



WWW.IPOVSZRT.TJ/
JOURNAL

ТИПОГРАФИЯ
ООО «Таъминот-2009»

Редактор:
Р.Р.Рофиев
Технический редактор:
С. Юлдашева
Зав. редакцией:
Е.Н. Рубис
Корректурa и редакция:
к.м.н. О.В. Шумилина
Переводчик:
К.Фаромузова

Зарегистрирован в РИНЦ,
№ 343-06/2013 от 25.06.2013 г.

Зарегистрирован в Министер-
стве культуры Республики
Таджикистан № 0212/ЖР-97
от 28.07.2022 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 04.10.2023 г.
Подписано в печать 18.10.2023 г.
Формат 60x84 1/8
Печать офсетная
Усл.печ.л. 16

Подписной индекс для пред-
приятий 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 • 2023

Сардабир Н.Д. Муҳиддин – д.и.т.

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

А. Ахмедов (член-корр. НАНТ, д.м.н., профессор, редактор), **С.К. Асадов** (к.м.н., доцент, 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** (академик Российской академии медико-технических наук, д.м.н., профессор), **Т.Ш. Икромов** (д.м.н., доцент), **К.И. Исмоилов** (д.м.н., профессор) **О.И. Касымов** (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 Музаффар** (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** (д.м.н., доцент), **Д.Б. Хамидов** (к.м.н., доцент), **Д.И. Холматов** (д.м.н., доцент), **С.М. Шукурова** (член-корр. НАНТ, 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.Дж. Гоибов** (член-корр. НАНТ, д.м.н., профессор), **Д.С. Додхоев** (д.м.н.), **М.Ф. Додхоева** (академик НАНТ, д.м.н., профессор), **А.Р. Достиев** (д.м.н., профессор), **С.В. Журавель** (д.м.н., Москва), **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), **К.М. Лебединский** (д.м.н., профессор, Санкт-Петербург), **Т.Х. Назаров** (д.м.н., профессор; Санкт-Петербург), **Ш.Ф. Одинаев** (д.м.н., доцент), **А.Б. Рахматов**, (д.м.н., проф., Ташкент), **О.О. Руммо** (д.м.н., профессор; Минск), **С.С. Сагторов** (д.м.н., профессор), **И.В. Тимофеев** (д.м.н., профессор; Санкт-Петербург), **А.Ж. Хамраев** (д.м.н., профессор; Ташкент), **С.Е. Хорошилов** (д.м.н., Москва)



WWW.IPOVSZRT.TJ/
JOURNAL

PRINTING HOUSE
«Taminot-2009»

Herald of the institute of postgraduate education in health sphere

Every 3 months Journal

Since 2011

4 • 2023

Chief editor **N.D. Mukhiddin**
doctor of medical science

MEMBERS OF EDITORIAL BOARD

Akhmedov A. (Corresponding Member of National Academy of Sciences of Tajikistan, doctor of medical science, professor, editor), **Asadov S. K.** (candidate of medical science, docent, 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.** (academician of the Russian Academy of Medical and Technical Sciences, doctor of medical science, professor), **Ikromov T. Sh.** (doctor of medical science, docent), **Ismoilov K. I.** (doctor of medical science, professor), **Kasymov O. I.** (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.** (doctor of medical science, docent), **Khamidov D. B.** (candidate of medical science, docent), **Kholmatov D. I.** (doctor of medical science, professor), **Shukurova S. M.** (Corresponding Member of National Academy of Sciences 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 National Academy of Sciences of Tajikistan, doctor of medical science, professor), **Dodkhaeva M. F.** (Academician of National Academy of Sciences of Tajikistan, doctor of medical science, professor), **Dodkhoev D. S.** (doctor of medical science), **Dostiev A. R.** (doctor of medical science, professor), **Zhuravel S.V.** (doctor of medical science, Moscow), **Ismailov A. A.** (doctor of medical science), **Kamilova M. Ya.** (doctor of medical science, docent), **Karataev M. M.** (doctor of medical science, professor; Bishkek), **Kuldzhanov M. K.** (doctor of medical science, professor, Alma-Ata), **Lebedinskiy K.M.** (doctor of medical science, professor; St. Petersburg), **Nazarov T. Kh.** (doctor of medical science, professor; St. Petersburg), **Odinaev Sh. F.** (doctor of medical science, docent), **A.B. Rakhmatov** (doctor of medical science, professor; Tashkent) **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), **Khamraev A.Dz.** (doctor of medical science, professor; Tashkent), **Khoroshilov S.E.** (doctor of medical science, Moscow)

ISSN 2414-0252

DUSHANBE

СОДЕРЖАНИЕ

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА МЕДИЦИНЫ

Кахарова Р.А., Мардонова С.М., Бахриева З.С., Хайриддинова Дж.А., Муродова Ш.М.

Результаты хирургического лечения пролапса тазовых органов у пожилых женщин

5

Климов А.Е., Мирзоев С.И., Абдул И.А.М.Н.
 Определение риска ущемления послеоперационных вентральных грыж

9

Мирзоалиев Ю.Ю.

Результаты проведения вакцинации против COVID-19 среди населения Республики Таджикистан по данным опроса STEPS

16

Обидов С.А., Ашуров Г.Г., Каримов С.М.

Атравматическое лечение кариеса постоянных зубов в зависимости от резистентности эмалевой поверхности у детей с врожденными несращениями губы и нёба

19

Одинаев Б.А.

Возможности ресурсов местных покровных тканей при лечении последствий электрической травмы кисти

24

Разакова Ш.К., Зарипов А.Р., Исмоилов А.А.

О некоторых аспектах профилактики ортодонтических осложнений у детей с аномалиями зубочелюстной системы

30

Расулов С.Р., Обидов Д.С.

Местные рецидивы и частота реализации отдаленных метастазов у больных диффузным раком молочной железы в зависимости от объема операции

35

Рахматова Р.А., Набиев З.Н., Шамсов Б.А., Рахматова Н.А., Косимова Ф.С.

Динамика и распространенность врожденных пороков развития в Республике Таджикистан

41

Сангинов Д.Р., Нажмиддинов А.Х., Джумаев Т.Д., Ниязов И.К.

Экзентерация органов малого таза при местно-распространённых злокачественных опухолях

48

Сироджов К.Х., Рабиев Х.Х., Дустов Х.С., Махмадалиев Б.Г., Хамидов Дж.Б.

Анализ отдаленных результатов первичной артропластики тазобедренного сустава при дегенеративно-дистрофических процессах

53

CONTENTS

THEORY AND PRACTICE OF MEDICINE

Kakharova R.A., Mardonova S.M., Bakhrieva Z.S., Khairiddinova J.A., Murodova Sh.M.

Results of surgical treatment of pelvic organ prolapse in the elderly women

Klimov A.E., Mirzoev S.I., Abdul I.A.M.N.
 Determination of the risk of strangulation of incisional ventral hernias

Mirzoaliev Y.Y.

Results of vaccination against COVID-19 among the population of the Republic of Tajikistan according to the STEPS survey

Obidov S.A., Ashurov G.G., Karimov S.M.

Atraumatic treatment of the of caries permanent teeth in depending of resistance enamel superficialis beside children with innate unjoining lip and palate

Odinaev B.A.

Possibilities of resources of local tissues in treating the consequences of electrical injury of the hand

Razakova Sh.K., Zaripov A.R., Ismoilov A.A.

About some aspect of the prophylactic of orthodontic complications between children with anomaly of teeth-maxillary systems

Rasulov S.R., Obidov D.S.

Local recurrence and frequency of distant metastases in patients with diffuse breast cancer depending on the volume of surgery

Rakhmatova R.A., Nabiev Z.N., Shamsov B.A., Rakhmatova N.A., Kosimova F.S.

Dinamics and prevalence of congenital damages in the Republic of Tajikistan

Sanginov J.R., Nazhmiddinov A.H., Dzhu-maev T.J., Niyazov I.K.

Exenteration of pelvic organs in locally-advanced malignant tumors

Sirodzhov K.Kh., Rabiev Kh.Kh., Dustov Kh.S., Makhmadaliev B.G., Khamidov J.B.

Analysis of the long-term results of primary hip arthroplasty in degenerative-dystrophic processes

Худоёрров С.А., Махмудов Д.Т., Ашуров Г.Г., Тагаева Ш.О.

Результаты исследования функции самоочищения полости рта, скорости образования зубных бляшек и эффективности гигиены полости рта в зависимости от окклюзионно-артикуляционного взаимоотношения зубов у детей с аномалиями зубочелюстной системы

59

Шарипов А.А., Гуломов М.О., Худойназарова Ш.С., Нарзулоева М.Ф., Назираи А., Мирзоалиев Ю.Ю.

Эпидемиологические и клинические особенности постковидного синдрома

63

Шокиров М.К., Каримов С.М.

К вопросу об эффективности комплексной терапии воспалительных заболеваний пародонта среди авиаработников в зависимости от уровня их приверженности к пародонтологическому лечению

68

Юсупова З.Х., Муллоев К.Х., Акрами Ш., Юсупова М.Б.

Особенности оказания ортопедической стоматологической помощи больным с послеоперационными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области

75

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

Зокирова К.А., Муминзода Б.Г., Гулбекова З.А.

Ожирение: некоторые аспекты эпидемиологии, этиопатогенеза и факторов риска

80

Мухиддинов Н.Д., Абдуллозода Ф.А., Болтуев К.Х., Рузибойзода К.Р.

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы: некоторые аспекты классификации, диагностики и тактики лечения

87

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Шукуров Ал.С., Мавлянова З.Р., Шукуров Ас.С., Худоймерганов А.Н., Хакимов Х.А.

Случай венозного инсульта верхнего сагитального синуса

99

Khudoyorov S.A., Makhmudov D.T., Ashurov G.G., Tagaeva Sh.O.

Results of the study of function independent defogging of oral cavity, velocity of the formation teeth plaque and efficiency of the hygiene of oral cavity in depending on occlusion-articulation relation beside children with anomaly of teeth-maxillary system

Sharipov A.A., Ghulomova M.O., Khudoynazarova Sh.S., Narzuloeva M.F., Nazirai A., Mirzoaliev Y.Y.

Epidemiological and clinical features of post-covid syndrome

Shokirov M.K., Karimov S.M.

To question about efficiency of complex therapy of inflammatory parodontal diseases amongst aircraft workman in depending of the level of their adherence to parodontium treatment

Usupova Z.Kh., Mulloev K. Kh., Akrami Sh., Usupova M.B

Features of providing orthopedic dental care to patients with postoperative defects and deformations of the maxillofacial area

REVIEWS

Zokirova K.A., Muminzoda B.G., Gulbekova Z.A.

Obesity: some aspects of epidemiology, etio-pathogenesis and risk factors

Mukhiddinov N.D., Abdullozoda F.A., Boltuev K.H., Ruziboyzoda K.R.

Hiatal hernia: some aspects of classification, diagnosis and treatment tactics

CASE FROM PRACTICE

Shukurov Al.S., Mavlyanova Z.R., Shukurov As.S., Khudoimerganov A.N., Khakimov Kh.A.

Venous stroke: some aspects of etiology, risk factors, diagnosis and treatment

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА МЕДИЦИНЫ

© Коллектив авторов, 2023

УДК 616.352-008.224

¹Кахарова Р.А., ¹Мардонова С.М., ³Бахриева З.С.,
³Хайриiddинова Дж.А., ⁴Муродова Ш.М.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ У ПОЖИЛЫХ ЖЕНЩИН

¹Кафедра колопроктологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

²Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

³ГУ «Городской центр здоровья №13» УЗ г. Душанбе

⁴Кафедра хирургических болезней и эндохирургии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

¹Kakharova R.A., ¹Mardonova S.M., ³Bakhrieva Z.S.,
³Khairiddinova J.A., ⁴Murodova Sh.M.

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PELVIC ORGAN PROLAPSE IN THE ELDERLY WOMEN

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

²Department of obstetrics and gynecology of the State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"

³State Institution "City Health Center No. 13" DoH, Dushanbe

? четвертого нет

Цель исследования. Усовершенствовать подход к выбору метода хирургического лечения пролапса тазовых органов у пациенток пожилого и старческого возрастов.

Материал и методы. Анализированы результаты оперативного лечения 284 женщин, страдающих выпадением тазовых органов. Пациентки от 60 до 74 лет составили 47%, от 75 до 80 лет – 53%. Среди оперированных чаще всего отмечалось выпадение матки различной степени – 94,7%, сочетанное выпадение матки и прямой кишки - у 5,3% больных.

Все пациентки до операции осмотрены гинекологом, произведено кольпоскопическое исследование шейки матки.

Результаты. Лапаротомия с гистеропексией выполнены у 72(25,5%) больных, гистеропексия в сочетании с леваторопластикой – у 86 (30,1%), операция Лефора-Нейгебауэра – у 111 (39,1%), лапаротомия, гистеро- и ректопексия - у 15 (5,3%).

Заключение. Индивидуально подобранные методы хирургического лечения пролапса тазовых органов являются методами, уменьшающими риск рецидива заболевания. Операция Лефора-Нейгебауэра может быть применена как альтернатива другим хирургическим методам. Основными преимуществами являются малая травматичность, минимальное число осложнений, экономичность и быстрая реабилитация пациенток.

Ключевые слова: пролапс тазовых органов, операция Лефора-Нейгебауэра, хирургическое лечение, выбор метода операции

Aim. To improve the approach to choosing a method of surgical treatment of pelvic organ prolapse in elderly and senile patients.

Material and methods. The results of surgical treatment of 284 women suffering from pelvic organ prolapse were analyzed. Patients from 60 to 74 years old accounted for 47%, from 75 to 80 years old - 53%. Among the operated patients, prolapse of the uterus of varying degrees was most often noted – 94,7%, and in 5,3% of patients there was a combined prolapse of the uterus and rectum. All patients before surgery were examined by a gynecologist and a colposcope examination of the cervix was performed.

Results. Laparotomy with hysteropexy was performed in 72 (25,5%) patients, hysteropexy in combination with levatoroplasty - in 86 (30,1%), Lefort-Neugebauer operation - in 111 (39,1%) women and in 15 (5,3%) performed laparotomy, hysteropexy and rectopexy.

Conclusion. The research showed that individually selected methods of surgical treatment of pelvic organ prolapse are methods that reduce the risk of recurrence of the disease. The Lefort-Neugebauer operation can be used as an alternative to other surgical methods. The main advantages are low trauma, the minimum number of complications, cost-effectiveness and rapid rehabilitation of patients.

Key words: Le Fort – Neugebauer operation, surgical treatment, choice of operation method

Актуальность

В настоящее время проблемой пролапса тазовых органов (ПТО) занимаются многие специалисты - колопроктологи, акушеры-гинекологи и урологи. У женщин факторами, способствующими развитию ПТО, являются беременность, роды, напряженный акт дефекации и затрудненное мочеиспускание с наличием или без запора, хронический кашель, избыток массы тела, общая слабость, частые воспалительные процессы и застойные явления в органах малого таза [2]. Проплапс тазовых органов имеет большое значение в современном мире, так как вызывает проблемы с мочеиспусканием, нарушением акта дефекации, ограничивает возможность физических нагрузок и нарушает социальное и эмоциональное состояние женщин, что значительно ухудшает качество их жизни [4].

Удельный вес женщин с недостаточностью мышц тазового дна, выпадением матки и влагалища составляет от 28% до 39%, причем 15% нуждаются в хирургической коррекции [1].

Наши наблюдения в течение 10 лет показывают, что отказ от восстановительной операции при полных послеродовых разрывах промежности и последующие роды ведут к определенным изменениям взаимоотношений органов малого таза в пожилом возрасте: опущению стенок влагалища, мочевого пузыря и матки, а также внутреннему выпадению прямой кишки. Это происходит вследствие увеличения внутрибрюшного давления, нарушения фиксации вершины влагалища из-за расслабления связок, так как изменяется направление давления в малом тазу [1]. Наиболее запущенный процесс наблюдается у пожилых женщин с сопутствующими хроническими заболеваниями легких, при запорах и долихосигме с затрудненными актами дефекации, а также при выполнении тяжелого физического труда. Следовательно, для хирургов, занимающихся ПТО, стоит проблема выбора метода хирургической коррекции с учетом индивидуальных особенностей, так как именно в пожилом и старческом возрастах встречаются наибольшее число рецидивных форм пролапса тазовых

органов. Многообразие применяемых для решения проблемы хирургических операций, отсутствие «золотого стандарта» в ведении данной группы при том, что самые тяжелые и рецидивные формы встречаются у пациенток в пожилом и старческом возрасте, делают данную проблему актуальной.

Цель исследования

Усовершенствовать подход к выбору метода хирургического лечения пролапса тазовых органов у пациенток пожилого и старческого возрастов.

Материал и методы исследования

Анализируются результаты оперативного лечения 284 женщин, страдающих выпадением тазовых органов. Пациентки от 60 до 74 лет составили 47%, от 75 до 80 лет – 53%. Среди оперированных чаще всего отмечалось выпадение матки различной степени – 94,7% и у 5,3% больных отмечалось сочетанное выпадение матки и прямой кишки.

Оперативному лечению подвергались пациентки с II, III и IV степенями опущения матки (классификация Baden-Walker), а также с полным или неполным опущением влагалища, с выпадением прямой кишки и с сочетанием этих заболеваний. В первую группу включено 72 (25,5%) больных, которым произведена «Лапаротомия и гистеропексия». Во вторую - 86 (30,1%) больных, которым проведена «Лапаротомия. Гистеропексия и леваторопластика». В третью вошли 111 пациентов (39,1%) – «Операция Лефора-Нейгебауэра», в четвертую - 15 (5,3%) больных, которым произведена «Лапаротомия, гистеропексия и ректопексия». Из общего количества больных опущением матки II степени страдали 86 (30,1%) больных, III степени - 89 (31,3%) и 94 (33,1%) пациентки страдали IV стадией болезни. Давность заболевания составила от 5 до 25 лет.

С учетом возрастных особенностей в предоперационном периоде было проведено комплексное обследование: клиническо-лабораторные методы, бактериологические исследования, осмотрены гинекологом, произведено кольпоскопическое исследование шейки матки, по показаниям - колоноскопия и обследование смежными специалистами.

Для определения достоверности различий множественных сравнений использовали критерий Ньюмена-Кейлса. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Мы проанализировали эффективность каждого из использованных методов операции.

Лапаротомия и гистеропексия применялась у 72 (25,5%) больных. 43 (59,2%) пациенткам этой группы гистеропексия произведена с укорочением круглых связок по Дартингу. Отступая от ребра матки и ниже собственной связки яичника, продельвают отверстие в широкой связке, не повредив восходящую ветвь маточной артерии и другие сосуды. Через это отверстие захватывают круглую связку, отступая 4-5 см от угла матки. Петли связок с обеих сторон сшиваются друг с другом и фиксируются на задней поверхности шейки матки. Гистеропексия с подвешиванием матки за круглые связки по Долери произведена 29 (40,8%) больным. При этой операции круглые связки фиксируются к апоневрозу.

В раннем послеоперационном периоде боль по шкале ВАШ в течение первых 12 часов составляет 6 ($p < 0,05$). У одной пациентки (1,3%) возникло интраоперационное кровотечение и потребовалась ампутации матки. У 4 больных (5,6%) возникла острая задержка мочи, которая ликвидирована консервативными мероприятиями. В сроке от 1 до 6 месяцев прослежены 32 (44,4%) больных. На периодические боли и дискомфорт внизу живота жаловались 7 (21,9%) пациенток. Послеоперационная грыжа возникла у 1 (3,1%) и у 6 (18,7%) больных этой группы отмечался рецидив заболевания, что потребовало повторной операции.

Гистеропексия в сочетании с леваторопластикой произведена 86 (30,1%) женщинам. Боль по шкале ВАШ в течение первых 12 часов составляет 7 ($p < 0,05$). Из осложнений наиболее часто отмечалось нагноение раны - у 16 (18,6%) пациентов. В сроке от 1 до 6 месяцев прослежены 38 (44,2%) больных, результаты

лечения которых оказались удовлетворительными. Лишь у 1 (1,2%) пациентки отмечался рецидив заболевания.

Гистеропексия и ректопексия произведены 15 (5,3%) пациенткам с 3 стадией выпадения прямой кишки и 3-4 стадиями выпадения матки. В отдаленном послеоперационном периоде у 1 (6,6%) больной отмечалась анальная инконтиненция и ещё у 1 (6,6%) больной - рецидив заболевания в виде выпадения слизистой прямой кишки и опущения матки 2 степени.

Операция Лефора-Нейгебауэра произведена 111 (39,1%) пациенткам. Операции были произведены как под местной (12, 6%), так и под спинальной анестезией. Шейку матки захватывали пулевыми щипцами и выводили за половую щель. По передней и задней поверхностям влагалища выкраивали и отсепаровывали симметричные лоскуты трапецевидной формы (рис. 1).

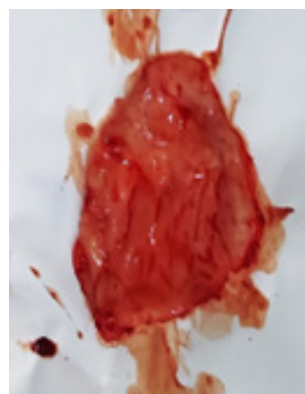


Рис. 1. Трапецевидный лоскут

Влагалищные стенки сшиваются между собой. Во влагалище образуются узкие боковые каналы и создается препятствие около 5 см для выпадения матки. Следует отметить, что у 43 (38,7%) женщин операция Лефора произведена после ранее проведенных гистеропексий с неудовлетворительными результатами.



Рис. 2. Полное выпадение матки

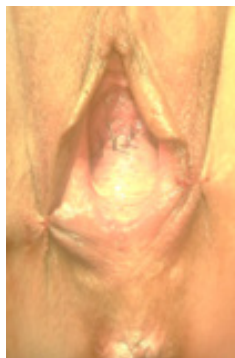


Рис. 3. Сшивание передней и задней стенок влагалища



Рис. 4. Конечный вид после операции

Этот хирургический метод лечения показал удовлетворительные результаты в 94,2% ($p < 0,05$) наблюдений, а средняя длительность пребывания в отделении с учетом дооперационного периода составила $2,2 \pm 0,8$ дня. В раннем послеоперационном периоде отмечалось образование гематомы в области промежности у 2 (1,8%) пациенток. Боль по шкале ВАШ составила 3 ($p < 0,05$). В 1 (0,9%) случае отмечался рецидив заболевания, что потребовало повторной операции и в 1 (0,9%) - нагноение раны, которое было ликвидировано консервативными мероприятиями.

Заключение

Таким образом, учитывая, что Республика Таджикистан – регион с сохранившейся тенденцией многодетности, женщины имеет

высокую частоту осложнений беременности и родов. В связи с этим интерес ученых к проблеме пролапса тазовых органов подтверждает большое число отечественных публикаций. Прогрессирующий характер заболевания, ухудшение качества жизни, функциональные нарушения вызывают необходимость комплексного стандартизированного и индивидуального подхода к каждой пациентке. Однако необоснованно забытая операция Лефора-Нейгебауэра является методом выбора для данной категории больных, т.к. имеет минимальное число осложнений и короткий срок пребывания больных в стационаре.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 6-8 см. в REFERENCES)

1. Гвоздев М.Ю., Тупикина Н.В., Касян Г.Р., Пушкарь Д.Ю. Пролапс тазовых органов в клинической практике врача-уролога // Методические рекомендации №3. М., 2016. 71 с.
2. Камоева С.В., Савченко Т.Н., Иванова А.В., Абаева Х.А. Современные генетические аспекты пролапса тазовых органов у женщин // Акушерство, гинекология, репродукция. 2018. Т. 7, № 1. С. 17–21
3. Курбанова М.Х., Мамедова З.Т., Юсуфбекова У.Ю., Азимова Д.А. Пролапс тазовых органов у женщин в регионе высокой рождаемости // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2021. № 2. С. 37.
4. Мухаббатов Д.К., Расулова С.И. Пути улучшения лечения больных с разрывом промежности // Колопроктология. 2014. № 3. С. 28
5. Рахимова Б.С. Значимость провоцирующих и содействующих факторов риска развития пролапса тазовых органов у жительниц Таджикистана // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2020. № 1. С. 75.

REFERENCES

1. Gvozdev M.Yu., Tupikina N.V., Kasyan G.R. *Prolaps tazovykh organov v klinicheskoy praktike vracha-urologa* [Pelvic organ prolapse in the clinical practice of a urologist]. Moscow, GEOTAR-Publ., 2018. No. 3. 71 p.
2. Kamoeva S.V., Savchenko T.N., Ivanova A.V. *Sovremennye geneticheskie aspekty prolapsa tazovykh organov u zhenshchin* [Modern genetic aspects of pelvic organ prolapse in women]. *Akusherstvo, ginekologiya, reproduksiya – Obstetrics, gynecology, reproduction*, 2018, Vol. 7, No. 1, pp. 17-21
3. Kurbanova M.Kh., Mamedova Z.T., Yusufbekova U.Yu. *Prolaps tazovykh organov u zhenshchin v regione vysokoy rozhdaemosti* [Pelvic organ prolapse in women in the region of high fertility]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdavoookhraneniya – Herald of postgraduated education in health sphere*, 2021, No. 2, pp. 37.

4. Mukhabbatov D.K., Rasulova S.I. *Puti uluchsheniya lecheniya bolnykh s razryvom promezhnosti* [Ways to improve the treatment of patients with perineal rupture]. *Koloproktologiya – Coloproctology*, 2014, No. 3, pp. 28.
5. Rakhimova B.S. *Znachimost provotsiruyushchikh i sodeystvuyushchikh faktorov riska razvitiya prolapsa tazovykh organov u zhitelnits Tadjikistana* [The importance of provoking and contributing risk factors for pelvic organ prolapse in Tajik women]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdavoookhraneniya – Herald of postgraduated education in health sphere*, 2020, No. 1, pp. 75.
6. Iglesia C.B., Sokol A., Gutman R.E. *Vaginal mesh for prolapse: a randomized controlled trial*. *Obstetrics and Gynecology*, 2010, No. 116, pp. 293–303.
7. Kalkan U., Yoldemir T., Ozyurek E.S., Daniilidis A. *Native tissue repair versus mesh repair in pelvic organ prolapse surgery*. *Climacteric*, 2017, Vol. 20 (6), pp. 510-517.
8. Friedman T., Eslick G.D., Dietz H.P. *Risk factors for prolapse recurrence: systematic review and meta-analysis*. *International Urogynecology Journal*, 2018, Vol. 29, pp. 13-21.

Сведения об авторах:

- Кахарова Раъно Абдурауфовна** – зав. кафедрой колопроктологии ГОУ ИПОвСЗРТ, к.м.н., доцент; тел.: (+992) 555009164
- Муродова Саломат Муродовна** – ассистент кафедры акушерства-гинекологии ГОУ ИПОвСЗРТ, тел.: (+992)918676901
- Бахриева Зевар Сухбатджоновна** – главный врач Городского центра здоровья №13 г. Душанбе; тел.: (+992) 555558774
- Хайридинона Джонона Алиеровна** – врач акушер-гинеколог Городского центра здоровья №13 г. Душанбе; тел.: (+992)900887999
- Муродова Шабнам Махмудовна** – ассистент кафедры хирургических болезней и эндохирургии ГОУ ИПОвСЗРТ, к.м.н.; тел.: (+992)908888086

© Коллектив авторов, 2023

УДК 616-007.43; 616-037; 616-089.168.1-06

Климов А.Е., Мирзоев С.И., Абдул И.А.М.Н.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РИСКА УЩЕМЛЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Кафедра факультетской хирургии медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. П. Лумумбы»

Klimov A.E., Mirzoev S.I., Abdul I.A.M.N.

DETERMINATION OF THE RISK OF STRANGULATION OF INCISIONAL VENTRAL HERNIAS

Department of Faculty Surgery of the Medical Institute of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "Russian Peoples' Friendship University named after. P. Lumumba"

Цель исследования. Разработка упрощенной прогностической шкалы для оценки риска ущемления послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ).

Материал и методы. В ретроспективный анализ включены данные 66 пациентов с ущемленной ПОВГ за период 2019-2023 гг. Критериями включения в исследование были ущемленные ПОВГ. Оценили различные независимые факторы как возможные предикторы риска ущемления ПОВГ.

Результаты. Каждая переменная, описанная в статье, после статистического анализа сопоставлена в зависимости от частоты встречаемости и разделена на две группы: основная и дополнительная. На основании подробного анализа выявлены уровни риска развития ПОВГ (низкий, средний, высокий) для каждого фактора.

Заключение. Разработанная прогностическая шкала позволяет выявлять пациентов с высоким, умеренным и низким рисками ущемления. Плановое устранение ПОВГ способствует уменьшению негативных последствий экстренных операций и позволяет снизить затраты здравоохранения.

Ключевые слова: послеоперационная вентральная грыжа, лапаротомия, факторы риска, ущемление, осложнение

Aim. To develop a simplified prognostic scale for assessing the risk of strangulation of incisional ventral hernia.

Material and methods. Retrospective analysis included data from 66 patients with strangulated IVH for the period 2019-2023. The criteria for inclusion in the study were a strangulated IVH. We evaluated various independent factors as possible predictors of the risk of strangulation of IVH.

Results. Each variable described in the article after statistical analysis was compared depending on the frequency of occurrence and divided into two groups: main and additional. Based on a detailed analysis, risk levels for developing IVH were identified (low, medium, high) for each factor.

Conclusion. The developed prognostic scale allows to identify patients with high, moderate and low risk of strangulation. The planned elimination of IVH helps to reduce the negative consequences of emergency operations and reduces healthcare costs.

Key words: incisional ventral hernia, laparotomy, risk factors, strangulation, incarcerated, complication

Актуальность

Послеоперационная вентральная грыжа (ПОВГ) - одно из самых распространенных осложнений после операции на брюшной полости по всему миру [3]. Развитие медицины и возросшее число операций на органах брюшной полости привели к увеличению случаев грыж [4]. Несмотря на многочисленные исследования по совер-

шенствованию методик ушивания лапаротомной раны, у 20% пациентов, перенесших лапаротомию, развивается послеоперационная грыжа [6].

Ущемление, как осложнение ПОВГ, встречается в 5% случаев и считается опасным состоянием. На практике неотложные операции при ПОВГ проводятся с высокой частотой развития осложнений, повышенной

смертностью, высокой стоимостью и продолжительностью госпитализации в сравнении с плановыми оперативными вмешательствами. Задачей оперирующего хирурга является не только восстановление нормальной анатомической структуры передней брюшной стенки, но и минимизация развития ранних послеоперационных осложнений и частоты рецидивов [5].

