью почек терминальной стадии, а также доноров для расширения пула донорства и дать сравнительную оценку результатов трансплантаций почек.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ 310 (100%) историй пациентов. Первая группа состояла из 170 (54,9%), которые трансплантированы в период за 2011 по 2015 гг. в Республиканском научно-практическом центре трансплантации органов и тканей (РНПЦТОиТ) Республики Беларусь. Вторая группа - 140 (45,1%) пациентов, трансплантированных в Республике Таджикистан на базе Национального научного центра трансплантации органов и тканей человека (ННЦТОиТЧ). Мужчин было 168 (53,9%), женщин - 142 (46,1%), среди которых по 155 реципиентов и доноров.

**Результаты.** Большинство пациентов госпитализируются с диагнозом хронический гломерулонефрит с исходом в нефросклероз. В первой группе разногруппно несовместимые пересадки проводились в 1,3%, а разногруппно совместимые - в 1,6%; не совместимые по резусу - в 1,6% случаях в первой, во второй группе все пересадки одногруппные. Выживаемость трансплантатов почки от живого донора в первой группе составляет 92%, что не отличается от мировых данных, а во второй группе - 88%, что связано с нарушением мониторинга или приема иммуносупрессантов.

**Заключение.** Количество операций по трансплантации органов в Республике Беларусь растет на 20%, в Республике Таджикистан - на 10%. Число трансплантаций возможно увеличить за счет разногруппных пересадок до 2,9%. Выживаемость трансплантатов почки от живого донора в первой группе составляет 92%, а во второй группе - 88%, что связано с нарушением мониторинга или приема иммуносупрессантов.

**Ключевые слова:** трансплантация почки, патология почек, нуждающиеся в трансплантации, группа крови, резус-фактор, разногруппная пересадка

**Aim.** To analyze the histories of patients with chronic kidney disease of the terminal stage, as well as donors to expand the donor pool and to give a comparative assessment of the results of kidney transplants.

**Materials and methods.** A retrospective analysis of 310 (100%) patient histories was performed. The first group consisted of 170 (54,9%), which were transplanted in the period from 2011 to 2015. in the Republican Scientific and Practical Center for Organ and Tissue Transplantation (RNPTSTOIT) of the Republic of Belarus. The second group - 140 (45,1%) patients transplanted in the Republic of Tajikistan based on the National Scientific Center for Transplantation of Human Organs and Tissues (NNSTOITCh). There were 168 men (53,9%), women - 142 (46,1%), among whom recipients and donors were 155 each.

**Results.** Most patients are hospitalized with a diagnosis of chronic glomerulonephritis with outcome in nephrosclerosis. In the first group, heterogeneous incompatible transplants were performed in 1,3%, and heterogeneous compatible transplants - in 1,6%; Rh incompatible - in 1,6% of cases in the first, in the second group, all transplants are single-group. The survival of kidney transplants from a living donor in the first group is 92%, which does not differ from world data, and in the second group - 88%, which is associated with impaired monitoring or reception of immunosuppressants.

**Conclusion.** The number of organ transplant operations in the Republic of Belarus is growing by 20%, in the Republic of Tajikistan – by 10%. The number of transplantations can be increased due to heterogeneous transplants up to 2.9%. The survival of kidney transplants from a living donor in the first group is 92%, and in the second group – 88%, which is associated with impaired monitoring or reception of immunosuppressants.

**Key words:** kidney transplantation, dysfunction and kidney complications, combating dysfunction

### Актуальность

В настоящее время трансплантация почки (ТП) стала радикальным методом лечения терминальной хронической почечной недостаточности (тХПН). [3]. Выживаемость после первого года операции достигает 90% и более, а к 15 годам число функционирующих трансплантатов составляет около 50% и ниже [2].

Всестороннее изучение и ретроспективный анализ клинических данных, специфических методов исследования и лечения, необходимых для выявления причин и лечения осложнений, помогают верификации повреждения и выявлению доминирующего патогенетического механизма трансплантации почек. В настоящее время возможны верификация различными методами, в том числе прижизненной морфологической, ультразвуковой и клинической диагностики, NGAL, креатинин, мочевина, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) [4, 5, 6]. Важнейшая из них – морфологическая диагностика, которая является золотым стандартом, но не всегда проводится должным образом во всех учреждениях трансплантологии и не исчерпывает все вопросы, в том числе при интерпретации изменений, характерных для таких важнейших патологий трансплантата, как острое отторжение и хроническая CN-нефротоксичность [1, 7].

### Цель исследования

Провести анализ историй больных с хронической болезнью почек терминальной стадии, а также доноров для расширения пула донорства и дать сравнительную оценку результатов трансплантаций почек.

### Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 310 (100%) историй пациентов с различной патологией почек, нуждающихся в трансплантации, и живых родственных доноров. Первая группа состояла из 170 (54,9%) человек, которые трансплантированы в период 2011-2015 гг. в Республике Беларусь на базе

учреждения здравоохранения 9 городской клинической больницы, в Республиканском научно-практическом центре трансплантации органов и тканей. Во вторую вошли 140 (45,1%) пациентов, трансплантированных в Республике Таджикистан на базе Национального научного центра трансплантации органов и тканей человека за период с 2011 по 2014 гг. Мужчин было 168 (53,9%), женщин - 142 (46,1%), по 155 (50%) доноров и реципиентов. Возраст пациентов составлял от 18 до 65 лет, в среднем -  $48 \pm 2$  года.

Критерии включения: трансплантация от живого родственного донора, возраст пациентов от 18 до 65 лет, пациенты с хроническими заболеваниями почек в терминальной стадии без тяжелой сопутствующей патологией других органов, одно- и разногруппные (совместимые и несовместимые) и разнорезусные трансплантации почек.

Критерии исключения: трансплантация от мертвого донора, возраст пациентов старше 65 лет, пациенты с хроническими заболеваниями почек в терминальной стадии с тяжелой сопутствующей патологией других органов.

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

### Результаты и их обсуждение

На сегодняшний день диагноз ставится не на основании клинических или УЗ методов исследования, а на основании «золотого» стандарта биопсии. Но не во всех учреждениях имеется возможность провести этот метод на должном уровне.

Есть большое количество заболеваний, которые переходят в хроническую почечную недостаточность (ХПН) и нуждаются в пересадке. В зависимости от характера морфологических изменений пациентам поставлены диагнозы, по которым и производилась постановка пациентов в лист ожидания, а в дальнейшем - пересадка почек (табл. 1).

Таблица 1

Диагноз реципиентов, нуждающиеся  
в трансплантации почки  $p=0,005$ , ДИ-95% ( $n=310$ )

Диагноз	Первая группа	Вторая группа
ХГН с исходом в нефросклероз. ХПН, терминальная стадия	63 (20,3%)	66 (21,3%)
ВАМП. ХПН, терминальная стадия	11 (3,55%)	2 (0,65%)
Хронический тубулоинтерстициальный нефрит. ХПН, терминальная стадия	1 (0,32%)	
Иммуноглобулин А-нефropатия по типу мезангиопролиферативного гломерулонефрита	2 (0,65%)	
СД 1 и 2 типов. Диабетическая ангиопатия. Нефropатия, ХПН, терминальная стадия	7 (2,25%)	2 (0,65%)
СКВ подострое течение. Люпус-нефрит. ХПН, терминальная стадия	1 (0,32%)	
Всего	85 (27,42%)	70 (22,58%)

Как видно из таблицы, основную часть заболеваний, нуждающихся в трансплантации, в обеих группах составляет ХГН с исходом в нефросклероз, ХПН, терминальная стадия - от 63 (20,3%) до 66 (21,3%) соответственно в обеих группах. Меньше всего СКВ, только 1 (0,32%) случай.

Группа и резус-фактор имеют большое значение для трансплантации почек, хотя во многих клиниках практикуются разнотипные и разнорезусные (совместимые и несовместимые) пересадки почек. В зависимости от группы и резус-фактора крови пациенты в наших группах разделены на 4 группы (табл. 2).

Таблица 2

Характеристика возраста пациентов ( $n=310$ )

	Первая группа (пациенты из Беларуси) ( $n=170$ )								
	O (I)		A (II)		B (III)		AB (IV)		
	пол	отр	пол	отр	пол	отр	пол	отр	
Доноры	31 (10%)	9 (2,9%)	16 (5,1%)	4 (1,3%)	18 (5,8%)	3 (0,95%)	3 (0,95%)	1 (0,32%)	
Реципиенты	15 (4,8%)	10 (3,2%)	24 (7,74%)	3 (0,96%)	18 (5,8%)	3 (0,95%)	6 (1,96%)	1 (0,32%)	
Всего	46 (14,8%)	19 (6,1%)	40 (12,84%)	7 (2,26%)	36 (11,6%)	6 (1,96%)	9 (2,9%)	2 (0,64%)	
Всего	65 (20,96%)		47 (15,1%)		42 (13,54%)		11 (3,55%)		
	Вторая группа (пациенты из Таджикистана) ( $n=140$ )								
	Доноры	11 (3,55%)	4 (1,3%)	22 (7,1%)	1 (0,32%)	19 (6,1%)	5 (1,6%)	7 (2,26%)	1 (0,32%)
	Реципиенты	11 (3,55%)	4 (1,3%)	22 (7,1%)	1 (0,32%)	19 (6,1%)		7 (2,26%)	1 (0,32%)
Всего	22 (7,1%)	8 (2,6%)	44 (14,2%)	2 (0,64%)	38 (12,2%)	5 (1,6%)	14 (4,52%)	2 (0,64%)	
Всего	30 (9,67%)		46 (14,84%)		43 (13,87%)		16 (5,16%)		
Всего	95 (30,6%)		93 (29,9%)		85 (27,4%)		37 (8,72%)		

Как видно из данной таблицы, большинство пациентов составили доноры и реципиенты с первой со второй группами крови - 95 (30,6%) и 93 (29,9%) соответственно, а меньшее – с четвертой – 37(8,72%), при этом если в первой группе большинство доноров и реципиентов имели первую группу 65 (20,96%), из них 19 (6,1%) резус-отрицательные, то во второй группе большинство составляют со второй группой крови – 46 (14,84%). При этом в первой группе разногруппно несовместимые пересадки производились в 4 (1,3%), а разногруппно совместимые в 5 (1,6%) случаях, а несовместимые по резусу в 5 (1,6%) случаях, во второй группе - все пересадки одногруппные.

При ЭГДС у 44 (14,2%) доноров выявлены воспалительные заболевания ЖКТ, при рентгенографии: хронический бронхит – 8 (2,58%), при УЗИ брюшной полости - эндометрит и миома матки небольших размеров

без осложнений - в 4 (1,29%) случаях. Со стороны печени и желчного пузыря: камень у 5 (1,61%), полип желчного пузыря - у 2 (0,64%) пациентов. Со стороны почек: нефроптоз обеих почек - у 2 (0,64%), ангиомиолиптома у одного пациента (0,32%), что не являлось противопоказанием к эксплантации почки. Всем донорам первой группы проведена лапароскопическая нефрэктомия с ручной ассистенцией, в 58 (68,2%) случаях из 85 (100%), почка эксплантирована слева, а справа – 27 (31,8%).

67 донорам второй группы, кроме троих, производили забор левой почки из левого люмбального разреза. В связи с моральной неподготовленностью 2 (0,64%) донора отказались от эксплантации. Одному донору интраоперационно из-за выраженного спаечного процесса почки от эксплантации почки воздержались по причине высокого риска кровотечения (табл. 3).

Таблица 3

Патология, выявленная при исследовании доноров  $p=0,005$ , ДИ-95%

Методы исследования	Рентген	ЭГДС	УЗ	ЭКГ	Кровь на вирусы
Бронхит	4 (1,29%)	-	-	-	
Эзофагит		5 (1,61%)	-	-	
Гастрит		21 (6,77%)			
Дуоденит		18 (5,8%)			
Нефроптоз			2 (0,65%)		
Ангиомиолиптома					
Миома матки			4 (1,29%)		
ВРВ нижних конечностей			3 (0,96%)		
ЖКБ. Хр. холецистит			5 (1,61%)		
Артериальная гипертензия				10 (3,22%)	
Гепатит С					7 (2,25%)
В					4 (1,29%)
ЦМВи					50 (16,1%)

Как видно из таблицы, у 44 (14,2%) доноров выявлены воспалительные заболевания пищевода, желудка и 12-перстной кишки во всех группах одинаково. А у 50 (16,1%) пациентов обнаружена ЦМВ инфекция, в зависимости от вирусемии им проведена профилактическая или лечебная противовирусная терапия. Все выявленные заболевания пролечены консервативно. В двух случаях (0,65%) произведена симультанная операция,

лапароскопическая нефрэктомия и холецистэктомия с ручной ассистенцией.

Основными показателями, на которые ориентируются после трансплантации как в раннем, так и позднем послеоперационном периодах, являются креатинин, мочевины и СКФ. Показатели креатинина до операции в среднем составили 693,604 мкмоль/л, мочевины - 25,2 ммоль/л, СКФ -23,11 мл/мин (рис. 1).

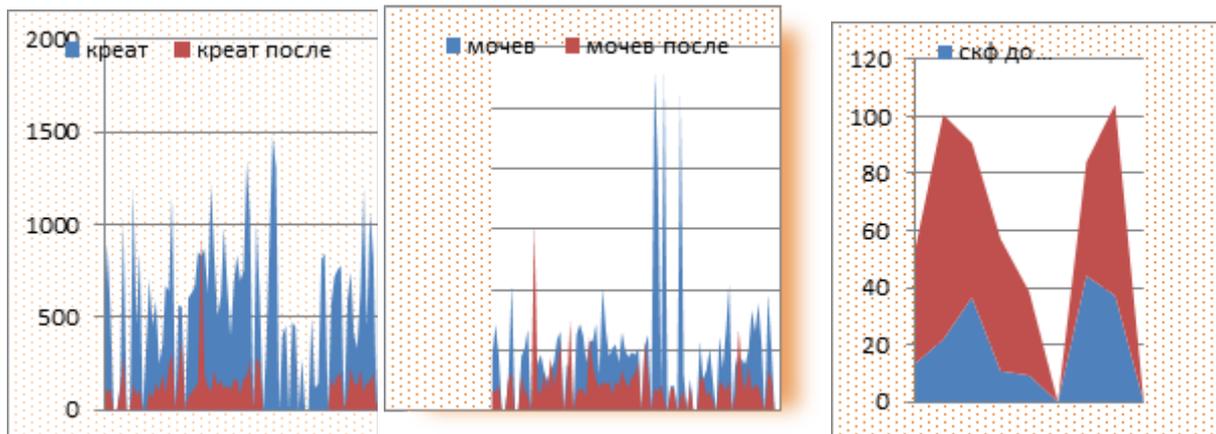


Рис. 1. Показатели креатинина, мочевины и СКФ до и после операции

Как видно из данных диаграмм, на 5 сутки после операции показатели снизились до нормальных цифр, составляя для креатинина – 172,5 мкмоль/л, мочевины – 10,9 ммоль/л, СКФ – 106,7 мл/мин, что позволило в среднем на 6-7 сутки выписать пациентов домой на амбулаторное долечивание с мониторингом иммуносупрессии. Наряду с этим для раннего выявления дисфункций трансплантата почки 33 (10,65%) пациентам первой группы было проведено исследование мочи на NGAL, которое в последнее время является показателем

раннего острого повреждения почек и в норме составляет 131,7 ng/ml. Выявлено, что при ишемическо-реперфузионных повреждениях и отторжениях, при наличии дисфункции трансплантата почки отмечается повышение данного показателя от 230,5 до 2177 ng/ml.

Если до трансплантации средний показатель креатинина во второй группе составлял 486,066 мкмоль/л, мочевины – 16,48 ммоль/л, то после пересадки, в раннем послеоперационном периоде – 131,96 мкмоль/л и 7,2 ммоль/л соответственно (рис. 2).

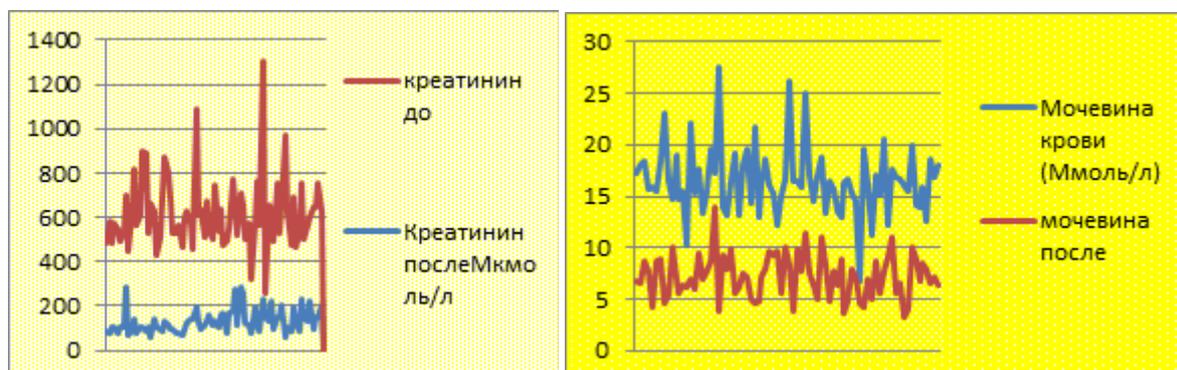


Рис. 2. Показатели мочевины и креатинина у реципиентов во второй группе

Показатели креатинина и мочевины в раннем послеоперационном периоде у реципиентов в среднем составили 170,8 мкмоль/л, мочевины – 9,83 ммоль/л.

Выживаемость трансплантатов почки от живого донора не отличается от мировых данных и составляет в первой группе 92%, во второй – 88%, что, вероятнее всего, связано

с нарушением мониторинга иммуносупрессии и самовольным уменьшением дозы или

отказом от иммуносупрессантов со стороны самого пациента (рис. 3).

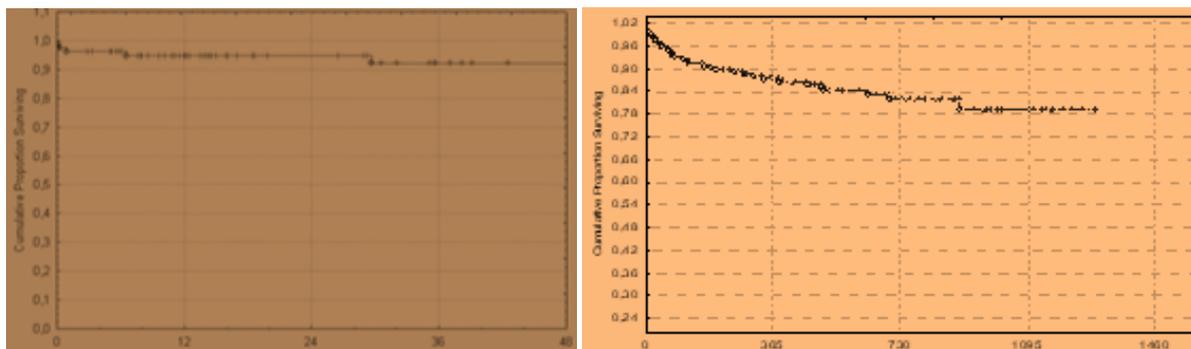


Рис. 3. Выживаемость трансплантатов почки от живого донора

Если в первые годы летальность составляла от 11,1% до 16%, то в последние годы в связи с усовершенствованием техники и ведения данных больных стойко снижается и держится на уровне от 2,3% до 7,4%.

#### Заключение

Ежегодно количество операций по трансплантации органов в Республике Беларусь растет на 15%, в Республике Таджикистан – на 10%, что свидетельствует о необходимости увеличения количества доноров. Число трансплантации можно увеличить за счет доноров, так как у 14,2% доноров выявлены воспалительные заболевания ЖКТ, а у 16,1% – ЦМВ инфекция в крови, им проведена профилактическая или лечебная терапия, в последующем они смогут стать донорами. Также пул доноров увеличивается за счет разногруппных пересадок, которые составили до 2,9%.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

#### ЛИТЕРАТУРА (пп. 2-3 см. в REFERENCES)

1. Амвросьева Т.В., Поклонская Н.В. с соавт. Вирусные инфекции у пациентов после трансплантации почки // *Здравоохранение*. 2012. № 10. С. 29-33.

#### REFERENCES

1. Amvroseva T. V., Poklonskaya N. V., Virusnye infektsii u patsientov posle transplantatsii pochki [Vi-

ral infections in patients after renal transplantation]. *Zdravookhranenie – Healthcare*, 2012, No. 10, pp. 29-33.

2. Gönül Parmaksız., Aytül Noyan., Hasan Dursun., Role of new biomarkers for predicting renal scarring in vesicoureteral reflux: NGAL, KIM-1, and L-FABP. *Pediatr Nephrol.*, 2015, No. 10, pp. 1007.

3. Perico N., Abbate M., Remuzzi G. More on renal disease progression: Is interstitial inflammation truly protective. *J. Am. Soc. Nephrol.*, 2007, No. 18, pp. 1630-1632.

#### Сведения об авторах:

**Пиров Бахтиер Садуллоевич** – докторант кафедры трансплантологии БелМАПО, Беларусь, к.м.н.

**Изатишоев Атобек Акобирович** – врач-трансплантолог отделения трансплантации органов и тканей человека, РКБ Дангары

**Одинаев Окилбек Махсумович** – врач-трансплантолог отделения трансплантации органов и тканей человека, РКБ Дангары

**Самадов Акрамджон Халимович** – врач-трансплантолог отделения трансплантации органов и тканей человека, РКБ Дангары

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

#### Контактная информация:

**Пиров Бахтиер Садуллоевич** – тел.: +992 904773983; e-mail: bakhtierp@mail.ru/

<sup>1</sup>Сафаров А.Х., <sup>1</sup>Сироджзода М.С., <sup>1</sup>Ахмедов Ш.М.,  
<sup>1</sup>Сироджов К.Х., <sup>2</sup>Хасанов М.Ю., <sup>3</sup>Нарзулоев В.А.

## ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПОДХОДА ПРИ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ТАЗА

<sup>1</sup>Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

<sup>2</sup>ГКБ №3 г. Душанбе, отделение травматологии

<sup>3</sup>Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

<sup>1</sup>Safarov A.H., <sup>1</sup>Sirodjozoda V.S., <sup>1</sup>Akhmedov Sh.M.,  
<sup>1</sup>Sirodjoyev K.Kh., <sup>2</sup>Khasanov M.U., <sup>3</sup>Narzuloev V.A.

## OPTIMIZATION OF SURGICAL APPROACH IN COMBINED PELVIC DAMAGES

<sup>1</sup>Department of Traumatology and Orthopedics of State Education Establishment “Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan”

<sup>2</sup>Dushanbe City Clinical Hospital №3, Department of Traumatology

<sup>3</sup>Department of Operative Surgery and Topographic Anatomy of State Education Establishment “Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan”

**Цель исследования.** Оптимизация хирургического лечения сочетанных переломов костей таза в условиях применения современных технологий.

**Материал и методы.** В исследование включены результаты лечения 76 больных с сочетанной травмой таза. Согласно классификации АО/ASIF и в зависимости от используемых способов лечения переломов костей таза, больных разделили на 3 группы: 1 – 36 больных со стабильными и частично стабильными переломами тазового кольца (сегмент 61 А-В), которым произведен остеосинтез с помощью стержневых систем; 2 – 28 больных с нестабильными переломами тазового кольца (сегмент 61 С), им использованы комбинированные способы остеосинтеза; 3 – 12 пострадавших с вывихом головки бедра и переломом задней колонны вертлужной впадины, для остеосинтеза использованы моделирующие пластины.

**Результаты.** Из 55 больных, лечившихся с применением различных вариантов хирургической коррекции, полная репозиция достигнута в 41 (77,4%) случае, неполная репозиция – у 14 (25,5%) пациентов. Из числа неоперированных больных (21) удовлетворительные результаты получены у 13 (61,9%), в 8 (38,1%) случаях результат расценивался как неудовлетворительный. В отдаленном периоде отличные результаты лечения переломов костей таза по шкале Мажеед получены у 23 (30,3%), хорошие – у 25 (32,9%), удовлетворительные – у 20 (26,3%), неудовлетворительные – у 8 (10,5%).

**Заключение.** Ранняя стабилизация переломов таза и поэтапное хирургическое вмешательство способствуют снижению осложнений острого периода и восстановлению трудоспособности пациента.

**Ключевые слова:** сочетанная травма, остеосинтез, повреждений, пострадавший, стабильность, хирургический подход

**Aim.** Optimization of surgical treatment of combined pelvic fractures under the conditions of modern technology.

**Materials and methods.** The study included the results of treatment of 76 patients with combined pelvic trauma. According to the AO / ASIF classification and depending on the methods used for treating pelvic fractures, patients were divided into 3 groups: 1 – 36 patients with stable and partially stable pelvic fractures (segment 61 AB), who underwent osteosynthesis using rod systems; 2 – 28 patients with unstable pelvic ring fractures (segment 61 C), he used combined methods of osteosynthesis; 3 – 12 patients with dislocation of the femoral head and fracture of the posterior column of the acetabulum, modeling plates were used for osteosynthesis.

**Results.** Of the 55 patients treated using various surgical correction options, complete reduction was achieved in 41 (77,4%) cases, incomplete reduction in 14 (25,5%) patients. Of the unoperated patients (21), satisfactory results were obtained in 13 (61,9%), in 8 (38,1%) cases, the result was regarded as unsatisfactory. In the long term, excellent results of the treatment of pelvic fractures according to the Majeed scale were obtained in 23 (30,3%), good in 25 (32,9%), satisfactory in 20 (26,3%), unsatisfactory in 8 (10,5%).

**Conclusion.** Early stabilization of pelvic fractures and phased surgical intervention help reduce acute complications and restore the patient's ability to work.

**Key words:** combined trauma, osteosynthesis, damage, injured, stability, surgical approach

### Актуальность

За последние годы в связи с технологическим ростом, развитием общественной транспортной инфраструктуры, глобальным использованием частного автотранспорта отмечается рост тяжелых высокоэнергетических повреждений. В большинстве случаев причиной смерти среди травмированных пациентов являются дорожно-транспортные происшествия (ДТП). Так, по данным Всемирной Организации Здравоохранения, ежегодно в ДТП по всему миру погибает 1,25 млн. человек, а количество пострадавших составляет до 50 млн. человек [1, 2, 7].

Основной причиной смерти является тяжелая множественная и сочетанная травма, летальность от которой составляет до 70% [3, 4]. Учитывая механизм повреждения, характер травмы, можно констатировать, что данный вид травматизм характерен преимущественно для лиц молодого, трудоспособного возраста, что обуславливает социально-экономическую значимость проблемы. Так, по данным НИИ скорой помощи им. профессора И.И. Джанелидзе, смертность от травм в России у лиц трудоспособного возраста составляет 45% от всех причин смерти [5-7].

В современных исследованиях отмечается рост количества повреждений костей таза. Так, увеличение дорожно-транспортного травматизма за последние годы привело к увеличению переломов костей таза при автодорожной травме до 52% [6].

Сложность хирургической анатомии тазового кольца, а также масштаб повреждений, коррелирующий с тяжестью состояния больного, не всегда позволяли с успехом применять ранние оперативные вмешательства, что стало причиной повышения показателей смертности, инвалидности и неудовлетворительных исходов лечения.

Вторая половина XX века знаменательна прогрессивным развитием в мире хирургии повреждений и, в частности, формированием философии хирургии повреждений таза. Колоссальный вклад в область хирургии костей таза и вертлужной впадины внесли

исследования, проведенные E. Letournel, R. Judet, M. Tile [3, 4].

Основание в 1958 году Международной ассоциации остеосинтеза AO/ASIF (AO – Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen (нем.), ASIF – Association for the Study of Internal Fixation, англ.) стало базой для совершенствования методов хирургического лечения, изучения и разработки материалов внутренних и внешних фиксирующих устройств, создания фундаментальных руководств в травматологии и ортопедии.

Развитие методов хирургического лечения значительно снизило смертность и инвалидизацию при переломах костей таза [5]. Разработки Ганноверской школы в области лечения политравмы позволили определить объем возможного оперативного вмешательства, учитывая сопутствующие повреждения и тяжесть состояния больного. Создание протокола лечения для больных с сочетанной травмой таза значительно способствовало улучшению результатов лечения [5-7].

Таким образом, проблема хирургического лечения переломов костей таза при сочетанной травме сохраняет свою актуальность и требует новых решений, оптимизирующих процесс реабилитации и восстановления трудоспособности пострадавшего.

### Цель исследования

Оптимизация хирургического лечения пострадавших с нестабильными переломами костей таза в условиях применения современных технологий и методов малоинвазивного остеосинтеза.

### Материал и методы исследования

Материалом исследования явились данные результатов лечения 76 больных с различными видами повреждений таза. Пациентов включали в исследование в соответствии с принципами Хельсинской декларации Всемирной ассоциации врачей «Этические принципы проведения научных и медицинских исследований человека» с поправками 2000 г. Основную массу – 52 (68,4%) - больных составили люди трудоспособного возраста. Преобладали лица мужского пола – 49 (65,3%) больных, женщин – 26 (34,7%).

Основной причиной повреждений таза служили дорожно-транспортные происшествия (ДТП) – 39 (52%), падения с высоты – 17 (22,7%), сдавления таза тяжелыми предметами – 7 (9,3%), прочие – 2 (2,7%). Сочетанная травма отмечена у 54 (72%), множественная травма – у 15 (20%), комбинированная травма – у 6 (8%).

Согласно шкале ISS [2, 3], нетяжелые повреждения (менее 17 баллов) отмечены у 18 (24%) пациентов, тяжелые повреждения, не угрожающие жизни пострадавшего (17 – 25 баллов), – у 29 (38,7%), тяжелая травма с угрозой жизни (26 – 40 баллов) – у 21 (28%), критическая (более 41 балла) – у 7 (9,3%).

Черепно-мозговые травмы отмечены у 56 (74,7%) больных, повреждения полостных органов – у 15 (20%), повреждений опорно-двигательной системы (ОДС) – у 41 (54,7%) пациента. Всего у больных отмечено 237 переломов ОДС (открытых – 81, закрытых – 156). Повреждения грудной клетки и легких отмечены у 5, травмы органов брюшной полости – у 10, повреждения почек и мочевого пузыря – у 18 больных.

При оценке повреждений костей таза и ОДС использовали классификацию АО/ASIF. Переломы тазового кольца (сегмент 61) отмечены у 64 (84,2%) пациентов. Из них стабильные переломы (61 – А) отмечены у 29 (38,2%), частично-стабильные (61 – В) – у 25 (32,9%), нестабильные повреждения тазового кольца (61-С) – у 10 (13,1%) пациентов. Переломов вертлужной впадины (сегмент 62) было 12 (15,8%). Из них переломов одной колонны (62 - А) – 4 (5,3%), обеих колонн с идущей линией излома (62 - В) – 5 (8,8%), сугубо внутрисуставные переломы (62 - С) – 3 (4%).

При травмах костей таза помимо стандартной рентгенограммы в переднезадней проекции выполняли рентгенограммы в проекции входа в малый таз (inlet) и выхода (outlet). Для верификации частичных разрывов крестцово-подвздошного сочленения использовали мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ). При переломах вертлужной впадины производили косые подвздошные и запирающие рентгенограммы.

На реанимационном этапе с целью временной фиксации и противошоковых мероприятий при нестабильных переломах костей таза использовали тазовые петли, тазовые щипцы и аппараты внешней фиксации без предварительной репозиции костных отломков.

При переломах вертлужной впадины с целью предварительной предоперационной

подготовки применяли скелетное вытяжение, если перелом сопровождается вывихом головки бедра, тогда возникают экстренные показания к вправлению вывиха головки и налаживанию системы скелетного вытяжения.

На профильном клиническом этапе использовали консервативные методы лечения: положение по Волковичу, скелетное вытяжение и др. К оперативному методу лечения прибегали при нестабильных, полифокальных повреждениях таза, сочетании повреждений органов малого таза и мочевыделительной системы.

Показанием к погружному остеосинтезу служили переломы вертлужной впадины с вывихом или подвывихом головки бедра, нестабильные переломы с нарушением тазового кольца в переднем или заднем отделах.

Отдаленные функциональные результаты лечения осуществлялась с помощью шкалы Majeed (1989).

По клинико-анатомическим вариантам повреждения таза и тактики лечения пострадавшие разделены на 3 группы: I группу составили 36 пострадавших с ротационно-нестабильными, но вертикально стабильными повреждениями таза, которым широко использованы методы миниинвазивного чрескостного остеосинтеза с применением стержневых и спицестержневых аппаратов. Учитывая, что в этой группе больных отсутствует вертикальное смещение половин таза и наличие повреждения таза по типу “открытой книги”, смещения легко устранялись в аппаратах у 23 (52,3%) больных. В этой группе оптимальным методом лечения повреждений таза являлся остеосинтез стержневыми аппаратами. Срок аппаратной фиксации составлял 2-2,5 мес. Больные активизировались на 10-12 сутки. В дальнейшем в течение 3-5 мес. они передвигались при помощи костылей.

II группу составили 28 пациентов с тяжелыми ротационными и вертикально нестабильными повреждениями, характеризующимися полным разрывом тазового кольца, включая задний крестцово-подвздошный комплекс, и переломы вертлужной впадины с вывихом головки бедра. В этой группе у 8 (25%) больных нами использован метод погружного накостного остеосинтеза и погружной остеосинтез с применением стержневых аппаратов – у 12 (37,5%).

Всем больным с повреждениями костей таза проводили обследования и лечение по стандартной схеме, с учетом доминирующей патологии.

III группа - 12 больных с переломами вертлужной впадины (сегмент 62) остеосинтез моделирующей пластины при повреждениях обеих колонн с идущей линией излома произведен в 7 (21,9%) случаях, при переломах одной колонны остеосинтез произведен с помощью канюлированных винтов - в 5 (15,6%) случаях.

#### Результаты и их обсуждение

Всего было выполнено 55 (72,4%) оперативных вмешательств. У большинства пациентов оперативное лечение производилось с использованием аппарата внешней фиксации - 23, накостного остеосинтеза передних отделов таза - 6, остеосинтеза вертлужной впадины - 12, комбинированного остеосинтеза - 14.

Приводим пример погружного остеосинтеза перелома вывиха головки бедренной кости и заднюю колонну вертлужной впадины у больного с сочетанной травмой.

**Больной А.** 56 лет, труженик сельской местности, 23.08.2019 года был доставлен обычным транспортом в сопровождении

родственников после падения с высоты около 5 метров, спустя 2 часа с момента травмы. В реанимационном отделении больной осмотрен реаниматологом, травматологом, хирургом, кардиологом и урологом, проведены лабораторные анализы, ЭКГ, УЗИ полостных органов, параллельно с реанимационной помощью выполнена рентгенография таза и грудной клетки. Установлен диагноз: «Тяжелая сочетанная травма, закрытая черепно-мозговая травма, сотрясение головного мозга, тупая травма грудной клетки, ушиб мягких тканей передней поверхности груди, закрытый задний верхний вывих головки бедренной кости с переломом задней колонны вертлужной впадины». В операционной под общим обезболиванием вывих головки бедра устранен, проведена спица Илизарова, за бугристость большеберцовой кости смонтирована скоба и налажена система скелетного вытяжения.

Тяжесть повреждений по шкале ISS 26 баллов. Рентгенограммы пациента при поступлении приведены в рисунке 1.

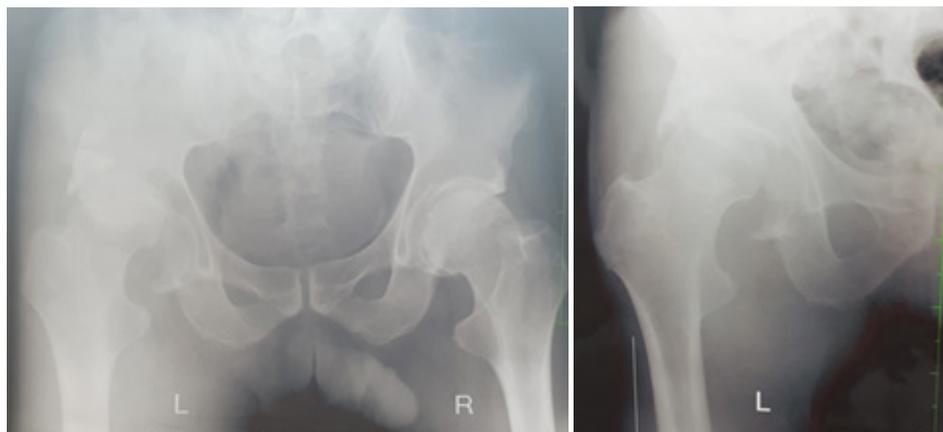


Рис. 1. Рентгенограммы таза больного А., 56 лет при поступлении

Учитывая тяжесть состояния, больной госпитализирован в реанимационное отделение, двое суток находился в реанимации, проведена интенсивная терапия, коррекция гемостаза, электролитного обмена, восполнение объема циркулирующей крови и ликвидирована гемическая гипоксия.

После стабилизации жизненных показателей 27.08.2019 года выполнена операция из наружно-бокового доступа к тазобедренному суставу: артротомия с отсечением большого вертела, ревизия сустава, открытое вправление вывиха головки бедра, репозиция отломков задней колонны вертлужной впадины и фиксация моделирующей пластины, а также большого вертела двумя спонгиозными винтами (рис. 2).

Послеоперационный период протекало гладко, назначены анальгетики, антибиотики, патогенетическая терапия для поддержания баланса системы гомеостаза. Рана зажило первично, швы удалены на 10 день с момента операции.

Активизация пациента в пределах постели начата с 5-х суток послеоперационного периода, больной мог садиться самостоятельно, отпуская конечности и осуществляя движения в близлежащих суставах. Выписан в удовлетворительном состоянии, рекомендовано провести реабилитационную терапию в поликлинических условиях.

Оценивая качество репозиции и восстановление функции таза при его нестабильных переломах с применением различных

вариантов хирургического лечения и их комбинаций, мы установили, что наиболее качественная репозиция и стабильная фиксация были достигнуты у больных

с переломами I группы – 15 (41,7%) случаев, II группы – 20 (71,4%) больных, где осуществляли метод комбинированного остеосинтеза.

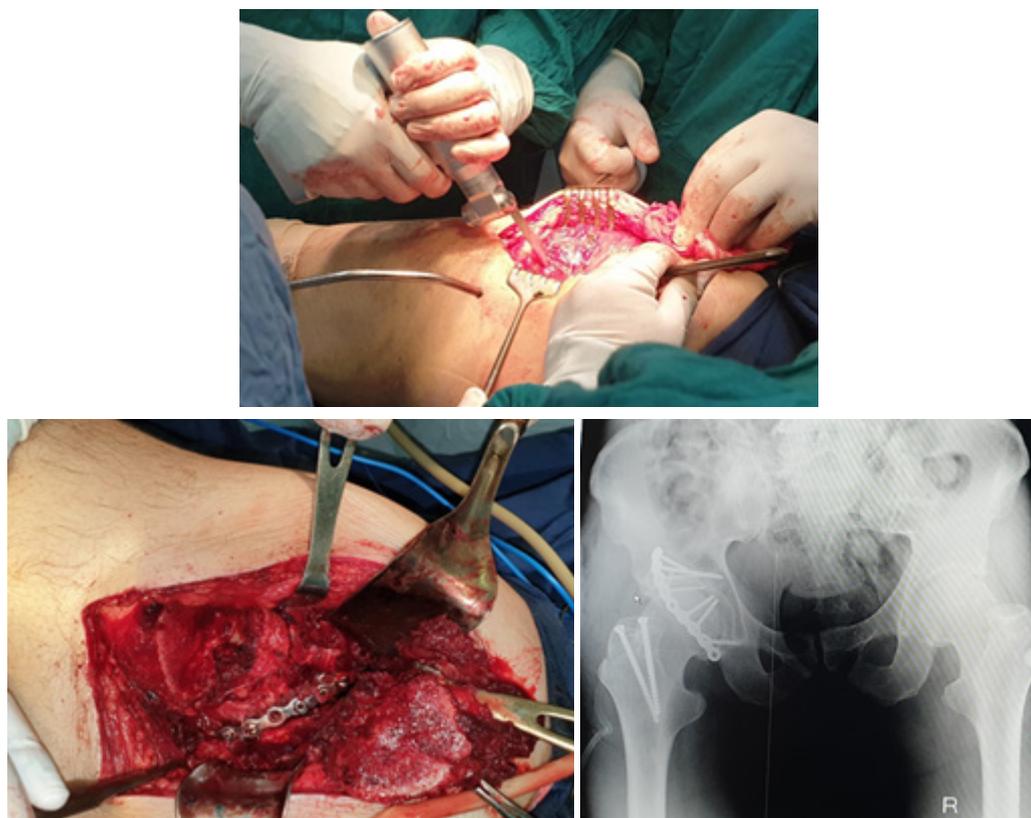


Рис. 2. Рентгенограммы моментов операции и после остеосинтеза таза больного А, 56 лет

Отдаленные результаты оперативного лечения нестабильных переломов таза изучены у 61 больного в сроки от 6 месяцев до 3 лет. Все больные оперированы в раннем посттравматическом периоде до 10 суток. Во всех случаях была полностью восстановлена стабильность тазового кольца, что было подтверждено рентгенологически, нормальными взаимоотношениями в лонном и крестцово-подвздошном сочленениях. Результаты лечения, несомненно, должны зависеть от качества репозиции. Из 55 больных, лечившихся с применением различных вариантов хирургической коррекции, полная репозиция достигнута в 41 (77,4%) случае, неполная репозиция – у 14 (25,5%) пациентов. Из числа неоперированных больных (21) удовлетворительные результаты получены у 13 (61,9%), в 8 (38,1%) случаях результат расценивался как неудовлетворительный.

В отдаленном периоде отличные результаты (85-100 баллов) лечения переломов костей таза по шкале Majeed получены у 23 (30,3%),

хорошие (70-84 баллов) – у 25 (32,9%), удовлетворительные (55-69 баллов) – у 20 (26,3%), неудовлетворительные (0-54 баллов) – у 8 (10,5%) пациентов.

#### Заключение

Проблема хирургического вмешательства при сочетанных травмах таза остается ключевым моментом в травматологии и хирургии повреждений, но не является окончательно решенной. Ранний активный остеосинтез конечностей и стабильная фиксация переломов костей таза предотвращают развитие жизнеугрожающих осложнений острого периода, способствуют активному поиску других возможных повреждений органов. Поэтапное хирургическое вмешательство при переломах костей таза, а также выбор фиксатора с учетом локализации повреждений обеспечивают стабильную фиксацию и хорошие функциональные результаты лечения в отдаленном периоде.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 5-7 см. в REFERENCES)

1. Алексеев В.С., Катанов Е.С. Сочетанная травма селезенки // Вестник Чувашского университета. 2013. № 3. С. 341–346.

2. Бондаренко А.В., Круглыхин И.В., Плотников И.А., Войтенко А.Н., Жмурков О.А. Особенности лечения повреждений таза при политравме // Политравма. 2014. № 3. С. 46–57.

3. Семенов П.В., Григорьев А.В., Ратьев А.П., Гордиенко Д.И., Кузин В.В., Скороглядов А.В. Особенности лечения нестабильных повреждений таза у больных с политравмой (современное состояние проблемы) // Трудный пациент. 2016. № 1. С. 49–54.

4. Сапичева Ю.Ю., Кассиль В.Л. Анализ глазами реаниматолога; под ред. А.М. Овезова. М.: МЕД-пресс-информ, 2015. 224 с.

4. Sapicheva Yu. Yu., Kassil V. L. Ovezov A. M. *Analizy glazami reanimatologa* [Tests through the eyes of resuscitation]. Moscow, MEDpress-inform Publ., 2015. 224 p.

5. Huber-Wagner S., Mand C., Ruchholtz S., Kuhne C. A., Holzapfel K., Kanz K. G., Effect of the localisation of the CT scanner during trauma resuscitation on survival-A retrospective, multicentre study. *Injury*, 2014, Vol. 45, Suppl. 3, pp. 76–S82.