Лучшее понимание факторов, связанных с экстренными операциями, может быть использовано для разработки прогностических шкал, направленных на улучшение своевременного доступа к плановой хирургической помощи для пациентов [7].

Существующие в литературе прогностические шкалы не имеют широкой практической значимости вследствие отсутствия в них простоты. В связи с этим разработка и внедрение в клиническую практику упрощенной шкалы для оценки вероятности возникновения ущемления ПОВГ является актуальной задачей, решение которой будет способствовать развитию персонализированного подхода к ведению пациентов с ПОВГ.

Цель исследования

Создание простой шкалы для оценки вероятности ущемления послеоперационной вентральной грыжи.

Материал и методы исследования

В 2019-2023 гг. в 1-м хирургическом отделении «ГБУЗ ГКБ им. В.В. Виноградова» были проанализированы данные 66 пациентов. Основными критериями включения и одновременно первичной точкой были экстренная госпитализация с диагнозом «Ущемленная ПОВГ». Для определения вероятности возникновения ущемления грыжи был проведен анализ частоты появления факторов, которые способствуют развитию ущемления грыжи. Переменные, включенные в модель, были следующими: возраст старше 55 лет, локализация грыжи (M1, M2 по классификации EHS), ширина грыжевых ворот (до 4 см), ИМТ (более 30 кг/м²), сроки грыженосительства (первые 3 года), пол (женский), количество предшествующих рецидивов, заболевания повышающие ВБД, полиморбидность (≥ 3 баллов по индексу коморбидности Чарлсона).

Для повышения точности исследования нами была добавлена вторая конечная точка (операция на кишечнике, флегмона грыжевого мышца, наложение VAC-системы, продолжительность койко-дней ≥ 10 , рецидив грыжи). Далее проведен анализ для выявления частоты факторов, которые влияют

на развитие этих осложнений. До второй конечной точки дошли 22 пациента.

Статистический анализ проводили с использованием программных систем: Statistical Package for the Social Sciences (SPSS – производится корпорацией IBM), Statistical Analysis System (SAS – разработана SAS Institute North Carolina, United States of America) и MS Excel (разработано Microsoft).

Было проанализировано влияние выбранных факторов риска на основе их распространенности среди пациентов. С использованием критериев χ^2 Пирсона и точных тестов Фишера были выявлены различия между первичными и вторичными конечными точками для категориальных переменных в ходе статистической обработки данных. После определения значимости факторов им были присвоены баллы для создания шкалы.

Результаты и их обсуждение

Факторы риска ущемления ПОВГ по частоте встречаемости у пациентов, госпитализированных экстренно, с диагнозом «Ущемленная ПОВГ», а также для второй конечной точки приведены в таблицах 1 и 2.

Анализируя данные таблицы, можно сделать вывод, что различия в четырех группах (полиморбидность, ИМТ, срок грыженосительства и пол) достоверны (при условии $p < 0,05$).

На рисунке наглядно отражена разница коэффициентов, описанных ранее.

Разность в частоте встречаемости факторов между двумя точками была статистически значимой в следующих переменных: ИМТ, полиморбидность, пол, сроки грыженосительства. Отмечена статистическая значимость показателей фактора «пол» между двумя точками. По результатам перевода данного параметра в количественный тип значимость не подтвердилась. Наибольшую статистическую значимость показывает разница в сроках грыженосительства. Анализируя истории болезни пациентов на наличие сроков грыженосительства, становится ясным, что данные недостоверны. Методом регуляризации и интерполяции данные были скорректированы, в результате чего выявлены потенциальные прогностические переменные.

Таким образом, для первой и второй конечных точек нами были получены результаты, представленные в таблице 2.

Полученные результаты позволили разделить изучаемые переменные: основные (полиморбидность, возраст (старше 55 лет), ИМТ (более 30 кг/м²), локализация грыжи (M1, M2 по классификации EHS), ширина грыжевых ворот (до 4 см)) и дополнительные

(сроки грыженосительства (первые 3 года), рецидивов), заболевания, повышающие ВБД пол (женский), количество предшествующих (табл. 3).

Таблица 1

Факторы риска ущемления ПОВГ по частоте встречаемости у пациентов, госпитализированных экстренно, с диагнозом «Ущемленная ПОВГ»

Фактор риска	Частота встречаемости в первичной конечной точке (%)	Частота встречаемости во вторичной конечной точке (%)	p
Возраст старше 55 лет	83,3	81,8	>0,05
Полиморбидность	77,2	86,4	<0,05
Локализация (M1, M2 по классификации EHS)	69,7	68,2	>0,05
Ширина грыжевых ворот (до 5 см)	68,2	63,6	>0,05
ИМТ более 30 кг/м ²	65,1	81,8	<0,05
Сроки грыженосительства (первые 3 года)	63,6	72,8	<0,05
Пол (женский)	59,1	83,3	<0,05
Количество предшествующих рецидивов	34,5	34,5	>0,05
Заболевания, повышающие ВБД	25,7	28,1	>0,05

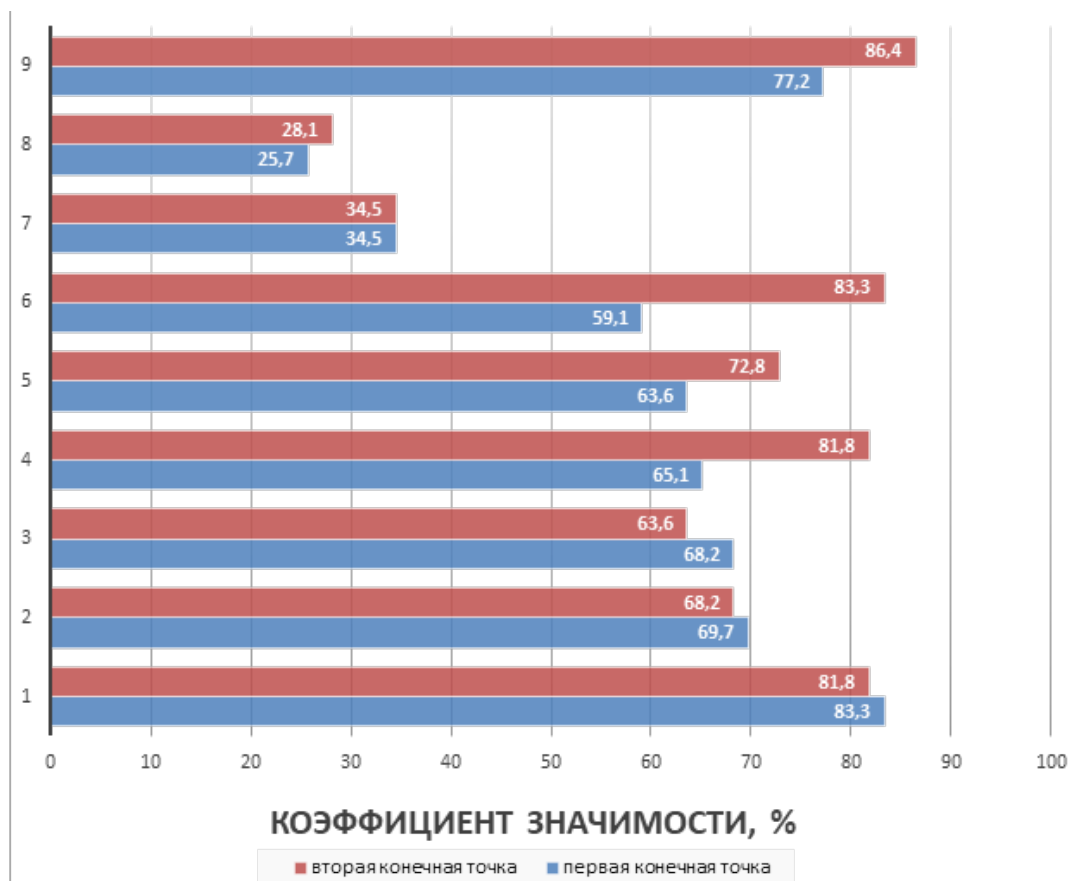
Примечание: полиморбидность - в нашем исследовании ≥ 3 баллов по индексу коморбидности Чарлсона; EHS - европейское общество герниологов; ВБД - внутрибрюшное давление; p – статистическая значимость различия показателей между группами

Таблица 2

Факторы риска развития ПОВГ

Фактор риска	Частота встречаемости (%)
Полиморбидность	86,4
Возраст (старше 55 лет)	83,3
ИМТ (более 30 кг/м ²)	81,8
Локализация грыжи (M1, M2 по классификации EHS)	69,7
Ширина грыжевых ворот (до 4 см)	68,2
Сроки грыженосительства (первые 3 года)	63,3
Пол (женский)	59,1
Количество предшествующих рецидивов	34,5
Заболевания, повышающие ВБД	28,1

Примечание: полиморбидность - в нашем исследовании ≥ 3 баллов по индексу коморбидности Чарлсона; EHS - европейское общество герниологов; ВБД - внутрибрюшное давление



Характеристика разницы в коэффициенте значимости (%) изучаемых факторов риска при первой и второй конечных точках.

1. возраст (старше 55 лет);
2. локализация грыжи (M1, M2 по классификации EHS);
3. ширина грыжевых ворот (до 4 см);
4. ИМТ более 30 кг/м²;
5. сроки грыженосительства;
6. пол (женский);
7. количество предшествующих рецидивов;
8. Заболевания, повышающие ВБД;
9. полиморбидность

Таблица 3

Шкала для определения риска ущемлении ПОВГ

Параметр	Фактор риска	Баллы
Основные	Полиморбидность	1
	Возраст старше 55 лет	1
	ИМТ более 30 кг/м ²	1
	Локализация грыжи (M1, M2 по классификации EHS)	1
	Ширина грыжевых ворот (до 4 см)	1
Дополнительные	Сроки грыженосительства (первые 3 года)	0,5
	Пол (женский)	0,5
	Количество предшествующих рецидивов	0,5
	Заболевания, повышающие ВБД	0,5

Примечание: полиморбидность - в нашем исследовании ≥ 3 баллов по индексу коморбидности Чарлсона; EHS - европейское общество герниологов; ВБД - внутрибрюшное давление

Для определения уровня риска придерживались следующих критериев: <2,5 баллов - низкий уровень риска; 3 балла - средний уровень риска;

>3 баллов - высокий уровень риска.

Два дополнительных фактора приравниваются как 1 основной фактор при расчете.

Таким образом, подробный анализ истории болезни всех исследуемых пациентов по отдельности показал связь таких серьезных осложнений, как некроз кишечника, флегмона грыжевого мешка при наличии ≥ 4 баллов. На основании этого прогнозирования можно оценить риск ущемления ПОВГ.

Анализируя данную проблему, выяснили, что определение максимальной точности при прогнозировании ПОВГ у отдельных пациентов становится невозможным. В научной среде существует небольшое количество работ, в которых исследуется роль факторов риска в развитии ущемления ПОВГ [1, 2]. Создание сложных шкал продемонстрировано рядом исследователей, однако использование сложных шкал не всегда представляется возможным ввиду их непрактичности.

ЛИТЕРАТУРА (ПП. 5-7 СТ. В REFERENCES)

1. Ключкин И.В., Фатыров Р.И., Шавалеев Р.Р. Послеоперационные вентральные грыжи: частота, причины, хирургическая помощь // Вестник современной клинической медицины. 2020. Т. 13, № 5. С. 26–30.
2. Рахматуллоев Р.Р., Полвонов Ш.Б., Назаров Ш.К., Али-Заде С.Г. Особенности протезирования грыжевого дефекта при хирургическом лечении послеоперационных вентральных грыж // Вестник Авиценны. 2020. Т. 22, № 1. С. 134-140.
3. Рустамов Э.А., Зейналов Н.Д., Гасанов А.Р. Факторы риска и прогнозирование развития послеоперационных вентральных грыж // Вестник экстренной медицины. 2019. Т. 12, № 1. С. 22-28.
4. Сигуа Б.В., Земляной В.П., Козобин А.А., Семин Д.С. Балльно-прогностическая шкала оценки риска ущемления послеоперационных вентральных грыж // Неотложная медицинская помощь. Журнал им. Н.В. Склифосовского. 2021. Т. 10, № 4. С. 712-718.

REFERENCES

1. Klyushkin I.V., Fatyrov R.I., Shavaleev R.R. Postoperative ventral hernias: frequency, causes, surgical care. *Vestnik sovremennoy klinicheskoy meditsiny – Bulletin of modern clinical medicine*, 2020, Vol. 13, No. 5, pp. 26–30.
2. Rakhmatulloev R.R., Polvonov Sh.B., Nazarov Sh.K. Osobennosti protezirovaniya gryzhevogo defekta pri khirurgicheskom lechenii posleoperatsionnykh ventralnykh gryzh [Features of hernial defect prosthetics in the surgical treatment of postoperative ventral hernias]. *Vestnik Avitsenny – Avicenna Bulletin*, 2020, Vol. 22, No. 1, pp. 134-140.
3. Rustamov E.A., Zeynalov N.D., Gasanov A.R. Faktory riska i prognozirovanie razvitiya posleoperatsionnykh

Использование предложенной нами шкалы способствует повышению качества медицинской помощи. Плановые операции, как правило, менее инвазивны, имеют более короткий период восстановления и сопряжены с меньшим риском осложнений по сравнению с экстренными вмешательствами. Кроме того, своевременное устранение грыж позволяет предотвратить развитие осложнений, таких как ущемление и некроз тканей, что также приводит к экономии средств на лечение и реабилитацию.

Заключение

Предложенная нами шкала для выявления риска ущемления ПОВГ может быть эффективным инструментом для оптимизации оказания медицинской помощи пациентам с ПОВГ и снижения нагрузки на систему здравоохранения.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ventralnykh gryzh [Risk factors and prognosis of postoperative ventral hernias]. *Vestnik ekstreynoy meditsiny – Bulletin of Emergency Medicine*, 2019, Vol. 12, No. 1, pp. 22-28.

4. Sigua B.V., Zemlyanoy V.P., Kozobin A.A. Ballno-prognosticheskaya shkala otsenki riska ushchemleniya posleoperatsionnykh ventralnykh gryzh [Score-prognostic scale for assessing the risk of infringement of postoperative ventral hernias]. *Neotlozhnaya meditsinskaya pomoshch. Zhurnal im. N.V. Sklifosovskogo – Russian Sklifosovsky Journal “Emergency Medical Care”*, 2021, Vol. 10, No. 4, pp. 712-718.
5. Ezeme C., Mackenzie P., Newton R.C. Ventral hernias: understanding the pathogenesis, prevention and repair. *Surgery*, 2024, Vol. 42 (1), pp. 22-32.
6. DeAngelo N., Perez A.J. Hernia Prevention: The Role of Technique and Prophylactic Mesh to Prevent Incisional Hernias. *Surgical Clinics of North America*, 2023, Vol. 103 (5), pp. 847-857.
7. Sneiders D., Yurtkap Y., Kroese L.F. Risk Factors for Incarceration in Patients with Primary Abdominal Wall and Incisional Hernias: A Prospective Study in 4472 Patients. *World Journal of Surgery*, 2019, Vol. 43 (8), pp. 1906-1913.

Сведения об авторах:

- Климов Алексей Евгеньевич** – зав. кафедрой факультетской хирургии медицинского института ФГАОУ ВО РУДН им. П. Лумумбы, д.м.н., профессор; тел.: +7 (499) 1359187; e-mail: klimov-ae@rudn.ru
- Мирзоев Сайидо Исломиiddинович** – аспирант кафедры факультетской хирургии медицинского института ФГАОУ ВО РУДН им. П. Лумумбы; тел.: +7 (991) 7196053; e-mail: saidoislomiddinovich@gmail.com
- Абдул Иляс Ахмад Мохаммад Насим** – аспирант кафедры факультетской хирургии медицинского института ФГАОУ ВО РУДН им. П. Лумумбы; тел.: +7 (910) 4347201; e-mail: 1042215116@pfur.ru

Мирзоалиев Ю.Ю.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ COVID-19 СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН ПО ДАННЫМ ОПРОСА STEPS

ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины»
МЗиСЗН РТ

MIRZOALIEV Y.Y.

RESULTS OF VACCINATION AGAINST COVID-19 AMONG THE POPULATION OF THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN ACCORDING TO THE STEPS SURVEY

State Institution "Tajik Research Institute of Preventive Medicine" MoHSPP RT

Цель исследования. Изучение охвата вакцинацией населения против COVID-19, используя методологию ВОЗ STEPS wise.

Материал и методы. Проведен опрос 2551 респондента в возрасте 18-69 лет на получение вакцинации против COVID-19.

Результаты. Вакцинация против COVID-19 имеет первостепенное значение для снижения смертности в период пандемии. Для обоих полов вместе взятый уровень вакцинации составляет 87,6%, с тенденцией к более высокому охвату вакцинацией старших возрастных групп (92,0%), чем младших возрастных групп (85,6%). Для женщин это отражается в значительной разнице в охвате между старшими возрастными группами (93,1%) и более молодыми возрастными группами (83,7%).

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о получении высокого уровня коллективного иммунитета от коронавирусной инфекции COVID-19, особенно среди лиц преклонного возраста.

Ключевые слова: COVID-19, вакцинация, иммунитет, население

Aim. Study of COVID-19 vaccination coverage among the population using the WHO STEPS wise methodology.

Material and methods. A survey was conducted among 2,551 respondents aged 18-69 years about receipt of vaccination against COVID-19 and symptoms of long-term coronavirus infection COVID-19.

Results. Vaccination against COVID-19 is paramount in reducing deaths due to the pandemic. For both sexes combined, the vaccination rate is 87,6%, with a trend towards higher vaccination coverage among older age groups (92,0%) than among younger age groups (85,6%). For women, this is reflected in the large difference in coverage between older ages (93,1%) and younger ages (83,7%).

Conclusion. The results obtained indicate a high level of collective immunity from coronavirus infection COVID-19, especially among the elderly.

Key words: COVID-19, vaccination, immunity, population

Актуальность

Официальная информация о вспышке пневмонии неизвестной этиологии в городе Ухань, столице провинции Хубэй, появилась впервые 31 декабря 2019 г. из центра Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) в Китае [1]. Эпидемия привлекла к

себе внимание специалистов здравоохранения и населения во всем мире, так как ранее коронавирусные инфекции у людей не выходили за пределы допустимого уровня биологического риска. Однако последствия произошедших мутаций этих вирусов указывают на то, что трансформации по-

следних могут приводить к чрезвычайным ситуациям [2].

11 февраля 2020 г. новая коронавирусная инфекция получила название COVID-2019 (Corona Virus Disease 2019, коронавирусная болезнь 2019 года), а вызывающий ее вирус был переименован в SARS-CoV-2 (Severe acute respiratory syndrome coronavirus-2, второй коронавирус тяжелого острого респираторного синдрома) [3].

Более 80% смертей в результате болезней системы кровообращения (БСК) и диабета, почти 90% смертей от хронической обструктивной болезни легких и более чем две трети смертей от рака зарегистрированы в странах с низким и средним уровнями дохода на фоне пандемии [4].

Согласно распоряжению Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан от 19.04.2023 г. № 244, с 1 мая по 24 июня 2023 года проведено исследование "Анализ факторов риска, связанных с неинфекционными заболеваниями, в рамках STEPS-2023". Одним из направлений исследования - охват вакцинацией среди населения и длительные симптомы COVID-19.

Если не предпринимать мер по контролю факторов риска неинфекционных заболеваний (НИЗ), то совокупные расходы систем здравоохранения на устранение последствий НИЗ составят триллионы долларов. Эпидемиологический надзор за факторами риска неинфекционных заболеваний (НИЗ) является одним из основных компонентов разработки и внедрения национальной межсекторальной политики и планов в отношении НИЗ. Качественный эпидемиологический надзор за факторами риска НИЗ является ключевым компонентом достижения любого запланированного успеха при реализации задач Плана действий по профилактике и борьбе с НИЗ.

Цель исследования

Изучение охвата вакцинацией против COVID-19 среди населения, используя методологию ВОЗ STEPSwise.

Материал и методы исследования

Пошаговый подход ВОЗ (STEPS) к эпиднадзору за факторами риска хронических неинфекционных заболеваний призван помочь в создании и укреплении потенциала эпиднадзора и обеспечивает отправную точку для разработки национальной системы эпиднадзора за хроническими неинфекционными заболеваниями и их факторами риска.

Проведен опрос среди 2551 респондентов в возрасте 18-69 лет на получение вакцина-

ции против COVID-19 и наличие симптомов длительной коронавирусной инфекции COVID-19. Исследование являлось одномоментным (поперечным) исследованием распространенности основных факторов риска неинфекционных заболеваний среди взрослого населения (18 - 69 лет) Республики Таджикистан. К выборке предъявлялись следующие требования:

- выборка должна иметь общенациональный характер в части масштаба и охвата населения;

- оцениваемые величины измеряемых показателей должны отражать ситуацию по измеряемым показателям в стране в целом.

Главной задачей дизайна выборки являлось формирование такой выборочной совокупности, которая позволила бы получить валидные репрезентативные данные на национальном уровне, а также для разных половозрастных групп населения. Генеральной совокупностью или целевой группой исследования являлось взрослое население в возрасте 18-69 лет, считающее Республику Таджикистан основным местом своего проживания, за исключением:

- населения, постоянно проживающего (пребывающего) в интернатных учреждениях, в специализированных учреждениях для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной помощи и реабилитации; в учреждениях социального обслуживания;

- лиц без определенного места жительства (бездомных).

При формировании выборочной совокупности для исследования STEPS применялся метод двухэтапной вероятностной выборки с использованием процедур стратификации и отбора на каждой из ступеней формирования выборки. В основу отбора положен территориальный принцип формирования выборочной совокупности. Вероятностная выборка позволяет исключить систематические искажения за счет случайного отбора единиц генеральной совокупности, а также исключить возможность субъективного выбора интервьюером участников исследования. Достоинством вероятностного метода формирования выборки является то, что он обеспечивает возможность распространения итогов выборочного наблюдения на всю генеральную совокупность.

Этап 1 – Первичные единицы выборки (ПЕВ)

Первичными единицами выборки для исследования STEPS в Таджикистане были районы, определенные для переписи 2020 года.

Этап 1: Массивы первичных блоков в каждом регионе и городской/сельской местности систематически отбирались с вероятностью, пропорциональной размеру, с использованием «численности населения» в качестве определяющего показателя.

Этап 2: Внутри каждого слоя единицы выборки (районы) переписи 2020 года были отсортированы по географическому расстоянию. Всего по стране было выбрано 144 района (кластера).

Процесс отбора: Первичная выборка была составлена по согласованию с Государственным агентством по статистике Республики Таджикистан с использованием наиболее актуальных доступных списков.

Этап 2 – Вторичные единицы выборки (SSU)

На втором этапе процесса отбора для участия были определены домохозяйства в пределах каждого выбранного переписного участка.

Для отбора домохозяйств использовалась стандартная процедура систематической выборки. Этот метод основывался на случайном определении отправной точки отбора (с использованием функции случайных чисел), а затем на систематическом выборе домохозяйств через заранее определенные промежутки времени.

По всей стране для опроса было выбрано в общей сложности 2881 домохозяйство. Вероятность включения домохозяйства в выборку определялась по совокупному результату процедур выборки как на первом, так и на втором этапах.

3 этап – Отбор участников

eSTEPS был проведен отбор респондентов - резидентов домохозяйств (в возрасте 18-69 лет, проживших в Таджикистане 3 месяца и более).

Статистическая обработка полученных данных проведена на ПК с использованием прикладной статистической программы «Statistica 10.0» (StatSoftInc, США). Дескриптивная статистика проведена с выявлением долей и их ошибки ($P \pm mp$). Для выявления связей проведён корреляционный анализ по критерию Пирсона. Значения считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

В последний раз в Таджикистане было проведено исследование STEPS в 2016-2017 годах. В стране систематически осуществляется сбор данных, подготовка и распространение аналитических материалов по теме различных факторов риска НИЗ среди населения – ПОШАГОВЫЙ подход к эпиднадзору за

факторами риска НИЗ. Опрос STEPS принес дополнительную пользу с точки зрения интеграции надежных и сопоставимых или стандартизированных данных, касающихся основных факторов риска НИЗ, их распределения и связи с социально-экономическими характеристиками, что сделало их наиболее ценным инструментом для разработки и мониторинга стратегий профилактики НИЗ и борьбы с ними.

Данные проанализированы по полу и возрастным группам. Различия между группами населения обычно упоминаются только в случаях статистической значимости, оцениваемой с помощью непересекающихся доверительных интервалов (ДИ).

Проанализированными социальными и демографическими показателями были возраст, пол, этническая принадлежность, семейное положение, образование и тип занятости за предыдущие 12 месяцев. Из 2551 респондента 773 были мужчинами (30,3%), 1778 - женщинами (69,7%), с примерно одинаковыми пропорциями для каждой возрастной группы (44,2% в возрастной группе 18-39 лет; 55,8% в возрастной группе 40-69 лет). Отражая географическое распределение Таджикистана, было больше респондентов из сельской местности ($n=1839$) по сравнению с городской местностью ($n=712$) (рис. 1).

Всего в выборку были включены шесть регионов (Районы республиканского подчинения, г. Душанбе, Горно-Бадахшанская автономная область, Хатлонская область, Согдийская область).

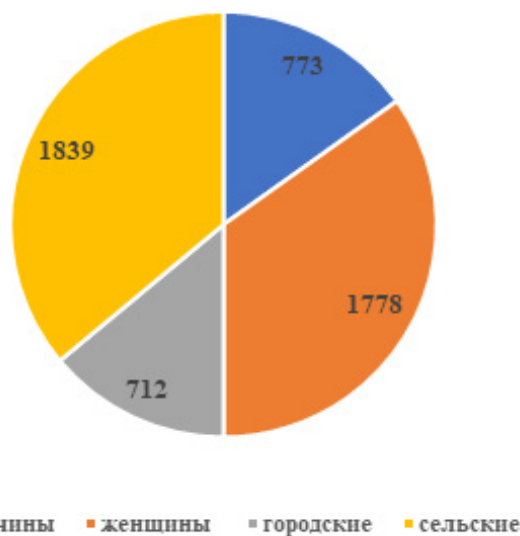


Рис. 1. Демографические показатели

В исследовании использовались данные переписи 2020 года для определения и раз-

граничения счетных пунктов, что обеспечило репрезентативность выборки целевой группы населения.

Результаты опроса показывают, что вакцинация против COVID-19 имеет первостепенное значение в снижении смертности из-за пандемии. Для обоих полов, вместе взятых, уровень вакцинации составляет 87,6% (рис. 2), с тенденцией к более высокому охвату вак-

цинацией старших возрастных групп (92,0%), чем среди младших возрастных групп (85,6%). Для женщин это отражается в значительной разнице в охвате между старшими возрастными (93,1%) и более молодыми возрастными (83,7%). Интересно, что существует небольшая разница в статусе вакцинации между мужчинами и женщинами, а также между городским и сельским населением.

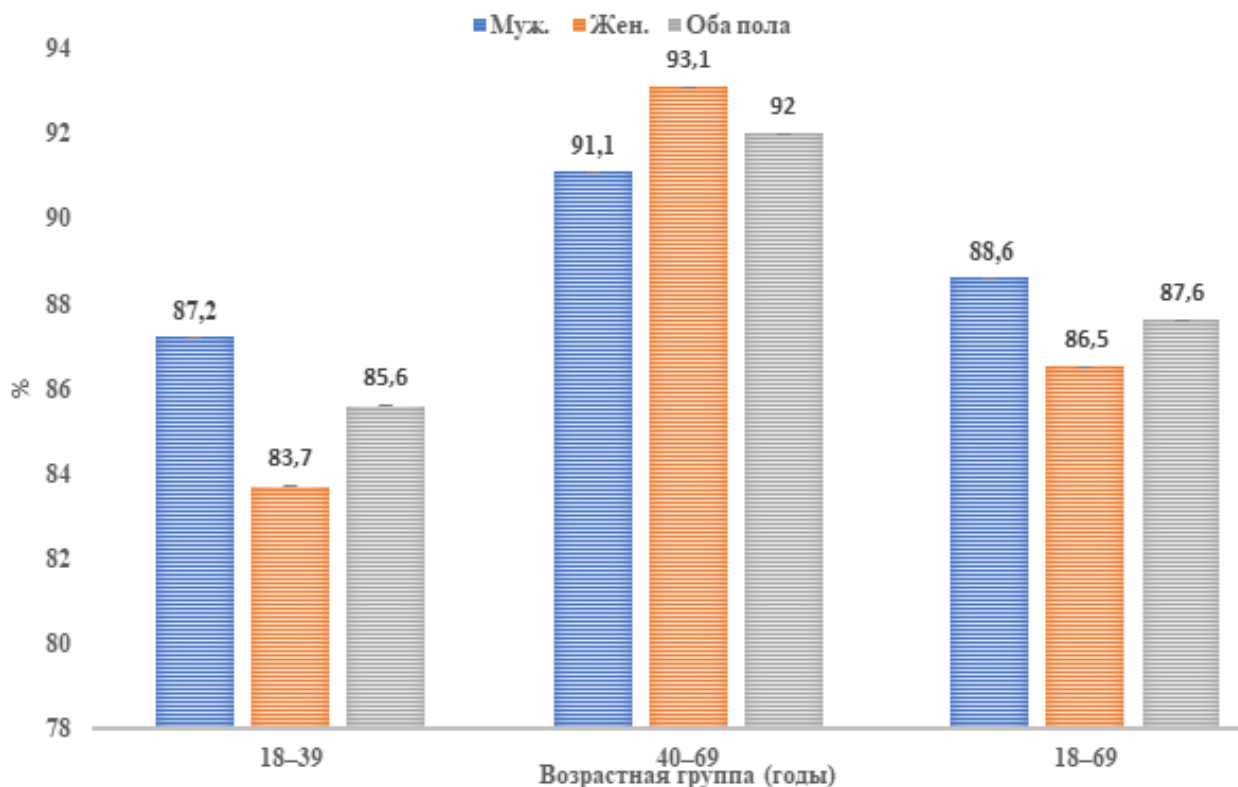


Рис. 2. Охват вакцинацией по полу и возрасту по данным STEPS

На состояние 27 октября 2023 года по стране охвачено вакцинацией (АстраЗенека, КоронаВак, Модерна, Гам-КОВИД-Вак и Пфайзер) 5 389130 (99,6%) людей (первая доза), 5 309312 (98,1%) людей (вторая доза), 3 доза бустер 5 289 102 (97,8%), с 16 августа 2022

года начата ревакцинация второй бустерной (четвертой) дозой и на отчетный период охвачено 87,0% или 4 704626 человек (табл.). Согласно данным РЦИП, на 27 октября 2023 года страна получила всего 21 833 680 доз вакцин.