6. Rossaint R., Bouillon B., Cerny V., The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: fourth edition. *Critical Care*, 2016, Vol. 20, pp. 100.

7. World Health Organization. Global status report on road safety 2015. World Health Organization. Geneva: World Health Organization, 2015. 323 p.

REFERENCES

1. Alekseev V. S., Katanov E. S. Sochetannaya travma selezenki [Combined spleen injury]. *Vestnik Chuvashskogo Universiteta – Bulletin of the Chuvash University*, 2013, No. 3, pp. 341-346.

2. Bondarenko A. V., Kruglykhin I. V., Plotnikov I. A., Voytenko A. N., Zhmurkov O. A. Osobennosti lecheniya povrezhdeniy taza pri politravme [Features of treatment of pelvic injuries in polytrauma]. *Politravma – Polytrauma*, 2014, No. 3, pp. 46-57.

3. Semenov P. V., Grigorev A. V., Ratev A. P., Gordienko D. I., Kuzin V. V., Skoroglyadov A. V. Osobennosti lecheniya nestabilnykh povrezhdeniy taza u bolnykh s politravмой (sovremennoe sostoyanie problemy) [Features of treatment of unstable pelvic injuries in patients with polytrauma (current state of the problem)]. *Trudnyy Patsient – Difficult Patient*, 2016, No. 1, pp. 49-54.

**Сведения об авторах:**

**Сафаров Амирхон Хукматуллоевич** – соискатель кафедры травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ

**Сироджода Маъсуд Садриддинович** – ассистент кафедры травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ

**Ахмедов Шавкат** – соискатель кафедры ортопедии и травматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

**Сироджов Кутбуди Хасанович** – зав. кафедрой травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н., доцент

**Хасанов Мухсинджон Юнусджонович** – врач-интерн ГКБ №3 г. Душанбе

**Нарзулоев Вали Алиевич** – зав. кафедрой топографической анатомии и оперативной хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

**Контактная информация:**

**Сироджов Кутбуди Хасанович** – тел.: +992935290963; e-mail: sirodzhovk93529s@mail.ru

<sup>1</sup>Султанов Д.Д., <sup>1</sup>Нуридinzода Н.Н., <sup>1</sup>Джаборов Х.А.

## КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН МАЛОГО ТАЗА И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

<sup>1</sup>ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино»

<sup>1</sup>Sultanov D.D., <sup>1</sup>Nuridinzoda N.N., <sup>1</sup>Djaborov Kh.A.

## COMBINED TREATMENT OF VARICOSE EXPANSION OF THE VALVES OF THE SMALL PELVIS AND LOWER EXTREMITIES

<sup>1</sup>State Education Establishment "Tajik State Medical University named after Abuali-ibn-Sino"

**Цель исследования.** Оценить эффективность хирургических вмешательств при сочетанных варикозных расширениях вен малого таза и нижних конечностей.

**Материал и методы.** Материал исследования составили 67 пациенток в возрасте от 20 до 42 лет. Больные были разделены на две клинические группы, в зависимости от вида хирургического лечения патологии. В первую группу вошли больные (24), которым выполнено стандартное хирургическое лечение, перевязка гонадных вен, флебэктомия варикозно расширенных вен срамной области и комбинационная флебэктомия нижних конечностей. Во вторую клиническую группу (43) вошли больные, которым проводилось комбинированное лечение варикозно-расширенных вен малого таза (хирургическая перевязка гонадных вен с введением в них склерозирующего раствора), склеротерапия варикозно-расширенных вен влагалища, а также комбинированная флебэктомия из нижних конечностей. Сравнение результатов лечения варикозного расширения вен малого таза между группами проводилось непосредственно после операции, через месяц и через 6 месяцев после хирургического вмешательства.

**Результаты.** Исследования показали, что по отношению варикозного расширения вен малого таза более эффективным оказалось комбинированное вмешательство. При этом отмечалась меньшая выраженность болевого синдрома, сокращение срока пребывания в стационаре. Случаев рецидива варикозного расширения вен малого таза не было. Использование открытого вмешательства, при сопутствующем варикозном расширении вен срамной области, отличалось медленным заживлением, риском развития нагноения ран. Положительными эффектами склерооблитерации варикозно расширенных вен срамной области явились меньшая выраженность болевого синдрома и хороший косметический результат.

**Заключение.** Отмечается высокая эффективность склерозирования варикозно расширенных вен срамной области, а также комбинационных методов в лечении варикозного расширения вен малого таза и нижних конечностей. Функциональные и эстетические результаты были значительно лучше во второй клинической группе, что позволяет рекомендовать применение комбинированного лечения при сочетанных вариантах варикозного расширения вен.

**Ключевые слова:** варикозное расширение вен малого таза, срамная область, нижние конечности, склерооблитерация

**Aim.** To evaluate the effectiveness of surgical interventions with combined varicose veins of the small pelvis and lower extremities.

**Materials and methods.** The material of the study was 67 patients aged 20 to 42 years. Patients were divided into two clinical groups, depending on the type of surgical treatment of the pathology. The first group included patients (24) who underwent standard surgical treatment, gonadal vein ligation, phlebectomy of varicose veins of the sacral region and combination phlebectomy of the lower extremities. The second clinical group (43) included patients who underwent combined treatment of varicose veins of the small pelvis (surgical ligation of the gonadal veins with the introduction of a sclerosing solution), sclerotherapy of varicose veins of the vagina, as well as combined phlebectomy from the lower extremities.

**Results.** Studies have shown that, in relation to varicose veins of the pelvis, the combined intervention was more effective. At the same time, a less pronounced severity of the pain syndrome and a reduction in the length of hospital stay were noted. There were no cases of relapse of varicose veins of the pelvis. The use of open intervention, with concomitant varicose veins of the sacral region, was characterized by slow healing, the risk of suppuration of wounds. The positive effects of sclerobliteration of varicose veins of the sacral region were a lesser severity of pain and a good cosmetic result.

**Conclusion.** Thus, the data obtained show the high efficiency of the use of sclerotherapy of varicose veins of the sacral region, as well as combination methods, in the treatment of patients of this group. Functional and aesthetic results were significantly better in the second clinical group, which allows us to recommend the use of combined treatment for combined varicose veins.

**Key words:** *pelvis contention syndrome, sacral region, low extremities, sclerobliteration*

### Актуальность

Варикозное расширение вен малого таза представляет собой довольно распространённую среди женской части населения патологию. Согласно данным исследований последних лет [1, 2, 6], частота встречаемости варикозного расширения вен малого таза у женщин колеблется от 40% до 60% [3, 4]. Это полиэтиологическое заболевание, приводящее к появлению сильных болей, нарушению половой жизни, бесплодию [5, 13, 14]. Как показывают экстренные вмешательства и случайные операционные находки, варикозное расширение вен малого таза часто сочетается с другими видами гинекологической патологии [8, 9, 11], что ещё больше усугубляет и без того тяжёлое состояние репродуктивной системы больной.

Большинство специалистов-флебологов сходятся во мнении, что в развитии данной патологии решающую роль играет врождённая предрасположенность, в частности наследственная слабость венозной стенки и клапанов. Этим объясняется частое сопутствующее поражение вен нижних конечностей и влагалища. Частота сочетания варикозного расширения вен малого таза с варикозом других отделов значительно снижает качество жизни больных. Несмотря на то, что в последнее время всё больше работ посвящается комбинированному поражению вен таза и нижних конечностей, проблема лечения и ведения таких больных до сих пор стоит остро в современной флебологии [12, 15]. Одни специалисты рекомендуют малоинвазивные вмешательства, другие – объёмные, но эффективные операции.

### Цель исследования

Оценить эффективность хирургических вмешательств при сочетанных варикозных расширениях вен малого таза и нижних конечностей.

### Материал и методы исследования

Настоящая работа основана на результатах обследования 67 пациенток в возрасте

от 20 до 32 лет. Критериями включения женщин в исследование являлось сочетание варикозного расширения вен малого таза, влагалища и нижних конечностей, а также наличие патологических рефлюксов по данным ультразвукового ангиосканирования. К критериям исключения относились другие виды патологии, вызывающие хроническую болезненность таза, приём гормональных препаратов, беременность, отказ пациентки участвовать в исследовании. Большую часть пациенток представляли жительницы города Душанбе (42 случая), остальные поступили из районов. Среднее значение паритета больных составляло  $1,4 \pm 0,9$ . Основные жалобы – боли в области живота, нижних конечностей и нарушения половой жизни.

Больных разделили на две клинические группы, в зависимости от вида хирургического лечения. В первую группу (24) вошли пациенты, которым выполнено стандартное хирургическое лечение: перевязка гонадных вен, флебэктомия варикозно расширенных вен срамной области и комбинированная флебэктомия нижних конечностей. Во вторую клиническую группу вошли больные (43), которым проводилось хирургическое лечение варикозно-расширенных вен малого таза (хирургическая перевязка гонадных вен с введением в них склерозирующего раствора), склеротерапия варикозно-расширенных вен влагалища, а также комбинированная флебэктомия нижних конечностей. В качестве склерозирующего препарата вводился 1,5 до 3,0 % раствор этоксисклерола либо фибровейна в зависимости от диаметра вен. При данном виде комбинированного хирургического вмешательства, с целью предотвращения развития рецидива, по тем венам, перевязка и удаление которых ввиду технических сложностей невозможна, проводилось выборочное склерозирование венозных стволов гроздевидного сплетения и склерозирование параметральных венозных сплетений.

### Результаты и их обсуждение

Сравнение результатов лечения варикозного расширения вен малого таза между группами проводилось непосредственно после операции, через месяц и через 6 месяцев после хирургического вмешательства.

Исследования показали, что по отношению варикозного расширения вен малого таза более эффективным оказалось комбинированное вмешательство. При этом отмечалась меньшая выраженность болевого синдрома, уменьшение срока пребывания в стационаре, а также не было ни одного случая повторного развития варикозного расширения вен малого таза. В первой группе пациентов после хирургического лечения отмечено 2 случая рецидива.

Использование открытого вмешательства, при сопутствующем варикозном расширении вен срамной области отличалось медленным заживлением и частым развитием нагноения ран. Положительными эффектами склерооблитерации варикозно расширенных вен срамной области явились меньшая выраженность болевого синдрома и хороший косметический результат.

Положительными сторонами одномоментных вмешательств на венах малого таза и нижних конечностей являются уменьшение финансовых затрат, улучшение психологического состояния больной. Наши наблюдения свидетельствуют о высокой эффективности применения комбинированных методик лечения сочетанного варикозного расширения вен малого таза, нижних конечностей и срамной области. В качестве примера приводим случай лечения сочетанного варикозного расширения вен малого таза, срамной области и нижних конечностей.

*Больная Н.Л.*, 29 лет обратилась в отделение сосудистой хирургии РНЦССХ с жалобами на боли в обеих паховых областях, распространяющихся в область половых органов при физической нагрузке, во время полового акта, дискомфорт во время полового акта, дизурические явления, наличие варикозно-расширенных вен срамной области и нижних конечностей, а также на боли в нижних конечностях. Начало половой жизни с 23 лет. Начало менструаций отмечалось с 13 лет, средняя продолжительность менструальных выделений составляла 7 дней, средняя продолжительность менструального цикла – 30 дней. В последние годы менструации стали болезненными, однако, регулярность и количество остались неизменными. В анамнезе имеются 6 бере-

менностей, 4 из которых закончились срочными родами, две – выкидышем на ранних сроках. Все дети имели нормальные массу тела и рост, не имели пороков развития на момент рождения. Все роды проходили через естественные родовые пути. Со слов больной, тазовые боли впервые были отмечены после третьих родов – три года назад. Первоначально больная не придавала им значения, однако со временем боли усилились, что вынудило пациентку обратиться к гинекологу по месту жительства. Последовательно проходила лечение у гинеколога, уролога, невропатолога и терапевта, не получив какого-либо положительного результата. После обследования в Таджикском научно-исследовательском институте акушерства, гинекологии и перинатологии была направлена в отделение сосудистой хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии для лечения варикозного расширения вен малого таза и нижних конечностей.

При поступлении состояние удовлетворительное, живот при пальпации болезненный в нижних отделах, больше слева.

При гинекологическом исследовании: оволосение по женскому типу, наружные половые органы развиты правильно, влагалище без видимой патологии. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт.

Тело матки нормальных размеров, отмечается болезненность при смещении. Придатки с обеих сторон не увеличены, безболезненны. Выделения из половых путей слизистые. При осмотре области промежности отмечается варикозно расширенная вена на лобке и на больших половых губах, без признаков воспаления и тромбообразования.

Выраженность тазовых болей по шкале McGill составила 9 баллов. Для оценки состояния внутритазовых вен пациентке выполнено трансвагинальное и трансабдоминальное ультразвуковое ангиосканирование (УЗДАС).

В ходе выполнения УЗДАС установлено варикозное расширение обеих яичниковых вен, а также вен параметрия с наличием рефлюкса в указанных сосудах. Диаметр яичниковых вен составил 8,3-9,2 мм, которые при проведении пробы Вальсальвы увеличивались на 1,63 мм (рис. 1).

Как видно из рисунка 1, яичниковая вена значительно расширена (обозначена синим цветом в виде лакуны), с замедленным венозным кровотоком, при нормальном диаметре близлежащих артерий.

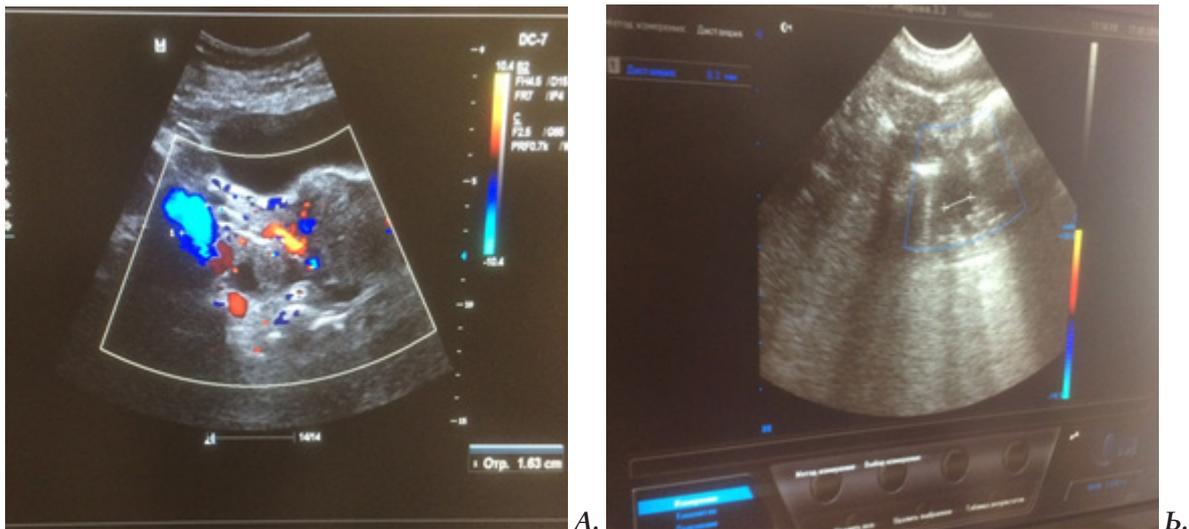


Рис. 1. УЗДАС абдоминальным (А) и трансвагинальным (Б) датчиками

Больной назначено консервативное лечение: флебодиа 600 мг/сутки в течение 1 месяца, диклофенаковые свечи (perrectum) в течение 10 дней, выполнение специальных лечебных гимнастических упражнений в течение 2 месяцев. Несмотря на проведенное консервативное лечение, болевой синдром сохранялся, в связи с этим было решено произвести оперативное вмешательство. С целью выявления венозной архитектоники, а также индивидуальных особенностей венозной системы малого таза была выполнена двусторонняя селективная овариокография и тазовая флебография. Обнаружено наличие стволовой формы развития яичниковых вен с наличием выраженного патологического рефлюкса в них.

Больной выставлен диагноз: «Варикозное расширение вен малого таза, расширение яичниковых вен с двух сторон, III степени (по А.Е. Волкову). Первичное варикозное

расширение подкожных вен обеих нижних конечностей, в бассейне V. S. Magna и её ветвей, преимущественно слева, смешанная форма, С<sub>2</sub>-класс по классификации СЕАР».

В условиях общего обезболивания была выполнена двусторонняя забрюшинная резекция гонадных вен с введением склерозирующего препарата в вены яичникового сплетения и параметральные вены. Произведена склерооблитерация варикозно расширенных вен срамной области (рис. 2). Также произведена комбинированная флебэктомия из левой нижней конечности. Снижение интенсивности болей отмечалось сразу же после проведения операции, на протяжении двух первых недель. При контрольном осмотре через шесть месяцев после хирургического вмешательства отмечено снижение болевого синдрома до 2 баллов по шкале McGila.

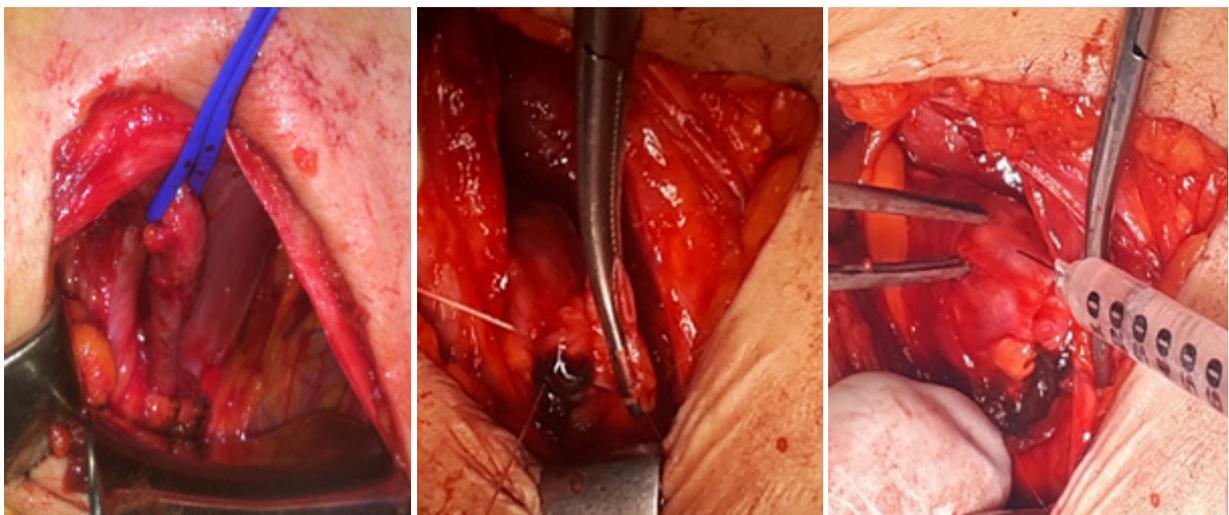


Рис. 2. Этапы выделения, резекция яичниковой вены и склерооблитерация гроздевидного сплетения яичника

По данным УЗДАС, патологического рефлюкса нет, венозный кровоток не нарушен, диаметр вен 3,5 мм (рис. 3).

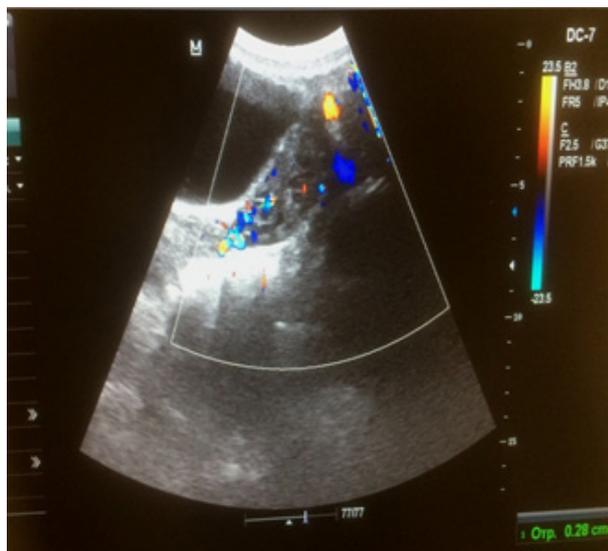


Рис. 3. УЗДАС вен малого таза после хирургического лечения

Пациентка на седьмой день после операции выписана в удовлетворительном состоянии. В течение шести месяцев наблюдения, жалоб не предъявляла, болей в левой подвздошно-паховой области нет, купировались явления диспареунии (болезненность при половом акте).

#### Заключение

Наши наблюдения свидетельствуют о высокой эффективности склерооблитации варикозно расширенных вен срамной области, а также комбинационных методов лечения данной группы больных. Функциональные и эстетические результаты оказались значительно лучше в случаях применения комбинированного лечения при сочетанных формах варикозного расширения вен.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

#### ЛИТЕРАТУРА (пп. 7-15 см. в REFERENCES)

1. Гаврилов С.Г., Москаленко Е. П., Каралкин А. В. Эффективность и безопасность применения микронизированной очищенной фракции флавоноидов в лечении сочетанной варикозной болезни таза и нижних конечностей // *Flebologia*. 2018. Т. 12, №. 3. С. 109-116

2.-Гаврилов С.Г., Москаленко Е.П., Ефремова О.И. Влияет ли расширение внутритазовых вен на симптомы хронического заболевания вен у пациенток с сочетанной варикозной болезнью таза и нижних конечностей? // *Flebologia*. 2019. Т. 13, №. 2. С.112-116

3. Дженина О.В. и др. Симптоматическая терапия вульварного и промежностного варикоза у беременных // *Rossiiskii Vestnik Akushera-Ginekologa*. 2018. Т. 18, №. 5. С. 164-168

4. Дженина О.В., Богачев В.Ю., Боданская А.Л. Вульварный и промежностный варикоз у беременных // *Стационарозамещающие технологии: амбулаторная хирургия*. 2019. №. 1-2. С. 14-18

5. Наболотный О.И. и др. Хирургическое лечение несafenового варикозного расширения вен нижних конечностей у женщин с синдромом тазового полнокровия // *Новости хирургии*. 2018. Т. 26, №. 6. С. 669-676

6.-Шарипов Г.Н. и др. Варикозная болезнь вен малого таза, поликистоз яичников и другая сопутствующая патология у женщин с трубной беременностью // *Вестник Смоленской государственной медицинской академии*. 2019. Т. 18, №. 1. С. 99-102.

#### REFERENCES

1. Gavrilov S. G., Moskalenko E. P., Karalkin A. V. Efektivnost i bezopasnost primeneniya mikronizirovannoy ochishchennoy fraktsii flavonoidov v lechenii sochetannoy varikoznoy bolezni taza i nizhnikh konechnostey [Effectiveness and safety of micronized purified flavonoid fraction in the treatment of combined pelvic and lower limb varicose disease]. *Flebologia – Flebology*, 2018, Vol. 12, No. 3, pp. 109-116.

2. Gavrilov S. G., Moskalenko E. P., Efremova O. I. Vliyaet li rasshirenie vnutritazovykh ven na simptomy khronicheskogo zabolevaniya ven u patientok s sochetannoy varikoznoy boleznyu taza i nizhnikh konechnostey? [Does the expansion of intra-venous veins Affect the symptoms of chronic venous disease in patients with combined varicose disease of the pelvis and lower extremities?]. *Flebologia – Flebology*, 2019, Vol. 13, No. 2, pp. 112-116.

3. Dzhhenina O. V., Simptomaticheskaya terapiya vulvarnogo i promezhnostnogovarikoza u beremennykh [Symptomatic therapy of vulvar and perineal varicose veins in pregnant women]. *Rossiiskii Vestnik Akushera-Ginekologa – Russian Bulletin of the Obstetrician-Gynecologist*, 2018, Vol. 18, No. 5, pp. 164-168.

4. Dzhhenina O. V., Bogachev V. Yu., Bodanskaya A. L. Vulvarnyy i promezhnostnyy varikoz u beremennykh [Vulvar and perineal varicose veins in pregnant women]. *Stacionarozameshchayushchie Tekhnologii: Ambulatsionnaya Khirurgiya – Inpatient Replacement Technologies: Outpatient Surgery*, 2019, No.1-2, pp. 14-18.

5. Nabolotnyy O. I., Khirurgicheskoe lechenie nesafenovogo varikoznogo rasshireniya ven nizhnikh konechnostey u zhenshchin s sindromom tazovogo polnokroviya [Surgical treatment of non-staphene varicose veins of the lower extremities in women with pelvic fullness syndrome]. *Novosti Khirurgii – News of Surgery*, 2018, Vol. 26, No. 6, pp. 669 – 676.

6. Sharipov G. N., Varikoznaya bolezni ven malogo taza, polikistoz yaichnikov i drugaya soputstvuyushchaya patologiya u zhenshchin s trubnoy beremennostyu

[Varicose veins of the pelvis, polycystic ovaries and other comorbidities in women with tubal pregnancy]. *Vestnik Smolenskoy Gosudarstvennoy Meditsinskoy Akademii – Bulletin of the Smolensk State Medical Academy*, 2019, Vol. 18, No. 1, pp. 99-102

7. Aikimbaev K. Ovarian vein diameters measured by MDCT in women without evidence of pelvic congestion syndrome. *Heart, Vessels and Transplantation*, 2017, Vol. 1, No. 2, pp. 43-48.

8. Daniels J. P., Champaneria R., Shah L. Effectiveness of embolization or sclerotherapy of pelvic veins for reducing chronic pelvic pain: a systematic review. *Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders*, 2017, Vol. 5, No. 1, pp. 144.

9. Dorobisz T. A., Diagnosis and treatment of pelvic congestion syndrome: Single-centre experiences. *Advances in Clinical and Experimental Medicine: Official Organ Wroclaw Medical University*, 2017, Vol. 26, No. 2, pp. 269-276.

10. Farber L. A., Maximizing patient satisfaction and positive outcomes in the diagnosis and treatment of pelvic congestion syndrome in the outpatient surgical setting: a cohort of 102 patients. *Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders*, 2018, Vol. 6, No. 4, pp. 556.

11. García-Espinosa J., Martínez-Martínez A. Left ovarian vein drainage variant: an exceptional cause of pelvic congestion syndrome. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 2018, Vol. 55, No. 4, pp. 592.

12. Herrera-Betancourt A. L., Sensitivity and specificity of clinical findings for the diagnosis of pelvic congestion syndrome in women with chronic pelvic pain. *Phlebology*, 2018, Vol. 33, No. 5, pp. 303-308.

13. Kanter J. R., A modern radiologic treatment for pelvic congestion syndrome associated with chronic pelvic pain and menstrual abnormalities. *Journal of Endometriosis and Pelvic Pain Disorders*, 2017, Vol. 9, No. 4, pp. 297-300.

14. Nanavati R., Correlation between pelvic congestion syndrome and body mass index. *Journal of Vascular Surgery*, 2018, Vol. 67, No. 2, pp. 536-541.

15. Yunker A. Minimally Invasive Surgery and Chronic Pelvic Pain. *Current Women's Health Reviews*, 2018, Vol. 14, No. 1, pp. 37-41.

**Сведения об авторах:**

**Султанов Джавли Давронович** – профессор кафедры хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, д.м.н.

**Нуридинзода Насима Нуриддин** – аспирант кафедры хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
**Джабаров Хайрулло Абдуразокович** – аспирант кафедры хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

**Контактная информация:**

**Нуридинзода Насима Нуриддин** - тел.: +992918993090;  
e-mail: [nasima.kurbonova@bk.ru](mailto:nasima.kurbonova@bk.ru)

© Коллектив авторов, 2019

УДК 616,36-002-005.1-08-053,3;616.831;612.22.3

Хотамова М.Н., Кобилова Б.Х., Аминов Х.Д.

## ГЕМОСТАЗ У НОВОРОЖДЁННЫХ С ГИПОКСИЧЕСКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ В ПОЗДНЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИМАТИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ

Кафедра детских болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Hotamova M.N., Kobilova B.H., Aminov H.D.

## HEMOSTASIS IN NEWBORNS WITH HYPOXICALLY ISCHEMIC ENCEPHALOPATHY IN THE LATE NEONATAL PERIOD DEPENDING ON CLIMATE CONDITIONS

Department of Children's Diseases № 1 of Tajik State Medical University named after Abuali-ibn-Sino

**Цель исследования.** Изучить показатели гемостаза и фибринолиза у новорождённых с гипоксическим поражением ЦНС в позднем неонатальном периоде в зависимости от сезона года.

**Материал и методы.** Для изучения были выбраны 240 доношенных новорождённых с гипоксически-ишемической энцефалопатией (ГИЭ) (по 30 новорождённых на летний и зимний периоды каждого года).

**Результаты.** У детей с гипоксически ишемической энцефалопатией в позднем неонатальном периоде в 2012-2013 годах, когда наблюдался самый холодный пик температуры воздуха (+2,5°C- +6,8°C), по сравнению с другими годами, имелись явные изменения в свёртывающей системе крови: нарушались время кровотечения, фибриноген, время рекальцификации, тромбиновое время и протромбиновый индекс, которые имели тенденцию к увеличению.

Основные динамические изменения в летнем периоде происходят со всеми показателями, кроме времени кровотечения, толерантности плазмы к гепарину и международного нормализованного отношения. В то же время летом изменения происходят с фибрином, фибриногеном, временем рекальцификации, протромбиновым временем и активированным частичным тромбопластиновым временем, которые увеличивались.

**Заключение.** Полученные результаты указывают, что у новорождённых с ГИЭ в поздний неонатальный период имеется напряженность системы гемостаза с компенсированным внутрисосудистым свёртыванием крови, что до определенного момента может быть мало выражено клинически.

**Ключевые слова:** новорождённые, система гемостаза, сезонность

**Aim.** To study hemostasis and fibrinolysis in newborns with hypoxic CNS lesions in the late neonatal period, depending on the season of the year.

**Materials and methods.** 240 full-term newborns with GIE (30 newborns for each summer and winter period of each year) were selected for the study.

**Results.** In children with hypoxic ischemic encephalopathy in the late neonatal period in 2012-2013, when the coldest peak in air temperature (+ 2,5 °C - + 6,8 °C) was observed, compared with other years, obvious changes in the blood coagulation system: bleeding time, fibrinogen, recalcification time, thrombin time and prothrombin index, which tended to increase, were disturbed.

The main dynamic changes in the summer period occur with all indicators, except for bleeding time, plasma tolerance to heparin and an international normalized ratio. At the same time, in summer, changes occur with fibrin, fibrinogen, recalcification time, prothrombin time and activated partial thromboplastin time, which increased.

**Conclusion.** The results indicate that in newborns with GIE in the late neonatal period, there is a tension of the hemostatic system with compensated intravascular coagulation, which up to a certain point can be little expressed clinically.

**Key words:** newborns, hemostatic system, seasonality

### **Актуальность**

Одной из ключевых проблем педиатрии в последние годы, как в постсоветском пространстве, так и за рубежом, является растущая рождаемость детей с перинатальным поражением центральной нервной системы (ЦНС). Проблема перинатальных поражений головного мозга у новорождённых детей, перенесших острую и хроническую гипоксию, занимает в педиатрической неврологии одно из ведущих мест [1, 2]. Созревание головного мозга в периоде новорожденности характеризуются более интенсивным развитием и влияние агрессивных факторов, таких как гипоксия, требует дальнейшего изучения пристального внимания врачей акушеров-гинекологов и неонатологов [1, 2, 3].

Известно, что в патогенезе гипоксическо-ишемической энцефалопатии (ГИЭ) ведущая роль отводится гемодинамическим и метаболическим нарушениям [2, 3, 4]. Гипоксия через цепь метаболических нарушений приводит к повреждению нейронов, активации перекисного окисления липидов (ПОЛ), разрушению клеточных мембран [3, 4, 5].

Все это приводит к изменению гомеостатических параметров внутренней среды организма новорождённого и является причиной возникновения вторичных заболеваний или осложнений уже имеющейся патологии. Гемодинамические нарушения могут быть связаны с утратой регуляции мозгового кровотока, в которой участвуют свёртывающая и фибринолитическая система [1, 4, 5].

У детей свёртывающая система является сложной в системе гемостаза и постоянно меняется. Развитие гемостаза обеспечивает защитный механизм у новорождённых детей и, следовательно, способствует уменьшению риска развития тромбоэмболических и/или геморрагических осложнений [4, 6, 7].

Исследования последних лет во многом расширили представления об этиопатогенезе, клинике, диагностике и лечении гипоксическо-ишемической энцефалопатии периода новорожденности, однако изучению факторов ГИЭ в условиях жаркого климата посвящены единичные работы.

### **Цель исследования**

Изучить показатели гемостаза и фибринолиза у новорождённых с гипоксическим поражением ЦНС в позднем неонатальном периоде в зависимости от сезона года.

### **Материал и методы исследования**

Период проведения исследования выпал на летние и зимние месяцы с 2010 по 2013

годы, выполненного на базе детского соматического инфекционного отделения Городского медицинского центра. Были выбраны 240 новорожденных детей с гипоксическо-ишемической энцефалопатии (по 30 новорождённых на каждый жаркий и холодный период года).

Статистическая обработка материала проведена методом вариационной статистики на ПК с помощью прикладного пакета «Statistica 6,0». Высчитывались относительные величины (P%), средние арифметические значения (M) и стандартное отклонение ( $\pm SD$ ). Сравнение относительных величин проводилось по критерию  $\chi^2$ , а абсолютных величин – по t-критерию Стьюдента. Различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ . Оценка корреляционных связей между парами количественных признаков – по U-критерию Манна-Уитни.

### **Результаты и их обсуждение**

Полученные результаты наших исследований выявили, что в свёртывающей системе новорождённых с ГИЭ, родившихся зимой (декабрь, январь, февраль), в конце позднего неонатального периода большинство показателей по годам имеют явные изменения, за исключением фибрина, толерантности плазмы к гепарину, МНО и АЧТВ (табл. 1).

Проведённые нами исследования выявили, что у детей с гипоксическо-ишемической энцефалопатией в позднем неонатальном периоде в 2012-2013 годах, когда наблюдался самый холодный пик температуры воздуха (+2,5 – +6,8 °C), по сравнению с другими годами, имелись явные изменения в свёртывающей системе крови: тенденция к увеличению времени кровотечения, фибриногена, времени рекальцификации, протромбинового индекса и тромбинового времени.

Анализ результатов исследования гемостаза у больных новорождённых с ГИЭ, родившихся в летние месяцы (июнь-август 2012-2013), по годам показал явное преобладание изменений, когда пик солнечной активности составил +30,2 – +29,8 °C, в отличие от других годов (табл. 2).

Из таблицы видно, что основные динамические изменения в летний период происходят со всеми показателями, кроме времени кровотечения, толерантности плазмы к гепарину и МНО.

В то же время летом изменения происходят с фибрином, фибриногеном, временем рекальцификации, тромбиновым временем и АЧТВ, которые увеличивались.

Таблица 1

## Показатели свёртывающей системы у новорождённых детей с ГИЭ в конце позднего неонатального периода в зимний период (M±m)

Показатели	2010 (n=30)	2011 (n=30)	2012 (n=30)	2013 (n=30)	p
Время кровотечения (мин.)	2,8±0,1	2,9±0,1 p <sub>1</sub> >0,05	3,5±0,1 p <sub>1</sub> <0,01 p <sub>2</sub> <0,05	4,0±0,1 p <sub>1</sub> <0,001 p <sub>2</sub> <0,001 p <sub>3</sub> <0,05	<0,001
Фибрин (г/л)	18,7±0,1	18,8±0,2	19,6±0,3	19,1±0,3	>0,05
Фибриноген (г/л)	3,69±0,05	4,29±0,06 p <sub>1</sub> <0,001	4,47±0,08 p <sub>1</sub> <0,001 p <sub>2</sub> >0,05	4,47±0,08 p <sub>1</sub> <0,001 p <sub>2</sub> >0,05 p <sub>3</sub> >0,05	<0,001
Тромботест (см)	4,5±0,1	4,1±0,1 p <sub>1</sub> >0,05	4,3±0,1 p <sub>1</sub> >0,05 p <sub>2</sub> >0,05	3,8±0,1 p <sub>1</sub> <0,001 p <sub>2</sub> >0,05 p <sub>3</sub> >0,05	<0,001
Время рекальцификации (с)	74,8±1,6	90,2±0,3 p <sub>1</sub> <0,001	92,4±0,5 p <sub>1</sub> <0,001 p <sub>2</sub> >0,05	95,7±1,0 p <sub>1</sub> <0,001 p <sub>2</sub> <0,01 p <sub>3</sub> >0,05	<0,001
Тромбиновое время (с)	15,0±0,5	11,1±0,5 p <sub>1</sub> <0,001	13,9±0,4 p <sub>1</sub> >0,05 p <sub>2</sub> <0,01	13,4±0,4 p <sub>1</sub> >0,05 p <sub>2</sub> <0,05 p <sub>3</sub> >0,05	<0,001
Протромбиновый индекс	83,3±0,8	83,4±0,7 p <sub>1</sub> >0,05	85,7±0,5 p <sub>1</sub> >0,05 p <sub>2</sub> >0,05	88,0±0,5 p <sub>1</sub> <0,001 p <sub>2</sub> <0,001 p <sub>3</sub> >0,05	<0,001
Толерантность к гепарину	700,5±8,1	700,5±5,8	720,0±6,1	721,3±6,0	>0,05
МНО	2,23±0,05	2,25±0,05	2,34±0,05	2,37±0,05	>0,05
АЧТВ (с)	35,9±0,4	36,0±0,3	36,2±0,3	36,2±0,3	>0,05

**Примечание:** p – статистическая значимость различий показателей между годами (ANOVA Крускала-Уоллиса); p<sub>1</sub> – статистическая значимость различий показателей по сравнению с данными 2010 года; p<sub>2</sub> – статистическая значимость различий показателей по сравнению с данными 2011 года; p<sub>3</sub> – статистическая значимость различий показателей по сравнению с данными 2012 года; (p<sub>1</sub>-p<sub>3</sub> - по U-критерию Манна-Уитни)

Некоторые авторы считают, что в условиях жаркого климата между жарким и холодным периодами обнаруживаются отчётливые сезонные различия [3, 5]. Летом свёртываемость крови, по сравнению с зимними месяцами, была выше. На холоде свёртывания крови не происходит или этот процесс резко замедляется. Фибринолитическая активность крови у новорождённых с ГИЭ чаще всего повышается летом [4, 6], что также соответствует данным нашего исследования.

### Заключение

Таким образом, полученные результаты наших исследований указывают на то, что у новорождённых с ГИЭ в поздний неонатальный период имеется напряженность свёртывающей системы крови. Это требует своевременной диагностики и лабораторного мониторинга показателей гемостаза, а при необходимости - неотложной медикаментозной коррекции геморрагических и тромботических расстройств для

предотвращения развития ДВС-синдрома и снижения смертности.

Различия в показателях свёртывающей системы крови могут быть объяснимы климато-географическими и другими особенностями нашего региона, где проводились исследования, а также разной активностью Солнца.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов*

#### ЛИТЕРАТУРА (пп. 5,6 см. в REFERENCES)

1. Ледяйкина Л.В. и др. Особенности перинатальных поражений ЦНС у новорождённых в зависимости от течения антенатального периода // Педиатрия. Практическая медицина. 2013. С. 81-83.
2. Пальчик А.Б., Шабалов Н.П. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорождённых. М.: МЕДпресс-информ, 2013. С. 1-42.
3. Чупрова, А.В. Система неонатального гемостаза в норме и при патологии // Бюллетень СО РАМН. 2013. №4. С. 13-19
4. Яковлева О.В., Музурова Л.В., Зрячкин Н.И. Факторы риска развития гипоксически-травматического повреждения доношенных новорождённых // Медицинские науки. 2010. №3 (15). С. 107-112.

#### REFERENCES

1. Ledyaykina L. V. Osobennosti perinatalnykh porazheniy TSNS u novorozhdyonnykh v zavisimosti ot techeniya antenatalnogo perioda [Features of perinatal injuries of the central nervous system in newborns depending on the course of the antenatal period]. *Pediatriya. Prakticheskaya meditsina - Pediatrics. Practical medicine*, 2013, pp. 81-83.

2. Palchik A. B., Shabalov N. P. *Gipoksicheski-ishemicheskaya entsefalopatiya novorozhdyonnykh* [Hypoxic-ischemic encephalopathy of newborns]. Moscow, MEDpress-inform Publ., 2013. 1-42 p.

3. Chuprova A. V. Sistema neonatalnogo gemostaza v norme i pri patologii [Neonatal hemostasis system in norm and pathology]. *Byulleten SO RAMN – Bulletin of the siberian branch of the russian academy of medical sciences*, 2013, No. 4, pp. 13-19

4. Yakovleva O. V., Muzurova L. V., Zryachkin N. I. Faktory riska razvitiya gipoksicheski-travmaticheskogo povrezhdeniya donoshennykh novorozhdyonnykh [Risk factors of hypoxic-traumatic injury of full-term newborns]. *Meditssinskie nauki – Medical sciences*, 2010, No. 3 (15), pp. 107-112.

5. Joseph J. V. Neonatal Encephalopathy: An Inadequate Term for Hypoxic Ischemic Encephalopathy. *American Neurological Association*, 2012, pp. 156-166.

6. Jian G. W. A Study on Voiding Pattern of Newborns With Hypoxic Ischemic Encephalopathy. *Pediatric urology*, 2012, No. 80 (1), pp. 196-199.

#### **Сведения об авторах:**

**Хотамова Матлуба Намозовна** – ассистент кафедры детских болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

**Кобилова Барно Хомиджановна** – доцент кафедры детских болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н.

**Аминов Хусейн Джумаевич** – профессор кафедры детских болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

#### **Контактная информация:**

**Хотамова Матлуба Намозовна** – тел.: +992 987000085; e-mail mhotamova71@mail.ru

Шодиев Б.Р., Шукурова С.М., Абдуллаев М.Ф., Курбонова Ф.У.

## ХАРАКТЕРИСТИКА СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Кафедра терапии и кардио-ревматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Shodiev B.R., Shukurova S. M., Abdullaev M.F., Kurbonova F.U.

## CHARACTERISTICS OF CONCOMITANT PATHOLOGY IN RHEUMATIC DISEASES

Department of Therapy and Cardio-rheumatology of State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"

**Цель исследования.** Охарактеризовать частоту и спектр коморбидной патологии у пациентов с ревматическими болезнями (РБ) на этапах стационарного лечения с учетом пола и возраста.

**Материал и методы.** Проанализированы данные медицинской документации (n-362) пациентов с различными ревматическими болезнями, находившихся на стационарном лечении.

Все больные были распределены по нозологиям, из которых 77,2% составили пациенты с ревматоидным артритом (РА) (46,9%) и остеоартрозом (ОА) (30,3%). Женщин было 68,8%, мужчин - 31,2%.

Всем больным, помимо общеклинических, биохимических, иммунологических и инструментальных методов диагностики, рассчитывали индекс коморбидности по Charlson, который определяет наличие сопутствующих заболеваний и прогноз летальности.

**Результаты.** Комплексная оценка сопутствующей патологии у больных с РБ показала, что лидирующие позиции среди всех больных по частоте занимают артериальная гипертензия - 48,1%, гастропатии - 42,2% и остеопения - 36,7%. При этом коморбидность имеет свои особенности в зависимости от пола. Так, общее количество сопутствующей патологии у женщин с РБ составило 71% против 29% у мужчин, а также выявлена их структурная особенность.

Индекс коморбидности по Чарлсону для РБ составил в целом 2,9, т.е., больной с ревматической патологией, госпитализируемый в стационар, имеет около трех сопутствующих заболеваний.

**Заключение.** Диапазон сопутствующих состояний у пациентов с РБ весьма широк и зависит от группы принадлежности суставной патологии. При этом поло-возрастная ассоциация очевидна. Лидирующие позиции в двух сравниваемых группах занимают кардиоваскулярные заболевания.

**Ключевые слова:** ревматические заболевания, коморбидность, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, индекс коморбидности

**Aim.** To characterize the frequency and spectrum of comorbid pathology in patients with rheumatic diseases (RB) at the stages of inpatient treatment, considering gender and age.

**Materials and methods.** The data of medical documentation (n-362) of patients with various rheumatic diseases who were hospitalized were analyzed.