Город область	Целевая группа	1 доза		2 доза		3 доза		4 доза	
		всего	%	всего	%	всего	%	всего	%
Душанбе	724 912	756323	104,3	792 321	109,3	880 066	121,4	838739	115,7
ГБАО	139 976	119 125	85,1	117 154	83,7	100 475	71,8	66986	47,9
РРП	1 193 287	1 043629	87,5	1 003 702	84,1	966641	81,0	795 264	66,6
Хатлон	1 863 190	1 895 648	101,7	1 842458	98,9	1 829429	98,2	1 710 306	91,8
Согд	1 488 218	1 574405	106,3	1 553677	104,4	1 512491	101,6	1 293331	86,9
Всего	5 409 583	5 389 130	99,6	5 309312	98,1	5 289102	97,8	4 704626	87,0

Заключение

Большинство оцененных факторов риска НИЗ имеют достаточно высокую распространенность среди взрослого населения Рес-

спублики Таджикистан, обуславливающую повышенные риски развития неинфекционных заболеваний. Наиболее распространенным фактором, способствующим снижению

распространенности заболевания, который следует выделить, является вакцинация населения. Это подтверждается тем, что с февраля 2022 года в стране не выявлено ни одного случая коронавирусной инфекции COVID-19. Полученные результаты свидетельствуют о получении высокого уровня коллективного иммунитета от коронавирусной инфекции COVID-19, особенно среди лиц преклонного возраста. Одним из вероятных факторов формирования высокоустойчивого коллективного иммунитета могло быть своевременное получение вакцинации.

ЛИТЕРАТУРА (П. 6 СМ. В REFERENCES)

1. Брифинг Муниципальной комиссии здравоохранения Ухани о ситуации с эпидемией пневмонии. Женева: ВОЗ, 2020. С. 7-12.

2. Воробьев А.Е., Рустамова М.С., Шумилина М.В., Гулямхайдарова Д.А. Особенности борьбы с вирусной эпидемией на современном этапе // Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. 2021. Т. XI, № 3 (39). С. 82-91

3. Мурадов А.М., Шумилина М.В., Кудаярова А.Б., Жолдубаева А.М., Чуйко А.М. Распространенность и основные клинические проявления постковидного синдрома // Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. 2023. Т. VIII, № 1(45). С. 114-123

4. Отчеты о ситуации с коронавирусом (COVID-2019). Женева: ВОЗ, 2020 (режим доступа: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200219-sitrep-30-covid-19.pdf>).

5. Руководство ВОЗ по эпиднадзору STEPS. Женева: ВОЗ, 2017. С. 28-33.

REFERENCES

1. Briefing Munitsipalnoy komissii zdravookhraneniya Ukhani o situatsii s epidemiyey pnevmonii [Briefing by the Wuhan Municipal Health Commission on the situation with the pneumonia epidemic]. Zheneva, VOZ Publ., 2020. pp. 7-12.

2. Vorobev A.E., Rustamova M.S., Shumilina M.V. Osobennosti borby s virusnoy epidemiyey na sovremennom etape [Features of the fight against the viral epidemic at

the present stage]. *Meditinskiy vestnik Natsionalnoy akademii nauk Tadjikistana - Medical Bulletin of the National Academy of Sciences of Tajikistan*, 2021, Vol. 9, No. 3 (39), pp. 82-91.

3. Muradov A.M., Shumilina M.V., Kudayarova A.B. Rasprostranennost i osnovnye klinicheskie proyavleniya postkovidnogo sindroma [Prevalence and main clinical manifestations of post-covid syndrome]. *Meditinskiy vestnik Natsionalnoy akademii nauk Tadjikistana - Medical Bulletin of the National Academy of Sciences of Tajikistan*, 2023, Vol. 8, No. 1 (45), pp. 114-123

4. *Otchety o situatsii s koronavirusom (COVID-2019)* [Coronavirus Situation Reports (COVID-2019)]. Zheneva, VOZ Publ., 2020. Available at: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200219-sitrep-30-covid-19.pdf>.

5. *Rukovodstvo VOZ po epidnadzoru STEPS* [WHO STEPS Surveillance Guidelines]. Zheneva: VOZ, 2017. S. 28-33.

6. Tian H., Li Y., Liu Y. Early evaluation of Wuhan City travel restrictions in response to the 2019 novel coronavirus outbreak. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 2020, No. 1, pp. 42-43.

Сведения об авторе:

Мирзоалиев Юнусджон Юсуфалиевич – научный сотрудник Государственного учреждения «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины», к.м.н.; тел: (+992) 939999026; e-mail: yunus.mirzoaliev@gmail.com

Обидов С.А., Ашуров Г.Г., Каримов С.М.

АТРАВМАТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ЭМАЛЕВОЙ ПОВЕРХНОСТИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ НЕСРАЩЕНИЯМИ ГУБЫ И НЁБА

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Obidov S.A., Ashurov G.G., Karimov S.M.

ATRAUMATIC TREATMENT OF THE OF CARIES PERMANENT TEETH IN DEPENDING OF RESISTANCE ENAMEL SUPERFICIALIS BESIDE CHILDREN WITH INNATE UNJOINING LIP AND PALATE

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

Цель исследования. Выбор оптимального метода лечения кариеса постоянных зубов с разной степенью эмалиевой резистентности у детей с врожденными несращениями верхней губы и нёба.

Материал и методы. Было обследовано состояние твердых тканей зубов у 40 детей с несращениями губы и нёба в возрасте от 7 до 15 лет. В зависимости от резистентности эмали использовалось atraumaticкое восстановительное лечение с применением новой технологии препарирования зубов минимально инвазивным методом с последующим пломбированием стеклоиономерным цементом. Используя тест эмалиевой резистентности, среди обследованных детей были выявлены 4 уровня резистентности. В зависимости от уровня эмалиевой резистентности проводилось соответствующее лечение: детям с высокой и умеренной эмалиевой резистентностью организовано традиционное лечение кариеса зубов. Детям с низкой и очень низкой эмалиевой резистентностью был применен комплексный лечебно-превентивный подход по 3 направлениям: atraumaticкое восстановительное лечение кариеса зубов методом малоинвазивного препарирования; местная патогенетическая реминерализующая терапия методом глубокого фторирования, сочетающаяся с уроками профессиональной гигиены полости рта, с последующим пломбированием стеклоиономерным цементом; общая патогенетическая терапия (совместно с интернистом назначение внутрь препаратов кальция, витаминных комплексов и рациональное полноценное питание).

Результаты. Комплексный интегрированный подход лечения кариеса у детей с несращениями губы и нёба оказался высоко достоверно ($p < 0,001$) эффективным в зависимости от исходного уровня эмалиевой резистентности. Данный подход также способствовал профилактике развития вторичного кариеса вокруг ранее наложенной пломбы.

Заключение. У детей с врожденными несращениями губы и нёба в ходе активной реализации комплексного метода лечения кариеса зубов отмечалось достоверное снижение кариесологических осложнений после пломбирование кариозной полости при низкой и очень низкой эмалиевой резистентности по всем изучаемым параметрам.

Ключевые слова: кариес, постоянные зубы, несращения губы и нёба, эмалиевая резистентность, atraumaticкое восстановительное лечение, стеклоиономерный цемент

Aim. To select the optimal method for caries treatment of permanent teeth with different degree of enamel caries-resistance in children with innate unjoining lip and palate.

Material and methods. Beside 40 children was examined the condition of hard tissue of teeth. In dependent of enamel resistance was using atraumatic restorative treatment with using of new technology of prepared teeth by minimum

invasive method with following filling by glassionomer cement. Among examined children, using enamel resistance test, revealed four level of resistance. Depending on the enamel resistance level, corresponding treatment was provided: a child with high and moderate enamel resistance was organized traditional treatment of caries. Children with low and very low enamel resistance had a complex of treatment-preventive approach in 3 directions: atraumatic restorative treatment of caries by method of minimal invasive prepared; local pathogenetic remotherapy by deep fluoridation combined with professional oral hygiene lessons, followed by filling of glassionomer's cement; general pathogenetic therapy (in conjunction with the internist oral administration of calcium preparations, vitamin complexes and rational nutrition).

Results. Complex of integration approach treatment of caries in children with innate unjoining lip and palate was highly reliable ($p < 0.001$) effective in depending of source level enamel resistance. This approach helped prevent the development of secondary caries around early assessed filling material.

Conclusion. Beside children with innate unjoining lip and palate in the course of active realization of the complex method of the treatment tooth decay was noted reliable reduction of cariesology complications after filling of carious cavity under low and very low enamel resistance on all under study parameters.

Key words: caries, permanent teeth, innate unjoining lip and palate., enamel resistance, atraumatic restorative treatment, glassionomer cement

Актуальность

Общеизвестна взаимосвязь зубочелюстных аномалий с предрасположенностью к кариесу зубов и его осложнениям и, как следствие, к ранней потере зубов и патологии височно-нижнечелюстных суставов [1, 4]. При обследовании 840 детей дошкольного возраста от трех до шести лет И.Н. Минаевой [4] было выявлено, что более 47% из них нуждаются в стоматологической профилактике и 15,7% - в ортодонтическом лечении (30 лет назад, по мнению автора, эти цифры соответствовали 35,1% и 12%).

Одной из основных проблем стоматологии является лечение кариеса зубов, так как эффективное и качественное лечение патологии твердых тканей зубов предупреждает развитие вторичного кариеса и эндодонтических осложнений [6]. Более трети всех кариесологических мероприятий терапевтического характера осуществляется в связи с вторичным и рецидивным кариесом, на что расходуется больше рабочего времени стоматолога [2].

По сведениям ряда исследователей [2, 5], целый ряд факторов, связанных со свойствами восстановительных реставраций и эмалевой резистентностью, влияет на состояние краевого прилегания пломб и развитие вторичного кариеса зубов. В связи с этим основополагающими методами профилактики вторичного и рецидивного кариеса зубов остаются соблюдение принципов препарирования кариозной полости и технологии восстановительной реставрации зубов, а также использование адекватных пломбировочных материалов и соблюдение гигиены апроксимальных зубных промежутков. Исходя из изложенного выше, проблема поиска современных технологий препарирования кариозных полостей остается актуальной.

Одним из факторов, определяющих реминерализацию твердых тканей зубов, является фтор. По мнению академика В.К. Леонтьева и соавт. [2], фторид высоко эффективен против кариеса, если он постоянно присутствует в полости рта в оптимальных концентрациях. В указанном аспекте, по их мнению, максимальным выделением ионов фтора обладают стеклоиономерные цементы и такие пломбировочные материалы на более высоком уровне обеспечивают соединение с тканями зуба. На сегодня, по данным отечественных авторов [3, 5], изучение эффективности применения стеклоиономерных цементов с использованием метода атравматическо-восстановительного лечения представляет наибольший интерес и является актуальной проблемой.

Цель исследования

Выбор оптимального метода лечения кариеса постоянных зубов с разной степенью эмалевой резистентности у детей с врожденными несращениями верхней губы и неба.

Материал и методы исследования

Для выполнения поставленных задач были обследованы 40 детей с расщелиной губы и неба в возрасте от 7 до 15 лет. С использованием теста эмалевой резистентности (ТЭР-теста) проводилась оценка состояния эмалевой поверхности к кислотному воздействию. С этой целью центральный резец верхней челюсти очищали от мягкого зубного налета, высушивали сухим ватным тампоном. Затем на середину вестибулярной поверхности резца диаметром 1,5 мм на 2-3 секунды пипеткой наносили протравочную кислоту. Протравку убирали сухим ватным тампоном, после чего участок окрашивали 2% раствором метиленового синего. Затем сухим ватным тампоном стирающими движениями снимали краситель

с поверхности эмали центрального резца. Под влиянием красителя протравленный участок окрашивался в синий цвет различной интенсивности.

Интенсивность окрашивания эмалевой поверхности оценивали с помощью 10-балльной оттеночной типографической шкалы синего цвета. При интенсивности окраски эмалевой поверхности от 1 до 3 баллов обследованных детей с расщелиной губы и нёба относили к группе высокой кариесрезистентности, 4-5 баллов – умеренной, 6-7 баллов – низкой, более 8 баллов – очень низкой кариесрезистентности (максимальная кариесподверженность).

Среди детей с врожденными несращениями верхней губы и нёба до начала лечения кариеса зубов проведены беседы по поводу факторов риска возникновения кариозной болезни, затем реализована профессиональная гигиена полости рта в полном объеме.

У детей с несращениями губы и нёба атравматичное восстановительное лечение проводилось под контролем кариес-детектора (0,5-1,0% раствор основного фуксина в пропиленгликоле). Применение кариес-детектора способствовало щадящему способу удаления только нежизнеспособных тканей кариозного очага и максимальному сохранению тканей зуба, способных к реминерализации после глубокого фторирования.

В зависимости от уровня эмалевой резистентности нами проводилось соответствующее лечение кариозного очага. Так, детям с высокой (от 1 до 3 баллов окрашивания) и умеренной (4-5 баллов) эмалевой резистентностью проведено традиционное лечение кариеса зубов. Детям с низкой (6-7 баллов) и очень низкой (более 8 баллов) кариесрезистентностью при лечении 26 зубов по поводу кариеса (14 моляр и 12 премоляр) с целью реминерализующей терапии был использован метод глубокого фторирования обработанной эмали и дентина препаратом Глуфторэд («ВладМиВа», Белгород). С этой целью сформированную и обезжиренную кариозную полость смачивали аппликатором, пропитанным жидкостью для первого туширования, оставляя на 30 секунд, после чего высушивали воздухом. Затем таким же способом проводили туширование второй жидкостью с последующим высушиванием струей воздуха. Указанный метод повторяли 2-3 раза с интервалом в 1 неделю. В течение этого времени сформированная обработанная кариозная полость пломбиралась дентином.

После окончания курса реминерализующей терапии методом глубокого фторирования, через 2-3 недели временная пломба заменялась постоянной – стеклоиономерной (Argion Molar AC). Предпочтение при восстановительно-реставрационной терапии кариозной полости названным препаратом объясняется тем, что современный стеклоиономерный цемент Argion Molar AC имеет высокое содержание серебра и выделяющие активные ионы фтора, обладающие максимальным противокариозным действием. Состояние пролеченных постоянных зубов у детей с расщелиной губы и нёба оценивалось через 6, 12 и 24 месяца.

Статистическую обработку полученных материалов проводили в компьютерной программе Microsoft Excel. Для определения статистической значимости среднеарифметических показателей использовали критерий Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

Полученные результаты свидетельствуют о том, что из 40 обследованных детей с врожденными несращениями верхней губы и нёба только у 5 (12,5%) установлен высокий уровень эмалевой резистентности, остальные 35 (87,5%) имели умеренные, низкие и очень низкие уровни кариесрезистентности. Так, у 8 (20,0%) обследованных был выявлен умеренный уровень эмалевой резистентности, у 11 (27,5%) - низкий и у 16 (40,0%) – очень низкий уровни резистентности.

Как следует из изложенных выше данных, у большинства обследованных детей определена низкая или очень низкая устойчивость эмали к кислотному воздействию (65,5%), что и прогнозирует развитие множественного кариеса зубов и требует дифференцированного подхода в зависимости от уровня эмалевой резистентности к лечению и профилактике кариеса зубов у лиц с расщелиной губы и нёба.

В зависимости от уровня эмалевой резистентности и метода лечения дети разделены на 2 группы. В контрольной группе лечение кариеса проводили традиционным методом: препарирование кариозной полости по Блэку, медобработка с последующим пломбированием силикофосфатным цементом Белацин. В основной группе у детей с высокой и умеренной эмалевой резистентностью также проводили традиционное лечение кариеса, а среди детей с низкой и очень низкой кариесрезистентностью реализовали комплекс лечебно-профилактического метода.

У детей с врожденными несращениями верхней губы и нёба комплексный лечеб-

но-профилактический метод кариесологического лечения реализовали в 3 направлениях: после проведения урока профессиональной гигиены полости рта и сеансов реминерализующей терапии обработанная полость методом микроинвазивного препарирования пломбировалась стеклоиономерным цементом; местная патогенетическая реминерализующая терапия препаратом Глуфторэд осуществлена с целью укрепления стенок и дна обработанного кариозного дефекта, профилактики рецидивирующего и вторичного кариеса в отдаленные сроки наблюдения после наложения постоянной пломбы; у лиц с низкой и очень низкой эмалевой резистентностью общая патогенетическая терапия (рациональное питание, соблюдение режима дня, назначение индивидуализированного медикаментозного лечения – после консультации с соответствующими специалистами - были назначены препараты кальция, витаминные комплексы и пробиотики 2-3 раза в день после еды) была направлена на повышение неспецифической резистентности организма и повышения его устойчивости к воздействию общих неблагоприятных факторов.

Как свидетельствуют полученные данные, после наложения стеклоиономерного цемента в основной группе обследованных детей через 6 и 12 месяцев не визуализировалось появления вторичного кариеса в пролеченных зубах, а спустя 24 месяца после наложения названной пломбы кариесологические осложнения в виде развития вторичного кариеса обнаружены в 14,9±2,7% случаев.

В основной группе пациентов другого вида кариесологического осложнения в виде нарушения краевого прилегания наложенных пломб через 6 месяцев не отмечалось, однако через 12 месяцев оно было зарегистрировано в минимальных количествах, составляя в среднем 1,2±0,8%. Значение данного осложнения через 24 месяца после наложения стеклоиономерного цемента увеличивалось до 7,5±1,2%, что в 6,25 раз больше, по сравнению с предыдущим сроком наблюдения.

Иная тенденция неблагоприятного направления наблюдалась у детей контрольной группы. Так, кариесологическое осложнение в виде вторичного кариеса было обнаружено спустя 6 месяцев после наложения как стеклоиономерной, так и традиционной пломб у 6,7±1,4% детей с расщелиной губы и нёба.

Частота проявления вторичного кариеса через 12 месяцев после наложения вышена-

званных пломб достигла 14,4±1,5%, увеличиваясь в 2,2 раза, по сравнению с предыдущим сроком наблюдения. Через 24 месяца наблюдения значение исследуемых показателей составило соответственно 28,7±2,9% и 4,3 раза, по сравнению с первоначальным сроком (6 мес.) наблюдения. В этих же сроках наблюдения нарушение краевой проницаемости ранее наложенных пломб составило 1,5±0,81%, 8,4±1,3% и 22,3±2,7% соответственно через 6 месяцев, спустя 12 месяцев и через 24 месяца, увеличиваясь в 6 и 15 раз в последующие сроки наблюдения, по сравнению с первоначальным сроком (6 мес.) наблюдения.

Проведенными исследованиями установлено, что при глубоком фторировании препаратом глуфторэд происходила глубокая минерализация, способствующая герметизации микротрещин эмали и канальцев дентина. В данном случае образующаяся герметизирующая субстанция обеспечивает эффективную защиту дентина и пульпы от вредного воздействия действующих агентов на границе «зуб-пломба». Герметизирующая прокладка, благодаря ионам меди в составе глуфторэда, обладает долговременной бактерицидной активностью, а входящая в состав жидкости гидроокись меди обладает более мощной дезинфицирующей силой. Именно по этой причине нанесенная жидкость на дно и стенки сформированной кариозной полости у детей основной группе способствовала предотвращению вторичного кариеса в ближайшие и отдаленные сроки наблюдения.

Заключение

Атравматично-инвазивный метод препарирования кариозной полости, реминерализация обработанной полости глуфторэдом, отсроченное пломбирование с профилактикой вторичного кариеса с последующим пломбированием стеклоиономерным цементом Argion Molar AC, содержащим активные ионы фтора, оказывают кариеспрофилактическое и реминерализующее воздействие в течение 24 месяцев наблюдения. Назначение детям с врожденными несращениями губы и нёба витаминных комплексов, препаратов кальция и пробиотиков способствует повышению реактивности организма. Такой комплексный подход к лечению кариеса постоянных зубов оказался достоверно эффективным у детей с несращениями верхней губы и нёба с низкой и очень низкой эмалевой резистентностью.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Дьякова С.В., Яковлев С.В., Першина М.А. Современный подход к диспансеризации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области. В кн.: Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. М., 2016. С. 85-88.

2. Леонтьев В.К., Пахомов Г.Н. Профилактика стоматологических заболеваний. М., 2016. 415 с.

3. Махмудов Д.Т. Результаты усовершенствования основных принципов санации полости рта у лиц с разной привычной двигательной активностью // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2018. № 3. С. 38-42.

4. Минаева И.Н. Профилактика зубочелюстно-лицевых аномалий как составляющая комплексной программы профилактики стоматологических заболеваний // Стоматология детского возраста и профилактика. 2016. № 3(4). С. 33-38.

5. Садиков Ф.О., Каримов С.М. Критерии оценки качества композитных реставраций зубов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2016. № 2. С. 71-74.

6. Садиков Ф.О. Результаты сравнительной оценки краевой проницаемости композитных пломб на этапах оперативно-восстановительного лечения кариеса (in vitro) // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2016. № 3. С. 55-57.

REFERENCES

1. Dyakova S.V., Yakovlev S.V., Pershina M.A. *Sovremennyy podkhod k dispanserizatsii detey s vrozhdyonnoy patologiyey chelyustno-litsevoy oblasti* [Modern approach to children's observation with innate pathology of maxillo-facial area]. *Vrozhdennaya i nasledstvennaya patologiya golovy, litsa i shei u detey: aktualnye voprosy kompleksnogo lecheniya* [Innate and hereditary pathology of the head and necks beside children: actual questions of the complex treatment]. Moscow, 2016. pp. 85-88.

2. Leontev V.K., Pakhomov G.N. *Profilaktika stomatologicheskikh zabolevaniy* [Prophylactics of dentistry diseases]. Moscow, 2016. 415 p.

3. Makhmudov D.T. *Rezultaty usovershenstvovaniya osnovnykh printsipov sanatsii polosti rta u lits s raznoy privychnoy dvigatelnoy aktivnostyu* [Results of the improvement of the cardinal principles of oral cavity sanation beside persons with different accustomed motor activity]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdavookhraneniya – Herald of postgraduated education in health sphere*, 2018, No. 3, pp. 38-42.

4. Minaeva I.N. *Profilaktika zubochelestno-litsevykh anomalii kak sostavlyayushchaya kompleksnoy programmy profilaktiki stomatologicheskikh zabolevaniy* [Preventive maintenance of teeth-maxilla-facial anomaly as forming comprehensive program of the preventive maintenance of dentistry diseases]. *Stomatologiya detskogo vozrasta i profilaktika – Herald of postgraduated education in health sphere*, 2016, No. 3 (4), pp. 33-38.

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

6. Sadikov F.O. *Rezultaty sravnitelnoy otsenki kraevoy pronitsaemosti kompozitnykh plomb na etapakh operativno-vosstanovitel'nogo lecheniya kariesa (in vitro)* [Results of the comparative estimation of marginal permeability composite seals on the stage of operative-reconstruction treatment of the caries]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdavookhraneniya – Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdavookhraneniya – Herald of postgraduated education in health sphere*, 2016, No. 3, pp. 55-57.

Сведения об авторах:

Обидов Самандар Алиевич – соискатель кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ; тел.: (+992) 9043803038

Ашуров Гаюр Гафурович – зав. кафедрой терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н., профессор; тел.: (+992) 988710992

Каримов Сафаррахмад Мунаварович – доцент кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н.; тел.: (+992)918616208

^{1,2}Одинаев Б.А.

ВОЗМОЖНОСТИ РЕСУРСОВ МЕСТНЫХ ПОКРОВНЫХ ТКАНЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ КИСТИ

¹Кафедра хирургических болезней № 2 имени академика Усманова Н.У. ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино»

²ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ

^{1,2}Одинаев В.А.

POSSIBILITIES OF RESOURCES OF LOCAL TISSUES IN TREATING THE CONSEQUENCES OF ELECTRICAL INJURY OF THE HAND

¹Department of Surgical Diseases No. 2 named after Academician Usmanov N.U. of the State Education Establishment «Avicenna Tajik State Medical University»

²State Institution “Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery” of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения пациентов с последствиями электрической травмы кисти и пальцев с использованием ресурсов местных покровных тканей.

Материал и методы. За период с 2010 по 2023 годы в отделении реконструктивной и пластической микрохирургии РНЦССХ 16 пациентам с целью устранения различных деформаций и контрактур кисти и пальцев использованы ресурсы местных покровных тканей.

Результаты. Наиболее сложной явилась коррекция контрактуры I-V пальцев, что в большинстве случаев потребовало выполнения операции в 2 и более этапов. Сложными явились и контрактуры II-V пальцев, которые сопровождались сращением проксимальных фаланг, дефектом ладони кисти ниже кожной складки. Этапность операции зависела от тяжести контрактуры, сочетания контрактуры с дефектами покровных тканей и тяжелыми деформациями некоторых пальцев, степени сдавления либо облитерации пальцевых сосудов.

При контрактуре I-V пальцев, когда имелось относительно благоприятное кровообращение местных тканей без наличия грубых рубцовых изменений, отсутствовали тяжелые изменения в пальцевых суставах и при удовлетворительном кровотоке в сосудах кисти и пальцев, выбор одноэтапной операции считался оптимальным вариантом лечения.

Заключение. Полноценное состояние местных тканей кисти и пальцев способствует широкому использованию местно-пластических операций с целью устранения деформации и контрактуры пальцев.

Ключевые слова: последствия электрической травмы, сосудисто-нервный пучок, контрактура кисти и пальцев, верхняя конечность, травмы и их последствия, мягкотканый дефект

Aim. Improving the results of surgical treatment of patients with consequences of electrical trauma of the hand and fingers using the resources of local integumentary tissues.

Material and methods. During the period from 2010 to 2023, in the Department of Reconstructive and Plastic Microsurgery of the Russian Research Center for Cardiovascular Surgery, 16 patients used local integumentary tissue resources to eliminate various deformities and contractures of the hand and fingers.

Results. Among the given number of patients, the most difficult was the correction of contracture of fingers I to V, which in most cases required an operation in 2 or more stages. Contractures of fingers II to V were also complex, which were accompanied by fusion of the proximal phalanges and a defect in the palm of the hand below the skin fold. Determining the stage of the operation depended on the severity of the contracture, the combination of contracture with defects of the integumentary tissues and severe deformities of some fingers, the degree of compression, or obliteration of the digital vessels.

With contracture of fingers I–V (Fig. 1), when there was relatively favorable blood circulation of local tissues without the presence of gross scar changes, no severe changes in the finger joints (Fig. 2) and satisfactory blood flow in the vessels of the hand and fingers, the choice of a one-stage operation was considered optimal treatment option.

Conclusion. The good condition of the local tissues of the hand and fingers contributes to the widespread use of local plastic surgery to eliminate deformation and contracture of the fingers.

Key words: *consequences of electrical injury, neurovascular bundles, contracture of the hand and fingers, upper limb, injuries and their consequences, soft tissue defect*

Актуальность

Среди этиологических факторов повреждения анатомических структур верхней конечности наиболее сложными являются последствия электрической травмы [1, 7]. Сложности травмы, полученной при воздействии электрическим током, прежде всего, связаны с обширностью электрического ожога, который в последующем приводит к развитию тяжелых деформаций и контрактур кисти и пальцев [3, 6]. Наряду с этим тяжелое повреждение нервных стволов и развитие мягкотканых дефектов, намного усугубляя тяжесть повреждения, требуют выполнения сложных, порою многоэтапных, методов реконструкции [2, 5]. Отличительной особенностью электрической травмы является протяженный характер повреждения тканей и позднее обращение пациентов за специализированной помощью по поводу последствий травмы [6].

Анализ данных ряда авторов показывает, что нередко контрактуры и дефекты покровных тканей кисти вследствие электрической травмы носят тяжелый характер, сопровождаются различными деформациями и в некоторых случаях, наряду с этими недугами, производятся вынужденные ампутации пальцев [3, 5].

В настоящее время имеется широкий диапазон традиционных и современных способов коррекции последствий электрической травмы кисти. Однако результаты традиционных операций остаются малоутешительными, а осуществление современных методов реконструкции не всегда возможны в условиях большинства стационаров. Наличие тяжелых деформаций и контрактур на почве глубоких изменений мягких тканей и сосудисто-нервных пучков, намного усложняя выбор метода операции, требует индивидуального подхода [3, 7]. Вместе с тем, нередко, протяженная послеожоговая рана, способствуя развитию дефекта покровных тканей, приводит к развитию вторичных деформаций и контрактур кисти и пальцев [2, 5].

Хирургическая коррекция дефекта покровных тканей, сочетающегося с контрак-

турами и деформациями, является сложной проблемой реконструктивной микрохирургии, требующей от хирургов решения ряда сложных задач. Порою возможности местно-пластического ресурса при более обширных дефектах резко ограничиваются, возникает необходимость применения васкуляризованного комплекса тканей [1-3]. Другим нерешенным аспектом при сочетании дефекта с контрактурой, деформациями и повреждениями СНП является определение очередности этапов операции. Оптимальным для больного в плане укорочения сроков реабилитации, достижения оптимальных результатов в относительно ранние сроки является выполнение операции в один этап, что в большинстве случаев не удается осуществить [3, 7]. Выбор этапного осуществления операции, в первую очередь, зависит от состояния местных тканей, характера повреждения, протяженности мягкотканого дефекта, а также состояния костно-суставной системы кисти и пальцев. Нередко создание благоприятной почвы путем использования васкуляризованного комплекса тканей, как первого этапа операции, создаёт благоприятный фон для реконструкции поврежденных структур, восстановление которых осуществляется в последующем [5]. Осуществление операции в несколько этапов отвечает всем требованиям реконструктивной микрохирургии и травматологии, но запоздалая реконструкция СНП, сухожилий в некоторых случаях не позволяет достичь желаемых результатов. Однако выбор оптимального метода реконструкции, разделение операции на несколько этапов, адекватно проведенная реабилитация в послеоперационном периоде и в ряде случаев проведение корректирующих операций, намного снижая частоту инвалидизации пациентов, могут улучшить качество жизни пострадавших [3, 4].

Таким образом, анализ литературы, посвященной проблемам лечения последствий электрической травмы верхней конечности, показывает, что многие аспекты этой патологии остаются нерешенными, сложность изменений всех поврежденных структурах кисти требуют строгого индивидуального подхода.

Выбор этапов операции во многом зависит от характера повреждения СНП, сухожилий и костей, протяженности дефекта покровных тканей, возможностей местно-пластического ресурса самой кисти.

Цель исследования

Улучшение результатов хирургического лечения пациентов с последствиями электрической травмы кисти и пальцев использованием ресурсов местных покровных тканей.

Материал и методы исследования

За период с 2010 по 2023 годы в отделении реконструктивной и пластической микрохирургии РНЦССХ 16 пациентам с целью устранения различных деформаций и контрактур кисти и пальцев использованы ресурсы местных покровных тканей.