All patients were distributed according to nosology, of which 77,2% were patients with rheumatoid arthritis (RA) (46,9%) and osteoarthritis (OA) (30,3%). Women were 68,8%, men - 31,2%.

In addition to general clinical, biochemical, immunological and instrumental diagnostic methods, all patients were calculated with Charlson's comorbidity index, which determines the presence of concomitant diseases and the prognosis of mortality.

**Results.** A comprehensive assessment of concomitant pathology in patients with RB showed that the leading position among all patients in frequency is occupied by arterial hypertension - 48,1%, gastropathy - 42,2% and osteopenia - 36,7%. At the same time, comorbidity has its own characteristics depending on gender. Thus, the total number of concomitant pathologies in women with RB was 71% versus 29% in men, and their structural feature was revealed.

The Charlson comorbidity index for RB totaled 2,9, i.e., a patient with rheumatic pathology admitted to the hospital has about three concomitant diseases.

**Conclusion.** The range of concomitant conditions in patients with RD is very wide and it depends on the group belonging to the joint pathology. The sex-age association is obvious. Cardiovascular diseases occupy the leading positions in the two compared groups.

**Key words:** *rheumatic diseases, comorbidity, arterial hypertension, IHD, comorbidity index*

### Актуальность

Ревматические заболевания (РЗ) среди основных групп хронических болезней (сердечно-сосудистые, бронхолегочные, аллергические, онко-гематологические, эндокринологические и др.) вносят наибольший вклад в снижение работоспособности, ранней инвалидизации, а также увеличения числа обращений к врачу общей практики [2, 4]. Возрастной диапазон РЗ весьма широк, но по мере увеличения возраста заболевших имеется четкая тенденция их значительного роста [3].

На сегодняшний день насчитывают около 150 форм РЗ. В России, по данным НИИ Ревматологии имени В.А. Насоновой, насчитывают около 400 тыс. пациентов с ревматическими болезнями [5]. В последние годы в связи с улучшением диагностики и лечения продолжительность жизни населения постепенно растет, однако, при этом растет число больных, имеющих несколько хронических заболеваний [7]. В связи с этим несомненный и оправданный интерес исследователей к коморбидным состояниям при РЗ не угасает в последнее десятилетие и обусловлен их влиянием на течение и прогноз конкретной ревматической патологии, выбор тактики его лечения и на качество жизни больных [1]. По данным ряда авторов [9, 6, 8], частыми спутниками РЗ являются сердечно-сосудистые заболевания, метаболический синдром, поражение желудочно-кишечного тракта, остеопороз, хронические болезни почек, депрессии.

Сегодня, несмотря на развитие ревматологии в области высокотехнологичных методов диагностики, современных научно-обоснованных стратегий лечения, не всегда можно достичь ярко выраженного улучшения состояния больного и тем самым улучшить прогноз в долгосрочной перспективе.

Современная ревматология изучает РБ в контексте интеграции множества хронических заболеваний в течение жизни пациента и созрела необходимость формирования новой модели сосуществования - «мультиморбидной болезни» [2].

В Таджикистане проблема коморбидности при хронических неинфекционных

заболеваниях, включая РЗ, стоит остро. В республике существует ряд факторов, которые способствуют более тяжелому течению РЗ в ассоциации с сопутствующей патологией, поздней диагностике и ранней инвалидизации больных. К ним относятся незнание врачей о выборе тактики лечения этой категории больных, необоснованная полипрагмазия, отсутствие единого взгляда на проблему сочетанной патологии и др.

Подход к изучению мультиморбидности в ревматологии на научной и междисциплинарной основах позволит оптимизировать расходы на службу, улучшить исходы терапии и качество жизни пациента. В связи с этим сегодня мультиморбидность рассматривается не только как нерешенная медицинская, но и как социально-экономическая проблема. Это, в свою очередь, в будущем сможет определить стратегию развития системы здравоохранения республики.

### Цель исследования

Охарактеризовать частоту и спектр коморбидной патологии у пациентов с ревматическими болезнями (РБ) на этапах стационарного лечения с учетом пола и возраста.

### Материал и методы исследования

Нами ретроспективно анализировались истории болезни 362 пациентов с ревматическими болезнями (РБ), госпитализированных в ревматологическое отделение Городской клинической больницы №5 им. К.Т. Таджикива за период 2014-2016 гг.

Анализ историй болезни (n=362) проводился по специально разработанной карте для отдельной нозологической единицы, в которую включены клинико-демографические характеристики, включая анамнез, характер проводимой терапии, лабораторные и инструментальные исследования, коморбидная патология (с подсчетом индекса коморбидности для каждой нозологии).

Всем больным выполнялось общеклиническое обследование, включающее: общий анализ крови и мочи; биохимический анализ крови; СРБ, РФ, мочевая кислота, глюкоза крови, общий холестерин и фракции, триглицериды, осадочные пробы печени,

мочевина, креатинин, по необходимости исследование синовиальной жидкости.

У всех больных рассчитывали индекс коморбидности по Charlson (1987, Mary Charlson) по разработанному опроснику. Данный индекс представляет собой балльную систему оценки (от 0 до 4) наличия определенных сопутствующих заболеваний и применим для учета прогноза летальности.

Для ревматоидного артрита (РА) клиническая характеристика больных дана в соответствии с классификацией, принятой на заседании пленума Общероссийской общественной организации «Ассоциация ревматологов России» (АРР) 2007 г. Для диагностики остеоартроза (ОА) были использованы рекомендации АРР по диагностике и ведению больных ОА коленных и тазобедренных суставов (2006).

Диагноз АГ выставлялся в соответствии с современными критериями ВОЗ/МОАГ (1999) при уровне САД  $\geq 140$  мм рт.ст. и/или ДАД  $\leq 90$  мм рт.ст. Диагноз ИБС устанавливался в соответствии с критериями ВОЗ (1979). Наличие клинических признаков ИБС у самого пациента оценивалось как дополнительные 20% суммарного риска острых осложнений ИБС. Метаболический синдром (МС) диагностировался на основании рабочих критериев экспертов Национального института здоровья США.

Всем пациентам, наряду с общепринятыми клиническими методами исследования, проводилась оценка антропометрических параметров: измерялись ОТ и окружность бедер (ОБ), их соотношение (ОТ/ОБ), рост и масса тела. Определялось значение ИМТ (индекс Кетле) в  $\text{кг}/\text{м}^2$ .

Всем больным осуществлялась регистрация ЭКГ в 12 стандартных отведениях на электрокардиографе прибор Bioscare (ECG-1200, Shenzhen Bioscare Electronics, Co., Ltd.) на базе Городской клинической больницы №5 имени К.Т. Таджиева в отделении функциональной диагностики.

Эзофагогастродуоденальное исследование проводилось по необходимости для выявления эрозивных изменений слизистой патологии желудочно-кишечного тракта.

Эхо-КГ проводилась в двухмерном и М-модальном режимах на универсальном эхокардиографе MINDRAYExpert фирмы GEMedicalSystems. Определяли показатели систолической и диастолической функции ЛЖ – фракцию выброса (ФВ), объемы полостей сердца в конце систолы и диастолы. Расчет ММЛЖ проводили по формуле «площадь-длина» Simpson. ИММЛЖ рассчитывали как отношение ММЛЖ к площади поверхности тела, определяемой по формуле D. Dobios.

Статистическая обработка проводилась с помощью пакета прикладных программ STATISTICA 6.0. Была использована простая описательная статистика. Её результаты представлены в виде средних значений (M) и их ошибок ( $\pm m$ ) для количественных признаков, правильное распределение, медианы (Me) и интерквартильного интервала ([25q;75q]) для неправильно распределенных анализируемых признаков. Для сравнения двух независимых групп использовался U-критерий Манна-Уитни. Сравнение трех и более независимых групп проводилось с применением метода ANOVA по H-критерию Краскеля–Уолисса. Сравнение двух зависимых выборок проводили с помощью T-критерия Вилкоксона. Во всех случаях нулевая гипотеза отвергалась при  $p < 0,05$ .

#### Результаты и их обсуждение

Всего за наблюдаемый период пролечено 362 больных с ревматической патологией: ревматоидный артрит (РА) – 170 (46,9%), остеоартроз (ОА) – 110 (30,3%), что в сумме составило 77,2% от общего количества больных РЗ. Далее подагра – 22 (6,0%), АС+РеА – 20 (5,5%), ХРБС – 20 (5,5%), системные заболевания соединительной ткани – 20 (5,5%), прочие – 7,5% (табл.1).

Таблица 1

Характеристика больных с ревматическими заболеваниями (n-362)

Нозология	Мужчины		Женщины		Средний возраст
	abs	%	abs	%	
Ревматоидный артрит (n-170)	39	22,9	131	77,1	51,2 $\pm$ 5,8
Остеоартроз (n-110)	30	27,2	80	72,8	56,3 $\pm$ 9,3
Подагра (n-22)	21	98	1	2	59,1 $\pm$ 9,1
СЗСТ (n-20)	5	25	15	75	40 $\pm$ 9,4
АС+РеА (n-20)	13	62,6	7	37,4	43,7 $\pm$ 4,3
ХРБС (n-20)	9	45	11	55	44,8 $\pm$ 6,8
Всего (n-362)	113	31,2	249	68,8	49,1 $\pm$ 7,4

Из общего количества наблюдавшихся больных с РЗ мужчин было 113 (31,2%), женщин – 249 (68,8%). Анализ половой избирательности показал, что в структуре больных РА (n-170) женщин было 131 (77,1%), мужчин – 39 (22,9%). В подгруппе больных с ОА (n-110) преобладали также женщины – 84 (76,4%), против – 26 (23,6%) мужчин. Подагра (n-21), представлена в основном мужчинами (98%). Среди общего количества больных ХРБС соотношение мужчин и женщин (45% и 55% соответствен-

но). Больных с системной склеродермией и системной красной волчанкой мы объединили в одну группу – системные заболевания соединительной ткани, в которой 75% составляли женщины.

Таким образом, среди ревматических заболеваний преобладание женского пола подтверждает существующее положение о частоте женского пола среди ревматоидного артрита, остеоартроза и СЗСТ. В наших наблюдениях эти больные составляют большинство – 75,2% (рис. 1).

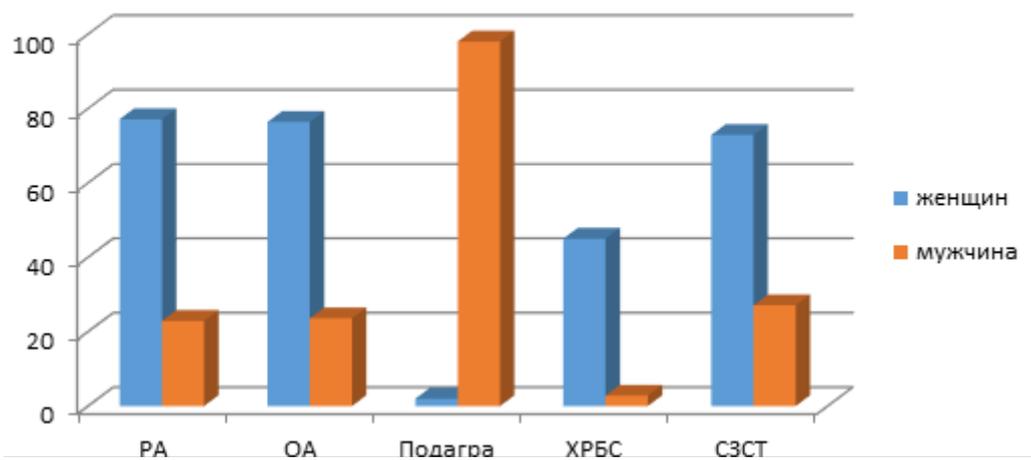


Рис. 1. Половая характеристика ревматических заболеваний

Возрастной анализ показал, что средний возраст больных с РЗ составил  $49,1 \pm 7,4$  года. Если рассматривать в контексте каждой отдельной нозологии, то самый молодой средний возраст представлен в подгруппе больных реактивными артритами ( $30,4 \pm 7,3$ ), спондилоартритами ( $31,7 \pm 6,7$ ), системными васкулитами ( $32,7 \pm 5,9$ ). Средний возраст больных ревматоидным артритом составил  $51,2 \pm 5,8$  лет. Отклонение показателя в сторону повышения, по сравнению с известными цифрами, можно объяснить поздней обращаемостью за медицинской помощью сельского населения по различным причинам. Не надо сбрасывать со счетов и низкую самооценку серьезности последствий процесса; самолечение; дороговизну лекарственных средств; отдаленность сельской местности от лечебных учреждений и т.д. Это свою очередь приводит к поздней диагностике и раннему выходу на инвалидность.

Средний возраст больных остеоартрозом и подагрой составил  $56,3 \pm 9,3$  и  $59,1 \pm 9,1$  лет соответственно. Наши данные подтверждают общеизвестное положение.

В таблице 2 подробно охарактеризованы отдельные группы коморбидных состояний

у больных с РЗ, включенных в исследование.

Цифры свидетельствуют о лидирующей позиции АГ среди всех больных по частоте сопутствующих заболеваний. На втором месте в ряду сопутствующих состояний находятся гастропатии, куда входят воспалительные заболевания желудка, желчного пузыря и поджелудочной железы, а также эрозивно-язвенные дефекты верхних отделов ЖКТ. Причин столь высокого процента патологических состояний органов пищеварения несколько. Это длительный прием НПВП и базисных препаратов (БП), бесконтрольное назначение симптоматической и ГК-терапии, низкая приверженность к дополнительной терапии и др.

Остеопения наблюдается у 36,7% больных, ожирение – в 26,7% случаев, сахарный диабет – у 11,6%. Среди сопутствующих заболеваний болезни мочевыводящих путей, чаще хронический пиелонефрит, замыкают тройку лидерства – 30,9%. Далее мы сочли необходимым провести анализ сопутствующей патологии с учетом пола (табл. 3).

Общее количество сопутствующей патологии у женщин с РЗ 71%, против 29% у мужчин.

Таблица 2

## Характеристика коморбидной патологии у больных с РЗ

Нозология	Abs. (n-362)	%
Артериальная гипертензия (АГ)	174	48,1
Поражение ЖКТ	153	42,2
Ишемическая болезнь сердца (ИБС)	126	34,7
Остеопения	132	36,7
Ожирение	97	26,7
Хроническая болезнь почек (ХБП)	111	30,9
Анемия	106	29,3
Атеросклероз аорты	237	65,5
Сахарный диабет (СД)	42	11,6
Хроническая сердечная недостаточность (ХСН)	28	7,9
Варикозная болезнь н/конечности	41	11,4
Диффузный токсический зоб	51	14,3
Депрессии	63	17,4
Другие коморбидные состояния	35	9,6

Таблица 3

## Структура и частота сопутствующих заболеваний при РЗ у женщин (n-249)

Нозология	Abs. (n-249)	%
Артериальная гипертензия (АГ)	122	48,9
Поражение ЖКТ	93	37,3
Хронический пиелонефрит	87	34,9
Анемия	83	33,3
Остеопения	77	29,7
Ишемическая болезнь сердца (ИБС)	22	8,8
Ожирение	71	28,5
Сахарный диабет	28	11,2
Варикозная болезнь н/конечности	38	15,2
Диффузный токсический зоб	49	19,6
Нозологическая группа	20	8,0

Как видно из данных таблицы, у женщин на первом месте регистрируется АГ, на вто-

ром – патология ЖКТ и замыкают тройку – хронические пиелонефриты.

Таблица 4

## Структура и частота сопутствующих заболеваний при РЗ у мужчин (n-113)

Нозология	Abs. (n-113)	%
АГ	52	46,1
ИБС	49	43,3
ХСН	26	23
Ожирение	33	29,2
ХОБЛ	31	27,4
Хрон. пиелонефрит	19	16,8
Сахарный диабет	14	12,3
Нозологическую группу	15	13,2

Структура и частота коморбидных состояний у мужчин представлена в таблице 4.

Сопутствующая патология при РЗ у мужчин отличается и можно составить условный

«мужской портрет» ревматического больного. Это мужчина с развернутым кардиологическим континуумом, АГ, ИБС, с избыточной массой тела и сердечной недостаточностью,

которая усугубляется дыхательной недостаточностью за счет ХОБЛ. Гастропатии, в отличие от женщин, вошли в нозологическую группу.

Таким образом, у больных с РЗ в зависимости от пола сопутствующая патология имеет ряд структурных особенностей. В

целом, у женщин с большей частотой (71%) наблюдаются сопутствующие заболевания, а по структуре имеют свои различия.

На основе сопутствующей патологии нами произведен расчет индекса коморбидности по всем нозологическим формам РЗ у стационарных больных.

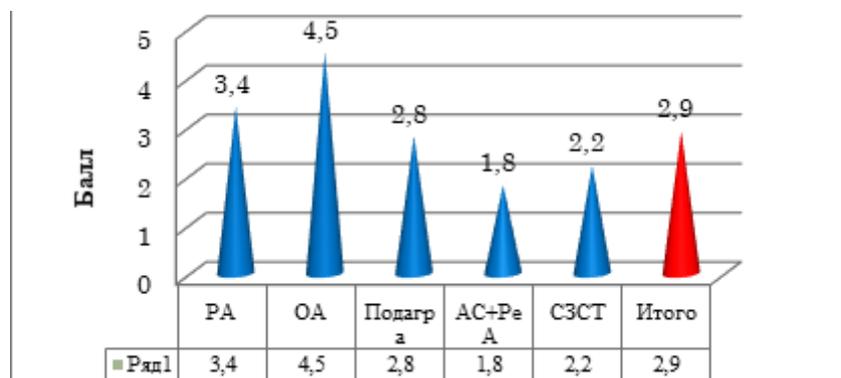


Рис. 2. Индекс коморбидности у больных РЗ в условиях стационара

Как видно из рисунка, наибольшее количество сопутствующих заболеваний имело место у больных ОА (4,5). На втором месте – подагра (3,8) и замыкает тройку лидерства РА (3,4) (заболевания на одного больного). Наименьшей показатель – при реактивных артритах (1,8), что объясняется встречаемостью патологии среди молодого возраста. Суммарный индекс среди ревматологических больных составил 2,9, т.е., больной с ревматической болезнью, госпитализируемый в стационар, имеет около 3-х сопутствующих заболеваний.

Для получения более детальной картины коморбидности по нозологиям РЗ мы сочли необходимым распределить больных на 2 группы: I группа (n - 132) с метаболическими артропатиями, куда включены больные с ОА и подагрой; II группа (n-190) с иммуновоспалительными РЗ. В вторую группу включены больные с РА, РеА, спондилоартритами. Ввиду малочисленности больные с СЗСТ и ХРБС в исследование не были включены.

В подгруппе больных с метаболическими артропатиями наиболее частым спутником была сердечно-сосудистая патология. У больных ОА в 61,8% случаев наблюдалась АГ и в 68,1% случаев – подагра. ИБС чаще наблюдалась у больных подагрой – 36,3% и в 41% случаев при ОА. На втором месте по частоте встречалось ожирение: у каждого второго с подагрой (50%) и в 44,5% при ОА.

Патология ЖКТ наблюдалась практически одинаково в 2-х сравниваемых подгруппах. У больных ОА – 44,5% и у больных по-

дагрой – 40,9%, среди которых преобладали холециститы (69,1%), гастриты (65,5%), ЖКБ (41,4%).

Среди больных II группы поражение ЖКТ наблюдалось у 42,9% при РА. Так, от общего количества больных РА в 29,3% случаев наблюдались эрозивно-язвенные дефекты слизистой оболочки желудка. Немалый процент гастропатий можно объяснить бесконтрольным приемом НПВП, частым использованием более ulcerогенных препаратов (индометацин, диклофенак), которые широко используется в республике ввиду их доступности и низкой стоимости. Сахарный диабет в I подгруппе встречался чаще (35,9%), по сравнению с пациентами II подгруппы, это очевидно. Нарушение углеводного обмена у больных с метаболическими артропатиями находится в тесной ассоциации липидного и пуринового обменов у этой категории больных.

#### Заключение

У больных с РЗ определяется от двух и более сопутствующих заболеваний. Частота, характер и индекс коморбидности находятся в прямой зависимости от нозологии и пола. Наибольшее количество сопутствующих заболеваний имело место у больных ОА и РА.

Среди множества сопутствующих заболеваний АГ, гастропатии и остеопении занимают лидирующие позиции.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (п. 9 см в REFERENCES)

1. Верткин А.Л., Румянцев М.А. Скотников А.С и др. Коморбидность //Вестник семейной медицины. 2011. №3. 40-47.

2. Гордеев А.В., Галушко Е.А., Насонов Е.Л. Концепция мультиморбидности в ревматологической практике // Научно-практическая ревматология. 2014. №4. С. 362-364.

3. Лиля А.М. Социально-экономические аспекты лечения ревматических болезней // Научно-практическая ревматология. 2011. №2. С. 55-61.

4. Насонов Е.Л. Достижения ревматологии в XXI веке // Научно-практическая ревматология. 2014. №2. С.133-140.

5. Насонова Е.Л., Насонова В.А. Ревматология; Национальное руководство. М.: ГЕОТАР-МЕДИА, 2008. С. 372-380.

6. Насонов Е.Л., Каратеев Д.Е., Чичасова Н. В. Рекомендации EULAR по лечению ревматоидного артрита-2013; общая характеристика и дискуссионные проблемы // Научно-практическая ревматология. 2013. Т.51, №6. С.609-22.

7. Никитина Н.М., Афанасьев И.А., Ребров А.П. Коморбидность у больных ревматоидным артритом // Научно-практическая ревматология. 2015. № 1. С. 149-153.

8. Панафилина Т.А., Галушко Е.А., Герасимов Е.В. и др. Коморбидность при ревматоидном артрит // Научно-практическая ревматология. 2014. №3. С.283-9.

4. Nasonov E. L. Dostizheniya revmatologii v XXI veke [Achievements in rheumatology in the xxi century]. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya – Rheumatology Science and Practice*, 2014, No. 2, pp. 133-140.

5. Nasonova E. L., Nasonova V. A. *Revmatologiya: nacionalnoe rukovodstvo* [Rheumatology: national guidelines]. Moscow, GEOTAR-MEDIA Publ., 2008. 372-380 p.

6. Nasonov E. L., Karateev D. E., Chichasova N. V. Rekomendatsii EULAR po lechenie revmatoidnogo artrita-2013; obshchaya kharakteristika i diskussionnye problem [Eular recommendations for the treatment of rheumatoid arthritis – 2013: general characteristics and disputable problems]. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya – Rheumatology Science and Practice*, 2013, Vol. 51, No. 6, pp. 609-22.

7. Nikitina N. M., Afanasev I. A., Rebrov A. P. Komorbidnost u bolnykh revmatoidnym artritom [Comorbidity in patients with rheumatoid arthritis]. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya – Rheumatology Science and Practice*, 2015, No. 1, pp. 149-153.

8. Panafidina T. A., Galushko E. A., Gerasimov E. V. Komorbidnost pri revmatoidnom artrite [Comorbidity in rheumatoid arthritis]. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya – Rheumatology Science and Practice*, 2014, No. 3, pp. 283-289.

9. Solomon D. H., Reters M. S., Nurmohamed M. T., Dexon W. Motion for debate: the data support evidence-based management recommendations for cardiovascular disease in rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatology*, 2013, Vol. 66, No.7, pp. 1675-83.

REFERENCES

1. Vertkin A. L., Romyantsev M. A. Skotnikov A. S. Comorbidity [Comorbidity]. *Vestnik semeynoy meditsiny* -, 2011, No. 3, pp. 40-47.

2. Gordeev A. V., Galushko E. A., Nasonov E. L. Kontseptsiya multimorbidnosti v revmatologicheskoy praktike [The concept of multimorbidity in rheumatologic practice]. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya – Rheumatology Science and Practice*, 2014, No. 4, pp. 362-364.

3. Lila A. M. Sotsialno-ekonomicheskie aspekty lecheniya revmaticheskikh bolezney [Social significance and economic consequences of rheumatic diseases]. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya – Rheumatology Science and Practice*, 2011, No. 2, pp. 55-61.

**Сведения об авторах:**

**Шодиев Бехруз Раджаббеович** – асс. кафедры терапии и кардио-ревматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

**Шукурова Сурайё Максудовна** – член-корр. АМН РТ, зав. кафедрой терапии и кардио-ревматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н., профессор

**Абдуллаев Максуджон Файзович** – директор Городского медицинского центра №2 им. академика К.Т. Таджиева

**Курбонова Фарзона Убайдуллаевна** – асс. кафедры терапии и кардио-ревматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

**Контактная информация:**

**Шукурова Сурайё Максудовна** – тел.: +992934220303; e-mail: S\_Shukurova@mail.ru

## ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

© Коллектив авторов, 2019

УДК 616.831-005.1-085

*Абдурахманова Р.Ф., Иззатов Х.Н., Файзуллаев А.Х., Турсунова М.Ш.*

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ НЕЙРОПРОТЕКЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА

Кафедра неврологии и медицинской генетики ГОУ ИПОвСЗ РТ  
Городской центр здоровья №6 УЗ г. Душанбе

*Abdurakhmonova R.F., Izzatov Kh.N., Faizullaev A.Kh., Tursunova M.Sh.*

### THE EFFECTIVENESS OF COMPLEX NEUROPROTECTIVE THERAPY IN THE ACUTE PERIOD OF STROKE

Department of Neurology and Medical Genetics of State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"  
City Health Center No. 6 of the DoH of Dushanbe

---

#### Аннотация

В статье проведен анализ данных отечественной и зарубежной литературы, посвященной эффективности применения комплексной нейропротекционной терапии в остром периоде инсульта. Терапия ишемического инсульта может быть эффективной только при одновременном применении комплекса мероприятий (сочетание реперфузии и нейропротекции, а также ранней реабилитации на фоне правильной базисной терапии), что позволяет достичь значительных успехов в лечении больных в остром периоде инсульта.

**Ключевые слова:** *нейропротекционная терапия, ишемический инсульт, цитиколин, реперфузионная терапия, нарушения мозгового кровообращения*

#### Annotation

The article analyzes the data of domestic and foreign literature on the effectiveness of the use of complex neuroprotective therapy in the acute period of stroke. Therapy of ischemic stroke can be effective only with the simultaneous use of a set of measures (a combination of reperfusion and neuroprotection, as well as early rehabilitation with the correct basic therapy), which allows significant success in the treatment of patients in the acute period of stroke.

**Key words:** *neuroprotective therapy, ischemic stroke, citicoline, reperfusion therapy, brain blood circulation disorder*

---

Сосудистые заболевания головного мозга являются основной причиной не только заболеваемости, но и, в первую очередь, смертности и инвалидизации во всем мире. По данным ВОЗ, инсульт остается второй по частоте причиной смертности, уступая смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, а инвалидизация вследствие инсульта занимает первое место. Показатель смертности от инсульта составил 6,2 млн чел. за 2011 г. Летальность в остром периоде инсульта достигает 35%, увеличиваясь к концу первого

года на 12-15%. В среднем, среди перенесших инсульт 60%, а по данным других авторов, составляет 40% инвалидизации и только 8% пациентов могут вернуться к трудовой деятельности [4, 6, 9, 13, 17, 18, 21].

По данным многочисленных авторов [10, 18], в последние годы отмечается склонность к «омоложению» контингента пациентов с цереброваскулярными заболеваниями, вследствие влияния социально-экономических и стрессовых факторов, а также недостаточного осуществления программ

профилактики социально важных заболеваний, таких как гипертоническая болезнь (ГБ) и атеросклероз (АС). Эффективным примером может служить Япония, страна в которой на основе государственной программы по борьбе с факторами риска, как эффективной первичной профилактики, а также интенсивного лечения в остром периоде инсульта, которая сыграла решающую роль в снижении заболеваемости инсультом и смертности от него [10, 18]. Исследованиями установлено, что на фоне артериальной гипертонии атеросклеротический процесс возникает раньше и протекает тяжелее. При этом обнаруживаются изменения сосудов и ткани мозга, т.е. проявления гипертонической и атеросклеротической ангиопатии и ангиоэнцефалопатии.

Основным звеном в патогенезе атеро- и тромбоза считается дисфункция эндотелия сосудов, регулирующая местные процессы сосудистого тонуса и АД, свертывания крови и метаболического обеспечения мозга. При этом в сосудах снижается эластичность стенки, толщина которой увеличивается и предрасполагает к прогрессированию атеросклероза. На основании этих механизмов нарушаются их функции, что заканчивается осложнениями – инфарктом миокарда, ишемическим инсультом, почечной недостаточностью [20, 24]. Таким образом, дисфункция эндотелия является, с одной стороны, одним из важных патогенетических механизмов развития сосудистых заболеваний головного мозга, с другой – самостоятельным фактором риска развития этой патологии, так как дисфункция эндотелия может вызвать запуск целого каскада биохимических реакций, приводящих к повреждению белого вещества головного мозга [18, 20, 24].

В случае цереброваскулярной катастрофы последствия циркуляторной ишемии мозга, степень её повреждающего действия также напрямую зависят от длительности снижения церебральной гемодинамики. Снижение кровотока <20 мл/100 г ткани головного мозга в минуту (норма 50-60 мл на 100 г вещества мозга в мин.) вызывает нарушение функционального состояния нейронов коры головного мозга, а снижение до 10-15 мл/100г/мин приводит к быстрым необратимым изменениям в тканях головного мозга, происходит формирование очагового некроза мозга. В течение нескольких часов центральный инфаркт (ядро) окружен ишемизированной, но структурно сохранной тканью (с уровнем кровотока >20 мл/100 г/мин), так

называемой «зоной ишемической полутени», или «пенумбры». Нейроны в области пенумбры становятся чувствительными к любому дальнейшему снижению перфузионного давления, которое может быть вызвано вторичной гиповолемией (после неоправданной дегидратацией) или неадекватной гипотензивной терапией. За счет зоны пенумбры может происходить либо постепенное увеличение размеров инфаркта, либо уменьшение вторичного повреждения головного мозга. Формирование 50% объёма инфаркта происходит в первые 1,5 часа с момента появления симптоматики и 70-80%-в последующие 6 часов. Время до 6 часов от развития заболевания называется «терапевтическим окном». Важным моментом считается время существования пенумбры, так как с течением времени обратимые изменения переходят в необратимые, то есть соответствующие участки пенумбры переходят в ядро инфаркта [5, 9, 10].

Именно эти патогенетические механизмы требуют своевременного проведения восстановления кровотока в ишемизированной зоне мозга, что имеет первостепенное значение как для течения самого заболевания, так и для прогноза и тяжести постинсультных осложнений [2, 9, 10, 17, 18, 21].

Эффективность лечения пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) зависит от максимально быстрого проведения терапии, направленной на восстановление кровотока в пораженной области головного мозга и защиту его от гипоксии и ишемии. В связи с этим пациент должен быть госпитализирован в специализированный стационар в течение первых 3-6 ч. Этот период времени получил название «окно терапевтических возможностей», в пределах которого лечебные мероприятия, направленные на спасение тканей в зоне ишемической полутени, могут оказаться максимально эффективными, его также называют «золотое время» для мозга. Основной мишенью воздействия является участок, где изменения имеют функциональный характер, отмечается как гипоперфузия, но в целом уровень энергетического метаболизма достаточен, это так называемая область «ишемической полутени». Таким образом, период терапевтического окна при ишемическом инсульте обозначает, что необратимая гибель нейронов происходит не сразу, а по механизму «ишемического каскада», который завершается к концу этого периода времени, то есть 5-6 часов [2, 9, 10, 17, 18, 22].

В зависимости от механизмов развития инсульта выделяется 2 стратегических направления специфической терапии: реперфузия – улучшение кровоснабжения области ишемии головного мозга за счет восстановления мозгового кровотока и профилактики тромбообразования; нейропротекция – поддержание метаболизма ткани мозга и защита ее от структурных изменений, вызванной ишемией.

Реперфузионная терапия – с целью лизиса тромба и восстановления кровотока в артериях мозга, препаратом выбора является тканевый активатор плазминогена (tPA) (альтеплаза). Анализ результатов лечения (исследования NINDS, ECASS I и II, ATLANTIS) показал, что благоприятный эффект применения альтеплазы тем выше, чем раньше начат тромболитический процесс в пределах 4,5 часов от начала инсульта. Применение альтеплазы увеличивает число больных с благоприятным исходом инсульта [13, 18, 19, 35]. Однако имеются ряд ограничений в применении тромболитической терапии: это короткая продолжительность «терапевтического окна», уже через 4,5 часа от начала инсульта преимущества от применения этой терапии уменьшаются; проведение тромболитического процесса только после нейровизуализационного определения характера инсульта, он также имеет ряд ограничений, связанных с сопутствующей соматической патологией и тяжестью состояния пациента [2, 9, 10, 18, 19, 28].

Нейропротекционная терапия – направлена на сохранение нейронов в области пенумбры. В настоящее время особое внимание уделяется – изучению возможностей расширения «терапевтического окна». По данным многочисленных авторов [8, 9, 13, 19], применение некоторых лекарственных средств может повысить степень адаптации нейронов к ишемии, увеличить их жизнеспособность в неблагоприятных условиях и обеспечить их лучшее восстановление после возобновления кровотока в пораженных сосудах. При этом первостепенное значение имеют процессы, такие как нейропластичность и нейропротекция. Нейрональная пластичность – способность нейронов менять свои функциональные свойства в процессе жизнедеятельности, а именно увеличивать количество дендритов, образовывать новые синапсы. Нейропротекция (цитопротекция) – метаболическая защита мозга от факторов ишемии, уменьшение ишемического повреждения и ускорение восстановления нарушенных функций моз-

га. Нейропротекционная терапия – это лечебный процесс, способствующий не только защите пострадавшей группы нейронов, но и осуществляющий её дальнейшее функционирование, с повышением нейрональной пластичности. Основная цель нейропротекционной терапии – сохранность нейронов в области «пенумбры». Это терапия действительна первые 3-6 ч с момента развития острой фокальной ишемии, до развития необратимых морфологических изменений ткани мозга в ишемическом очаге [9, 17, 19, 28]. Эффективная и своевременно начатая нейропротекционная терапия до, во время и после внутривенного введения t-PA будет способствовать увеличению степени клинического улучшения пациентов, расширению рамок «терапевтического окна» и снижению частоты геморрагических осложнений за счет поддержания жизнеспособности нейронов в пенумбре, а также некоторые нейропротекторы способствуют улучшению мозгового кровотока [13, 20, 34]. Преимущество нейропротекционной терапии заключается в том, что нейропротекторы можно применять уже в первые минуты инсульта как на догоспитальном, так и госпитальном этапах инсульта, даже при возможном геморрагическом характере инсульта, а также их относительная независимость от методов ангионейровизуализации [2, 9, 10, 17, 18]. В связи с вышеизложенным, нейропротекционная терапия способствует увеличению мозгового кровотока в ишемической зоне, снижению церебрального метаболизма и внутричерепного давления, ингибированию аккумуляции лактата и эксцитотоксичности, предотвращению проникновения  $Ca^{2+}$ , а также ингибированию перекисного окисления липидов и генерации свободных радикалов

По мнению Суслиной З.А. с соавт. [15-17], в настоящее время применяются лекарственные препараты, обладающие нейропротекционными свойствами: антагонисты глутамата, антиоксиданты, блокаторы кальциевых каналов. Одним из направлений нейропротекционной терапии считается применение препаратов с нейротрофическими и нейромодуляторными свойствами, однако через ГЭБ проникают лишь низкомолекулярные нейропептиды.

Нейропротективная терапия подразделяется на первичную и вторичную. Первичная нейропротекция направлена на прерывание реакций глутамат-кальциевого каскада, свободно-радикальных механизмов, что позволяет увеличить период «терапевтического

окна» для активной реперфузии. Этот вид лечения следует начинать с первых минут ишемии и продолжать в течение первых трех дней инсульта, особенно активно в первые 12 ч. К этой группе относятся препараты, влияющие на освобождение возбуждающих аминокислот глутамата и аспартата, а также лекарственных средств, которые являются конкурентными антагонистами глутамантных рецепторов. К этой группе нейропротекторов относятся: семакс, глицин, препараты магния, флеламат.

Семакс 0,1% раствор вводят интраназально по 12-18 мг/сут.; глицин по 1000-2000 мг (10-20 табл.) - под язык или за щеку в течение 5-7 сут. С продолжением его приема по 300-600 мг/сут. до нескольких месяцев.

Целью вторичной нейропротекции является уменьшение выраженности отдаленных последствий ишемии. Она может быть начата спустя 3-6 ч после развития инсульта и проводится в течение как минимум 7 дней. К группе препаратов вторичной нейропротекции относятся антиоксиданты – мексидол, эмоксипин, нейропептиды – церебролизин, кортексин [9, 11, 15-17].

Таким образом, нейропротекция может решить две проблемы в остром периоде инсульта: увеличить период «терапевтического окна» для пациентов, которым показана активная реперфузия, и остановить каскад патологических реакций, приводящих к отдаленным последствиям ишемии. Из лекарственных средств, используемых в нашей стране, несомненный интерес представляет цераксон (цитиколин) – (как препарат с доказанной клинической эффективностью) – единственный из нейропротекторов, который был включен в Европейские рекомендации по лечению ишемического инсульта в 2008 г. (Guidelines for management of ischemic stroke and transient ischemic attack 2008) [4, 8, 15-17, 22, 28].

Цитиколин (цитидин-5-дифосфохолин, или ЦДФ-холин) – эндогенное соединение, присутствующее во всех клетках организма человека, т.е. не является чужеродным химическим соединением – ксенобиотиком, как большинство лекарственных средств. Цитиколин участвует в трех важных циклах биохимических реакций. Во-первых, это синтез фосфатидилхолина (лецитина); во-вторых, цитиколин обеспечивает холин для синтеза ацетилхолина; в-третьих, он окисляется до бетаина – донора метиловой группы. Цитиколин хорошо проникает через ГЭБ.

Проведенные исследования показали, что в условиях ишемии цитиколин уменьшает

объем инфаркта мозга и концентрацию глутамата в ткани мозга, также указали влияние цитикилина на уровень АТФ в нейронах. Цитиколин способствует регрессу неврологического дефицита и восстановлению нарушенных функций. Кроме того, цитиколин влияет на образование свободных жирных кислот, синтез ацетилхолина и увеличение содержания норадреналина и дофамина в нервной ткани. Цитиколин также ингибирует глутаматиндуцированный апоптоз, усиливает механизмы нейропластичности, также положительно влияет на мозговой кровоток [4, 8, 11, 13, 19, 22, 29].

По мнению многочисленных авторов [13, 15-17], применение нейропротективных препаратов на фоне проведения тромболитической терапии позволяют уменьшить размеры инфаркта мозга, удлиняют период «терапевтического окна», защищают головной мозг от реперфузионного повреждения. Фармакотерапевтическое воздействие при любой форме ишемического поражения мозга должно быть максимально комбинированным и направленным не только на восстановление нормального кровотока в пораженном участке, но и на устранение «ишемического каскада» - комплекса нейрометаболических, нейромедиаторных, нейротрофических и других реакций, определяющих развитие дегенеративно-деструктивных изменений в нейронах, с последующим формированием неврологического дефицита. Терапевтическая стратегия должна быть расширена за счет одновременной активной коррекции церебральной перфузии, системной гемодинамики, энергетического метаболизма и применения нейромедиаторов.

Особый интерес представляет мнение Путиной М.В. [13], о том, что важной задачей является предупреждение вторичных повреждений нейронов после успешной реперфузии, поскольку восстановление кровотока в ишемизированной мозговой ткани с пораженным микроциркуляторным руслом само по себе способно усугубить состояние пациента. Нельзя оставить без внимания огромную значимость в развитии процессов ишемического повреждения ткани мозга недостаточность трофического обеспечения. В связи с вышеизложенным, необходимо внедрение препаратов с выраженными нейротрофическими и ростовыми свойствами.

По данным Суслиной З.А. с соавт [15-17], обозначено, что лечение, начатое в первые 24 часа от начала ишемического инсульта и продолженное в течение 6 недель, спустя

3 мес. сопровождается улучшением двигательного статуса и повседневной активности пациентов с умеренной и выраженной степенью тяжести ишемического инсульта. Наибольшую эффективность проявил цитиколин при применении в дозе 2000 мг/сут. внутрь или при внутривенном введении, а длительность лечения должна составлять не менее 6 недель. Также цитиколин вводили внутривенно в дозе 2 г в течение первых 5 дней и впоследствии (с 6-го по 9-й день) - внутримышечно по 1 г/сут. Еще в одном исследовании показано, что введение цераксона 1000 мг/сут в течение 2 недель связано с повышением уровня сознания пациентов (в течение 14 дней от начала заболевания). Цитиколин воздействуют на все этапы «ишемического каскада», а сочетание нейропротективного и нейрометаболического действий препарата обуславливает его способность снижать отложение бета-амилоида в головном мозге [22].

Также определенное защитное действие на нейроны оказывают и корректоры энергетического метаболизма - актовегин. Препарат обладает плеiotропным эффектом, связанным с нейропротективными и метаболическими свойствами, реализующимися за счет инсулиноподобной, антигипоксической, антиоксидантной активности и способности улучшать микроциркуляцию в тканях. Он активирует поступление глюкозы через гематоэнцефалический барьер и внутрь клеток, стимулирует продукцию АТФ, обеспечивая энергетические потребности клетки [2, 10, 15-17]. Актовегин, как антигипоксикант, оказывает воздействие на первый этап патологического каскада, запущенного ишемическим церебральным процессом (способствует выживанию клеток в условиях ишемии), как антиоксидант, уменьшает патологическое воздействие первичной и повторной волн (после реперфузии) оксидантного стресса, восполняет энергетический дефицит. Данные авторов [15-17, 22] показывают высокую эффективность цитиколина и актовегина при остром мозговом инсульте. Цитиколин способен потенцировать действие других лекарственных средств при лечении острой цереброваскулярной патологии, в т.ч. тромболитиков, антиагрегантов и нейротрофиков. В связи с этим назначение цитиколина обосновано в комплексной терапии с другими препаратами, улучшающими нейрометаболизм, такими как актовегин.

Учитывая доказанную высокую эффективность комбинированного назначения церак-

сона и актовегина в качестве нейропротекторов, в острой стадии ишемического инсульта рекомендуется их совместное применение.

По мнению Суслиной З.А. с соавт. [15-17], в лечении для интенсификации функций прежних и возникновения новых синаптических связей в перинфарктной области возможно применение лекарственных средств с влиянием на глицин- и глутаматергические системы (глицин), регуляторных пептидов (церебролизин, семакс) и лекарственных средств с холинергическим действием (холина альфосцерат, нейромидин).

Согласно мнению Максимовой М.Ю. с соавт. [8], длительная терапия нейромидином позволяет добиться существенного эффекта в виде уменьшения двигательных нарушений при ишемическом инсульте. Применение нейромидина у больных с малым инсультом способствует уменьшению когнитивных нарушений, оказывает положительное влияние на психическую деятельность, мышление, кратковременную память и функцию ассоциативного запоминания. Схема применения нейромидина: в первые 3 дня инсульта – по 1 мл 0,5% раствора в/м 2 раза в день; с 4-го по 20-й дни заболевания – по 1 мл 1,5% раствора в/м 2 раза в день, а затем внутрь по 40 мг/сут. (по 1 табл. 2 раза в день) в течение 2 мес. [15-17].

Также остаются востребованными лекарственные средства с комплексным метаболическим, вазоактивным действием (винпоцетин, пентоксифиллин) и ноотропные средства.

Существование универсального нейропротекционного средства, применяемого при ишемии мозга, проблематично. Поэтому более перспективной представляется комбинированная, но индивидуально ориентированная нейропротекционная терапия. Возможно, что неэффективность изолированного применения нейропротекционных средств в клинических условиях обусловлена отсутствием пенумбры за пределами «окна терапевтических возможностей» и использования нейропротекционной терапии без реперфузии ишемизированной области мозга недостаточно для достижения клинического улучшения [15-17].