Среди 16 пациентов изолированная приводящая контрактура I пальца имела место у 1, сочетание приводящей контрактуры I-II – у 3, I-II-III пальцев – у 2 и с I по V пальцы – у 5 пациентов. У одного пациента имелась контрактура большого пальца и мизинца с дефектом мягких тканей ладони кисти. Тяжелая степень контрактуры со II по V пальцы с дефектом кожного покрова ладони кисти отмечалась у 4 пациентов.

В предоперационном периоде всем пациентам определяли объём движений в суставах пальцев, степень нарушения сенсорной

активности, а также степень кровообращения пальцев. Всем пациентам была проведена рентгенография пальцев и кисти, термометрия и реовазография. УЗДГ была выполнена всем пациентам, в 4 случаях произведена ЭНМГ.

Результаты и их обсуждение

Среди приведенного числа пациентов наиболее сложной явилась коррекция контрактуры с I по V пальцев, что в большинстве случаев потребовало выполнения операции в 2 и более этапов. Сложными явились и контрактуры II-V пальцев, которые сопровождались сращением проксимальных фаланг, дефектом ладони кисти ниже кожной складки. Определение этапности операции зависело от тяжести контрактуры, сочетания контрактуры с дефектами покровных тканей и тяжелыми деформациями некоторых пальцев, степени сдавления либо облитерации пальцевых сосудов.

При контрактуре I-V пальцев (рис. 1), когда отмечалось относительно благоприятное кровообращение местных тканей без наличия грубых рубцовых изменений, отсутствовали тяжелые изменения в пальцевых суставах (рис. 2) и имелся удовлетворительный кровоток в сосудах кисти и пальцев, выбор одноэтапной операции считался оптимальным вариантом лечения.



Рис. 1. Сочетание контрактуры I-V пальцев



Рис. 2. Рентгенограмма кисти

При УЗДГ сравнении степени кровообращения пальцев, ладонных дуг отмечалась значительная вариабельность скорости кровотока в зависимости от степени тяжести контрактуры, деформации и протяженности рубцового дефекта пальцев и кисти. При

тяжелых деформациях пальцев степень изменения скорости кровотока варьировала от 5,0 см/сек до 8,0 см/сек (рис. 3). При локализованном характере патологии нарушений магистрального кровотока по артериям предплечья не отмечалось, хотя из-за

наличия периферического сопротивления происходило усиление скорости кровотока по ладонным дугам.



Рис. 3. Снижение скорости кровотока I пальца

При осуществлении операции в один этап мобильность местно-пластического ресурса без его грубых изменений имела немаловажное значение. Прогнозирование первичного закрытия образовавшихся дефектов после



Рис. 4. Устранение контрактуры пальцев

устранение контрактуры и деформации во многом зависело от состояния тканей самих пальцев и кисти. Но разделение операции на 2 и более этапа либо устранение контрактур и деформаций всех пальцев в один этап сугубо зависели от тяжести контрактуры. Соблюдение правил существующих стандартов местно-пластических операций в ряде случаев позволило осуществить радикальную операцию.

В зависимости от вида деформации большого пальца, угла первого межпальцевого промежутка, степени тяжести контрактуры II – V пальцев использовались операции на основе Z-пластики и её модификации (Z-пластика, П - пластика, способы "butterfly", Hirshowitz).

Операция, осуществленная под оптическим увеличением, независимо от возраста пациента, с наложением кровоостанавливающего жгута предотвращала ятрогенное повреждение пальцевых сосудисто-нервных пучков, способствовала поднятию полноценных кровоснабжаемых кожно-жировых лоскутов (рис. 4). Фиксация пальцев в физиологическом положении (рис. 5) обеспечивала стабильное состояние пальцев, предотвращала рецидив контрактуры.



Рис. 5. Фиксация пальцев спицами

Среди 5 пациентов с контрактурой I-V пальцев операция в один этап была осуществлена 3 и в два этапа - двум остальным пациентам.

При контрактуре II-V пальцев (4) с дефектом кожного покрова кисти было решено устранить патологию в один этап. После разобщения проксимальных фаланг пальцев и устранения контрактур в двух случаях дефект ладони кисти был укрыт кожным трансплантатом и ещё в двух случаях - осевым паховым лоскутом.

Одноэтапное устранение контрактур было осуществлено у остальных 7 пациентов,

развившиеся дефекты кожи относительно небольших размеров в некоторых случаях были укрыты кожными трансплантатами.

Следует отметить, что среди 16 пациентов интраоперационно выявленные облитерации пальцевой артерии I пальца имелись у одного, III пальца - у двух пациентов. С учетом облитерации и компенсированного характера кровообращения показания к восстановлению артерий не были выставлены. В 3 наблюдениях при операции было обнаружено повреждение пальцевых нервов, в 2 случаях в момент устранения контрактуры отмечалось ятрогенное повреждение

нервов. Под оптическим увеличением все поврежденные нервы были восстановлены.

В ближайшем послеоперационном периоде раневые осложнения имели место в одном наблюдении, что составило 6,2%. Данный показатель, по данным авторов, варьирует от 5% до 22% [4, 8]. Нагноение раны первого межпальцевого промежутка на 4 сутки после операции привело к расхождению швов с последующим развитием рецидива патологии, что потребовало повторной коррекции с удачным исходом. Частичный некроз верхушек лоскутов имелся у 3 пациентов, который на результаты операции не повлиял.

В отдаленные сроки от 6 месяцев до 2 лет наблюдались все оперированные пациенты. Рецидив имелся лишь в одном случае, о котором упоминалось выше. Функциональные результаты операции во всех случаях удовлетворяли пациентов, после транспозиции пахового лоскута в одном случае возникла необходимость к коррекции лоскута по эстетическим показаниям. УЗДГ ладонных артериальных дуг и пальцевых артерий было выполнено в сроки более 6 месяцев, при этом отмечалось значительное ускорение скорости кровотока по исследуемым сосудам (рис. 6).

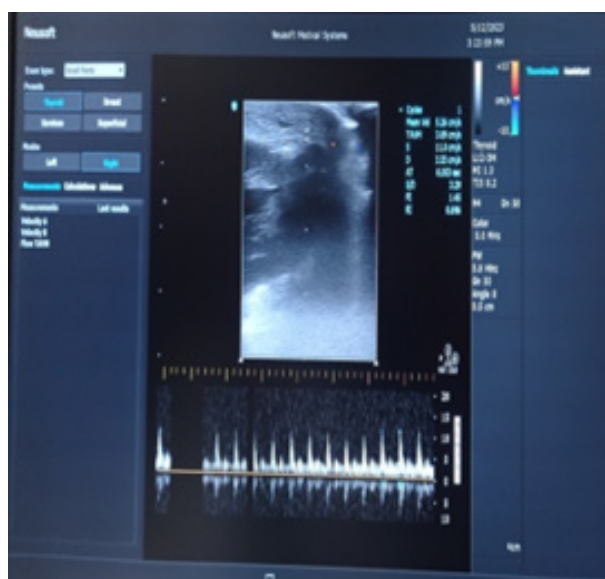


Рис. 6. Ускорение скорости кровотока

Ограничения объёма движений в пальцах не отмечалось, приведение и отведение пальцев было удовлетворительным. Противопоставление большого пальца находилось в пределах нормы, сформированные межпальцевые промежутки отвечали функциональным и эстетическим требованиям.

Заключение

Таким образом, наличие контрактур, деформаций и дефектов покровных тканей кисти и пальцев, ограничивая использование кисти в быту и производстве, ведет к инвалидизации пациентов. Полноценное состояние местных тканей кисти и пальцев способствует

широкому использованию местно-пластических операций с целью устранения деформации и контрактуры пальцев. Наличие протяженного дефекта покровных тканей кисти в ряде случаев требует использования васкулярного комплекса тканей, в других ситуациях проблема решается использованием аваскулярных кожных трансплантатов. Применение оптического увеличения и прецизионной техники в ходе операции наряду с оптимальной мобилизацией кожно-жировых лоскутов предотвращает повреждение пальцевых сосудисто-нервных пучков и тем самым положительно влияет на результаты проведенных операций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллоев Д.А. и др. Некоторые аспекты ожоговых травм в Республике Таджикистан (распространенность, проблемы и перспективы лечения) // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2018. Т. 8, № 1 (25). С. 5-9

2. Агаджанова К.В. и др. Восстановление кожных покровов после ожогов средней тяжести // Medical sciences. 2020. № 26 (50). С. 27–30

3. Агаджанова К.В. и др. Ожоги: классификация и подходы к лечению в зависимости от степени тяжести

// Medical sciences. 2019. № 2 (54). С. 10-14

4. Адмакин А.Л. Ожоговые рубцы: особенности развития, диагностики и коррекции консервативными методами // Клиническая медицина. 2018. Т. 96, № 1. С. 20 – 24

5. Стяжкина С.Н. Актуальные проблемы лечения ожоговых ран у пациентов с синдромом дисплазии соединительной ткани // Медико-фармацевтический журнал «Пuls». 2019. Т. 21, № 1. С. 99 – 102

6. Спиридонова Т.Г. Электротравма: характеристика пострадавших, методы оперативного лечения, микрофлора ран // Медицинский алфавит. Неотложная медицина. 2018. Т. 3, № 28. С. 59-62

7. Маликов М.Х. и др. Устранение посттравматических дефектов покровных тканей верхних конечностей // Пластическая хирургия и эстетическая медицина. 2020. №1. С.74-82.

REFERENCES

1. Abdulloev D.A. Nekotorye aspekty ozhogovykh travm v Respublike Tadjikistan (rasprostranennost, problemy i perspektivy lecheniya) [Some Aspects of Burn Injuries in the Republic of Tajikistan (Prevalence, Problems, and Treatment Prospects)]. *Vestnik Akademii meditsinskikh nauk Tadjikistana – Bulletin of the Academy of Medical Sciences of Tajikistan*, 2018, Vol. 8, No. 1 (25), pp. 5-9.

2. Agadzhanova K.V. Vosstanovlenie kozhnykh pokrovov posle ozhogov sredney tyazhesti [Recovery of skin after moderate burns]. *Medical sciences – Medical sciences*, 2020, No. 26 (50), pp. 27-30.

3. Agadzhanova K.V. Ozhogi: klassifikatsiya i podkhody k lecheniyu v zavisimosti ot stepeni tyazhesti [Burns: classification and treatment approaches according

to severity]. *Medical sciences – Medical sciences*, 2019, No. 2 (54), pp. 10–14.

4. Admakin A.L. Ozhogovye rubtsy: osobennosti razvitiya, diagnostiki i korrektsii konservativnymi metodami [Burn scars: peculiarities of development, diagnosis and correction using conservative methods]. *Klinicheskaya meditsina – Clinical medicine*, 2018, Vol. 96, No. 1, pp. 20-24.

5. Styazhkina S.N. Aktualnye problemy lecheniya ozhogovykh ran u patsientov s sindromom displazii soedinitelnoy tkani [Current problems of burn wound treatment in patients with connective tissue dysplasia syndrome]. *Mediko-farmatsevticheskiy zhurnal «Puls» – Medical and pharmaceutical journal “Pulse”*, 2019, Vol. 21, No. 1, pp. 99-102.

6. Spiridonova T.G. Elektrotavma: kharakteristika posttravmaticheskikh defektov pokrovnykh tkaney, metody operativnogo lecheniya, mikroflora ran [Electrical trauma: characteristics of victims, methods of surgical treatment, microflora of wounds]. *Meditsinskiy alfavit. Neotlozhnaya meditsina – Medical alphabet. Emergency medicine*, 2018, Vol. 3, No. 28, pp. 59-62.

7. Malikov M.Kh. Ustranenie posttravmaticheskikh defektov pokrovnykh tkaney verkhnikh konechnostey [Elimination of post-traumatic defects of the integumentary tissues of the upper extremities]. *Plasticheskaya khirurgiya i esteticheskaya meditsina – Plastic surgery and aesthetic medicine*, 2020, No. 1, pp. 74-82.

Сведения об авторах:

Одинаев Баходур Авезович – докторант PhD кафедры хирургических болезней № 2 им. акад. Н.У. Усманова, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино; тел.: (+992) 988766399; e-mail: medicodinaev@mail.ru

¹Разакова Ш.К., ¹Зарипов А.Р., ²Исмоилов А.А.

О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ ПРОФИЛАКТИКИ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С АНОМАЛИЯМИ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

¹Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино»

²Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

¹Razakova Sh.K., ²Zaripov A.R., ²Ismoilov A.A.

ABOUT SOME ASPECT OF THE PROPHYLACTIC OF ORTHODONTIC COMPLICATIONS BETWEEN CHILDREN WITH ANOMALY OF TEETH-MAXILLARY SYSTEMS

¹Department of Orthopedic Dentistry of the State Educational Establishment «Avicenna Tajik State Medical University»

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

Цель исследования. Изучить реминерализационно-гигиенические аспекты профилактики ортодонтических осложнений при использовании несъемной ортодонтической конструкции у детей с аномалиями зубочелюстной системы.

Материал и методы. Обследовали 150 детей и подростков с аномалиями зубочелюстной системы в возрасте от 12 до 16 лет с несъемными ортодонтическими конструкциями. Приступая к ортодонтическому лечению аномалии зубочелюстной системы у детей, исходили из того, что лечебно-профилактические методы обучения таких пациентов должны состоять из двух частей: 1-я часть – общая, т.е. в ней необходимо объяснить и после этого обучить, как следует проводить индивидуальную гигиеническую процедуру в полости рта; 2-я часть – специализированная, она должна касаться особенностей ухода за полостью рта и ортодонтическим аппаратам в данных конкретных условиях, в соответствии с новой стоматологической ситуацией полости рта.

Результаты. Необходимым условием успешной профилактики ортодонтических осложнений являются реминерализирующая терапия, правильный выбор методов и средств индивидуальной гигиены полости рта.

Заключение. У детей с несъемными ортодонтическими конструкциями проведение реминерализирующей терапии рекомендуется проводить за 1 месяц до фиксации соответствующего аппарата. Рациональная гигиена полости рта с использованием зубной щетки и пасты является неотъемлемой частью общей гигиены организма.

Ключевые слова: аномалия зубочелюстной системы, несъемная ортодонтическая конструкция, ортодонтическое осложнение, гигиена полости рта, реминерализационная терапия

Aim. To study of remineralizing-hygienic prophylactic's aspect of the orthodontics complications under using of unfixed orthodontic designs beside children with anomaly of teeth-maxillary system.

Material and methods. Examined 150 children and teenager 12-18-year-old with unfixed orthodontic designs. Proceeding to orthodontic treatment of the anomalies of teeth-maxillary systems beside children, came from medical-preventive methods of the education such patient must consist of two parts: 1-st part - general i.e. in it necessary to explain and hereon train, what follows to conduct the individual hygienic procedure in oral cavity; 2-nd part - specialized, she must concern the particularities of the care for oral cavity and orthodontics device in given concrete condition, in accordance with new dentistry situation of oral cavity.

Results. The necessary condition of the successful preventive maintenance of orthodontics' complications is remineralizing therapy, right choice of the methods and facilities individual hygiene of oral cavity.

Conclusion. Beside children with unfixed orthodontic design undertaking remineralizing therapy is recommended conduct for 1 month before fixation of corresponding device. Rational hygiene of oral cavity with using of toothbrush and pastes are an integral part general hygiene organism.

Key words: anomaly of teeth-maxillary system, unfixed orthodontic design, orthodontic complication, hygiene of oral cavity, remineralizing therapy

Актуальность

У пациентов, проходящих ортодонтическое лечение, которое нередко сопровождается различными патологическими процессами со стороны пародонта, особенно важен выбор лечебно-профилактических средств индивидуальной гигиены полости рта. Чаще всего при использовании несъемных ортодонтических конструкций (брекетов) развивается гингивит. Этиологическим фактором гингивита являются микробная пленка, как результат неудовлетворительной гигиены полости рта, химические вещества, механические воздействия (острая или хроническая травма зуба, перемещение зубов при ортодонтическом лечении), зубочелюстные деформации, вредные привычки, снижение резистентности организма [1, 3, 6].

Выбор средств индивидуальной гигиены полости рта определяется тем видом ортодонтической конструкции, которая используется для исправления патологии прикуса, положения зубов или других видов аномалий зубочелюстной области. Методы индивидуальной гигиены полости рта, их последовательность, характер и особенности проведения, в первую очередь, будут зависеть от того, какая это конструкция (съемная или несъемная), сколько задействовано зубов, покрывает ли она небо или перемещение осуществляется за счет периодического форсирования замкового прикрепления и др. [2, 4, 5, 7].

С учетом изложенного выше, мы рассмотрим ситуацию ортодонтического лечения с использованием обширных несъемных ор-

тодонтических конструкций типа брекет-систем с лабиальным их расположением, что, естественно, осложняет и затрудняет проведение любых индивидуальных гигиенических процедур в полости рта. В данном случае из-за обилия металлических, пластмассовых и пластиковых элементов в несъемной ортодонтической конструкции игнорирование регулярных систематических и продолжительных индивидуальных гигиенических процедур в полости рта недопустимо – иначе лечение ортодонтического характера может закончиться необратимыми и непоправимыми нарушениями, а деминерализация эмали – самая незначительная из них, но, тем не менее, она является той отправной точкой, после накопления мягкого зубного налета с которого начинаются все ортодонтические осложнения.

Цель исследования

Профилактика стоматологических осложнений ортодонтического генеза у детей и подростков при использовании обширных несъемных конструкций типа брекет-систем с лабиальным их расположением.

Материал и методы исследования

Было обследовано 150 детей и подростков в возрасте от 12 до 18 лет, имеющих сужение зубных рядов в области функционально-ориентированных фронтальных групп зубов. Из них у 120 (80,0%) школьников отмечали скученное положение передних зубов (1-я группа) и 30 (20,0%) детей, не имеющих данной патологии зубочелюстной системы (2-я группа – контроля) (рис. 1).



Рис. 1. Распределение обследованных школьников основной и контрольной групп

Для постановки диагноза «сужение зубных рядов» в зависимости от нарушения окклюзионно-артикуляционных взаимоотношений проводили измерения на диагностическом моделях с помощью штангенциркуля: определялся индекс Пона в интерпретации Линдера и Харта.

Статистический анализ материала выполнялся с помощью пакета прикладных программ. Изучение характера распределения выборки и соответствие нормальному распределению проводилось с использованием критерия Колмогорова-Смирнова. Вычислялись абсолютные и относительные

значения, для количественных показателей определялось среднее значение и его ошибка, а также значения медианы и интерквартильного размаха. При парных сравнениях с целью определения статистической значимости наблюдаемых различий в группах использовался критерий Стьюдента. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

В ходе визуализации «сужение зубных рядов» скученность положения зубов I степени диагностировалась у 85 (70,8%) детей, II степени – у 23 (19,2%), III степени – у 12 (10,0%) обследованных (рис. 2).

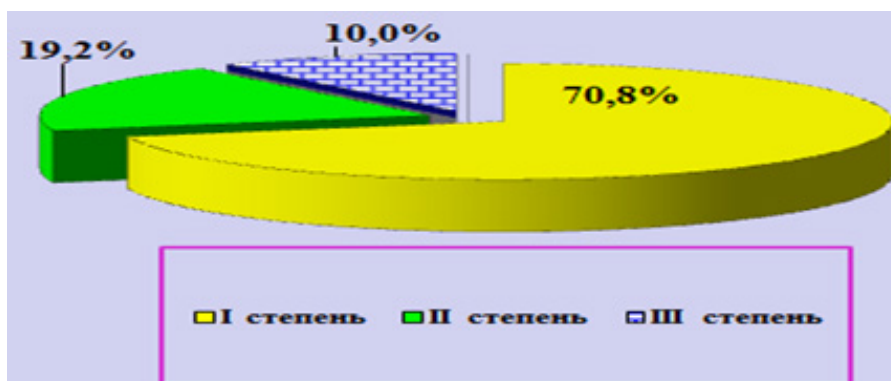


Рис. 2. Распределение обследованных детей в зависимости от степени тесного положения зубов

Среди обследованных детей основной группы появление ретенционных пунктов в полости рта при использовании несъемной ортодонтической конструкции влекло за собой изменение состава микрофлоры полости рта, что проявляется в появлении очагов деминерализации в зоне прикрепления элементов брекет-системы

в вестибулярной поверхности зубов. В большей степени очаги деминерализации ортодонтического генеза появляются в пришеечных областях зубов ($68,6 \pm 4,3\%$) и вокруг основании брекетов ($31,4 \pm 1,7\%$) на вестибулярной поверхности эмали, т.е. в зоне, по сути, иммунной для кариозного поражения (рис. 3).

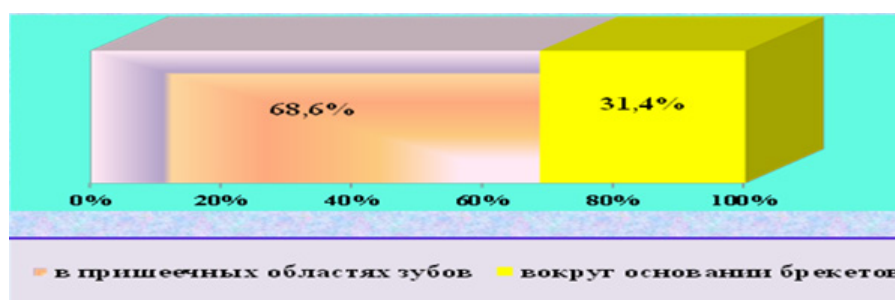


Рис. 3. Топическое расположение очагов деминерализации эмалевой поверхности ортодонтического генеза

При использовании несъемной ортодонтической конструкции у детей с аномалиями зубочелюстной системы в $6,8 \pm 0,3\%$ случаев обнаружена дисколорация эмалевой поверхности по окончании ортодонтического лечения. Следует отметить, что такие изменения цвета вестибулярной поверхности эмали зубов обнаружены у

детей и подростков с порочным развитием твердых тканей зубов, а именно с системной гипоплазией эмали.

Несъемная ортодонтическая конструкция является своего рода постоянным механическим раздражителем, особенно у детей, имеющих небольшие коронки зубов. У таких пациентов (27 детей) очень часто диагно-

стировались явления катарального и гипертрофического гингивита ортодонтической природы (в 44,4±3,3% и 18,5±1,6% случаев соответственно; 12 и 5 детей). В остальных случаях (37,1±2,7% случаев; 10 детей) состояние мягких тканей пародонта оказалось интактным.

Проведение реминерализующей терапии рекомендуется за 1 месяц до фиксации несъемной ортодонтической конструкции. Наиболее широко применяемым методом местной терапии является аппликационный способ, когда реминерализующее средство наносят на очищенную высушенную поверхность зуба. Для этого имеется множество методик повышения резистентности эмали: Леуса-Боровского; применения препарата «Ремодент»; кальций-фосфатные гели; глубокого фторирования.

Рациональная гигиена полости рта с использованием зубной щетки и пасты является неотъемлемой частью общей гигиены индивидуума. Эффективность ее во многом зависит от методов чистки зубов и десен. В связи с этим для детей и подростков с несъемной ортодонтической конструкцией нами предложен следующий метод чистки зубов: сначала выполняются вертикальные движения, затем - горизонтальные движения зубной щеткой ОРТО вдоль всей ортодонтической дуги на верхней и нижней челюстях для удаления остатков пищи с вестибулярной поверхности зуба. Далее межзубной щеткой со сменными ершиками производят вертикальные движения под

ортодонтической дугой вдоль каждого брекета. Затем по стандартной методике (если нет никаких дополнительных элементов с небной поверхности на верхней челюсти и с язычной поверхности на нижней челюсти) производится чистка с внутренней стороны зубов. На завершающем этапе используется зубная нить (флосс).

Заключение

Клинические наблюдения с использованием методов объективного контроля (индекса гигиены, РМА, пробы Шиллера-Писарева, ТЭР-теста) свидетельствуют о том, что рекомендации по уходу за полостью рта и назначение гигиенических средств у детей и подростков должны быть строго индивидуальными и зависеть от вида и качества ортодонтического аппарата, состояния зубов и окружающих их тканей.

Необходимым условием успешной профилактики ортодонтических осложнений у детей и подростков являются реминерализующая терапия, правильный выбор методов и средств индивидуальной гигиены полости рта.

Решением проблем профилактики ортодонтических осложнений у детей и подростков с аномалиями зубочелюстной системы при функционировании несъемной ортодонтической конструкции должен заниматься не только врач-ортодонт, но и врач-гигиенист.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 4-7 см. в REFERENCES)

1. Вольф Г.Ф., Хэссел Т.М. Пародонтология. Гигиенические аспекты. М.: МЕДпресс-информ, 2014. 360 с.
2. Еловицова Т.М., Белоконова Н.А. Состояние тканей пародонта и параметров ротовой жидкости у больных пародонтитом под влиянием жидких средств гигиены // Пародонтология. 2013. № 2. С. 55-59.
3. Ушаков Р.В., Елисеева Н.Б., Царев В.Н. Обоснование применения средств индивидуальной гигиены «Parodontax» в терапии и профилактики гингивита при ортодонтическом лечении // Стоматология для всех. 2015. № 1(70). С. 50-54.

REFERENCES

1. Volf G.F., Khessel T.M. *Parodontologiya. Gigenicheskie aspekty* [Parodontology. Hygienic aspects]. Moscow, MEDpress-inform Publ., 2014. 360 p.
2. Elovikova T.M., Belokonova N.A. *Sostoyanie tkaney parodonta i parametrov rotovoy zhidkosti u bolnykh parodontitom pod vliyaniem zhidkikh sredstv gigeny*

[The condition of parodontal tissues and parameter of oral liquid beside patients with parodontitis under influence of the fluid facilities hygiene]. *Parodontologiya – Parodontology*, 2013, No. 2, pp. 55-59.

3. Ushakov R.V., Eliseeva N.B., TSarev V.N. *Obosnovanie primeneniya sredstv individualnoy gigeny «Parodontax» v terapii i profilaktiki gingivita pri ortodonticheskom lechenii* [Motivation of the using the facilities of individual hygiene "Parodontax" in therapy and prophylactic of the gingivitis under orthodontic treatment]. *Stomatologiya dlya vseh – Dentistry for all*, 2015, No. 1 (70), pp. 50-54.

4. Bakdash B. Current patterns of oral hygiene product use and practices. *Journal of Periodontology*, 2010, Vol. 8, pp. 11-14.

5. Glantz P.O., Nilner K., Jendersen M.D. Quality of fixed prosthodontics after 15 years. *Acta Odontologica Scandinavica*, 2013, No. 51, pp. 247-252.

6. Husseini A., Slot D.E., Van der Weijden G.A. The efficacy of oral irrigation in addition to a toothbrush on plaque and the clinical parameters of periodontal inflam-

mation: a systematic review. *International Journal of Dental Hygiene*, 2018, Vol. 6, No. 4, pp. 304-314.

7. Jaime R.A., Bonini G.C., Mendes F.M. Oral health education program on dental caries incidence for school children. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 2015. Vol. 39, No. 3, pp. 277-283.

Сведения об авторах:

Разакова Шахзода Кахрамоновна – аспирант кафедры ортопедической стоматологии ГОУ «Таджикский госу-

дарственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино»; тел.: (+992) 918655012

Зарипов Акбар Рахмонович – зав. кафедрой ортопедической стоматологии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино», к.м.н., доцент; тел.: (+992) 938036329

Исмоилов Абдурахим Абдулатифович – доцент кафедры терапевтической стоматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», д.м.н.; тел.: (+992) 927780009

^{1,2}Расулов С.Р., ^{1,2}Обидов Д.С.

МЕСТНЫЕ РЕЦИДИВЫ И ЧАСТОТА РЕАЛИЗАЦИИ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ У БОЛЬНЫХ ДИФФУЗНЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБЪЕМА ОПЕРАЦИИ

¹ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

²ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН РТ

^{1,2}Rasulov S.R., ^{1,2}Obidov D.S.

LOCAL RECURRENCE AND FREQUENCY OF DISTANT METASTASES IN PATIENTS WITH DIFFUSE BREAST CANCER DEPENDING ON THE VOLUME OF SURGERY

¹State Education Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»

²State Institution «Republican Oncological Research Center» Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan

Цель исследования. Изучить сроки появления местных рецидивов и реализации отдаленных метастазов у больных диффузным раком молочной железы (РМЖ) в зависимости от объема операции.

Материал и методы. Группы исследования включали 50 больных диффузной формой РМЖ. Больные в зависимости от объема хирургического вмешательства были распределены на две группы: 24 (основная группа) пациенткам выполнена расширенная модифицированная мастэктомия с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки ТДЛ- и TRAM-лоскутами и 26 (контрольная группа) пациенткам произведена радикальная мастэктомия с закрытием дефекта передней грудной стенки местными тканями. Сроки появления местных рецидивов и реализации отдаленных метастазов изучали с момента выписки больных из отделения после операции.

Результаты. В течение 36 месяцев местные рецидивы после операции появились у 8,4% больных основной группы, в контрольной группе до 24 месяцев местные рецидивы отмечены у 34,6%, т.е. частота местных рецидивов у больных контрольной группы отмечена в 4 раза больше, чем у больных основной группы. Отдаленные метастазы в период наблюдения появились у 9 (37,5%) больных основной группы и у 8 (30,8%) контрольной группы, что относительно сопоставимо.

Заключение. Частота местных рецидивов у больных диффузным РМЖ имеет непосредственную связь с объемом проведенной мастэктомии и в 4 раза меньше у больных после расширенной модифицированной мастэктомии с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки ТДЛ и TRAM-лоскутами, по сравнению с традиционной мастэктомией и закрытием дефекта местными тканями. Объем хирургического вмешательства не влияет на частоту и сроки реализации отдаленных метастазов у больных диффузным РМЖ.

Ключевые слова: диффузный рак молочной железы, хирургическое лечение, местные рецидивы, отдаленные метастазы

Aim. To study the timing of the appearance of local relapses and the realization of distant metastases in patients with diffuse breast cancer, depending on the volume of surgery.

Material and methods. The study groups included 50 patients with diffuse breast cancer. Patients, depending on the volume of surgical intervention, were divided into two groups: 24 (main group) patients underwent an extended modified mastectomy with closure of the soft tissue defect of the chest wall with TDL and TRAM flaps and 26 (control group) patients underwent radical mastectomy with closure of the anterior defect chest wall with local tissues. The

timing of the appearance of local relapses and the occurrence of distant metastases was studied from the moment the patients were discharged from the department after surgery.

Results. Within 36 months, local relapses after surgery appeared in 8,4% of patients in the main group, and in the control group up to 24 months, local relapses were noted in 34,6%, i.e. the frequency of local relapses in patients of the control group was 4 times higher than in patients of the main group. Distant metastases appeared during the follow-up period in 9 (37,5%) patients of the main group and 8 (30,8%) of the control group.

Conclusion. The frequency of local relapses in patients with diffuse breast cancer is directly related to the volume of mastectomy performed, and is 4 times less in patients after extended modified mastectomy with closure of the soft tissue defect of the chest wall with TDL and TRAM flaps, compared with traditional mastectomy and closure of the defect with local tissues. The volume of surgical intervention does not affect the frequency and timing of distant metastases in patients with diffuse breast cancer.

Key words: diffuse breast cancer, surgical treatment, local recurrence, distant metastases

Актуальность

В клинических рекомендациях по раку молочной железы (РМЖ) представлено определение (2021): «диффузные формы характеризуются диффузным уплотнением всей ткани молочной железы, обусловленным опухолевой инфильтрацией, увеличением ее размеров, гиперемией кожи молочной железы и местной гипертермией (при маститоподобных и рожистоподобных формах возможна общая температурная реакция), выраженным симптомом «лимонной корки» по всей поверхности молочной железы, резким утолщением соска и складки ареолы, втяжением и прочной фиксацией соска, в подавляющем большинстве случаев имеются пораженные подмышечные лимфатические узлы». Нередко возникает необходимость в дифференциации заболевания от мастита и рожистого воспаления [2].

На долю диффузных форм РМЖ приходится около 15-17%. Большую часть диффузных форм РМЖ составляют отечные формы [4]. В Республике Таджикистан доля больных диффузных форм РМЖ, по данным 2015 года, составляет 24,7%.

При диффузном РМЖ объем выполняемых операций значительно превышает объемы традиционных мастэктомий. Авторы, проводившие такие операции, называют их сверхрадикальными мастэктомиями или расширенными модифицированными мастэктомиями [4-11].

Выполнение таких операций стало возможным благодаря совершенствованию методик реконструктивно-пластической хирургии в последние десятилетия. В результате сверхрадикальных операций формируются обширные дефекты мягких тканей, которые приходится закрывать кожно-мышечными лоскутами, перемещенными на сосудистых ножках [1, 3, 8, 9].

Цель исследования

Изучить сроки появления местных рецидивов и реализации отдаленных метастазов у

больных диффузным раком молочной железы после расширенной модифицированной мастэктомиями с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки перемещенными лоскутами и традиционной мастэктомии с закрытием дефекта местными тканями.

Материал и методы исследования

В основу настоящего исследования положены клинические наблюдения за 50 больными с диффузной формой РМЖ, получавших лечение в отделении маммологии и реконструктивной хирургии ГУ РОНЦ МЗиСЗН РТ с 2017 по 2021 гг. Больные в зависимости от объема хирургического вмешательства были распределены на две группы: 24 (основная группа) пациенткам выполнена расширенная модифицированная мастэктомия с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки ТДЛ- и TRAM-лоскутами; 26 (контрольная группа) пациенткам произведена радикальная мастэктомия с закрытием дефекта передней грудной стенки местными тканями. Сроки появления местных рецидивов и реализации отдаленных метастазов изучали с момента выписки больных из отделения после операции, так как при диффузном РМЖ, несмотря на продолжение адъювантной терапии, риск появления рецидива в ближайшее время не исключается.

Статистическая обработка материала выполнялась с использованием пакета статистических программ Statistica 10.0 (StatSoft, США). Парные сравнения между группами по качественным показателям проводились по критерию χ^2 , в том числе по точному критерию Фишера (при малом количестве наблюдений).

Результаты и их обсуждение

Результаты показали, что из 24 наблюдаемых основной группы у 1 (4,2%) больной появились местные рецидивы в течение 6 месяцев после операции, ещё у 1 (4,2%) пациентки - в течение третьего года жизни.

Из 26 больных контрольной группы в течение 6 месяцев после операции появились местные рецидивы у 5 (19,2%), у 2 (7,7%) пациенток рецидивы отмечены в течение 12 месяцев жизни, в сроке до 18 месяцев - у 1 (3,85%) больной и до 24 месяцев - у 1 (3,85%) пациентки (табл. 1).

Как видно из таблицы, в основной группе больных развитие местного рецидива наблюдалось в 2 (8,4%) случаях, а в контрольной

группе – в 9 (34,6%) случаях. При этом в срок до 6 месяцев развитие местного рецидива в основной группе отмечалось в 1 (4,2%) случае, а в контрольной группе – в 5 (19,2%) случаях. К трехлетнему периоду наблюдения в основной группе больных местный рецидив был отмечен еще у 1 (4,2%) пациентки, а в контрольной группе больных к данному сроку наблюдения развитие местного рецидива было отмечено в 4 (15,4%) случаях.

Таблица 1

Сроки появления местных рецидивов у больных исследуемых групп

Срок местных рецидивов	Основная группа (n=24)		Контрольная группа (n=26)		p
	абс.	%	абс.	%	
До 6 мес.	1	4,2	5	19,2	<0,05
До 12 мес.	0	0	2	7,7	>0,05
До 18 мес.	0	0	1	3,85	>0,05
До 24 мес.	0	0	1	3,85	>0,05
До 36 мес.	1	4,2	0	0	>0,05
Всего	2	8,4	9	34,6	<0,01

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по точному критерию Фишера)

Таким образом, в течение 36 месяцев местные рецидивы после операции появились у 8,4% больных основной группы, а в контрольной группе до 24 месяцев местные рецидивы отмечены у 34,6%, т.е. частота местных рецидивов у больных контрольной группы отмечена в 4 раза больше, чем у больных основной группы.

Ранний рецидив у больных контрольной группы очевиден. Нами это объяснено тем, что для закрытия дефекта после мастэктомии мы старались сохранить кожу вокруг пораженной молочной железы, несмотря на наличие опухолевой инфильтрации. У 4 (44,4%) пациентов в момент госпитализации имелись распадающиеся опухоли со зловонным запахом и кровотечением, им операции производились с паллиативной целью. У остальных 5 (55,6%) больных, несмотря на проведение полной неoadъювантной лекарственной терапии, рецидивы появились в раннем периоде после лечения.

Так как у 5 больных основной группы и 6 больных контрольной группы изначально имелись отдаленные метастазы, нами изучена реализация отдаленных метастазов у остальных 19 больных основной группы и 20 больных контрольной группы. Отдаленные метастазы в период наблюдения появились

у 9 (37,5%) больных основной группы и у 8 (30,8%) контрольной группы (табл. 2).

Как показывают данные таблицы, у больных основной группы чаще реализовались изолированные метастазы в печень – 3 (15,8%) и сочетанное поражение печени и скелета - 5 (26,3%) случаев. У больных контрольной группы чаще всего мы наблюдали изолированное поражение головного мозга – 2 (10%) и сочетанное метастатическое поражение печени и головного мозга – 2 (10%). Изолированного поражения легких, плевры и надключичных лимфатических узлов у больных основной группы в период наблюдения не установлено. У больных контрольной группы метастатическое поражение указанных органов встречалось в единичных случаях.

Анализ появления отдаленных метастазов у больных основной группы показал, что в течение первых 6 месяцев у 1 (5,3%) больной установлены метастазы в печень и костях скелета, у 1 (5,3%) - метастазы в плевру и легкие. В период от 7 до 12 месяцев у 3 (15,8%) больных реализовались метастазы в печень. У 2 (10,8%) человек установлено метастатическое поражение печени и костей скелета. К концу второго года жизни у 2 (10,8%) пациенток реализовались метастазы в печень и костей скелета. Развернутые данные о сроках реализации отдаленных метастазов приведены в ниже представленной таблице 3.

Таблица 2

Локализация отдаленных метастазов у больных исследуемых групп

Локализация метастазов	Основная группа (n=19)		Контрольная группа (n=20)		p
	абс.	%	абс.	%	
Печень	3	15,8	1	5,0	>0,05
Печень + головной мозг	0	0	2	10,0	>0,05
Головной мозг	0	0	2	10,0	>0,05
Печень + скелет	5	26,3	0	0	<0,05
Плевра + легкие	1	5,3	0	0	>0,05
Легкие	0	0	1	5,0	>0,05
Плевра	0	0	1	5,0	>0,05
Надключичные лимфоузлы	0	0	1	5,0	>0,05
Всего	9	47,4	8	40,0	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по точному критерию Фишера)

Таблица 3

Сроки появления отдаленных метастазов у больных основной группы (n=19)

Сроки появления метастазов	Печень	Печень+ скелет	Плевра+легкие
до 6 мес.	0	1	1
до 12 мес.	3	2	0
до 18 мес.	0	0	0
до 24 мес.	0	2	0
Всего	9 (47,4%)		

У больных контрольной группы также отдаленные метастазы реализовались в течение первых 12 месяцев после операции (табл. 4).

Таблица 4

Сроки появления отдаленных метастазов у больных контрольной группы (n=20)

Локализация метастазов	Сроки появления метастазов		
	до 6 мес.	до 12 мес.	до 24 мес.
Печень	0	1	0
Печень + головной мозг	2	0	0
Головной мозг	1	0	1
Надключичные л/у	0	1	0
Плевра	0	1	0
Легкие	0	1	0
Всего	8 (40,0)		

Как показывают данные таблицы, в течение первых 6 месяцев у 2 (10%) больных были выявлены метастазы в печени и головном мозге, у 1 (5%) больной выявлены изолированные метастазы в головной мозг. В период от 7 до 10 месяцев у 1 (5%) больной

реализовались метастазы в печени, у 1 (5%) – метастазы в ипсилатеральные надключичные лимфатические узлы, у 1 (5%) – в плевру и у 1 (5%) больной появились метастазы в легких. К концу второго года жизни у 1 (5%) больной установлено метастатическое поражение головного мозга.

Сравнительный анализ метастазирования в обеих группах показал, что сроки появления отдаленных метастазов в обеих группах относительно сопоставимы. Так, из 9 больных основной группы у 7 (77,8%) и из 8 больных контрольной группы у 7 (87,5%) отдаленные метастазы появились в сроках до 12 месяцев, лишь у 2 (22,2%) больных основной группы и 1 (12,5%) больной контрольной группы отдаленные метастазы реализовались в течение второго года жизни.

ЛИТЕРАТУРА (пп. 5-11 см. в REFERENCES)

1. Дуадзе И.С., Зикиряходжаев А.Д., Усов Ф.Н., Багдасарова Д.В., Решетов И.В. Реконструкция молочной железы с использованием аутологичных лоскутов у больных раком молочной железы. // Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. 2023. Т. 12, № 3. С. 86-92.

2. Жукова Л.Г. Рак молочной железы. Клинические рекомендации // Современная Онкология. 2021. Т. 23, № 1. С.5–40.

3. Зикиряходжаев А.Д., Рассказова Е.А., Тукманов А.Ю., Широких И.М. Рецидивы после радикальных подкожных/кожесохранных мастэктомий с одномоментной реконструкцией при раке молочной железы // Исследования и практика в медицине. 2019. Т. 6, № 1. С. 33-40

4. Максимов Д.А., Сергеев А.Н., Морозов А.М., Пельтихина О.В., Минакова Ю.Е. О современных видах хирургического лечения рака молочной железы (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. 2021. Т. 15, № 1.

REFERENCES

1. Duadze I.S., Zikiryakhodzhaev A.D., Usov F.N. Rekonstruktsiya molochnoy zhelezy s ispolzovaniem autologichnykh loskutov u bolnykh rakom molochnoy zhelezy [Breast reconstruction using autologous flaps in patients with breast cancer]. *Onkologiya. Zhurnal im. P.A. Gertsena - Herzen Journal of Oncology*, 2023, Vol. 12, No. 3, pp. 86-92.

2. Zhukova L.G. Rak molochnoy zhelezy. Klinicheskie rekomendatsii [Breast cancer. Clinical recommendations]. *Sovremennaya Onkologiya – Modern Oncology*, 2021, Vol. 23, No. 1, pp. 5–40.

3. Zikiryakhodzhaev A.D., Rasskazova E.A., Tukmanov A.Yu. Retsidivy posle radikalnykh podkozhnykh/kozhesoхранnykh mastektomiy s odnomomentnoy rekonstruktsiyey pri rake molochnoy zhelezy [Relapses after radical subcutaneous/skin-preserving mastectomies with simultaneous reconstruction in breast cancer]. *Issledovaniya*

Заключение

Частота местных рецидивов у больных диффузным РМЖ имеет непосредственную зависимость от объема проведенной мастэктомии. Так, после расширенной модифицированной мастэктомии с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки ТДЛ и TRAM-лоскутами в течение 36 месяцев местные рецидивы наблюдались у 8,4% больных, а после традиционной мастэктомии с закрытием дефекта местными тканями местные рецидивы отмечены у 34,6%.

Объем хирургического вмешательства не влияет на частоту и сроки реализации отдаленных метастазов у больных диффузным РМЖ.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

i praktika v meditsine – Research and Practical Medicine Journal, 2019, Vol. 6, No. 1, pp. 33-40.

4. Maksimov D.A., Sergeev A.N., Morozov A.M. O sovremennykh vidakh khirurgicheskogo lecheniya raka molochnoy zhelezy (obzor literatury) [About modern types of surgical treatment for breast cancer (literature review)]. *Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy - Journal of new medical technologies*, 2021, Vol. 15, No. 1.

5. Chiasson K.F., Kumbula P.A., Restrepo R.D. Immediate latissimus dorsi and prosthetic reconstruction in the setting of postmastectomy radiation: an analysis of 376 breast reconstructions. *Annals of Plastic Surgery*, 2020, No. 84, pp. 364-368

6. Rocque G.B., Williams C.P., Kenzik K.M. Concordance with NCCN treatment guidelines: relations with health care utilization, cost, and mortality in breast cancer patients with secondary metastasis. *Cancer*, 2018, No. 124 (21), pp. 4231-4240.

7. Rose J., Puckett Y. Breast Reconstruction Free Flaps. *StatPearls Publishing*, 2024.

8. Saldanha I.J., Broyles J.M., Adam G.P. Autologous Reconstruction after Mastectomy for Breast Cancer. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 2022, No. 10 (3), pp. e4181.

9. Saldanha I.J., Cao W., Broyles J.M. Reconstruction After Mastectomy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Agency for Healthcare Research and Quality*, 2021, No. 21-EHC027.

10. Seroussi B., Lamy J.B., Muro N. Implementing guideline-based, experience-based, and case-based approaches to Enrich Decision Support for the management of breast cancer patients in the DESIREE Project. *Studies in Health Technology and Informatics*, 2018, No. 255, pp. 190-194.

11. Xing J., Jia Z., Xu Y. A Bayesian Network Meta-Analysis of Complications Related to Breast Reconstruction Using Different Skin Flaps After Breast Cancer Surgery. *Aesthetic Plastic Surgery*, 2022, No. 46 (4), pp. 1525-1541.

Сведения об авторах:

Расулов Самеъ Рахмонбердиевич – зав. кафедрой онкологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» д.м.н., профессор; тел.: (+992)918682186; e-mail: same_rasulov@mail.ru

Обидов Джурахон Сайдалиевич – заочный аспирант кафедры онкологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», больничной ординатор ГУ РОИЦ МЗиСЗН РТ; тел.: (+992)985338979; e-mail: jurahon86@gmail.com

© Коллектив авторов, 2023

УДК 616-007-056.7-053.2

¹Рахматова Р.А., ¹Набиев З.Н., ¹Шамсов Б.А.,
²Рахматова Н.А., ¹Косимова Ф.С.

ДИНАМИКА И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

¹ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН РТ
²ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

¹Rakhmatova R.A., ¹Nabiev Z.N., ¹Shamsov B.A.,
²Rakhmatova N.A., ¹Kosimova F.S.

DYNAMICS AND PREVALENCE OF CONGENITAL DAMAGES IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

¹State Institution "Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Pediatric Surgery"
²State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»

Цель исследования. УИЗучить частоту, факторы риска и распространенность врожденных пороков развития в Республике Таджикистан.

Материал и методы. Проведен анализ заболеваемости врожденными пороками развития у детей в Республике Таджикистан за 2019-2023 гг. на основе изучения статистических данных Государственного учреждения «Республиканский центр статистики и медицинской информации» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан (ГУ РЦСиМИ МЗиСЗН РТ), Государственного учреждения «Национальный центр репродуктивного здоровья» МЗиСЗН РТ (ГУ НЦРЗ МЗиСЗН РТ) и Государственного учреждения «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН РТ (ГУ РНКЦПиДХ МЗиСЗН РТ).

Результаты. По данным РЦСиМИ МЗиСЗН РТ, ежегодно в стране рождаются от 2400 до 3300 детей с врожденными пороками развития. Регистрируются все случаи врожденных пороков развития, причем более 2,0% родов завершаются на дому, а их учет также осуществляется учреждениями здравоохранения по национальным показателям здоровья.

Заключение. Основными причинами роста ВПР у новорожденных являются: отягощенный акушерский анамнез, наследственность, вредные привычки, профессиональные вредности, перенесенные вирусные и бактериальные инфекции, поздняя пренатальная диагностика.

Ключевые слова: врожденные пороки развития, распространенность, педиатрия, дети

Aim. To study the frequency and prevalence of congenital malformations, and the factors influencing them in the Republic of Tajikistan.

Material and methods. This study was conducted on the basis of statistical data from the State Institution "Republican Center for Statistics and Medical Information" of the Ministry of Health and Social Protection of Population of the Republic of Tajikistan (SI "RCS MI" MoHSPP RT), the State Institution "National Center for Reproductive Health" of the Ministry of Health and Social Protection of Population of the Republic of Tajikistan (SI "NCRH" MoHSPP RT) and the State Institution "Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Pediatric Surgery" of the Ministry of Health and Social Protection of Population of the Republic of Tajikistan (SI "RS CCP PS" MoHSPP RT).

Results. According to the RCSMI Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan, every year from 2,400 to 3,300 children with congenital malformations are born in the country. All cases of congenital malformations

are registered, with more than 2,0% of births completed at home, and they are also recorded by health care institutions according to national health indicators.

Conclusion. The main reasons for the growth of congenital malformations in newborns are: complicated obstetric history, heredity, bad habits, occupational hazards, previous viral and bacterial infections, late prenatal diagnosis.

Key words: congenital malformation, pediatrics, children, prevalence

Актуальность

Современная наука доказала, что детская смертность тесно связана с биологическими, социально-экономическими, культурными факторами, оказанием медицинских услуг и качеством медицинской помощи в сфере охраны здоровья матери и ребенка [1, 3, 6]. Одной из основных причин, влияющих на детскую смертность, являются врожденные пороки развития (ВПР).

Среди недоношенных детей уровень ВПР в несколько раз выше, чем у доношенных, что и обусловило предположение многих исследователей об общем патогенезе возникновения ВПР у плода, а также в случаях невынашивания беременности и преждевременных родов [1, 2, 5].

К источникам формирования ВПР относятся изменения в эмбриональном развитии, приводящие к морфологическим, функциональным или структурным аномалиям, которые могут быть или не быть очевидными при рождении [6, 8], вызванными генетическими, экологическими изменениями или изменениями неизвестного происхождения [6, 10].

ВПР являются основной причиной детской смертности в некоторых странах. В США они являются второй по значимости причиной смерти новорожденных [9, 10]. В Российской Федерации характер причин смертности в младенческом возрасте определяет их, в основном, эндогенное происхождение - состояния, возникающие в перинатальном периоде и врожденные аномалии (72,1%) [2, 3, 4].

По мере рационализации биологических, биохимических, иммунологических, цитогенетических и других методов исследования, частота аномалий в популяции становится намного актуальнее [4]. По данным Всемирной организации здравоохранения, около 3-5% новорожденных рождаются с генетическими дефектами. От 1,5 до 2,5% из них связаны с неблагоприятными экзогенными, так называемыми, тератогенными факторами, остальные носят наследственный характер [6, 7]. Врожденные пороки стабильно занимают второе место в структуре перинатальной заболеваемости и смертности [7, 9].

Сравнительное положение врожденных пороков развития в структуре перинатальной смертности составляет 12-16% и занимает

2-3 место, не имеет тенденции к снижению, а в экологически неблагоприятных регионах занимает первое место [1, 2, 3, 5].

В возрасте 1 года умирает около 65% детей с врожденными пороками развития. Остальные дети во многих случаях отстают в плане умственного и физического развития. Врожденные пороки развития занимают 3-4 место в структуре детской инвалидности [1, 2, 9, 13, 14]. В республике на диспансерном учете находятся 13 000 человек с врожденными пороками, из них 5 000 (38,4%) - с врожденными пороками сердца [3, 6].

Согласно научным исследованиям и статистическим данным, рождение детей с пороками развития в странах Европы и Азии регистрируются от 3,0 до 19,0 на 1000 живорожденных. По показателю заболеваемости ВПР в этих странах они расположены в следующем порядке: Узбекистан - 11,0-14,0 [2, 6], Кыргызстан - 13,0 [3], страны Европы - от 3,0 до 11,0 [13, 14], Россия - в среднем 9,0 [1, 7], Казахстан - 7,0 [5], Таджикистан - от 6,0 до 8,0 [3, 8, 9, 10, 11], Белоруссия - 3,0 [12] на 1000 живорождений.

Таким образом, независимо от того, присутствуют ли все условия для выявления врожденных пороков, рождение детей с пороками находится практически на одном уровне, 3,0-19,0 на 1000 живорожденных, что является одним из факторов смертности в неонатальном периоде. Дефекты нервных болезней во всех состояниях составляют от 16,0 до 34,0% [1, 2].

Цель исследования

Изучить частоту, факторы риска и распространенность врожденных пороков развития в Республике Таджикистан.

Материал и методы исследования

Данное исследование было проведено на основе анализа статистических данных ГУ РЦСиМИ МЗиСЗН РТ, ГУ НЦРЗ МЗиСЗН РТ, ГУ РНКЦПиДХ МЗиСЗН РТ и других отчетов МЗиСЗН РТ. Также была разработана специальная карта для выявления основных факторов развития ВПР у детей. Авторами были проанализированы более 600 карт детей, рожденных с различными пороками развития.

На основании статистических данных проведен анализ динамики и распространенности заболеваемости ВПР у детей по годам и регионам распределения. Статистическая

обработка данных проведена с применением программы MS Excel (2019). Для оценки результатов исследования изучались следующие статистические показатели: среднее

арифметическое (M), стандартная ошибка среднего значения (m), экстенсивные и интенсивные показатели. Результаты анализа оформлены в виде таблиц и диаграмм.

Таблица 1

Количество живорождений и детей, родившихся с врожденными пороками развития, в Республике Таджикистан за 2019-2023 гг.

Год	2019		2021		2021		2022		2023	
Регион	Роды	ВПР	Роды	ВПР	Роды	ВПР	Роды	ВПР	Роды	ВПР
Республика Таджикистан	246175	1529 (0,6%)	244146	1734 (0,5%)	235242	1478 (0,6%)	238 288	1449 (0,6%)	242 175	1650 (0,7%)
г. Душанбе	19105	418 (2,1%)	19174	548 (2,8%)	25239	344 (1,4%)	26013	242 (0,9%)	29646	322 (1,1%)
РРП	63129	211 (0,3%)	60073	230 (0,4%)	56744	258 (0,5%)	53393	251 (0,5%)	57545	327 (0,6%)
Хатлонская область	97056	424 (0,4%)	97139	381 (0,39%)	89342	351 (0,39%)	95140	449 (0,5%)	90323	472 (0,5%)
Согдийская область	63495	468 (0,7%)	64253	558 (0,9%)	60710	512 (0,8%)	60974	479 (0,8%)	62445	503 (0,8%)
ГБАО	3390	8 (0,2%)	3381	17 (0,5%)	3207	13 (0,4%)	2768	28 (1,0%)	2216	26 (1,2%)

Примечание: % – от общего количество живородившихся детей в зависимости от региона

Анализ данных показал, что врожденные пороки в городах и районах республики регистрируются среди 0,5-1,2% живорождений. Следует отметить, что

выявление пороков и их предупреждение осуществляется должным образом не во всех городах и областях, в том числе и в Душанбе (табл. 2).

Таблица 2

Показатели врожденных пороков развития в РТ за 2019-2023 гг.

Показатель	2019		2020		2021		2022		2023	
	кол.	%	кол.	%	кол.	%	кол.	%	кол.	%
Общее количество рождений	246175	100	244146	100	235242	100	238 288	100	242 175	100
Пройден перинатальный скрининг УЗИ	191993	78	192875	83	188193	87	212545	89,2	143 676	59,3
Выявляемость пороков	3011	1,2	2841	1,1	2650	1,2	1411	0,6	1458	0,6
*Врожденные дефекты были предотвращены	2610	86,7	2120	74,6	1995	75,3	897	63,6	1138	78,1
Рожденные с пороками	1529	0,6	1734	0,7	1478	0,6	1449	0,6	1650	0,7
**Количество детей, умерших от врожденных дефектов	723	47,3	673	38,8	549	37,1	440	30,4	490	29,7
**Остались живыми с пороками	806	52,7	1061	61,2	929	62,9	1009	69,6	1160	70,3

Примечание: % – от общего количества живорожденных детей; * – % от общего количества выявляемых пороков ** – % от общего количества детей, родившихся с пороками развития

По результатам скрининговых обследований выяснилось, что 78,0-89,2% беременных в 2019-2023 гг. прошли перинатальный скрининг с помощью ультразвукового исследования (УЗИ).

Согласно литературным данным, даже в развивающихся странах 10,0% врожденных дефектов можно предотвратить [1, 5, 7, 13, 14].

При дородовых осмотрах всего было выявлено в 2019 г. - 3011 (1,2%), в 2021 г. - 2650 (1,1%) и в 2023 г. - 1458 (0,6%) дефектов и врожденных пороков у плода. Из них в 0,5-1,0% случаев было проведено прерывание беременности, в связи с выявлением врожденных пороков развития, несоместимых с жизнью.

Следует отметить, что от 52,7% до 62,8% детей, рожденных с дефектами и пороками, умерли в первые сутки жизни, из них 0,3-0,4% (в среднем 900) детей остались в живых, большая часть пороков не угрожала жизни ребенка (дефекты верхних и нижних конечностей - полидактилия, синдактилия, а также гипоспадия, заячья губа или мягкая и твердая расщелина и др.), не вызывающие принципиальных изменений в структуре показателей детской инвалидности.

Генетические факторы являются отражением общей отягощенности населения, которые отмечаются в сравнении с более чем

5% населения мира. Около 1% генетической нагрузки приходится на генные мутации, 0,5% - на хромосомные мутации и около 3% - на заболевания с выраженным генетическим компонентом (сахарный диабет, атеросклероз, сердечно-сосудистые заболевания, некоторые опухоли и др.) [2, 6, 14].

Экзогенные факторы выражаются в виде высокого риска и считаются одним из основных факторов снижения индекса здоровья женщин репродуктивного возраста.

Анализ 600 карт детей, рожденных с пороками развития, показал, что 62,0% детей родились недоношенными, 14,0% - с родовой травмой, 12,0% - от болезней во время беременности, а оставшиеся 12% имели причин, оказавших существенное влияние на возникновение пороков.

Анализ структуры факторов, вызывающих врожденные пороки развития, показал, что первое место по частоте занимают острые и хронические экстрагенитальные инфекционные заболевания (22,2%), далее следуют анемии (17,4%) и отягощенный акушерский анамнез (самопроизвольные аборты, задержка внутриутробного развития плода, мертворождение, рождение ребенка с пороками, преэклампсия) - 12,1% (рис. 1).



Рис. 1. Факторы, являющиеся причинами появления врожденных пороков развития

Такие факторы, как недостаточность кровообращения в системе мать-плод (9,5%),

острые почечные повреждения (9,4%) и недостаточность микронутриентов (9,2%)

занимают по частоте соответственно 4-6 ранговые места в структуре причин развития ВПР. По данным проведенного анализа, 2,9% детей с ВПР родились от браков с близкими родственниками.

Особенности общего и акушерского анамнеза, а также течения беременности определяют характер внутриутробного развития плода и вид формирования пороков (время патологического воздействия). При анализе

карт детей с ВПР, родившихся от матерей с отягощенным акушерским и гинекологическим анамнезами, выявлено, что увеличение частоты акушерских осложнений на 50% привело к росту заболеваемости ВПР и инвалидности на первом году жизни.

На рисунке 2. приведены некоторые причины развития ВПР у детей, связанные с анамнезом матери и акушерскими осложнениями.



Рис. 2. Врожденные пороки, связанные с анамнезом и акушерскими осложнениями у матери (2019-2023 гг.), %

Как видно из данных, среди причин развития врожденного порока развития, связанных с анамнезом матери и акушерскими осложнениями, по частоте преобладает задержка внутриутробного развития (32,0%), на втором месте - острые и хронические инфекции (20,0%), на третьем - нарушение кровообращения в системе матери и плода (14,0%).

Необходимо отметить, что мероприятия по устранению причин, приводящих к ВПР, реализация комплексной программы профилактической направленности и ранней коррекции врожденных аномалий развития позволили снизить число новорожденных с ВПР на 13,5%, повысить процент выявляемых дефектов при УЗИ-исследовании плода с 51,7% до 66,7%, снизить число случаев частичной и полной инвалидности, улучшить качество жизни этих детей.

ЛИТЕРАТУРА (пп. 12-14 см. в REFERENCES)

1. Астраханцева М.А., Кику П.Ф., Воронин С.В., Сухова А.В. Профилактика и диагностика врождённых пороков развития // Здравоохранение Российской Федерации. 2021. Т. 65. № 3. С. 230-237.

Заключение

В результате проведенных исследований установлено, что врожденные пороки развития занимают одно из первых мест в структуре заболеваемости и смертности у недоношенных детей. Основными причинами увеличения частоты ВПР у новорожденных являются отягощенный акушерский анамнез, наследственность, перенесенные вирусные и бактериальные инфекции, поздняя диагностика. Эффективное планирование и организация комплексных мероприятий по устранению причин, реализация программ профилактической направленности и ранней пренатальной диагностики врожденных пороков развития позволяют снизить уровень инвалидности и улучшить качество жизни детей.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

2. Даминов И.Н., Насырова С.Ф. Случай пренатальной ультразвуковой диагностики верхней затылочной черепно-мозговой грыжи у плода во II триместре беременности // Пренатальная диагностика. 2019. Т. 17, № 4. С. 360-365/

3. Джаманкулова Ф.С., Мусуралиев М. С., Сапарбаев А.А. Частота и структура врожденных пороков развития в Кыргызской Республике // Бюллетень науки и практики. 2018. Т. 4, № 4. С. 53-61.

4. Набиева, Ш.З. Актуальность заболеваемости врожденными пороками развития // Здравоохранение Таджикистана. 2020. № 3. С. 78-83.