Согласно мнению Donnan G.A. et al. [34], обоснованно предположить, что применение альтеплазы в комбинации с тем или иным нейропротектором будет способствовать улучшению состояния пациентов, увеличивая время терапевтического окна, что снизит частоту геморрагических осложнений за счет поддержания жизнеспособности нейронов в

пенумбре. Также существует мнение о неэффективности изолированного применения нейропротекторов в клинических условиях, без реперфузии. Тромболизис и нейропротекция обладают содружественным эффектом.

Совместное применение цитиколина и актовегина наиболее оптимально, т.к. приводит к более полному регрессу неврологического дефицита и большей функциональной независимости больного к концу острого периода инсульта. Эффективность цитиколина и актовегина при остром ишемическом инсульте может быть обусловлена их плеiotропными функциями, которые заключаются в стабилизации клеточных мембран, ослаблении глутаматной эксайтотоксичности, повышении устойчивости мозговой ткани к гипоксии, окислительного стресса, угнетении апоптоза и устранении эндотелиальной дисфункции.

Таким образом, данные литературы и применение препаратов в практической деятельности показывают, что внедрение современных комплексных подходов к терапии ишемического инсульта (сочетание реперфузии и комплексной нейропротекции, а также ранней реабилитации на фоне правильной базисной терапии) позволяют достичь значительных успехов в лечении больных с острой церебральной патологией.

Комбинированное применение актовегина и цераксона, влияющих на такие важные патологические звенья инсульта, как гипоксия, оксидантный стресс, энергетический дефицит, является патогенетически оправданным. Комплексная терапия значительно расширяет возможности нейропротективной терапии: обеспечивает восстановление нарушенных неврологических функций, ликвидацию когнитивного дефицита и уменьшение степени инвалидизации.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов*

#### ЛИТЕРАТУРА (пп. 26-35 см. в REFERENCES)

1. Аскарачкова Е.С. Роль магния при цереброваскулярных заболеваниях // Эффективная фармакотерапия. Неврология и психиатрия. 2011. №4.
2. Виленский Б.С. Современная тактика борьбы с инсультом. СПб.: ФОЛИАНТ, 2005. 288 с.
3. Виленский Б.С. Неотложное состояние в неврологии. СПб.: ФОЛИАНТ, 2006. 512 с.
4. Гусев Е.И., Никифоров А.С., Гехт А.Б. Лекарственные средства в неврологической клинике. М.: МЕДпресс-информ, 2003. 416 с.

5. Екушева Б.В. Особенности нейропротективной терапии при ишемическом инсульте // Журнал международной медицины. 2017. №1 (24). С. 11

6. Кадомцев Д.В. и др. Тромболитическая терапия при ишемическом инсульте. Современное состояние проблемы // Современные проблемы науки и образования. 2016. №4. С. 8

7. Коломенцев С.В., Янишевский С.Н. Патогенетические механизмы развития периферических вегетативных нарушений при ишемическом инсульте и основные направления их медикаментозной коррекции // Трудный пациент. 2018. Т.16, №5. С.16-21.

8. Максимова М.Ю. и др. Предупреждение прогрессирования когнитивных нарушений у больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга // Трудный пациент. 2011. Т.9, №6. С. 23-29.

9. Неврология: Национальное руководство; под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехта. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.

10. Парфенов В.А., Хасанова Д.Р. Ишемический инсульт. – М.: МИА, 2012. 288 с.

11. Парфенов В.А., Захаров В.В., Громова Д.О. Лечение ишемического инсульта. Применение холина альфосцерата. // Нервные болезни. 2013. №4. С.34-40.

12. Пирадов М.А. и др. Применение цераксона в остром периоде полушарного ишемического инсульта: клиническая и КТ-перфузионная оценка // Анн. клинич. и эксп. неврологии. 2012. №3. С. 31-36.

13. Путилина М.В. Когнитивные расстройства при цереброваскулярной патологии. Руководство для врачей. М., 2011. 128 с.

14. Скоромец А.А., Дьяконов М.М. Нейропротекция острой и хронической недостаточности мозгового кровообращения. СПб.: Наука, 2007. 200 с.

15. Суслина З.А., Варакин Ю.А. и др. Сосудистые заболевания головного мозга. М.: МЕД-пресс-информ, 2009. 352 с.

16. Суслина З.А., Пирадов М.А. Инсульт: диагностика, лечение, профилактика. М.: МЕД-пресс-информ, 2008. 288 с.

17. Суслина З.А., Гулевская Т.С. и др. Нарушения мозгового кровообращения. М.: МЕД-пресс-информ, 2016. 536 с.

18. Фломин Ю.В. Последние достижения и новые направления защиты и восстановления мозга после ишемического инсульта: в центре внимания множественные эффекты цитиколина // МНЖ. 2011. №5 (43). С. 145-152.

19. Хасанов А.Х. с соавт. Гендерные особенности в оценке ранних клинико-гемодинамических и метаболических параметров дисфункции эндотелия у пациентов высокого сосудистого риска с наличием мультифокального атеросклероза. // Трудный пациент. 2018. Т.16, №10. С.11-15.

20. Чистик Т. Комбинированная терапия цитиколином и кварцетином в остром и раннем восстановительном периодах ишемического инсульта. // МНЖ. 2019. №1. С. 9

21. Шавловская О.А. Цитокилин: новые терапевтические возможности // *Лечащий врач*. 2014. №10. С. 9
22. Шамалов Н.А. Реперфузионная терапия при ишемическом инсульте в РФ: проблемы и перспективы // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2014. Спецвыпуск 2. С. 15-21.
23. Шток В.Н. Клиническая фармакология вазоактивных средств и фармакотерапия цереброваскулярных расстройств. М.: МИА, 2009. 584 с.
24. Штульман Д.Р., Левин О.С. Неврология. Справочник практического врача. М.: МЕДпресс-Информ, 2009
25. Яхно Н.Н., Захаров В.В. и др. Деменции. М.: МЕДпресс-информ, 2010.
9. Gusev E. I., Gekht A. B., Kononov A. N., Skvortsovo V. I. *Neurologiya: Natsionalnoe rukovodstvo* [Nephrology: National guidelines]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2010.
10. Parfenov V. A., Khasanova D. R. *Ishemicheskiy insult* [Ischemic stroke]. Moscow, MIA Publ., 2012. 288 p.
11. Parfenov V. A., Zakharov V. V., Gromova D. O. *Lechenie ishemicheskogo insulta. Primenenie kholina alfostserata* [Treatment of ischemic stroke. Application of choline alfoscerate]. *Nerвные болезни – Nervous disease*, 2013, No. 4, pp. 34-40.
12. Piradov M. A. *Primenenie tseraksona v ostrom periode polusharnogo ishemicheskogo insulta: klinicheskaya i KT-perfuzionnaya otsenka* [Citicoline (Ceraxon) in acute stroke: assessment of clinical efficacy and effects on cerebral perfusion]. *Annaly klinicheskoy i eksperimentalnoy neurologii – Annals of clinical and experimental neurology*, 2012, No. 3, pp. 31-36.
13. Putilina M. V. *Kognitivnye rasstroystva pri tserebrovaskulyarnoy patologii. Rukovodstvo dlya vrachey* [Cognitive disorders in cerebrovascular pathology. Guide for doctors]. Moscow, 2011. 128 p.
14. Skoromets A. A., Dyakonov M. M. *Neyroproteksiya ostroy i khronicheskoy nedostatochnosti mozgovogo krovoobrashcheniya* [Neuroprotection of acute and chronic cerebral circulatory failure]. St. Petersburg, Nauka Publ., 2007. 200 p.
15. Suslina Z.A., Varakin Yu. A. *Sosudistye zabolevaniya golovnogo mozga* [Vascular diseases of the brain]. Moscow, MED-press-inform Publ., 2009. 352 p.
16. Suslina Z. A., Piradov M. A. *Insult: diagnostika, lechenie, profilaktika* [Stroke: diagnosis, treatment, prevention]. Moscow, MED-press-inform Publ., 2008. 288 p.
17. Suslina Z. A., Gulevskaya T. S. *Narusheniya mozgovogo krovoobrashcheniya* [Stroke]. Moscow, MED-press-inform Publ., 2016. 536 p.
18. Flomin Yu. V. *Poslednie dostizheniya i novye napravleniya zashchity i vosstanovleniya mozga posle ishemicheskogo insulta: v tsentre vnimaniya mnozhestvennyye efekty tsitokolina* [Recent advances and new directions in brain protection and recovery after ischemic stroke: focus on multimodal effects of citicoline]. *Mezhdunarodnyy nauchnyy zhurnal – International scientific journal*, 2011, No. 5 (43), pp. 145-152.
19. Khasanov A. Kh. *Gendernye osobennosti v otsenke rannikh kliniko-gemodinamicheskikh i metaboliicheskikh parametrov disfunktsii endoteliya u patsientov vysokogo sosudistogo riska s nalichiem multifokalnogo ateroskleroza* [Gender Features in Assessing Early Clinical Hemodynamic and Metabolic Parameters of Endothelial Dysfunction in Patients with High Vascular Risk with the Presence of Multifocal Atherosclerosis]. *Trudnyy patsient – Difficult patient*, 2018, Vol. 16, No. 10, pp. 11-15.
20. Chistik T. *Kombinirovannaya terapiya tsitokolinom i kvartsetinom v ostrom i rannem vosstanovitelnom periodakh ishemicheskogo insulta* [Combined therapy with citicoline and quartzine in acute and early

recovery periods of ischemic stroke]. *Mezhdunarodnyy nauchnyy zhurnal – International scientific journal*, 2019, No. 1, pp. 9.

21. Shavlovskaya O. A. TSitokilin: novye terapevicheskie vozmozhnosti [Cytokinin: new therapeutic possibilities]. *Lechashchiy vrach – Attending doctor*, 2014, No. 10, pp. 9

22. Shamalov N. A. Reperfuzionnaya terapiya pri ishemiicheskom insulte v RF: problemy i perspektivy [Reperfusion therapy for ischemic stroke in Russia: problems and prospects]. *Nevrologiya, neyropsikhiatriya, psikhosomatika – Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics*, 2014, Special issue 2, pp. 15-21.

23. Shtok V. N. *Klinicheskaya farmakologiya vazoaktivnykh sredstv i farmakoterapiya tserebrovaskulyarnykh rasstroystv* [Clinical pharmacology of vasoactive agents and pharmacotherapy of cerebrovascular disorders]. Moscow, MIA Publ., 2009. 584 p.

24. Shtulman D. R., Levin O. S. *Nevrologiya. Spravochnik prakticheskogo vracha* [Neurology. Practical doctor's Handbook]. Moscow, MEDpress-Inform publ., 2009.

25. Yakhno N. N., Zakharov V.V. *Dementsii* [Dementias]. Moscow, MEDpress-inform, 2010.

26. Alvares-Sabin J. et al. Citicoline in vascular cognitive impairment and vascular dementia after stroke. *Stroke*, 2011, Vol. 42, pp. 40-43.

27. Bustamante A. et al. Citicoline in preclinical animal models of stroke: a meta-analysis shows the optimal neuroprotective profile and the missing steps for jumping into a stroke clinical trial. *Journal of Neurochemistry*, 2012, Vol. 123 (2), pp. 217-225.

28. Chavez J. C., Hurko O., Barone E.C. et al Pharmacologic interventions for stroke: looking beyond the thrombolysis time window into the penumbra with biomarkers, not a stopwatch. *Stroke*, 2009, Vol. 40 (10), pp. e558-e563.

29. Chiuve S. E., Rexrode K. M., Spiegelman D. et al. Primary prevention of stroke by healthy lifestyle. *Circulation*, 2008, Vol. 118 (9), pp. 947-945

30. Donnan G. A. et al. How to make better use of thrombolytic therapy in acute ischemic stroke. *Nature Reviews Neurology*, 2011, No. 7 (7), pp. 400-409.

31. Hacke W. et al. Association of outcome with early stroke treatment: pooled analysis of ATLANTIS, ECASS, and NINDS rt-PA stroke trials. *Lancet*, 2004, Vol. 363, pp. 768-774.

32. Heiss W. D. Cerebrolysin in patients with acute ischemic stroke in Asia: results of a double-blind, placebo-controlled randomized trial. *Stroke*, 2012, Vol. 43 (3), pp. 630-636.

33. Heiss W. D., The ischemic penumbra: correlates in imaging and implications for treatment of ischemic stroke. *Cerebrovascular Diseases*, 2011, Vol. 32, pp. 307-320.

34. Overgaard K. The Effects of Citicoline on Acute Ischemic Stroke: A Review. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 2014, Vol. 23, No. 7, pp. 1764-1769.

35. Martynov M.Y., Gusev E.I. Current knowledge on the neuroprotective and neuroregenerative properties of citicoline in acute in ischemic stroke. *Journal of Experimental Pharmacology*, 2015, No. 7, pp. 17-28.

**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 Хушвахтович** – ассистент кафедры неврологии и медицинской генетики ГОУ ИПОвСЗ РТ

**Турсунова Мавджуда Шухратовна** – невролог Городского центра здоровья №6

**Контактная информация:**

**Иззатов Хайрулло Нарзуллаевич** – тел.: +992918821778; e-mail: Khayrullo1972@mail.ru

© Коллектив авторов, 2019

УДК 616.314.17-089

<sup>1</sup>Каримов С.М., <sup>2</sup>Азимзода С.М., <sup>1</sup>Исмоилов А.А.,  
<sup>3</sup>Султанов М.Ш., <sup>4</sup>Ирсалиев Х.И.

## ВЗАИМНОЕ ОТЯГОЩЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ СОЧЕТАННЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ И СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

<sup>1</sup>Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

<sup>2</sup>Кафедра гастроэнтерологии и диетологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

<sup>3</sup>Стоматологическая клиника «Евродент»

<sup>4</sup>Кафедра факультетской ортопедической стоматологии Ташкентского государственного стоматологического института, Республика Узбекистан

<sup>1</sup>Karimov S.M., <sup>2</sup>Azimzoda S.M., <sup>1</sup>Ismoilov A.A.,  
<sup>3</sup>Sultanov M.Sh., <sup>4</sup>Irsaliev Kh.I

## MUTUAL ACTION PATHOLOGICAL CONDITION OF COMBINED DENTISTRY AND SOMATIC DISEASES

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

<sup>2</sup>Department of Gastroenterology and Dietlogy of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»

<sup>3</sup>Dentistry Clinic «Eurodent»

<sup>4</sup>Department of the Faculty of Orthopedic Dentistry of Tashkent State Dental Institute, Republic of Uzbekistan

---

### Аннотация

Системные соматические заболевания могут считаться одним из факторов риска стоматологических заболеваний. Системные заболевания, с одной стороны, могут способствовать развитию и более тяжелому течению сочетанных стоматологических заболеваний, с другой – хроническая инфекция полости рта может спровоцировать возникновение или ухудшить течение и прогноз внутренних заболеваний органов и систем. Отсюда принцип целостности организма в обосновании системы диагностики, профилактики и лечения конкретных форм нозологий полости рта приобретает особое значение на современном этапе развития стоматологии.

**Ключевые слова:** сочетанная стоматологическая патология, соматическая патология, патология зубов, пародонтологический статус, желудочно-кишечная патология, сердечно-сосудистая патология

### Annotation

System's somatic diseases can be considered one of the factor of the risk of dentistry diseases. System diseases, on the one hand, can promote the development and more heavy current of combined dentistry diseases, with other - a chronic infection of oral cavity can provoke origin or worsen the current and forecast of the internal diseases organ and systems. Thence principle to wholeness of the organism in motivation of the system of the diagnostics, preventive maintenances and treatments of the concrete forms pathology of oral cavity gains special importance on modern stage of the development of dentistry.

**Key words:** combined dentistry pathology, somatic pathology, pathology of teeth, parodontological status, gastrointestinal pathology, heartily-vessels pathology

---

Одной из актуальных проблем на сегодня остается изучение взаимосвязи клинических проявлений заболеваний органов полости рта в зависимости от состояния внутренних органов и систем [17, 36]. Ряд системных заболеваний могут способствовать более тяжелому течению стоматологических заболеваний. С другой стороны, хроническая инфекция полости рта может стать этиологическим и патогенетическим фактором развития общесоматических заболеваний и ухудшить их течение и прогноз [2, 11].

Системные заболевания, с одной стороны, могут способствовать развитию и более тяжелому течению сочетанных стоматологических заболеваний, с другой – хроническая инфекция полости рта может спровоцировать возникновение или ухудшить течение и прогноз внутренних заболеваний органов и систем. Болезни органов полости рта отличаются большой распространенностью, сочетанием с патологией других органов, что свидетельствует об актуальности этой проблемы, выходящей за рамки стоматологии и имеющей общемедицинское значение [6, 18, 34].

Системными заболеваниями, сопровождающимися нарушениями обменных процессов в целостном организме, страдают миллионы людей и прогнозируется значительное увеличение распространенности таких заболеваний в ближайшие 10 лет [32].

Неблагоприятные соматические факторы опосредованно влияют на состояние местных защитных факторов полости рта, увеличивая бактериальную инвазию и её повреждающее воздействие на ткани зубов и пародонта. Такие системные нарушения включают иммунные изменения [5, 23], генетические нарушения [26], эндокринный дисбаланс [14], наличие соматических [1] и инфекционных [27] заболеваний, которые в конечном итоге усиливают патогенное воздействие местных факторов полости рта на состояние стоматологического статуса.

Системные соматические заболевания могут считаться одним из факторов риска стоматологических заболеваний. Важность этого факта заключается не только в необходимости учитывать влияние системной патологии в диагностическом процессе. Для врача-стоматолога взаимодействие с интернистами в определенных случаях может позволить успешно справиться с поражениями органов полости рта, резистентными к обычным методам лечения [9, 28].

В последние годы исследователями разработана патогенетическая концепция развития

стоматологической патологии при системных заболеваниях, предложен комплекс диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, позволяющих восстановить компенсаторно-адаптационные возможности органов полости рта [12, 17, 22].

Общие патологические изменения в организме могут сочетаться с довольно существенной реакцией со стороны органов полости рта. Отсюда принцип целостности организма в обосновании системы диагностики, профилактики и лечения конкретных форм нозологий полости рта приобретает особое значение на современном этапе развития стоматологии [35].

По сведениям Л.М. Цепова и соавт. [24], распространенность соматической патологии у стоматологических больных для мочевыделительной системы составила 12%, для эндокринной системы – 18%, для опорно-двигательной системы – 27%, для пищеварительной и сердечно-сосудистой систем – 58% и 60% соответственно.

Взаимосвязь между полиорганной патологией и состоянием твердых тканей зубов связана, прежде всего, с нарушениями метаболизма и гемодинамики. В настоящее время воспалительные заболевания зубочелюстной системы все чаще рассматриваются не как изолированная патология полости рта, а как комплекс заболеваний, влияющих на весь организм в целом [29, 31].

При патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта меняется количественное соотношение резидентной микрофлоры.

R. Page [33] подтвердил, что пародонтопатогенные грамотрицательные бактерии и липополисахариды могут выходить в кровеносное русло и увеличивать восприимчивость к системным заболеваниям.

Больные с эзофагогастродуоденальной патологией при первичном осмотре предъявляли жалобы на боли, кровоточивость десен во время чистки зубов (63,3%) и откусывании твердой пищи (14,4%), 20,3% из них отмечали неприятный запах изо рта. Выявлены отечность и цианотичность десневого края без нарушения целостности зубодесневого прикрепления, а также наличие твердых и мягких зубных отложений. Показатель КПУ в среднем составил  $4,05 \pm 0,02$  с преобладанием константы «П» [13].

Ретроспективный анализ 1000 первичных медицинских документов пациентов с пародонтитом свидетельствуют о взаимосвязи воспалительных заболеваний тканей пародонта с соматическими заболеваниями. Особенно это выражено у пациентов с

ИМТ > 25 кг/м<sup>2</sup>, который является «своеобразной визитной карточкой» метаболического синдрома – клинической модели полиморбидности [25].

Накоплено достаточно сведений о гематологических [10], а также микробиологических [7, 8] факторах риска в патогенезе воспалительных заболеваний пародонта. По мнению авторов, в таких случаях основными являются нарушения гематологического и микробного статусов, что сопровождается интенсификацией системного и регионарного нарушения, истощением антиоксидантной системы, нарушением общего и местного иммунитета.

У пациентов с неспецифическим язвенным колитом преобладал хронический генерализованный пародонтит средней тяжести (58,2%), реже наблюдали пародонтит легкой (25,5%) или тяжелой (16,3%) степеней [15].

В работе А.Г. Пономарева с соавт. [21] доказана роль экзогенных факторов в запуске деструктивных процессов с участием цитокинов при сочетании эндокринологических, иммунологических нарушений в развитии заболевания пародонта, обуславливающих нарушением минерализации кости, дисбиоз, приводящих к накоплению эндотоксинов.

Хронический катаральный гингивит был выявлен у 46 пациентов (49,5%), а хронический генерализованный пародонтит легкой степени – у 46 пациентов (50,5%) на фоне различных стадий гастроэзофагеальной рефлюксной болезни [16].

В ряде клинических исследований [3, 30] показано, что у пациентов с метаболическим синдромом отмечается более тяжелое течение воспалительных заболеваний пародонта. Авторы полагают, что эти заболевания по принципу суперпозиции оказывают взаимное влияние друг на друга, но точный механизм этой взаимосвязи до конца не выяснен.

Установлено, что общими патогенетическими звеньями метаболического синдрома и хронического генерализованного пародонтита являются системное воспаление и оксидативный стресс, которые усугубляются вследствие дисбиоза пищеварительного тракта и сопутствующих заболеваний – гастрита, энтероколита, сердечно-сосудистых заболеваний [4, 20].

Выявленные Л.Ю. Ореховой с соавт. [19] метаболические нарушения составляют патогенетическую общность многих патологических процессов в организме при сахарном диабете, включая воспалительные заболевания пародонта.