5. Надеев, А.П., Орынбасаров С.О., Жолмурзаев Б.Т. Нозологическая структура врожденных пороков развития плодов и детей в Приарале (Республика Казахстан) // Архив патологии. 2019. Т. 81, № 4. С. 48-52.

6. Надеев А.П., Карпов М.А., Жукова В.А. и др. Врожденные пороки развития в структуре летальности плодов и детей в крупном промышленном городе // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. 2018. Т. 18, № 6. С. 68-71.

7. Шабалдин А.В., Цепоткина А.В., Шмудевич С.А. и др. Влияние социальных, медицинских и экологических факторов на формирование спорадических врожденных пороков сердца // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2018. Т. 63, № 1. С. 14-21.

8. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения в 2019 году. // Статистический сборник Республиканского центра статистики и медицинской информации Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ. Душанбе, 2020. 384 с.

9. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения в 2020 году. // Статистический сборник Республиканского центра статистики и медицинской информации Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ. Душанбе, 2021. 384 с.

10. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения в 2021 году. // Статистический сборник Республиканского центра статистики и медицинской информации Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ. Душанбе, 2022. 384 с.

11. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения в 2022 году. // Статистический сборник Республиканского центра статистики и медицинской информации Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ. Душанбе, 2023. 384 с.

REFERENCES

1. Astrakhantseva M.A., Kiku P.F., Voronin S.V. Profilaktika i diagnostika vrozhdennykh porokov razvitiya [Prevention and diagnosis of congenital malformations]. *Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii – The Healthcare of the Russian Federation*, 2021, Vol. 65, Vol. 3, pp. 230-237.

2. Daminov I.N., Nasyrova S.F. Sluchay prenatalnoy ultrazvukovoy diagnostiki verkhney zatylochnoy cherepno-mozgovoy gryzhi u ploda vo II trimestre beremennosti [A case of prenatal ultrasound diagnostics of the superior

occipital craniocerebral hernia in a fetus in the second trimester of pregnancy]. *Prenatalnaya diagnostika - Prenatal diagnosis*, 2019, Vol. 17, No. 4, pp. 360-365/

3. Dzhamankulova F.S., Musuraliev M. S., Saparbaev A.A. CHastota i struktura vrozhdennykh porokov razvitiya v Kirgyzskoy Respublike [The structure and frequency of congenital defect fetus in the Kyrgyz Republic]. *Byulleten nauki i praktiki – Bulletin of Science and Practice*, 2018, Vol. 4, No. 4, pp. 53-61.

4. Nabieva, Sh.Z. Aktualnost zaboлеваemosti vrozhdennymi porokami razvitiya [The relevance of the incidence of congenital malformations]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – The Healthcare of Tajikistan*, 2020, No. 3, pp. 78-83.

5. Nadeev, A.P., Orynbasarov S.O., Zholmurzaev B.T. Nозologicheskaya struktura vrozhdennykh porokov razvitiya plodov i detey v Priarale (Respublika Kazakhstan) [Nosological structure of congenital malformations of fetuses and children in the Aral Sea region (Republic of Kazakhstan)]. *Arkhiv patologii – Archives of Pathology*, 2019, Vol. 81, No. 4, pp. 48-52.

6. Nadeev A.P., Karpov M.A., Zhukova V.A. Vrozhdennye poroki razvitiya v strukture letalnosti plodov i detey v krupnom promyshlennom gorode [Congenital malformations in the structure of lethality of fetuses and children in a large industrial city]. *Vestnik Kirgyzsko-Rossiyskogo Slavyanskogo universiteta – Bulletin of the Kyrgyz-Russian Slavic University*, 2018, Vol. 18, No. 6, pp. 68-71.

7. Shabaldin A.V., Tsepotkina A.V., Shmulevich S.A. Vliyaniye sotsialnykh, meditsinskikh i ekologicheskikh faktorov na formirovaniye sporadicheskikh vrozhdennykh porokov serdtsa [The influence of social, medical and environmental factors on the formation of sporadic congenital heart defects]. *Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii – Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics*, 2018, Vol. 63, No. 1, pp. 14-21.

8. Zdorove naseleniya i deyatelnost uchrezhdeniy zdravookhraneniya v 2019 godu [Public health and the activities of healthcare institutions in 2019]. *Statisticheskiy sbornik Respublikanskogo tsentra statistiki i meditsinskoy informatsii Ministerstva zdravookhraneniya i sotsialnoy zashchity naseleniya RT [Republican Center for Statistics and Medical Information of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan for 2019 (Statistical collection)]*. Dushanbe, 2020. 384 p.

9. Zdorove naseleniya i deyatelnost uchrezhdeniy zdravookhraneniya v 2020 godu. [Public health and the activities of healthcare institutions in 2020]. *Statisticheskiy sbornik Respublikanskogo tsentra statistiki i meditsinskoy informatsii Ministerstva zdravookhraneniya i sotsialnoy zashchity naseleniya RT [Republican Center for Statistics and Medical Information of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan for 2019 (Statistical collection)]*. Dushanbe, 2021. 384 p.

10. Zdorove naseleniya i deyatelnost uchrezhdeniy zdravookhraneniya v 2021 godu [Public health and the

activities of healthcare institutions in 2021]. *Statisticheskiy sbornik Respublikanskogo tsentra statistiki i meditsinskoy informatsii Ministerstva zdravookhraneniya i sotsialnoy zashchity naseleniya RT [Republican Center for Statistics and Medical Information of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan for 2019 (Statistical collection)]*. Dushanbe, 2022. 384 p.

11. Zdorove naseleniya i deyatelnost uchrezhdeniy zdravookhraneniya v 2022 godu [Public health and the activities of healthcare institutions in 2022]. *Statisticheskiy sbornik Respublikanskogo tsentra statistiki i meditsinskoy informatsii Ministerstva zdravookhraneniya i sotsialnoy zashchity naseleniya RT [Republican Center for Statistics and Medical Information of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan for 2019 (Statistical collection)]*. Dushanbe, 2023. 384 p.

12. Ershova-Pavlova A. *Effectiveness of prenatal diagnostics of congenital development disorders in the Republic of Belarus according to the data of the Belarusian register*. Minsk, 2019. Available at: <https://elib.bsu.by/handle/123456789/236691>

13. Motlagh A.J., Rahimzadeh M. Factors associated with re-admission and mortality rate in low birth weight and very low birth weight infant. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 2020, Vol. 24, No. 3, pp. 1407-1414.

14. Morris J.K., Springelt A.L., Greenlees R. Trends in congenital anomalies in Europe from 1980 to 2012. *PLOS One*, 2018, Vol. 13, No. 4, pp. 1-18. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194986>

Сведения об авторах:

Рахматова Рухиона Акрамовна – ведущий научный сотрудник ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии», д.м.н., доцент; тел.: (+992)909968228; e-mail: ruhsh6868@mail.ru

Набиев Зоир Нарзуллоевич – ведущий научный сотрудник ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии», д.м.н., профессор; e-mail: zoir_1962@mail.ru

Шамсов Бахтовар Абдулхафизович – заместитель директора ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии». Тел.: (+992) 907-58-88-87; e-mail: bakhtovar01@gmail.com

Рахматова Наргис Акрамовна – декан факультета сестринского дела, ассистент кафедры общественного здоровья, экономики управления здравоохранением с курсом медицинской статистики, ГОУ ИПОвСЗ РТ; тел.: (+992) 919973264

Косимова Фарзона Сафаралиевна – соискатель ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»

¹Сангинов Д.Р., ²Нажмиддинов А.Х.,
²Джумаев Т.Д., ^{1,2}Ниязов И.К.

ЭКЗЕНТЕРАЦИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЁННЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ

¹Кафедра онкологии, лучевой диагностики и лучевого лечения ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино»

²ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН РТ

¹Sanginov J.R., ²Nazhmiddinov A.H.,
²Jumaev T.J., ^{1,2}Niyazov I.K.

EXENTERATION OF PELVIC ORGANS IN LOCALLY-ADVANCED MALIGNANT TUMORS

¹Department of Oncology and Diagnostic Imaging of the State Education Establishment «Avicenna Tajik State Medical University»

²State Institution “Republican Scientific Oncology Center” Ministry of Health and Social Welfare of Republic of Tajikistan

Цель исследования. Оценить результаты экзентерации органов малого таза (ЭМТ) у больных местно-распространённым раком прямой кишки и шейки матки.

Материал и методы. Изучены результаты проведения операции ЭМТ у 13 больных: рак шейки матки-прямая кишка - 4 и влагалища -1. Первичных больных было 8 случаев, рецидивных - 5, средний возраст - 51,6±3,6 года.

Во всех случаях имела место морфологическая верификация диагноза. Исходный гидронефроз установлен у 4 больных, ректовагинальные свищи – у 3, инвазия параметрия – у 4, 2 больным стентировали мочеточники.

Результаты. Всем больным выполнена ЭМТ: тотальная экзентерация - у 6, передняя - у 4 и задняя - у 3. Средняя продолжительность операции составила 321±46,2 минуты, средний объем кровопотери – 761 мл. У 9 больных удалось выполнить R0 резекцию. Подтверждены у 9 больных плоскоклеточная карцинома, у 4 – аденокарцинома с превалированием G2 (n = 10). Операции выполнялись совместными бригадами онкоуролога, абдоминального онколога и онкогинеколога. Всем больным выполняли двустороннюю аорто-подвздошную и тазо-обтураторную лимфодиссекцию. Деривация мочи восстановлена операцией Брикера в 9 случаях, уретерокутанеостомией - в 1 случае.

Заключение. Различные варианты ЭМТ с выполнением R0 резекции увеличивают выживаемость пациентов с местно-распространёнными опухолями малого таза. Тщательный дифференцированный подход к отбору пациентов на консилиуме является важнейшим условием эффективности ЭМТ.

Ключевые слова: экзентерация, местно распространённые злокачественные опухоли малого таза

Aim. To evaluate the results of total pelvic exenteration (TPE) in patients with locally advanced rectal and cervical cancer.

Material and methods. The results of TPE surgery were studied in 13 patients treated at the Russian Cancer Research Center for the period 2022 (cervical-rectal cancer - 4 and vaginal - 1). There were 8 primary patients, 5 recurrent cases, average age – 51,6 ± 3,6 years. In all cases, morphological verification of the diagnosis took place. Initial hydronephrosis was established in 4 patients, rectovaginal fistulas - 3 and parametrium invasion - 4, 2 patients had ureters stented.

Results. All patients underwent TPE, with total exenteration in 6, anterior in 4, and posterior in 3. The average duration of the operation was 321 ± 46.2 minutes, the average volume of blood loss was 761 ml. In 9 patients it was possible to perform R0 resection. Squamous cell carcinoma was confirmed in 9 patients, adenocarcinoma with G2

predominance was confirmed in 4 (n = 10). The operations were performed by joint teams of urological oncologist, abdominal oncologist and gynecological oncologist. All patients underwent bilateral aortoiliac and pelvic-obturator lymph node dissection. Urine diversion was restored by Bricker's operation in 9 cases, urethrotomy in 1 case. A comparative assessment with literature data shows that the immediate and immediate results of TPE on our material correspond to the data of other studies.

Conclusion. Various options for TPE with R0 resection increase the survival rate of patients with locally advanced pelvic tumors. A careful, differentiated approach to patient selection at the consultation is the most important condition for the effectiveness of TPE.

Key words: exenteration, locally-advanced tumors, pelvic malignancies

Актуальность

Устойчивая тенденция роста злокачественных опухолей усугубляется сохранением высоких показателей запущенности и смертности, недостаточно эффективной профилактикой и не всегда достигаемыми удовлетворительными результатами лечения [1]. На этом фоне отмечается неуклонный рост таких лидирующих нозологий, как рак шейки матки и прямой кишки [2]. Неблагоприятным фактором в лечении этих патологий остается поздняя диагностика, приводящая к росту случаев местно-распространённого процесса, составляющих при раке прямой кишки до 20%, а при раке шейки матки - до 40% [3]. Аналогичная сложная ситуация сохраняется в РТ, где, по данным ряда авторов, местно-распространённый процесс при раке прямой кишки встречается в 38% случаев, а при раке шейки матки – в 46%. При этом пик заболеваемости раком шейки матки, занимающим второе место в структуре ЗНО нашей страны, приходится на возраст на возраст 45-55 лет. Неуклонный рост онкозапущенности диктует необходимость разработки новых, более эффективных методов хирургического и комбинированного лечения. Для большой группы пациентов с местно-распространённым опухолевым процессом единственной возможностью является применение расширенных сверхагрессивных комбинированных операций, к числу которых относится экзентерация малого таза (ЭМТ) [4].

Термин «экзентерация» происходит от лат. exenterare и греч. evisceration, что в переводе означает извлекать внутренности, потрошить. Экзентерация (эвисцерация) малого таза показана больным с местно-распространёнными опухолями органов малого таза (прежде всего рака шейки матки и прямой кишки) и заключается в удаление органов малого таза с окружающей клетчаткой, тканями промежности (при поражении наружных половых органов или распространении опухоли на ткани промежности), регионарными лимфатическими узлами. Эта операция предложена проф. Бруншвигом, а модель

ЭМТ разработана американским хирургом E. Bricker в 1940 г. [6].

В зависимости от объёма удаляемых тканей различают тотальную, переднюю и заднюю экзентерацию малого таза. Также различают супралевавторную экзентерацию, когда вмешательство завершается с сохранением леваторного аппарата, и инфралевавторную - с удалением тканей промежности и вульвэктомией [7].

Разработаны показания к проведению различных вариантов экзентерации. Тотальная экзентерация показана при местно-распространённом раке шейки матки и первичном, и рецидивном раке прямой кишки с распространением опухолевого процесса на тело матки, верхнюю треть влагалища, мочевого пузыря, массивного вовлечения прямой кишки, предстательной железы с семенными пузырьками; рак вульвы с прорастанием анального кольца. Передняя экзентерация выполняется при распространении рака шейки матки на тело матки, мочевого пузыря и влагалище, а задняя экзентерация показана при прорастании стенок прямой кишки [8].

В соответствии с клиническими рекомендациями России (2022) показаниями для экзентерации малого таза служат следующие состояния:

- рак прямой кишки (в т.ч. рецидив) с вовлечением соседних органов и тканей;
- рак шейки матки IVA стадии (без отдаленных метастазов);
- центральный рецидив рака шейки матки в малом тазу (без отдаленных метастазов) после лучевой терапии;
- рак тела матки IVA стадии (прорастание кишки и мочевого пузыря);
- рак яичников III-IV стадии (полная или оптимальная циторедукция);
- мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря у женщины, местнораспространённый (передняя резекция).

В случае отсутствия опухоли на краях разреза операция считается радикальной (R0), а в случае положительных краев резек-

ции - паллиативной (R1, R2). Характерной особенностью местно-распространённого процесса при раке шейки матки является низкая частота метастазирования, причём у 30% неизлечивших пациенток до конца жизни он не выходит за пределы малого таза [3].

Сдерживающим фактором, влияющим на оптимальные сроки выполнения операции ЭМТ, является опасение пациентов и врачей, связанные с имеющимся стереотипом сверхагрессивности (калечащая) объема операции, высокими показателями послеоперационных осложнений и летальности. Однако воздержание от выполнения ЭМТ предполагает длительную мало /неэффективную лекарственную терапию, ведущую к распаду опухоли, формированию свищей, развитию сепсиса и смерти [9].

Большинство авторов противопоказаниями к выполнению ЭМТ считают внутрибрюшинную диссеминацию опухоли, метастатический изменённые и значительно увеличенные лимфатические узлы таза, опухолевую инфильтрацию параметрия и наличие триады симптомов (отёки нижних конечностей, обструкция мочеточников, тазовые боли). Обязательным является принятие решения о выполнении ЭМТ на мультидисциплинарном консилиуме с участием пациентов и их родственников [7-9].

Условием надёжного и полноценного выполнения ЭМТ является наличие современных технологий и высокий профессионализм бригады хирургов и адекватное анестезиологическое обеспечение, которое позволяет не только выполнять резекционные этапы, но и часто осуществлять тотальную висцеральную реконструкцию, включающую как восстановление пассажа кишечного содержимого, так и выполнение одного из методов деривации мочи. Выполнение ЭМТ сопряжено с высоким риском развития осложнений и летальности [8].

Таким образом, в современных условиях ЭМТ является не только «операцией спасения» («salvage surgery»), но и вмешательством, способным обеспечить приемлемое качество жизни [7].

Цель исследования

Оценить результаты комбинированных хирургических вмешательств ЭМТ у больных местно-распространённым раком шейки матки и прямой кишки.

Материал и методы исследования

В основу проведённого нами проспективно-ретроспективного исследования легли результаты лечения 13 пациентов с местно-распространёнными злокачественными

опухолями шейки матки (n=8), прямой кишки (n=4) и влагалища (n=1), пролеченных в онкоуропроктологическом отделении РОНЦ в период 2022 (1) и 2023 (12) гг. Первичных местно-распространённых с продолженным ростом было 8, рецидивных случаев - 5. Женщин было 12, мужчин - 1. Возраст больных варьировал от 29 до 66 лет, пик заболеваемости приходился на 50-65 (n = 8) лет, средний возраст составил 51,6±3,6 года.

Все больные были тщательно обследованы с целью точного определения распространённости опухолевого процесса, функциональных резервов организма, анатомической и физиологической резектабельности опухоли. Диагностическая панель включала лабораторно-инструментальные методы: УЗИ, цистоскопию, ректороманоскопию, МРТ брюшной полости, МРТ малого таза.

Различные осложнения опухолевого процесса были выявлены у всех пациентов. Среди них с хроническим болевым синдромом было 7, кровотечением из опухоли - 2, ректовагинальным свищем - 2, влагалищно-пузырным свищем - 1, уретрогидронефрозом II-III степеней - 4, инвазией параметрия - 4 пациента. На предыдущем этапе лечения 2 больным наложили нефростому, 2 больным поступили с колостомой и 2 больным стентировали мочеточники.

В плане первичного лечения больные получали неоадьювантную химио-лучевую терапию (n=8), неоадьювантную химиотерапию (n=3), хирургическое лечение (n=2). Наличие регионарных метастазов (Nx-3; N1 = 7; N 2-3) не служило причиной отказа от операции, т.к. всем больным выполняли двустороннюю аорто-подвздошную и тазо-обтураторную лимфодиссекцию. По стадиям TNM пациенты распределились следующим образом: T3-4, T4-9. Отдалённые метастазы не выявлены.

Дооперационная оценка анестезиологического и операционного риска показала высокие баллы - 4-6.

Статистическая обработка данных была произведена на персональном компьютере с применением описательных статистических методов и программного обеспечения (Statistica 6,0 Microsoft, USA).

Результаты и их обсуждение

Всем больным выполняли экзентерацию малого таза: тотальную у 6 больных (при раке шейки матки - 5; рак влагалища - 1), переднюю у 4 и заднюю у 3. Средняя продолжительность операции составила 321±46,2 минуты (от 180 до 420 минут). Средний объём кровопотери - 761 мл (от 300 до 1500 мл). Резекцию R0 удалось выполнить у 9 больных.

Морфологическое исследование выявило аденокарциному (n=4) и плоскоклеточную карциному (n=9), при этом градация G2 имела место у 10 больных, G3 у 3. Все операции выполнялись в условиях мультимодальной анестезии с ИВЛ совместными бригадами хирургов, включающими онкоуролога, абдоминального онколога и онкогинеколога (по необходимости). У 9 больных операция завершена пластикой мочевого пузыря сегментом тонкой кишки по Bricker, в одном случае выполнена уретерокутанеостомия.

Послеоперационные осложнения имели место у 4 (30,8%) больных: раневые у 2, в одном случае обнаружена несостоятельность межкишечного анастомоза (на 20-й день) и в одном случае несостоятельность анастомоза Брикера. В соответствии с классификацией Clavien-Dindo в нашем исследовании осложнения I-II степеней имели место в 2 случаях, III степени - у одного и один больной умер в стационаре на 11 день после операции. Сроки наблюдения за больными составили 20 месяцев, при этом в ближайшем послеоперационном периоде (до 3 месяцев) умерли дома 2 больных. Оставшиеся 10 пациентов находятся под наблюдением, их них 7 больных ведут достаточно активный образ жизни.

В порядке обсуждения результатов ЭМТ при местно-распространённых опухолях органов малого таза (рак шейки матки и прямой кишки) важно подчеркнуть, что при содействии НМИЦ им. П.А.Герцена в 2021-2022 годы группа активных врачей была подготовлена с целью выполнения этих сложных оперативных вмешательств, и представленный материал является первым опытом проведения ЭМТ в условиях РОНЦ. Правильное и точное определение показаний к выполнению ЭМТ до настоящего времени остается дискуссионным в практической онкологии. Наше решение о проведении ЭМТ принимается на мультидисциплинарном консилиуме (tumorboard) с участием онкохирурга, химиотерапевта, онкогинеколога, радиолога, лучевого диагноста и патоморфолога. При этом исходим из того, что целью ЭМТ является достижение полной резектабельности (R0), которая предполагает излечение до 63%. Паллиативный подход не продемонстрировал улучшения качества жизни, хотя несколько увеличивает общую выживаемость.

Вместе с тем, надо отметить, что ряд авторов высказывает противоречивые спорные мнения относительно выполнения обширных комбинированных операций при местно-распространённых опухолях малого таза. Возможность выполнения ЭМТ при лечении мест-

но-распространенного и рецидивного рака шейки матки и прямой кишки, по мнению других авторов, изменяет критерии «неоперабельности» и «нерезектабельности» и является нередко «операцией спасения» [1, 2, 5].

По мере накопления опыта нам удалось сократить среднюю продолжительность операции и объём интраоперационной кровопотери (путём двусторонней перевязки внутренних подвздошных артерий до удаления комплекса тазовых органов), а при невозможности этого технического приема - накладывание турникета на общие подвздошные артерии или инфраренальный отдел брюшной аорты.

По данным разных авторов, частота послеоперационных осложнений после ЭМТ по поводу местно-распространённого рака прямой кишки достигает 35-75%, при этом удалось в последнее время снизить послеоперационную летальность с 30% до 3-7% [1-3]. Уровень 5-летней общей выживаемости при рецидивных опухолях не превышает 20-25%, а при первичных составляет 30-55%. 3- и 5-летняя выживаемость у пациенток с местно-распространённым раком шейки матки после ЭМТ составляет 40% и 20% соответственно [1, 5, 10].

В нашем материале послеоперационные осложнения отмечены в 33,2% случаев. Выживаемость больных после ЭМТ является одним из важнейших критериев её эффективности. Вместе с тем, в доступной литературе приводятся различные данные. Это связано с тем, что показатели общей выживаемости больных приводятся независимо от типа операции (тотальная или парциальная), локализации первичной опухоли и без учёта рецидивного характера процесса. По данным Fleisch M.C. (2014), на основе наблюдения 203 больных после ЭМТ продолжительность жизни составила около 3 лет. Майстренко Н.А. сообщает о средней продолжительности жизни после ЭМТ 29 месяцев, при этом 13% пережили 2-летний рубеж [1].

Изучение проведенных в последние годы различными авторами исследований указывает, с учетом результатов, на пользу радикального оперативного вмешательства – ЭМТ: Schmidt (2012): рак шейки матки - 282 наблюдений, послеоперационная летальность – 5%, послеоперационные осложнения – 51%, 5-летняя выживаемость – 41%, 10-летняя – 37%; Сидоров (2017): рак прямой кишки – 100 наблюдений с послеоперационной летальностью 2%, осложнения – 42% и 5-летняя выживаемость – 32,4%; Matsuo (2021): гинекологический рак (46% - рак шейки матки) – 1376 наблюдений, послеоперационная

летальность – 1,9%, послеоперационные осложнения – 77,7%; VanKessel (2022): рак прямой кишки - 531 наблюдение, послеоперационная летальность – 0,6%, послеоперационные осложнения – 89%, общая наблюдаемая выживаемость при первичных опухолях – 95 мес., при рецидивных – 49 мес. [4].

При местнораспространённом раке яичников проведение расширенно-комбинированных вмешательств улучшает результаты лечения. Так, Сокерская М.М. (2020) на достаточном материале (60 расширенно-комбинированных операций (задние экзентерации) против 240 стандартных полных циторедукций) отметила лучшие результаты расширенно-комбинированных операций: 5-летняя общая безрецидивная выживаемость 43% против 24% соответственно [5].

Сроки наших наблюдений не позволяют оценить отдалённые результаты. Вопрос изучения качества жизни данного контингента требует дальнейших исследований.

Таким образом, несмотря на значимые успехи в лучевой терапии и химиотерапевтическом лечении онкологических больных с учётом высоких показателей первично запущенных опухолей органов малого таза

и рецидивных случаев этой локализации, единственно эффективным методом лечения пациентов с местно-распространёнными опухолями органов малого таза остается ЭМТ. Улучшение качества жизни данного контингента больных требует совершенствования существующих и отработки новых пластических методов отведения мочи и кала, а также новых методов разработки реконструктивных вмешательств на тазовом дне.

Заключение

Различные варианты экзентерации органов малого таза значительно увеличивают продолжительность жизни пациентов с местно-распространёнными опухолями. Выполнение адекватной R0 резекции и максимально полноценное восстановление пассажа по толстой кишке и деривации мочи позволяет улучшить качество жизни пациентов и добиться социальной реабилитации. Важнейшим условием эффективности ЭМТ является тщательный дифференцированный подход к отбору пациентов для данной операции (на мультидисциплинарном консилиуме).

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА - REFERENCES

1. Collaborative P. Changing outcomes following pelvic exenteration for locally advanced and recurrent rectal cancer. *BJS Open*, 2019, No. 3, pp. 516–20.
2. Collaborative P. Surgical and survival outcomes following pelvic exenteration for locally advanced primary rectal cancer: results from an international collaboration. *Annals of Surgery*, 2019, No. 269, pp. 315–21.
3. Collaborative P. Simultaneous pelvic exenteration and liver resection for primary rectal cancer with synchronous liver metastases: results from the PelvEx Collaborative. *Colorectal Diseases*, 2020, No. 22, pp. 1258–62.
4. Kroon H.M. Palliative pelvic exenteration: a systematic review of patient-centered outcomes. *European Journal of Surgical Oncology*, 2019, No. 45, pp. 1787–95.
5. Lau Y.C., Jongerius K., Wakeman C. Influence of the level of sacrectomy on survival in patients with locally advanced and recurrent rectal cancer. *British Journal of Surgery*, 2019, No. 106, pp. 484–90.
6. Lee P., Tan W.J., Brown K.G.M. Addressing the empty pelvic syndrome following total pelvic exenteration: does mesh reconstruction help? *Colorectal Diseases*, 2019, No. 21, pp. 365–9.
7. McCarthy A.S.E., Solomon M.J., Koh C.E. Quality of life and functional outcomes following pelvic exenteration and sacrectomy. *Colorectal Diseases*, 2020, No. 22, pp. 521–8.
8. Proctor M.J., Westwood D.A., Donahoe S. Morbidity associated with the immediate vertical rectus abdomi-

nusmyocutaneous flap reconstruction after radical pelvic surgery. *Colorectal Diseases*, 2019, No. 22, pp. 562–8.

9. Thomas P.W., Blackwell J.E.M., Herrod P.J.J. Long-term outcomes of biological mesh repair following extra levator abdominoperineal excision of the rectum: an observational study of 100 patients. *Techniques in Coloproctology*, 2019, No. 23, pp. 761–7.

10. Waters P.S., Peacock O., Warriar S.K. Evolution of pelvic exenteration surgery – resectional trends and survival outcomes over three decades. *European Journal of Surgical Oncology*, 2019, No. 45, pp. 2325–33.

Сведения об авторах:

Сангинов Джумабой Рахматович – профессор кафедры онкологии, лучевой диагностики и лучевого лечения ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино», д.м.н., профессор; тел.: (+992) 935700909

Нажмиддинов Аскар Хасанович – врач-онколог отделения уропроктологии ГУ РОНЦ МЗиСЗН РТ; тел.: (+992) 934882893

Джумаев Тоджибой Джумаевич – зав. отделением уропроктологии ГУ РОНЦ МЗиСЗН РТ, врач онколог; тел.: (+992) 55700525

Ниязов Илхомидин Каримович – ассистент кафедры онкологии, лучевой диагностики и лучевого лечения ГОУ «ТГМУ им. Абуал ибн Сино», научный сотрудник отделения общей онкологии ГУ РОНЦ МЗиСЗН РТ к.м.н.; тел.: (+992) 918874887; e-mail: ilhomnike@mail.ru

¹Сироджов К.Х., ¹Рабиев Х.Х., ¹Дустов Х.С.,
¹Махмадалиев Б.Г., ²Хамидов Дж.Б.

АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПЕРВИЧНОЙ АРТРОПЛАСТИКИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ

¹Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

²Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

¹Sirodzhov K.Kh., ¹Rabiev Kh.Kh., ¹Dustov Kh.S.,
¹Makhmadaliev B.G., ²Khamidov J.B.

ANALYSIS OF THE LONG-TERM RESULTS OF PRIMARY HIP ARTHROPLASTY IN DEGENERATIVE-DYSTROPHIC PROCESSES

¹The Department of Traumatology and Orthopedics of State Education Establishment “Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan”

²Department of Anesthesiology and Reanimatology of State Education Establishment “Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan”

Цель исследования. Дать сравнительную оценку отдаленных результатов лечения пациентов по технологии артропластики при дегенеративно-дистрофических процессах тазобедренного сустава.

Материал и методы. Проанализированы результаты 111 артропластик тазобедренного сустава у 86 пациентов с дегенеративно-дистрофическими процессами тазобедренного сустава, из них у 15 человек операция осуществлена с 2 сторон.

Диагностические исследования включали рентгенографию таза в 2 стандартных положениях, КТ и МРТ индивидуально в режиме подавления металлических артефактов (MARS). Для каждого пациента проведено анкетирование (шкалы Харриса, Оксфорда), рентгенологически оценивали угол фронтальной инклинации чашки эндопротеза.

Результаты. Отличные функциональные результаты операции по шкале Оксфорда отмечены у 54,7% пациентов, хорошие – у 24,4%, удовлетворительные – у 18,6%, неудовлетворительные – у 2,3%. Функциональные результаты по шкале Харриса составили: отличные – у 56,9%, хорошие – у 17,4%, удовлетворительные – у 20,9%, неудовлетворительные функциональные результаты – у 3,5% пациентов.

Угол фронтальной инклинации чашки эндопротеза в 73,3% случаев составляет меньше 45°, что является оптимальным вариантом для нормального функционирования искусственного сустава. Угол фронтального наклона чашки 45°-49° составляет 13,9%, угол, превышавший 50°, – 12,8%.