Таким образом, на современном этапе в специальной литературе содержатся сведения о взаимосвязи стоматологических заболеваний и патологии внутренних органов и систем. На основании анализа данных литературы представляется возможным однозначно определить, являются ли патологические изменения твердых тканей зубов фактором риска развития общесоматической патологии. Следовательно, связь между стоматологическими и системными заболеваниями может выходить за рамки простого причинно-следственного соотношения и существовать вследствие наличия общих факторов риска и опосредованных путей распространения кардиологических заболеваний.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов*

ЛИТЕРАТУРА (пп. 26-36 см. в REFERENCES)

1. Арьева Г.Т., Соловьев М.М., Рыжак Г.А. Ассоциации заболеваний пародонта с соматической терапевтической патологией у пациентов пожилого и старческого возраста // Успехи геронтологии. 2014. № 3. С. 560-565.
2. Ашуров Г.Г., Исмоилов А.А. Эпидемиологическая оценка пародонтологического статуса у больных с общесоматической патологией // Вестник Таджикского отделения Международной академии высшей школы. 2011. № 2. С. 60-62.
3. Бокарев И.Н. Метаболический синдром // Клиническая медицина. 2014. № 8. С. 71-76.
4. Велешина Э.Г., Бабичев С.А. Коррекция микробиоценоза полости рта у больных пародонтитом // Кубанский научный медицинский вестник. 2012. № 1. С. 18-22.
5. Волошина-Молвинских В.С., Еловицова Т.М. Анализ мультифакторного индивидуального пародонтологического профиля риска у пациентов частной стоматологической клиники // Проблемы стоматологии. 2011. № 3. С. 29-31.
6. Гринин В.М., Сундуков В.Ю. Пародонтит при системной красной волчанке и антифосфолипидном синдроме: взаимосвязь факторов системной патологии // Пародонтология. 2011. № 3 (60). С. 42-48.
7. Исмоилов А.А. Микробная колонизация десны у больных генерализованным пародонтитом на фоне хронического гастрита и гастродуоденита // Вестник Таджикского национального университета. 2011. № 1 (65). С. 121-123.
8. Исмоилов А.А. Оценка бактериально-грибковых ассоциаций в пародонтальных карманах больных с сопутствующей соматической патологией // Вестник Таджикского национального университета. 2011. № 1 (65). С. 127-129.

9. Исмоилов А.А. Оценка пародонтологического статуса у больных с сопутствующей соматической патологией // Здравоохранение Таджикистана. 2011. № 2. С. 125-126.

10. Исмоилов А.А., Ашуров Г.Г. Совершенствование оказания стоматологической помощи гематологическим больным // Стоматология. Москва, 2011. № 3. С. 12-15.

11. Исмоилов А.А., Муллоджанов Г.Э., Аминджанова З.Р. Взаимосвязь пародонта с иерархией множества структурно-функциональных систем организма (обзор литературы) // Стоматология Таджикистана. 2014. № 1. С. 62-67.

12. Исмоилов А.А., Сабуров С.К., Аминджанова З.Р. Разработка алгоритма лечебно-профилактического стоматологического воздействия у больных с неблагоприятным соматическим фоном // Стоматология Таджикистана. 2014. № 2. С. 19-22.

13. Казарина Л.Н., Пурсанова А.Е. Состояние пародонтального и иммунного статуса у детей с эзофагогастродуоденальной патологией // Стоматология. 2011. № 2. С. 15-17.

14. Керимов Р.А. Заболевания пародонта у больных сахарным диабетом и методы их лечения // Клиническая стоматология. 2011. № 1 (57). С. 70-71.

15. Лепилин А.В., Еремин О.В., Козлова И.В. Особенности протезирования дефектов зубных рядов у пациентов с хроническими заболеваниями толстой кишки // Российский стоматологический журнал. 2012. № 4. С. 26-29.

16. Максимовская Л.Н., Джамалдинова Т.Д., Соколова М.А. Состояние системы микроциркуляции тканей десны у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта на фоне различных стадий гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Стоматология для всех. 2011. № 1. С. 14-17.

17. Муллоджанов Г.Э., Гурезов М.Р., Ашуров Г.Г. Социально-психологический статус больных с патологией желудочно-кишечного тракта и особенности оказания им стоматологической помощи // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2017. № 4. С. 66-68.

18. Нуров Д.И., Ашуров Г.Г. Взаимообуславливающие изменения уровня эмалевой резистентности, интенсивности кариеса и реминерализующей способности ротовой жидкости у соматических больных // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2016. № 2. С. 60-63.

19. Орехова Л.Ю., Горбачева И.А., Силина Э.С. Сравнительная оценка эффективности применения лечебно-профилактических зубных паст у пациентов с сахарным диабетом // Стоматология. Минск, 2013. № 4 (11). С. 35-36.

20. Папапанов П.Н. Связь пародонтита и атеросклероза сосудов: актуальные данные и значимость для специалистов и общества // Лечащий врач. 2013. № 7. С. 44-48.

21. Пономарева А.Г., Царев В.Н. Роль токсических факторов в развитии пародонтита // Медицинский афавит. Стоматология. 2013. № 3. С. 40-43.

22. Сабуров С.К., Каримов С.М. Результаты клинико-микробиологической оценки гигиенического состояния полости рта у больных с сопутствующей патологией после протезирования дефектов зубного ряда несъемными протезами // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2016. № 3. С. 51-54.

23. Царев В.Н., Николаева Е.Н., Ипполитов Е.В. Исследование экспрессии рецепторов врожденного иммунитета у больных хроническим пародонтитом с системной потерей минеральной плотности костной ткани // Микробиология – практическому здравоохранению. М., 2013. С. 60-64.

24. Цепов А.М., Цепова Е.Л., Цепов А.Л. Сочетанная патология: воспалительные заболевания пародонта, остеопороз, дефицит витамина D (обзор литературы) // Пародонтология. 2016. № 4. С. 4-9.

25. Тетрухина Н.Б. Эпидемиологические взаимосвязи пародонтита, дисбиоза кишечника, атерогенной дислипидемии при метаболическом синдроме // Стоматология. 2015. № 2. С. 16-19.

#### RESERENSES

1. Areva G. T., Solovyov M. M., Rizhak G. A. Assotsiatsii zabolevaniy parodonta s somaticheskoy terapevticheskoy patologiyey u patsientov pozhilogo i starcheskogo vozrasta [Association of parodontal diseases with somatic therapeutic pathology beside patient elderly and senile age]. *Uspekhi gerontologii – Success of gerontology*, 2014, No. 3, pp. 560-565.

2. Ashurov G. G., Ismoilov A. A. Epidemiologicheskaya otsenka parodontologicheskogo statusa u bolnykh s obshesomaticheskoy patologiyey [Epidemiological estimation of parodontology status in patients with commonsomatic pathology]. *Vestnik Tadzhijskogo otdeleniya Mezhdunarodnoy akademii nauk vishey shkoly – Herald of Tajik branch of International Higher Education Academy of Sciences*, 2011, No. 2, pp. 60-62.

3. Bokarev I. N. Metabolicheskiy sindrom [Metabolic syndrome]. *Klinicheskaya meditsina – Clinical medicine*, 2014, No. 8, pp. 71-76.

4. Veleshina E. G., Babichev S. A. Korrektsiya mikrobiotsenoza polosti rta u bolnykh parodontitom [Correction of microbiocenosis of oral cavity in patients with parodontitis]. *Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik – Cuban scientific medical herald*, 2012, No. 1, pp. 18-22.

5. Voloshina-Molvinskikh V. S., Elovikova T. M. Analiz multifaktornogo individualnogo parodontologicheskogo profilya riska u patsientov chastnoi stomatologicheskoy kliniki [Analysis of multifactorial individual parodontological profile of the risk beside patient of private dentistry clinic]. *Problemi stomatologii – Problems of Dentistry*, 2011, No. 3, pp. 29-31.

6. Grinin V. M., Sundukov V. Yu. Parodontit pri sistemnoy krasnoy volchanke i antifosfolipidnom syndrome: vzaimosvyaz faktorov sistemnoy patologii [Parodontitis under system red lupus and antiphospholipids syndrome: intercoupling factors of system pathology]. *Parodontologiya – Parodontology*, 2011, No. 3, pp. 42-48.

7. Ismoilov A. A. Mikrobnaya kolonizatsiya desny u bolnykh generalizovannym parodontitom na fone khronicheskogo gastrita i gastroduodenita [Microbial colonization of the gums beside patients with diffuse parodontitis on background of the chronic gastritis and gastroduodenitis]. *Vestnik Tadjzhikskogo natsionalnogo universiteta – Herald of Tajik National University*, 2011, No. 1 (65), pp. 121-123.
8. Ismoilov A. A. Otsenka bakterialno-gribkovykh assotsiatsii v parodontalnykh karmanakh bolnykh s soputstvuyushchey somaticheskoy patologiyey [Estimation of bacterial-fungous association in parodontal pocket patients with accompanying somatic pathology]. *Vestnik Tadjzhikskogo natsionalnogo universiteta – Herald of Tajik National University*, 2011, No. 1(65), pp. 127-129.
9. Ismoilov A. A. Otsenka parodontologicheskogo statusa u bolnykh s soputstvuyushchey somaticheskoy patologiyey [Estimation of parodontology status in patients with accompanying somatic pathology]. *Zdravookhranenie Tadjzhikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2011, No 2, pp. 125-126.
10. Ismoilov A. A., Ashurov G. G. Sovershenstvovanie okazaniya stomatologicheskoy pomoshchi gematologicheskim bolnym [Improvement of the rendering dentistry helps of hematology patients]. *Stomatologiya – Dentistry*, 2011, No. 3, pp. 12-15.
11. Ismoilov A. A., Mullodzhanov G. E., Amindzhanova Z. R. Vzaimosvyaz parodonta s ierarkhiy mnozhestva strukturno-funksionalnykh sistem organizma (obzor literatury) [Intercoupling of parodont with hierarchy ensemble structured-functional systems of the organism (review of the literature)]. *Stomatologiya Tadjzhikistana – Dentistry of Tajikistan*, 2014, No. 1, pp. 62-67.
12. Ismoilov A. A., Saburov S. K., Amindzhanova Z. R. Razrabotka algoritma lecheno-profilakticheskogo stomatologicheskogo vozdeystviya u bolnykh s neblagopriyatnym somaticheskim fonom [Development of the algorithm medical-preventive dentistry influence beside patients with disadvantage somatic background]. *Stomatologiya Tadjzhikistana – Dentistry of Tajikistan*, 2014, No. 2, pp. 19-22.
13. Kazarina L. N., Pursanova A. E. Sostoyanie parodontalnogo i immunnogo statusa u detey s ezofagogastroduodenalnoy patologiyey [Condition of parodontal and immune status beside child with esophagastroduodenal pathology]. *Stomatologiya – Dentistry*, 2011, No. 2, pp. 70-71.
14. Kerimov R. A. Zabolevaniya parodonta u bolnykh sakharnym diabetom i metody ikh lecheniya [Parodontal diseases in patients with diabetes mellitus and methods of their treatment]. *Klinicheskaya stomatologiya – Clinical Dentistry*, 2011, No. 1(57), pp. 70-71.
15. Lepilin A. V., Eryomin O. V., Kozlova I. V. Osobennosti protezirovaniya defektov zubnykh ryadov u patsientov s khronicheskimi zabolevaniyami tolstoy kishki [Particularities of the prosthesis defect teeth rows beside patient with chronic diseases of the large intestine]. *Rossiyskiy stomatologicheskii zhurnal – Russian Journal of Dentistry*, 2012, No. 4, pp. 26-29.
16. Maksimovskaya L. N., Dzhamaaldinova T. D., Sokolova M. A. Sostoyanie sistemy mikrotsirkulyatsii tkaney desny u patsientov s vospalitelnimi zabolevaniyami parodonta na fone razlichnykh stadiyakh gastroezofagealnoy reflyuksnoy bolezni [Condition systems of microcirculation gum's tissue in patients with inflammatory parodontal diseases on background different stage of gastro esophagus reflux disease]. *Stomatologiya dlya vseh – Dentistry for all*, 2011, No. 1, pp. 14-17.
17. Mullodzhanov G. E., Gurezov M. R., Ashurov G. G. Sotsialno-psikhologicheskii status bolnykh s patologiyey zheludochno-kishechnogo trakta i osobennosti okazaniya im stomatologicheskoy pomoshchi [Social-psychological status patients with pathology of the gastrointestinal tract and particularities of the rendering to him dentistry help]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya – Herald of Postgraduate Education in Healthcare Sphere*, 2017, No. 4, pp. 66-68.
18. Nurov D. I., Ashurov G. G. Vzaimoobuslavlivayushchie izmeneniya urovnya emalevoy rezistentnosti i remineraliziruyushchey sposobnosti rotovoy zhidkosti u somaticheskikh bolnykh [Mutualaction change of level enamel resistance, intensities of the caries and remineralisity abilities of oral liquid beside somatic patients]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya – Herald of Postgraduate Education in Healthcare Sphere*, 2016, No 2, pp. 60-63.
19. Orekhova L. Yu., Gorbachova I. A., Silina E. S. Sravnitel'naya otsenka effektivnosti primeneniya lecheno-profilakticheskikh zubnykh past u patsientov s sakharnym diabetom [Comparative estimation of efficiency of the using medical-preventive toothpastes beside patient with diabetes mellitus]. *Stomatologiya – Dentistry*, 2013, No. 4 (11), pp. 35-36.
20. Papapanou P. N. Svyaz parodontita i ateroskleroza sudov: aktualnie Dannie i znachimost dlya spetsialistov i obshestva [Relationship of parodontitis and atherosclerosis of vessels: actual data and value for specialist and society]. *Lechashchii vrach – Attending doctor*, 2013, No. 7, pp. 44-48.
21. Ponomaryova A. G., Saryov V. N. Rol toksicheskikh faktorov v razvitiy parodontita [Role of tocsic factor in development of parodontitis]. *Meditinskiy alfavit. Stomatologiya – Medical alphabet. Dentistry*, 2013, No. 3, pp. 40-43.
22. Saburov S. K., Karimov S. M. Rezultaty kliniko-mikrobiologicheskoy otsenki gigenicheskogo sostoyaniya polosti rta u bolnykh s soputstvuyushchey patologiyey posle protezirovaniya defektov zubnogo ryada nesyomnymi protezami [Results of clinical and microbiologic estimation of the hygienic condition of oral cavity beside patients with accompanying pathology after prosthesis defects of teeth row by fixed prosthetic device]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya – Herald of Postgraduate Education in Healthcare Sphere*, 2016, No. 3, pp. 51-54.
23. Saryov V. N., Nikolaeva E. N., Ippolitov E. V. Issledovanie ekspressiy retseptorov vrozhdynonogo

immuniteta u bolnykh khronicheskim parodontitom s sistemnoy poterey mineralnoy plotnosti kostnoy tkani [Study expression of receptor innate immunity in patients with system lose of mineral density of the bone tissue]. *Mikrobiologiya – prakticheskomu zdravookhraneniyu - Microbiology - practical public healthcare*, 2013, pp. 60-64.

24. Sepov L. M., Sepova E. L., Sepov A. L. Sochetannaya patologiya: vospalitelnye zabolevaniya parodonta, osteoporoz, defitsit vitamina D (obzor literatury) [Combined pathology: parodontal's inflammatory diseases, osteoporosis, deficit of the vitamin D (review of the literature)]. *Parodontologiya – Parodontology*, 2016, No. 4, pp. 4-9.

25. Tetruxhina N. B. Epidemiologicheskie vzaimosvyazi parodontita, disbioza kishechnika, aterogennoy dislipidemii pri metabolicheskom sindrome [Epidemiological intercoupling parodontitis, disbios of bowels, atherogen dyslipidemii under metabolic syndrome]. *Stomatologiya – Dentistry*, 2015, No. 2, pp. 16-19.

26. Braosi A.P., Souza de C.M., Lucyzszun S.M. Analysis of IL1 gene polymorphisms and transcript levels in periodontal and chronic kidney disease. *Cytokine*, 2012, Vol. 60, No. 1, pp. 76-82.

27. Fong I.W. Emerging relation between infectious disease and coronary artery disease and atherosclerosis. *Journal of Cardiovascular Medicine*, 2012, Vol. 163, pp. 49-56.

28. Haraszthy V.I. Identification of the incidents' periodontal diseases in atherosclerotic raid. *Journal of Periodontology*, 2014, Vol. 10, pp. 1554-1560.

29. Kats J. On the association between hypercholesterolemia, cardiovascular diseases and severe periodontal disease. *Journal of Clinical Periodontology*, 2011, Vol. 9, pp. 865-868.

30. Kaye E.K., Chen N., Cabral H.J. Metabolic syndrome and periodontal disease progression in men. *Journal of Dental Research*, 2016, Vol. 26, pp. 67-73.

31. Loos B. G., Craandijk J., Hoek F.J. Elevation of systemic markers related to cardiovascular diseases in the peripheral blood of periodontitis patients. *Journal of Periodontology*, 2012, Vol. 71, No. 10, pp. 1528-1534.

32. Meurman J.H., Sanz M., Janket S.J. Oral health, atherosclerosis and cardiovascular disease. *Critical Reviews in Oral Biology and Medicine*, 2015, Vol. 15, pp. 403-413.

33. Page R.C. The role of inflammatory mediators in the pathogenesis of periodontal disease. *Journal of Periodontal Research*, 2011, Vol. 26, No 3, pp. 230-242.

34. Rahman M.M., Caglayan F., Rahman B. Periodontal health in patients with chronic renal failure and transplants reserving immunosuppressive therapy. *Journal of Nihon University School of Dentistry*, 2012, Vol. 34, No. 4, pp. 265-272.

35. Starkhammar J.C., Richter A. Periodontal conditions in patients with coronary heart disease: a case-control study. *Journal of Clinical Periodontology*, 2018, Vol. 35, No. 3, pp. 199-205.

36. Taylor G.W. Bi-directional interrelationships between diabetes and periodontal disease an epidemiologic respective. *Annals of Periodontology*, 2011, Vol. 6, No. 1, pp. 99-112.

#### Сведения об авторах:

**Каримов Сафарахмад Мунаварович** – доцент кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

**Азимзода Саодат Мустафо** – зав. кафедрой гастроэнтерологии и диетологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н.

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

**Султанов Мехрибон Шамсиевич** – директор стоматологической клиники «Евродент», д.м.н.

**Ирсалиев Хуснитдин Ибрагимович** – профессор кафедры факультетской ортопедической стоматологии Ташкентского государственного стоматологического института, д.м.н.

#### Контактная информация:

**Каримов Сафарахмад Мунаварович** – +992 918-61-62-08

## ВНИМАНИЮ АВТОРОВ!

При оформлении статей для печати, редакция журнала «Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения» просит придерживаться следующих правил:

1. Направляемый для публикации материал должен быть напечатан стандартным шрифтом 14 через интервал 1,5 на одной стороне стандартного листа формата А4 (210x297) с полями 3 см слева, 1,5 справа. На машинописной странице должно быть 29-30 строк (1800 знаков, включая пробелы). Статьи принимаются в двух экземплярах, обязательно наличие материала в электронной версии.

2. В начале первой страницы указываются УДК, фамилия и инициалы автора и соавторов; название статьи полностью заглавными буквами; данные об учреждении, в том числе кафедра, отдел или лаборатория, город.

Статья должна быть собственноручно подписана автором и соавторами с указанием полностью фамилии, имени, отчества, места работы, должности, ученой степени и звания. Контактная информация указывается на одного из авторов – полностью фамилия, имя, отчество, телефон, эл.адрес. Дается ссылка на отсутствие конфликта интересов авторов.

Рекомендуемый объём статей – 8-10 страниц, описания отдельных наблюдений – 5 страниц, обзор литературы – 15 страниц (перед текстом должно быть резюме с переводом его на английский язык), информации, письма в редакцию и другие материалы – 3 страницы.

3. Оригинальные исследования должны иметь следующую структуру. Резюме, в котором в краткой форме (100-250 слов) указываются: цель исследования, материалы и методы, результаты и их обсуждение, заключение или выводы, ключевые слова (3-10 слов) для индексирования статьи в информационно-поисковых системах. Для обзорных статей в резюме указывается актуальность, краткое содержание статьи и ключевые слова (100-250 слов). Резюме должно иметь перевод на английский язык. После чего следует: введение (оно должно быть кратким и ориентировать читателя в отношении цели исследования проблемы, её актуальности и задач исследования); материал и методы исследования (приводятся количественные и качественные характеристики обследованных, методы исследований и способы обработки статистических данных); результаты исследования (представляются в логической последовательности в тексте, таблицах, рисунках); обсуждение и заключение (включает

новые и важные аспекты исследования, сопоставление с данными других источников, обоснованные рекомендации и краткое заключение).

2. При наличии соавторов указывается отсутствие конфликта интересов.

3. При обработке материала используется система единиц СИ. Статья должна быть тщательно выверена автором: цитаты, формулы, таблицы, дозы визируются авторами на полях. В сноске к цитатам указывается источник (автор, название, издание, год, том, номер, страница).

4. К статье следует прилагать только необходимые для пояснения текста рисунки, которые не должны повторять материал таблиц. Подписи к рисункам даются внизу рисунка, рядом с порядковым номером.

Фотографии (черно-белые или цветные), представляемые на глянцевой бумаге, должны быть контрастными, размером 9x12 см, рисунки – чёткими. Фотокопии с рентгенограмм дают в позитивном изображении.

Таблицы должны содержать сжатые, необходимые данные. Все цифры, итоги и проценты должны соответствовать приводимым в тексте. Фото таблицы не принимаются.

5. Список литературы составляется в алфавитном порядке (сначала отечественные, затем зарубежные авторы) по ГОСТу Р 7.0.5.-2008, а также предоставляется транслитерация по требованиям международных баз данных и информационно-справочных изданий (с учетом индексов цитирования). В тексте дается ссылка на порядковый номер в квадратных скобках.

Ссылки на неопубликованные работы не допускаются.

Количество ИСТОЧНИКОВ для обзоров не больше 50.

6. Направление в редакцию работ, которые посланы в другие издания или напечатаны в них, не допускаются.

7. Редакция вправе сокращать и рецензировать статьи, при отрицательной рецензии даётся письменный аргументированный отказ.

8. Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, возвращаются авторам без рассмотрения.

9. Плата с авторов статей за публикацию рукописей не взимается.

Статьи следует направлять по адресу: г. Душанбе, пр. И.Сомони 59, Управление науки и издательства ГОУ ИПО в СЗРТ. Тел.: 2-36-17-14; 2-36-74-97.