Заключение. При возникновении болевого синдрома в краткосрочных и отдаленных сроках после артропластики тазобедренного сустава необходимо провести оценку стабильности компонентов эндопротеза. Если проблема не связана с нестабильностью компонентов, тогда исключить наличие псевдопухоли мягких тканей.

Ключевые слова: артропластика, дистрофический процесс, повреждения, остеопороз, нестабильность

Aim. To give a comparative assessment of long-term results of treatment of patients using arthroplasty technologies in degenerative-dystrophic processes of the hip joint.

Material and methods. During the period 2013-2022, 86 patients with degenerative-dystrophic processes of the hip joint, who underwent 111 hip arthroplasty, were treated at the City Medical Center No. 3 in Dushanbe. Of these, 15 patients underwent surgery from 2 sides. Of these, 15 patients underwent surgery from 2 sides. Additional research

methods included pelvic radiography in 2 standard positions, CT and MRI individually in the metal artifact suppression mode (MARS). A questionnaire was conducted, each examined patient filled out a questionnaire (Harris, Oxford), radiologically assessed the angle of frontal incline of the endoprosthesis cup.

Results. "Excellent" functional results of surgery according to the Oxford scale, 54.7% of patients were noted, "good" – 24.4%, "average" – 18.6% and "below average" – 2.3%. The functional results on the Harris scale were: "excellent" – 56.9%, "good" – 17.4%, "average" – 20.9% and "below average" – 3.5%.

The angle of frontal incline of the endoprosthesis cup in 73.3% of cases is less than 45°, which is the optimal option for the normal functioning of the artificial joint. The angle of the frontal tilt of the cup 45° - 49° is 13.9%, the angle exceeding 50° is 12.8%.

Conclusion. If a pain syndrome appears in the short and long term after hip arthroplasty, it is necessary to examine the patient to assess the stability of the components of the endoprosthesis, if the problem is not related to the instability of the components, then exclude the presence of soft tissue pseudotumor.

Key words: arthroplasty, dystrophic process, injuries, osteoporosis, instability

Актуальность

Дегенеративно-дистрофические процессы крупных суставов опорно-двигательного аппарата являются одной из ведущих причин временной нетрудоспособности и инвалидизации пациентов [1-4]. По прогнозам Организации Объединенных Наций и данным эпидемиологических исследований [2], в связи с увеличением во второй половине XXI века доли пожилого населения в общей популяции можно ожидать роста распространенности дистрофических процессов от 2 до 10 раз.

В.А. Насонова (1997) [3] определяет данную патологию как «хроническое прогрессирующее невоспалительное заболевание суставов неясной этиологии, характеризующееся дегенерацией суставного хряща и структурными изменениями субхондральной кости, деформациями суставов, развитием явного или скрыто протекающего умеренно выраженного реактивного синовита».

Длительный опыт применения различных вариантов органосохраняющих операций при данной патологии отражает эффективность хирургических вмешательств лишь при незапущенных формах заболевания [2-5]. При выраженном артрозе тазобедренного сустава методикой, позволяющей быстро восстановить длину конечности, анатомическое несоответствие нагружаемых суставных поверхностей, избавить человека от стойкого болевого синдрома и в значительной степени улучшить качество его жизни, является эндопротезирование [7].

Тотальное замещение тазобедренного сустава зарекомендовало себя как наиболее эффективная операция при тяжелых его заболеваниях, а постоянное совершенствование конструкции протеза и техники вмешательства привели к тому, что, по десятилетнему наблюдению, удовлетворительные результаты операции приближаются к 95% [5, 6].

Несмотря на это, осложнения остаются одним из существенных факторов, определяющих необходимость и эффективность ревизионных вмешательств. В доступной литературе описаны следующие виды осложнений: нестабильность протеза (подвывихи, вывихи), перипротезные переломы, неврологические и тромбоэмболические нарушения, инфекции, нестабильность компонентов (расшатывание). Большинство этих осложнений фиксируются как в раннем, так и в позднем послеоперационном периодах [4, 5, 7].

Переломы в перипротезной зоне являются одним из наиболее тяжелых осложнений, возникающих как интраоперационно, так и в послеоперационном периоде, с более высокими показателями смертности в краткосрочные и долгосрочные периоды наблюдения за пациентами [2, 3].

Так, в литературе зафиксирована более высокая частота расшатывания конструкции, сопряженная с перипротезными переломами. Частота возникновения данного осложнения колеблется от 0,1% до 18,0%. При ревизионных вмешательствах распространенность перипротезных переломов увеличивается [2, 6, 7].

Необходимость в повторной артропластике тазобедренного сустава возникает вследствие нестабильности компонентов эндопротеза на фоне прогрессирования остеопороза, сопутствующей соматической патологии, которые приводят к нарушению синтеза остеобластов и скорости разрушения остеокластов костной ткани, а также не исключается повторная травма в процессе жизни пострадавшего.

Таким образом, с увеличением количества оперативных вмешательств по замене крупных суставов конечностей в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах иногда больные обращаются повторно с жа-

лобами на боли в области оперированного сустава, нарушение походки и опороспособность ноги, которые происходят на фоне нестабильности компонентов или перипротезного перелома.

Вышесказанное диктует необходимость разработки ряда новых организационных, диагностических и тактических подходов, которые улучшат ближайшие и отдаленные результаты артропластики тазобедренного сустава.

Цель исследования

Дать сравнительную оценку отдаленных результатов лечения пациентов по технологии артропластики при дегенеративно-дистрофических процессах тазобедренного сустава.

Материал и методы исследования

За период 2014–2022 гг. в Городском медицинском центре №3 г. Душанбе произведено 111 артропластик тазобедренного сустава, из них у 15 пациентов операция выполнена с 2 сторон. Показаниями для проведения артропластики служили в первую очередь дистрофические коксартрозы различной этиологии (87 пациентов) и асептический некроз головки бедренной кости (29).

У больных установлены следующие виды эндопротезов: фирм «Zimmer» (n=37), «Meril» (n=36), «Solid» (n=21), «Tipsan» (n=17). В общей выборке мужчин было 69, женщин – 42, возраст исследуемых больных в данной выборке составил от 30 до 77, средний возраст – 62 ± 3 года.

Всем больным, которые участвовали в исследовании, выполнены обзорные рентгенограммы таза и тазобедренных суставов в 2 стандартных положениях для оценки положения компонентов эндопротеза и выявления признаков нестабильности компонентов, а также для определения величины угла фронтальной инклинации вертлужного компонента.

Кроме обычной рентгенограммы, индивидуально, в показанных спорных случаях выполняется МРТ таза и тазобедренных суставов в режиме подавления металлических артефактов (MARS), целью которой является выявление реакций тканей в перипротезных зонах, атрофии мышц, псевдоопухолей мягких тканей вокруг компонентов эндопротеза и наличие реактивного выпота в полости искусственного сустава.

Для оценки отдаленных функциональных результатов артропластики тазобедренного сустава каждый исследуемый пациент заполнил анкету Харриса и Оксфорда.

Функциональные результаты тазобедренного сустава по системе оценки модифици-

рованной шкалы Harris Hip Score (1969), соответствовавшей следующей градации, были: «отлично» – 90–100 баллов, «хорошо» – 80–89 баллов, «удовлетворительно» – 70–79 баллов, «неудовлетворительно» – менее 70 баллов.

Шкала Oxford Knee Score предназначена для оценки функции коленного и тазобедренного суставов в послеоперационном периоде на фоне артропластики и считается наиболее чувствительным методом при оценке отдаленных результатов эндопротезирования крупных суставов конечностей. В неё включены такие основные параметры, как характер боли, статика и движения, социальные и общественные аспекты реинтеграции и здоровья пациента. Она включает 12 пунктов, которые легко заполняются и понятны больному в плане заполнения. Максимальная сумма баллов по данной шкале составляет 48 баллов, полученная сумма баллов 42 считается отличными результатами лечения, от 34 до 41 балла – хорошими, от 27 до 33 – удовлетворительными и при меньше 26 баллов результат считается неудовлетворительным.

Статистическая обработка анализов произведена с помощью статистического пакета программы Microsoft Excel, 2010, Statistica 6.1. Проверка нормальности распределения количественных признаков в отдельных группах сравнения проводилась с использованием критериев Колмогорова-Смирнова. Статистическая обработка включала среднее арифметическое значение, среднее квадратичное отклонение. Достоверность различий между группами наблюдений оценивалась по критерию Стьюдента и непараметрическому критерию Уилкоксона, Манна-Уитни. Различия между группами наблюдений считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Исследование проводилось на основании подписания информированного согласия пациентами и разрешения этического комитета в соответствии с этическими стандартами, разработанными в соответствии с Хельсинской декларацией Всемирной ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека» с поправками 2000 г.

Результаты и их обсуждение

Из общего количества больных (n=111) от участия в исследовании отказались 17 пациентов, 3 пациента уехали за границу, 2 пациента умерли, 3 не смогли найти за-за отсутствия контактов.

Из общей выборки исследование проходили 86 пациентов, из них 5 пациентам выполнено повторное оперативное вме-

шателство, связанное с нестабильностью компонентов эндопротеза. В 2 случаях произведена повторная операция – ревизионное эндопротезирование при перипротезных переломах, в 3 случаях - на фоне нестабильности вертлужного компонента.

Результаты исследования показывают, что отдаленные отличные функциональные результаты артропластики сустава по шкале Оксфорда отмечены у 54,7% пациентов, хорошие – у 24,4%, удовлетворительные – у 18,6%, неудовлетворительные – у 2,3% (табл. 1).

Таблица 1

Результаты артропластики сустава по шкале Оксфорда

Сумма баллов	Количество больных (n=86)	
	абс.	%
42 – отличные результаты	47	54,7
34-41 – хорошие результаты	21	24,4
27-33 – удовлетворительные результаты	16	18,6
<26 баллов – неудовлетворительные результаты	2	2,3
Всего	86	100

Из представленной таблицы видно, что отличные функциональные результаты эндопротезирования тазобедренного сустава в отдаленном послеоперационном периоде по шкале Оксфорда преобладают среди пациентов и составляют 54,7%, хорошие и удовлетворительные функциональные результаты получены соответственно у 24,4% и 18,6%.

Функциональные результаты по шкале Харриса представлены следующим образом: отличные результаты отмечены у 56,9%, хорошие – у 17,4%, удовлетворительные – у 20,9%, неудовлетворительные функциональные результаты - у 3,5% пациентов.

Результаты рентгенологического исследования для оценки положения компонентов эндопротеза в момент обследования и выявления признаков нестабильности компонентов за счет изменения величины угла фронтальной инклинации вертлужного компонента приведены в таблице 2.

Как видно из представленной таблицы, угол фронтальной инклинации чашки эндопротеза в 73,3% случаях составляет меньше 45°, что является оптимальным вариантом для нормального функционирования искусственного сустава. Угол фронтального наклона чашки в 45°-49° составляет 13,9%, угол, превышавший 50°, – 12,8%. Чем больше угол инклинации чашки имплантата, тем больше признаков, указывающих на нестабильность данного компонента эндопротеза.

Результаты артропластики тазобедренного сустава в отдаленном периоде по клиническому проявлению нами считались

неудовлетворительными у 6 пациентов, из них в 2 случаях это связано с нестабильностью бедренного компонента и в 4 случаях - с увеличением угла абдукции чашки эндопротеза.

Таблица 2

Угол абдукции чашек

Угол абдукции	Количество больных (n=86)	
	абс.	%
<40°	38	44,2
40-44°	25	29,1
45-49°	12	13,9
50-54°	8	9,3
55-59°	3	3,5
>60°	0	0
Всего	86	100

Основные жалобы у пациентов были боли в паху, наружной поверхности бедра и ягодичной области, клинические проявления боли были связаны с нагрузкой на оперированную конечность, в покое интенсивность боли уменьшается. Кроме того, была отмечена различной степени хромота на стороне оперированной конечности, ограничение движений в оперированном суставе, неправильная установка стопы, а также укорочение конечности, которое было выявлено в горизонтальном положении. Активные движения в оперированном суставе ограничены, пассивные вызывают усиление болей, визуаль-

но отмечена гипотрофия мышц ягодичной области и бедра.

Вышеуказанные симптомы в 4 случаях развились постепенно и не были связаны с травмой, изначально характер болей был незначителен, а появлялись при длительной ходьбе, в покое они проходили, в последующем для купирования боли больные использовали таблетирование анальгетики и нестероидные препараты. Со слов пациентов, в последнее время боли носили интенсивный характер, появлялись и в покое, передвигаться стало тяжело.

В 2 случаях при болях, связанных с травмой, пациенты отмечают, что после падения на оперированную сторону сразу появлялись боли, которые нарастали со временем, отмечались нарушения ходьбы и опороспособности конечности.

Повторная операция по ревизионному эндопротезированию выполнена в 2-х случаях с нестабильностью бедренного компонента. Интраоперационно установлено, что имеется поворот и оседание ножки эндопротеза, ножки и головки эндопротеза – у одного больного ножку посадили на костный цемент, у второго больного использовали безцементную ножку, учитывая толщину кортикального слоя. У четырех больных, у которых кли-

нические проявления боли были связаны с нестабильностью вертлужного компонента, от повторной операции временно воздержались, им была назначена консервативная терапия с целью временного купирования боли и остеотропные препараты для уменьшения остеопороза. Из них у одного больного на МРТ выявили наличие реактивного выпота в искусственном суставе. С целью определения характера выпота и исследования на бактерии была произведена пункция сустава в стерильных условиях, добыто около 40 мл синовиальной жидкости, при микробиологическом исследовании которой роста микроорганизмов не обнаружено.

Заключение

Таким образом, полученные результаты пПри появлении у пациента болевого синдрома в краткосрочных и отдаленных сроках после артропластики тазобедренного сустава необходимо обследование для оценки стабильности компонентов эндопротеза, если проблема не связана с нестабильностью компонентов, тогда требуется исключить наличие псевдопухоли мягких тканей воспалительного характера.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (п. 7 см. в REFERENCES)

1. Дулаев А.К., Цед А. Н., Муштин Н.Е. Применение транексамовой кислоты при эндопротезировании тазобедренного сустава у пациентов, находящихся на хроническом гемодиализе // Вестник хирургии имени И.И. Грекова. 2018. № 177 (4). С. 47–51.
2. Кошанов А.К. Анестезия у больных, страдающих сахарным диабетом // Клиническая медицина. Анестезиология и реаниматология. 2020. №7 (70). С. 4-8.
3. Прохоренко В.М., Азизов М.Ж., Шакиров Х.Х. Сопутствующие заболевания у пациентов с ревизионным эндопротезированием тазобедренного сустава // Acta Biomedica Scientifica. 2017. №2 (5). С. 136–140.
4. Курбанов С.Х., Мирзабеков К.С., М.С. Абдуллоев, А.А. с соавт. Костнопластическое моделирование вертлужной впадины при эндопротезировании пациентов с тяжелой дисплазией // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2019. Т. IX, №4. С. 374-379.
5. Любчак В.В., Сивков В.С., Плиев Д.Г., Цыбин А.В., Малыгин Р.В., Шубняков М.И. Ревизионное эндопротезирование тазобедренного сустава с парой трения металл- металл. Случай из практики. // Современные проблемы науки и образования. 2018. №4. С.41-45
6. Сафаров Д.М. Осложнения при эндопротезировании тазобедренного сустава // Вестник Авиценны.

2017. Т. 19, № 4. С. 528-531.

REFERENCES

1. Dulaev A.K., Tsed A. N., Mushtin N.E. Primenenie traneksamovoy kisloty pri endoprotezirovanii tazobedrennogo sustava u patsientov, nakhodyashchikhsya na khronicheskom gemodialize [The use of tranexamic acid in hip replacement in patients undergoing chronic hemodialysis]. *Vestnik khirurgii im. I.I. Grekova – Bulletin of Surgery named after. I.I. Grekova*, 2018, No. 177 (4), pp. 47–51.
2. Koshanov A.K. Anesteziya u bolnykh, stradayushchikh sakharnym diabetom [Anesthesia in patients with diabetes mellitus]. *Klinicheskaya meditsina. Anesteziologiya i reanimatologiya – Clinical medicine. Anesthesiology and intensive care*, 2020, No. 7 (70), pp. 4–8.
3. Prokhorenko V.M., Azizov M.Zh., Shakirov Kh.Kh. Sopotstvuyushchie zabolevaniya u patsientov s revizionnym endoprotezirovaniem tazobedrennogo sustava [Concomitant diseases in patients with revision hip replacement]. *Acta Biomedica Scientifica – Acta Biomedica Scientifica*, 2017, No. 2 (5), pp. 136–140.
4. Kurbanov S.Kh., Mirzabekov K.S. Kostnoplachesticheskoe modelirovanie vertluzhnoy vpadiny pri endoprotezirovanii patsientov s tyazheloy displaziey [Efficiency of various schemes of rehabilitation measures in patients after primary hip replacement]. *Vestnik Akademii meditsinskikh nauk Tadzhikistana – Bulletin of the*

Academy of Medical Sciences of Tajikistan, 2019, Vol. 9, No. 4, pp. 374-379.

5. Lyubchak V.V., Sivkov V.S., Pliev D.G. Revizionnoe endoprotezirovanie tazobedrennogo sustava s paroy treniya metall- metall. Sluchay iz praktiki [Revision hip replacement with a metal-metal friction pair. A case from practice]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya – Modern problems of science and education*, 2018, No. 4, pp. 41-45.

6. Safarov D.M. Oslozhneniya pri endoprotezirovanii tazobedrennogo sustava [Complications in hip arthroplasty]. *Vestnik Avitsenny – Bulletin of Avicenna*, 2017, Vol. 19, No. 4, pp. 528-531.

7. Kovochich M. Understanding outcomes and toxicological aspects of second generation metal-on-metal hip implants: a state-of-the-art review. *Critical Reviews in Toxicology*, 2018. Vol. 48, No. 10, pp. 853–901.

Сведения об авторах:

Сироджов Кутбуди Хасанович – зав. кафедрой травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н., доцент; тел.: (+992) 935290963; e-mail: sirodzhovk93529s@mail.ru

Рабиев Хусрав Худойкулович – соискатель кафедры травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ; тел.: (+992) 904595850

Махмадалиев Бахтовар Гуломхайдарович – соискатель кафедры травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ; тел.: (+992) 987904949

Дустов Хуршед Саидмуродович – больничный ординатор взрослой ортопедии ГУ «Медицинский центр РТ “Шифобахи”», к.м.н.; тел.: (+992) 931016699

Хамидов Джура Бутаевич – доцент каф. анестезиологии и реаниматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», к.м.н.; тел.: (+992)985530062

¹Худоёров С.А., ²Махмудов Д.Т.,
²Ашуров Г.Г., ³Тагаева Ш.О.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ФУНКЦИИ САМООЧИЩЕНИЯ ПОЛОСТИ РТА, СКОРОСТИ ОБРАЗОВАНИЯ ЗУБНЫХ БЛЯШЕК И ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОККЛЮЗИОННО- Артикуляционного взаимоотношения зубов у детей с аномалиями зубочелюстной системы

¹Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино»

²Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

³Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино»

¹Khudoyorov S.A., ²Makhmudov D.T.,
²Ashurov G.G., ³Tagaeva Sh.O.

RESULTS OF THE STUDY OF FUNCTION INDEPENDENT DEFOGGING OF ORAL CAVITY, VELOCITY OF THE FORMATION TEETH PLAQUE AND EFFICIENCY OF THE HYGIENE OF ORAL CAVITY IN DEPENDING ON OCCLUSION-ARTICULATION RELATION BESIDE CHILDREN WITH ANOMALY OF TEETH-MAXILLARY SYSTEM

¹Department of Child Dentistry and Orthodontics of the State Educational Establishment «Avicenna Tajik State Medical University»

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

³Department of Therapeutic Dentistry of the State Educational Establishment «Avicenna Tajik State Medical University»

Цель исследования. Исследовать функции самоочищения полости рта, скорость образования зубных бляшек и эффективность гигиены полости рта в зависимости от окклюзионно-артикуляционного взаимоотношения у детей с аномалиями зубочелюстной системы.

Материалы и методы. Обследовали 250 детей и подростков в возрасте от 12 до 18 лет, имеющих сужение зубных рядов в области функционально-ориентированных фронтальных групп зубов. Исследование функции самоочищения полости рта (величину ретенции пищевого детрита и скорость его исчезновения с поверхности зубов) проводили по методу В.К. Леонтьева с соавт. Скорость образования зубных бляшек (индекс PFRI) на поверхности зуба определяли по методике, предложенной Р. Axelsson. Эффективность гигиены полости рта оценивали с помощью индекса РНР (Podshadley, Haley).

Результаты. Факторами, способствующими развитию кариозного процесса, являются скопление пищевого детрита, замедление скорости его вымывания из области скученного положения зубов и неудовлетворительная эффективность гигиены полости рта. Образование суб- и супрагингивальной зубной бляшки, содержащей пародонтопатогенные штаммы микроорганизмов, приводит к развитию кариеса зубов и воспалительных заболеваний маргинального пародонта.

Заключение. В области скученного положения зубов вследствие нарушения окклюзионно-артикуляционного взаимоотношения формируется благоприятный «микроклимат» для развития таких основных стоматологических заболеваний, как кариес и заболевания пародонта.

Ключевые слова: скученное положение зубов, кариес зубов, заболеваний пародонта, ретенция пищевого детрита, скорость образования зубных бляшек

Aim. Research the function of independent defogging oral cavity, velocity of the formation teeth plaque and efficiency of the hygiene of oral cavity in depending on occlusion-articulation relations beside children with anomaly of teeth-maxillary system.

Material and methods. Examined 250 children and teenager 12-18-year-old, having narrowing the teeth rows in the field of function-oriented frontal group's teeth. Study of functions independent defogging of oral cavity (the value retention of food detritus and velocity of its disappearance with surfaces of teeth) held at method designed by V.K. Leontev et al. Velocity of the formation of teeth plaque (index PFRI) on surfaces of the teeth defined by method offered P. Axelsson. Efficiency hygiene of oral cavity valued by means of index PHP.

Results. Factor promoting of the development of carious process are a concourse food plaque, deceleration velocities of its removal from area of the longed for position teeth and unsatisfactory efficiency hygiene of oral cavity. Formation sub- and supragingival teeth plaque, deceleration velocities of its removal from area of the longed for position teeth and unsatisfactory efficiency hygiene of oral cavity. Formation sub- and supragingival teeth plaque, containing parodontopathogenic stamp of microorganism brings about development of caries and inflammation diseases of marginal parodont.

Conclusion. In the field of overcrowding teeth in consequence of the breach of occlusion-articulation relations formed favorable «microclimate» for development such main dentistry diseases, as caries and parodontal diseases.

Key words: overcrowding teeth, carious, parodontal diseases, retention of food plaque, velocity formation of teeth plaque

Актуальность

Сужение зубных рядов в сочетании со скученным положением передних функционально-ориентированных групп зубов, как один из разновидностей нарушения окклюзионно-артикуляционного взаимоотношения, занимает первое место по распространенности зубочелюстных аномалий и деформаций. Вероятными причинами редукции жевательного аппарата являются следующие факторы: изменение структуры и состава пищи, эволюция черепа в связи с увеличением и перестройки мозга. Редукции, прежде всего, подвержены альвеолярные отростки, что приводит к дефициту места для правильного расположения зубов [4, 6].

Участки со скученным положением зубов являются «зоной наименьшего сопротивления», воздействуя на которую экзогенные и эндогенные факторы, способствуют развитию кариеса и заболевания пародонта. Здесь происходит накопление пищевого детрита, замедление скорости его вымывания, образование супра- и субгингивальной зубных бляшек, микроорганизмы которых способны вызвать заболевания пародонта и кариес. Неудовлетворительная гигиена полости рта на данном участке только усиливает риск возникновения осложнений стоматологических заболеваний [3, 5].

С учетом изложенного выше, область скученного положения зубов, как следствие нарушения окклюзионно-артикуляционного взаимоотношения, можно считать зоной риска развития кариеса зубов и заболеваний тканей пародонта.

Цель исследования

Исследовать функцию самоочищения полости рта, скорость образования зубных бляшек и эффективность гигиены полости рта в зависимости от окклюзионно-артикуляционного взаимоотношения у детей с аномалиями зубочелюстной системы.

Материал и методы исследования

Было обследовано 250 детей и подростков в возрасте от 12 до 18 лет, имеющих сужение зубных рядов в области функционально-ориентированных фронтальных групп зубов. Из них у 110 школьников отмечали скученное положение передних зубов (1-я группа) и 140 детей, не имеющих данной патологии зубочелюстной системы (2-я группа – контроля). Для постановки диагноза «сужение зубных рядов» в зависимости от нарушения окклюзионно-артикуляционных взаимоотношений проводили измерения на диагностическом моделях с помощью штангенциркуля: определялся индекс Пона в интерпретации Линдера и Харта.

Тесное расположение зубов определяли визуально, причем скученности положения зубов I степени диагностировалось у 75 (68,2%) детей, II степени – у 23 (20,9%), III степени – у 12 (10,9%) обследованных. Для достижения поставленной цели использовали следующие методы исследования «зоны риска» развития основных стоматологических заболеваний у детей и подростков с нарушением окклюзионно-артикуляционных взаимоотношений.

По методу, разработанному В.К. Леонтьевым с соавт. (рацпредложение № 1453

от 2010 г., Москва), проводили определение величины ретенции пищевого детрита и скорость его исчезновения с поверхности зубов (функции самоочищения полости рта). По методике, предложенной P. Axelsson et al. [2], на поверхности зуба определяли скорость образования зубных бляшек (индекс PFRI). С помощью индекса РНР (Podshadley, Haley) оценивали эффективность гигиены полости рта [1]. Исследования проводили в стандартизированных условиях с учетом времени приема пищи.

Статистическая обработка данных проводилась с применением пакета прикладных программ «Statistica 6.0». Достоверность полученных результатов обеспечивалась применением стандартных диагностических методик и критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

В начале исследования среди обследованных детей с аномалиями зубочелюстной системы проводилась оценка стоматологического статуса при помощи индексов РМА, КПИ, РНР, КПУ. Полученные данные свидетельствуют о том, что среднее значение РМА в группе детей, имеющих скученное положение фронтальных функционально-ориентированных групп зубов, составило $30,3 \pm 0,67\%$, что значительно превышает среднее значение РМА в группе контроля ($21,6 \pm 1,16\%$). Результаты названного индекса достоверны и являются максимально значимыми. Следовательно, в группе исследования детей с аномалиями зубочелюстной системы из-за нарушения окклюзионно-артикуляционного взаимоотношения преобладает хронический гингивит средней степени тяжести, в то время как у лиц, не имеющих патологии зубочелюстной системы, - хронический гингивит легкой степени тяжести.

Среди обследованных лиц также были получены достоверные различия по индексу КПИ: в основной группе детей среднее значение вышеупомянутого индекса составило $1,7 \pm 0,1$ балла, в то время в группе контроля - $1,3 \pm 0,11$. Среднее значение индекса интенсивности кариозного процесса в группе детей с аномалиями зубных рядов составило: КПУз - $7,6 \pm 0,83$; КПУп - $11,6 \pm 1,45$, по сравнению с группой контроля (КПУз - $5,2 \pm 0,9$; КПУп - $8,9 \pm 1,54$).

Исходное значение эффективности гигиены полости рта с оценкой по индексу РНР оказалось немного хуже в группе пациентов со скученным положением зубов (РНР - $3,14 \pm 0,2$ балла), но и в группе контроля эффективность гигиены полости рта также

неудовлетворительна ($2,86 \pm 0,21$ балла) при $p=0,01$ (различия недостоверны).

При исследовании самоочищения полости рта нами были получены следующие результаты. Наибольшая величина ретенции пищевого детрита ($2,35 \pm 0,12$ балла) была диагностирована на нижней челюсти в области фронтальных функционально-ориентированных групп зубов, где наблюдается скученное положение резцов. В группе контроля на этом же участке нижней челюсти величины ретенции пищевого детрита составила $1,18 \pm 0,10$ балла. При этом время фиксации пищи на фронтальных зубах нижней челюсти составила $41,69 \pm 6,45$ секунд у детей основной группы, а в контрольной группе величина исследуемого показателя составила $14,12 \pm 0,75$ секунд.

Величина ретенции пищевого детрита на фронтальных зубах верхней челюсти в области скученного положения составила $2,10 \pm 0,11$ балла, что почти в 2 раза больше, чем на фронтальных зубах группы контроля ($1,15 \pm 0,10$). Время фиксации красителя на зубах верхней челюсти в области скученного положения фронтальных зубов составила $33,20 \pm 3,63$ секунд и $14,19 \pm 1,25$ секунд соответственно в основной и контрольной группах. Полученные данные позволяют отметить, что скорость вымывания пищевого детрита в области скученного положения зубов верхней челюсти почти в 2,5 раза ниже, чем у пациентов на данном участке челюсти из контрольной группы.

Для изучения «микроклимата» зон риска у детей с окклюзионно-артикуляционными нарушениями использовали локальные индексы папиллярно-маргинально-альвеолярного и гигиены. Среднее значение локального индекса папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса у детей, относящихся к первой группе, составило $41,91 \pm 2,81\%$, а в группе контроля - $7,69 \pm 0,56\%$. Локальный индекс гигиены полости рта среди обследованных детей основной и контрольной группы составил соответственно $2,10 \pm 0,10$ балла и $1,5 \pm 0,70$.

Среди детей с аномалиями зубочелюстной системы также определялась скорость образования зубных бляшек на поверхностях зубов с помощью индекса PFRI, предложенного P. Axelsson et al. [2]. В первое посещение зарисовывали расположение зубного налета на поверхностях зубов в области скученного положения у детей основной и контрольной групп и полученные данные заносили в специальную карту. Ровно через 24 часа пациент обследовался повторно, после чего полученные

результаты исследования вносили в карту. В группе контроля суммарное значение скорости образования бляшек составило $34 \pm 0,97$ поверхности в области 11, 12, 13, 14, 15; 21, 22, 23, 24, 25; 31, 32, 33, 34, 35; 41, 42, 43, 44, 45 (исходное суммарное значение - $11 \pm 0,10$ поверхности), в то время как в группе с аномалиями зубочелюстной системы в этих фронтальных сегментах оно составило $55 \pm 2,69$ и $19,2 \pm 0,32$ ($p < 0,0001$). Следовательно, в отдаленные сроки наблюдения интенсивность скорости образования зубных бляшек у детей с аномалиями зубочелюстной системы в области фронтальных функционально-ориентированных групп зубов в среднем составляет 2,75 поверхности на одного обследованного, а в группе контроля - 1,7 поверхности.

Заключение

Скопление пищевого детрита, замедление скорости его вымывания из области скучен-

ного положения зубов, неудовлетворительная эффективность гигиены полости рта у детей с нарушениями окклюзионно-артикуляционного взаимоотношения – факторы, способствующие развитию кариозного и пародонтологического процессов. Образование субгингивальной зубной бляшки, содержащей пародонтопатогенные штаммы микроорганизмов, приводит к развитию деструктивных изменений твердых тканей зубов и воспалительных заболеваний пародонта.

В области скученного положения зубов формируется благоприятный «микроклимат» для развития таких основных стоматологических заболеваний, как кариес и заболевания пародонта.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 2-6 см. в REFERENCES)

1. Улитовский С.Б. Гигиена полости рта в ортодонтии и ортопедической стоматологии. Н. Новгород, 2013. 216 с.

REFERENCES

1. Ulitovskiy S.B. *Gigiena polosti rta v ortodontii i ortopedicheskoy stomatologii* [The hygiene of oral cavity in orthodontia and orthopedic dentistry]. Nizhniy Novgorod, 2013. 216 p.

2. Axelsson P., Matarasso S. Predictive, preventive, personalized and participatory periodontology. *EPMA Journal*, 2013, Vol. 4, pp. 16-21.

3. Grey D.G., Gillgrass T.J. Orthodontic need, complexity, outcome and demographics of patients treated by orthodontists working in Scottish hospitals. *EFOSA Quality Newlette*, 2016, No. 6, pp. 2-12.

4. Lewellun S.K., Hamdan A.M., Rock W.R. An index of orthodontic treatment complexity. *European Journal of Orthodontics*, 2017, No. 2, pp. 186-192.

5. Ovsenik M., Promozic J. Quality assessment in

orthodontics in Slovenia. *EFOSA Quality Newlette*, 2017, No. 2, pp. 6-13.

6. Sukontupatipark W., Agroudi M.A., Seliseth N.I. Bacterial colonization associated with fixed orthodontic appliance: a scanning electron microscopy study. *European Journal of Orthodontics*, 2015, Vol. 23, No. 3, pp. 473-484.

Сведения об авторах:

Худоёров Саъдудин Абдукодирович – соискатель кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»; тел.: (+992)988281920

Махмудов Джурабек Тешиевич – ассистент кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н.; тел.: (+992) 918721155

Ашуров Гаюр Гафурович – зав. кафедрой терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н., профессор; тел.: (+992) 988710992

Тагаева Шахло Олимовна – ассистент кафедры терапевтической стоматологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»; тел.: (+992) 901112008

¹Шарипов А.А., ²Гуломова М.О., ²Худойназарова Ш.С.,
¹Нарзулоева М.Ф., ¹Назираи А., ³Мирзоалиев Ю.Ю.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА

¹Кафедра инфекционных болезней ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

²Кафедра семейной медицины ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

³ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины»

¹Sharipov A.A., ²Ghulomova M.O., ²Khudoynazarova Sh.S.,
¹Narzuloeva M.F., ²Nazirai A., ³Mirzoaliev Y.Y.

EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL FEATURES OF POST-COVID SYNDROME

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

²Department of Family Medicine, of State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan

³State Institution «Tajik Research Institute of Preventive Medicine»

Цель исследования. Изучение эпидемиологических и клинических особенностей постковидного синдрома.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт и анкет, заполненных среди 207 лиц, перенесших COVID-19 и обратившихся с признаками постковидного синдрома.

Результаты. Из 207 человек с COVID-19 у 58 выявлены симптомы постковидного синдрома (ПКС). Из них 41 мужчина (70,6%) и 17 женщин (29,4%). В целом, спустя разное количество времени после перенесенной инфекции появилось 20 наименований жалоб и симптомов, связанных с ПКС, эти симптомы в совокупности составили 396 случаев и сохранялись до определенного периода времени. В 43 (48,3%) случаях имелись симптомы поражения нервной системы, в 11 (12,4%) – опорно-двигательного аппарата, в 8 (8,9%) – сердечно-сосудистой системы, в 8 (8,9%) – дыхательной системы, в 4 (4,5%) случаев - психического состояния, в 3 (3,4%) случаях – желудочно-кишечного тракта и в 1 (1,1%) случае - мочевыделительной системы.

Заключение. У одного человека может проявляться от 5 до 12 симптомов, что свидетельствует о поражении 2 или более систем и органов. Для сведения к минимуму последствия тяжелой болезни, пациентам с ПКС необходимо пройти комплексный курс лечения и реабилитации. При постановке диагноза «Состояние после COVID-19 (U09.9)» необходимо учитывать анамнез болезни и рекомендации специалистов.

Ключевые слова: постковидный синдром, инфекция COVID-19, международная классификация болезней

Aim. Study of epidemiological and clinical characteristics of posttraumatic stress disorder (PTSD).

Material and methods. Questionnaires A retrospective analysis of medical records and questionnaires completed among 207 people who had COVID-19 and applied with signs of post-Covid syndrome was carried out.

Results. Of the 207 people with COVID-19, 58 showed symptoms of post-Covid syndrome (PCS). Of these, 41 were men (70,6%) and 17 women (29,4%). In general, after varying amounts of time after the infection, 20 types of complaints and symptoms associated with PCS appeared; these symptoms totaled 396 cases and persisted for a certain period of time. In 43 (48,3%) cases there were symptoms of damage to the nervous system, in 11 (12,4%) - to the musculoskeletal system, in 8 (8,9%) - to the cardiovascular system, in 8 (8,9%) - the respiratory system, in 4 (4,5%) cases - the mental state, in 3 (3,4%) cases - the gastrointestinal tract and in 1 (1,1%) case - the urinary system.

Conclusion. More than 5 to 12 types of signs can be found in one person, which indicates the disease of 2 or more of these systems and organs of the body. In order to reduce the consequences of a serious disease, after recovery, it is

necessary to undergo a comprehensive period of treatment and rehabilitation of patients with PTSD. When making a diagnosis of "Condition after COVID-19 (U09.9)", the history of the disease and the recommendations of specialists should be taken into account.

Key words: *posttraumatic stress disorder, COVID-19 infection, International classification of disease*

Актуальность

После выздоровления от COVID-19 через несколько месяцев миллионы людей в мире не смогли вернуться к нормальной жизни. У некоторых сохранялись одышка, слабость, отсутствие запаха и вкуса, в то же время как в других случаях после исчезновения симптомов COVID-19 через несколько недель появлялись новые клинические признаки. В третьем случае инфекция COVID-19 стала хронической и вызвала поражение большинства органов и систем организма [1, 2].

В начале эпидемической инфекции COVID-19 перед специалистами стояла только одна задача, а именно - спасти и уменьшать страдания пациентов от этой всеобъемлющей инфекции, но появились симптомы и осложнения, которые потребовали лечения и восстановления постковидных симптомов, а также разработки и реализации определенных планов и стратегий. Согласно полученным данным, 10-15% пациентов, перенесших COVID-19, испытали типичные симптомы постковида, и это привело к тому, что эти симптомы были включены в Международную классификацию болезней как отдельная номенклатура (PASC (post-acute sequelae COVID-19)) [1]. В связи с тем, что COVID-19, в основном, распространяется воздушно-капельным путем, он был воспринят как респираторное заболевание, но впоследствии стало известно, что он быстро распространяется по всему телу, поражая большинство тканей и органов. SARS-CoV-2 может оказывать нежелательное воздействие на различные системы, включая нервную систему, ЖКТ, мочевыделительную систему и сердечно-сосудистую систему. По этой причине клинические симптомы были разными как во время болезни, так и в постковидном периоде [1, 3, 5, 6].

Исследования показали, что значительная часть людей, у которых возник постковидный синдром (90%), не болели хроническими заболеваниями до тех пор, пока не заразились, а также перенесли болезнь относительно легко, и ни один из них не ожидал, что в определенный период времени вирус снова даст знать о своём существовании. Большинство случаев постковидного синдрома проявлялось среди лиц среднего и молодого возрастов (средний возраст лиц с постковидным

синдромом - 40 лет), а также по наблюдениям чаще встречается среди женщин (70-80%), чем среди мужчин [2, 4].

Цель исследования

Изучение эпидемиологических и клинических особенностей постковидного синдрома.

Материал и методы исследования

В ходе исследования были разработаны анкеты-опросники, в опрос были включены 207 человек, перенесших инфекцию COVID-19, а также лица с симптомами ПКС, в учреждении первичной медико-санитарной помощи (ГЦЗ №1 г. Душанбе). Были рассмотрены и проанализированы их медицинские карты. Проведён ретроспективный анализ медицинских карт и анкет, заполненных среди лиц, перенесших COVID-19 и обратившихся с признаками постковидного синдрома.

Результаты и их обсуждение

В ходе исследования из 207 человек, заразившихся COVID-19, у 58 выявлены симптомы постковидного синдрома (ПКС). Из них был 41 мужчина (70,6%) и 17 женщин (29,4). Среди 58 человек, у которых наблюдаются симптомы поражения той или иной системы или органов, 27 (46,6%) перенесли инфекцию COVID-19 в лёгкой форме, 22 человека (37,9%) - в средней форме и 9 человек (15,5%) - в тяжёлой форме.

Результаты оценки опросных листов и медицинских карт показывают, что после окончания болезни было обнаружено 20 наименований жалоб и симптомов, связанных с ПКС, эти симптомы в совокупности составили 396 и сохранялись до определённого периода времени. Наиболее частыми признаками или симптомами являются нарушения режима сна (сонливость или бессонница) – 41 случай, астенический симптом или общая слабость - 34 случая, быстрая утомляемость - 31 случай, головные боли и головокружение – 30 случаев, боль в суставах и мышцах - 30 случаев, снижение работоспособности – 30 случаев, потеря или нарушение обоняние – 26 случаев, нервозность – 25 случаев и нарушения дыхательной системы – 23 случая (в основном из-за фиброза в легких). Также из проведенного анализа следует, что у некоторых пациентов появляется более 5-12 симптомов, что свидетельствует о нарушении функции

2 или более органов и систем. Продолжительность указанных симптомов варьируется: от 1 до 10 дней - 70 случаев (17,7%), от 10 до 30 дней – 100 случаев (25,3%), от 1 до 3 месяцев – 91 случай (23,0%), от 3 до 6 месяцев – 40 случаев (10,1%), от 6 месяцев до 1 года – 19 случаев (4,8%) и более 1 года – 76 случаев (19,2%).

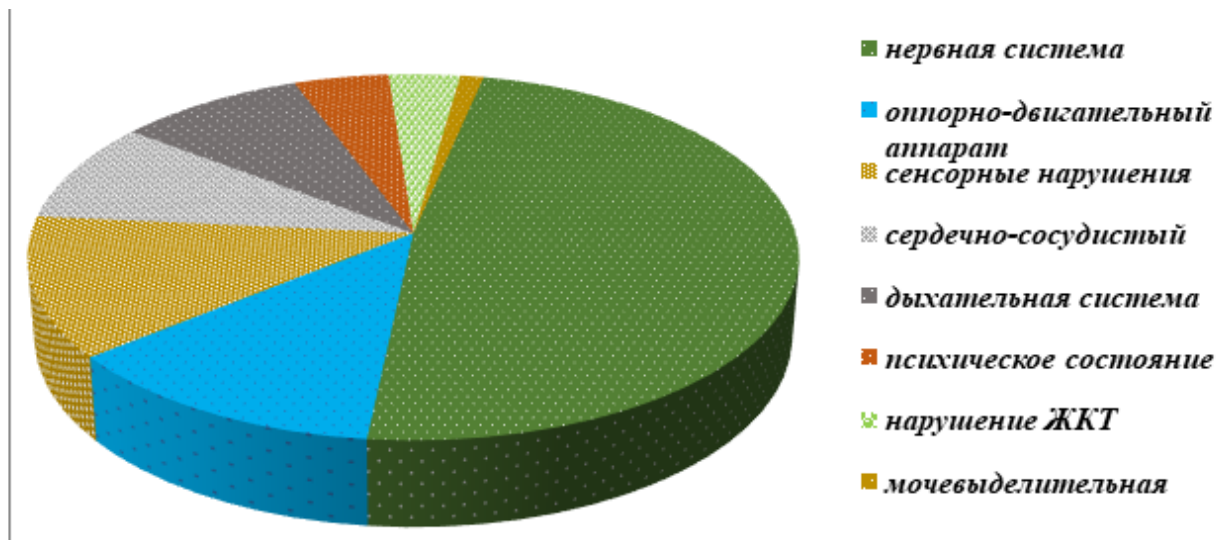
Объективные критерии выбора метода повторного оперативного вмешательства у пациенток с ПАГП

Жалобы и симптомы	1-10 дней	10-30 дней	1-3 мес.	3-6 мес.	от 6 мес. до 1 года	Больше 1 года	Всего
Нарушения сна	7	7	13	3	2	9	41
Головные боли и головокружение	8	12	6	4	-	-	30
Боли в мышцах и суставах	10	6	8	6	-	-	30
Беспокойства	3	8	1	-	-	-	12
Нарушения ритм сердца	3	6	6	5	4	4	28
Снижение работоспособности	6	3	10	6	1	1	27
Астенический синдром	2	7	9	4	3	9	34
Нервозность	3	2	7	-	3	10	25
Стрессовое состояние	4	2	2	-	1	1	10
Снижения активности и мышления	3	8	4	2	2	6	25
Нарушения вкусовых чувств и обоняния	7	15	2	1	-	-	25
Повышения артериального давление	1	2	1	-	-	2	6
Быстрая утомляемость	2	6	9	3	2	9	31
Снижения слуха	1	1	-	-	1	4	7
Диарея	3	1	1	1	-	-	6
Снижение иммунитета	1	4	6	1	-	7	19
Снижение зрение	-	1	3	-	-	6	10
Нарушение дыхание	6	9	3	3	-	2	23
Нарушения функции ЖКТ	-	-	-	1	-	2	3
Всего	70	100	91	40	19	72	392

Зарегистрированные симптомы связаны с различными нарушениями функции органов и систем: в 43 (48,3%) случаях - с поражением нервной системы, в 11 (12,4%) случаях - с опорно-двигательным аппаратом, в 11 (12,4%) случаях - с сенсорными органами, в 8

(8,9%) случаях - с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в 8 (8,9%) случаях - с дыхательной системой, в 4 случаях (4,5%) - с психическим

состоянием, в 3 (3,4%) - нарушения функции ЖКТ, в 1 (1,1%) случае - мочевыделительной системы.



Симптомы ПКС в зависимости от нарушения функции органов и систем

Из 58 пациентов, у которых наблюдались симптомы ПКС, только 18 (31,0%) обратились к специалистам и получили полный курс лечения, 19 (32,6%) получили неполное лечение, а 21 (36,2%) вообще не обратились к специалисту. Следует отметить, что из 58 лиц с ПКС только у 15 (25,8%) было диагностировано «Состояние после COVID-19» (U09.9), 7 пациентов имели в анамнезе хронические заболевания до заражения COVID-19 и симптомы, которые были отмечены в анкете, могли быть, в основном, связаны с этими заболеваниями. Также состояние 11 пациентов, у которых имелись симптомы ПКС, было зарегистрировано как состояние после COVID-19 (U09.9), они имели ряд хронических заболеваний (артериальная гипертензия - 3 человека, болезни ЖКТ - 2 человека, диабет - 2 человека и хроническая болезнь почек - 2 человека). В таких случаях диагноз пост-COVID-19 должен быть тщательно проанализирован, в связи с этим такие респонденты не были зачислены в исследование как ПКС.

Таким образом, было установлено, что из 207 человек, включенных в исследование, несмотря на то, что у 58 были зарегистрированы симптомы ПКС после заражения COVID-19, у 18 из этих симптомы были связаны с хроническими заболеваниями, только у 40 из них диагностирован ПКС, что составляет 19,3% от общего числа.

Заключение

Вероятность возникновения ПКС не зависит от возраста, предшествующих

и сопутствующих заболеваний, тяжести инфекции COVID-19 и социально-психологических факторов, у одного человека может наблюдаться от 5 до 12 симптомов, что свидетельствует о нарушении 2 или более систем и органов. Чаще всего поражаются нервная система - 43 (48,3%), опорно-двигательная и сенсорная - по 11 (12,4%), дыхательная и сердечно-сосудистая системы - по 8 (8,9%) и психическое состояние - 4 (4,5%). 18 человек (31,0%), у которых появились симптомы ПКС, обратились к специалистам и получили полный курс лечения, 21 (36,2%) вообще не обращались к специалисту. Только 15 респондентам (25,8%) был поставлен диагноз «Состояния после COVID-19» (U09.9). В случае отсутствия симптомов, связанных с хроническими заболеваниями, ПКС составляет 40 человек, или 19,3% от общего числа.

Чтобы свести к минимуму последствия тяжёлой болезни, пациентам с ПКС необходимо пройти комплексный курс лечения и реабилитации после госпитализации или амбулаторной терапии. При постановке диагноза «Состояние после COVID-19 (U09.9)» следует учитывать наличие хронических болезней и рекомендации специалистов. С целью устранения симптомов ПКС разработать и внедрить программу расширенного диспансерного наблюдения и реабилитации для пациентов, перенесших COVID-19.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Временное руководство по профилактике, диагностике, лечению и реабилитации больных с COVID-19 в разные периоды болезни в амбулаторных и стационарных условиях. Душанбе: Шарки Озод, 2021. 145 с.

2. Временные методические рекомендации «Медицинская реабилитация при новой коронавирусной инфекции (COVID-19)». Душанбе: Шарки Озод, 2023. 125 с.

3. Костюк Г.П., Погонченкова И.В., Чернов Н.В. Рекомендации по психологическому сопровождению пациентов с диагнозом COVID-19 на этапах амбулаторного лечения и реабилитации. Методические рекомендации. Москва: Медицина, 2020. С. 25

4. Макарова М.Р., Лямина Н.П. Физическая реабилитация при пневмонии, ассоциированной с COVID-19. Учебно-методическое пособие. Москва: Медицина, 2020. 44 с.

5. Мурадов А.М., Шумилина М.В., Кудаярова А.Б., Жолдубаева А.М., Чуйко А.М. Распространенность и основные клинические проявления постковидного синдрома // Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. 2023. Т. VIII, № 1(45). С. 114-123

6. Погонченкова И.В., Белевский А.С., Мещерякова Н.Н. Временные методические рекомендации «Медицинская реабилитация пациентов с внебольничной пневмонией, ассоциированной с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)». Версия 1 (2020). Москва: Медицина, 2020. С. 41

REFERENCES

1. *Vremennoe rukovodstvo po profilaktike, diagnostike, lecheniyu i reabilitatsii bolnykh s COVID-19 v raznye periody bolezni v ambulatornykh i stacionarnykh usloviyakh* [Interim guidance on the prevention, diagnosis, treatment and rehabilitation of patients with COVID-19 in different periods of the disease in outpatient and inpatient settings]. Dushanbe, Sharqi Ozod Publ., 2021. 145 p.

2. *Vremennye metodicheskie rekomendatsii «Meditinskaya reabilitatsiya pri novoy koronavirusnoy infektsii (COVID-19)»* [Temporary guidelines "Medical rehabilitation for new coronavirus infection (COVID-19)"]. Dushanbe: Sharqi Ozod, 2023. 125 p.

3. Kostyuk G.P., Pogonchenkova I.V., Chernov N.V. *Rekomendatsii po psikhologicheskomu soprovozhdeniyu patsientov*

s diaznozom COVID-19 na etapakh ambulatornogo lecheniya i reabilitatsii. Metodicheskie rekomendatsii [Recommendations on psychological support for patients diagnosed with COVID-19 at the stages of outpatient treatment and rehabilitation. Methodological recommendations.]. Moscow, Meditsina Publ., 2020. pp. 25

4. Makarova M.R., Lyamina N.P. *Fizicheskaya reabilitatsiya pri pnevmonii, assotsiirovannoy s COVID-19. Uchebno-metodicheskoe posobie* [Physical rehabilitation for pneumonia associated with COVID-19. Educational and methodical manual. Physical rehabilitation for pneumonia associated with COVID-19. Educational and methodical manual.]. Moscow, Meditsina Publ., 2020. 44 p.

5. Muradov A.M., Shumilina M.V., Kudayarova A.B. *Rasprostranennost i osnovnye klinicheskie proyavleniya postkovidnogo sindroma* [Prevalence and main clinical manifestations of post-covid syndrome]. *Meditinskiy vestnik Natsionalnoy akademii nauk Tadzhikistana – Medical Bulletin of the National Academy of Sciences of Tajikistan*, 2023, Vol. 8, No. 1 (45), pp. 114-123.

6. Pogonchenkova I.V., Belevskiy A.S., Meshcheryakova N.N. *Vremennye metodicheskie rekomendatsii «Meditinskaya reabilitatsiya patsientov s vnebolnichnoy pnevmoniyey, assotsiirovannoy s novoy koronavirusnoy infektsiyey (COVID-19)»* [Temporary guidelines "Medical rehabilitation of patients with community-acquired pneumonia associated with new coronavirus infection (COVID-19)"]. Moscow, Meditsina Publ., 2020. p. 41.

Сведения об авторах:

Шарипов Азалиш Абдурахманович – зав. кафедрой инфекционных болезней ГОУ ИПОвСЗРТ; тел.:(+992)918697915

Гуломова Манзура Одинаевна – зав. кафедрой семейной медицины ГОУ ИПОвСЗРТ, д.м.н.; тел.:(+992)988872929

Худойназарова Шахноза Сайдалиевна – ассистент кафедры семейной медицины ГОУ ИПОвСЗРТ; тел.:(+992)888188802

Нарзулоева Мартаба Файзалиевна – ассистент кафедры инфекционных болезней ГОУ ИПОвСЗРТ; тел.:(+992)909111881

Назираи Анвар – ассистент кафедры инфекционных болезней ГОУ ИПОвСЗРТ; тел.:(+992)935135888

Мирзоалиев Юнус Юсуфалиевич – научный сотрудник ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины»; тел.:(+992)93999026

Шокиров М.К., Каримов С.М.

К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА СРЕДИ АВИАРАБОТНИКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ИХ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Shokirov M.K., Karimov S.M.

TO QUESTION ABOUT EFFICIENCY OF COMPLEX THERAPY OF INFLAMMATORY PARODONTAL DISEASES AMONGST AIRCRAFT WORKMAN IN DEPENDING OF THE LEVEL OF THEIR ADHERENCE TO PARODONTIUM TREATMENT

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

Цель исследования. Оценить эффективность терапии хронического пародонтита среди лётного состава гражданской авиации в зависимости от уровня их приверженности к лечению воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта.

Материал и методы. С целью оценки влияния уровня приверженности лётного состава пародонтологическому лечению обследовано 98 авиаработников гражданской авиации с разным уровнем приверженности к лечению заболеваний пародонта. Среди обследованных пациентов использовались по показаниям стандартные мероприятия, включающие аппликации противовоспалительных мазей. Курс пародонтологической терапии проводили в течение 15 дней. Для выявления уровня приверженности к пародонтологическому лечению среди авиаработников проводили социологическое интервьюирование.

Результаты. У лётного состава с низким уровнем приверженности через 7 и 14 дней значение PI отличается от исходных показателей в 3,2 и 5,3 раза соответственно, со средним уровнем приверженности – в 2,5 и 2,7 раза соответственно, с высоки уровнем приверженности – в 3,8 и 3,9 раза соответственно.

Заключение. У лётного состава гражданского авиации с хроническим пародонтитом необходимо учитывать степень тяжести пародонтологической патологии и уровень их приверженности к длительному пародонтологическому лечению.

Ключевые слова: уровень приверженности, хронический пародонтит, пародонт, стандартное лечение пародонтита, исход лечения пародонтита

Aim. To estimate the efficiency of the therapy of chronic parodontitis amongst flying composition of the civil aviation in depending of the level of their adherence to treatment of the inflammatory-destructive parodontal diseases.

Material and methods. For the reason estimations of the influence level to adherences of the flying composition to parodontium treatment was examined 98 aircraft workman of civil aviation with miscellaneous level of the adherences to treatment of the parodontal diseases. Amongst examined patient used on evidences standard actions, including applique antinflammation unguents. Course of parodontium therapy conducted for 15 days. For revealing the level of adherence to parodontium treatment amongst aircraft workman conducted sociological interview.

Results. Beside flying composition with low level of the adherence to parodontal therapy after 7 and 14 days importance of PI-index differs from source factors in 3.2 and 5.3 times accordingly, with average level of the adherence - in 2.5 and 2.7 times accordingly, with high level of the adherence - in 3.8 and 3.9 times accordingly.

Conclusion. Beside flying composition of the civil aviation with chronic parodontitis it is necessary to take into account the degree of the gravity of parodontal pathology and level of their adherence to the long treatment.

Key words: level of the adherence, chronic parodontitis, standard treatment of parodontitis, outcome of parodontitis treatment

Актуальность

ЭПроблема лечения воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта не теряет своей актуальности в связи с тем, что констатируется недостаточная эффективность стандартной пародонтологической терапии. В многочисленных исследованиях авторов ближнего [4, 5, 6] и дальнего зарубежья [11, 13, 14] систематически ведется анализ причин «неудач» и поиски новых, более эффективных методов и средств пародонтологического лечения.

Одним из наиболее существенных факторов, обеспечивающих эффективность лечения стоматологических заболеваний в целом, является приверженность к соответствующему лечению, так как, по данным Всемирной Организации Здравоохранения, в развитых странах при долгосрочной терапии только 50,0% пациентов выполняют рекомендации врача [2].

Из-за множества факторов, которые влияют на течение заболевания в целом, в том числе и приверженности к лечению [3, 7, 8, 9, 10], наиболее благоприятным исходом в лечении считается компенсация, то есть не полное излечение нозологии, а длительное отсутствие симптомов заболевания [12].

С учетом вышесказанного, нами изучена эффективность лечения хронического пародонтита легкой и средней степеней тяжести у лётного состава гражданской авиации с учетом их приверженности к стоматологическому лечению.

Цель исследования

Оценить эффективность терапии хронического пародонтита среди лётного состава гражданской авиации в зависимости от уровня их приверженности к лечению воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта.

Материал и методы исследования

С целью оценки влияния уровня приверженности авиаработников лётного состава гражданской авиации пародонтологическому лечению обследовано 98 авиаработников лётного состава гражданской авиации с хроническим пародонтитом легкой и средней степеней тяжести в возрасте от 20 до 50 лет и старше на базе Медико-санитарной части ОАО «Международный аэропорт Душанбе». Среди обследованных пациентов использовались по показаниям стандартные

мероприятия, включающие аппликации противовоспалительных мазей (10% метилурациловая мазь, 3% индометациновая мазь, «Левомеколь», гепариновая мазь). Курс пародонтологической терапии проводили в течение 15 дней.

Обследование стоматологического статуса включало опрос, сбор анамнеза, инструментальный осмотр с последующим определением гигиенического (индекс Грина-Вермиллиона, ОНI-S) и пародонтологических (папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс, РМА; индекс Расселя, ПИ) индексов, а также проведение лучевой диагностики с использованием ОПТГ и КЛКТ.

Для выявления уровня приверженности к пародонтологическому лечению среди авиаработников проводили социологическое интервьюирование с использованием «Опросник количественной оценки приверженности к лечению», представленный в первом российском консенсусе по количественной оценке приверженности лечению, одобренный на XII Национальном конгрессе терапевтов (Москва, 2017).

С использованием модифицированного варианта данного опросника среди обследованных лиц лётного состава получали объективные количественные данные по уровню их приверженности к рекомендациям специалиста при длительном лечении воспалительных заболеваний пародонта: к лекарственной терапии (прием антисептических и противовоспалительных препаратов, назначенных пародонтологом на протяжении длительного времени), пародонтологическому сопровождению (периодические стоматологические наблюдения с целью определения динамики хронических воспалительных заболеваний пародонта), модификации образа жизни (изменение диеты, ведение здоровой образ жизни) и интегральной приверженности к длительному пародонтологическому лечению (усредненный показатель приверженности к лечению) [1].

Всем авиаработникам лётного состава с патологией пародонта проводилась стандартная консервативная терапия в соответствии с клиническими рекомендациями. После проведения соответствующего лечения динамическое наблюдение за авиаработниками осуществляли через 7, 14 дней, 1 и 6 месяцев. В соответствии с клиническими рекоменда-

циями, через 6 месяцев наблюдения среди обследованных лиц определяли исход хронического пародонтита легкой и средней степени тяжести: компенсация патологического процесса (отсутствие признаков воспаления в тканях пародонта), стабилизация (отсутствие прогрессирования заболевания пародонта), развитие заболевания пародонта (прогрессирование хронического пародонтита).

Сравнительный анализ показателей эффективности пародонтологического лечения в ближайшие и отдаленные сроки наблюдения у лётного состава гражданской авиации проводился именно с учетом уровня приверженности авиаработников к пародонтологическому лечению.

Результаты клинико-рентгенологических данных у лётного состава подвергались вариационно-статистической обработке по

критерию Стьюдента-Фишера. Для оценки влияния качественных признаков рассчитывали показатель отношения шансов с расчетом 95% доверительного интервала. Достоверными считали результаты, у которых доля допустимой ошибки была не более 5%, т.е. $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Среди обследованного контингента лётного состава с хроническим пародонтитом легкой степени тяжести от общего количества обследованных (98 человек) низкий уровень приверженности к пародонтологическому лечению составил 22,9%, средний и высокий уровни приверженности – соответственно 62,7% и 14,4%. При хроническом пародонтите средней степени тяжести значение исследуемых показателей составило соответственно 35,3%, 53,4% и 11,3% (рис. 1).



Рис. 1. Приверженность авиаработников лётного состава к пародонтологическому лечению

Полученные материалы позволяют отметить, что исходное значение индекса Грина-Вермиллиона (ОНИ-S) среди авиаработников лётного состава с низким уровнем приверженности (НУП) к пародонтологическому лечению составило $3,10 \pm 0,26$ баллов, а у лиц со средним (СУП) и высоким уровнями приверженности (ВУП) к лечению – соответственно $2,54 \pm 0,14$ и $2,33 \pm 0,12$ баллов. Через 7 и 14 дней после активной реализации профессиональной гигиены полости рта значение исследуемого индекса среди обследованного контингента с низким, средним и высоким уровнями приверженности составило соответственно $0,33 \pm 0,06$, $0,19 \pm 0,05$, $0,08 \pm 0,02$ и $0,33 \pm 0,06$, $0,17 \pm 0,02$, $0,06 \pm 0,02$ баллов.

Через 1 месяц после активной реализации пародонтологического лечения индикационное значение ОНИ-S недостоверно увели-

чилось у лётного состава с низким уровнем приверженности к пародонтологическому лечению до уровня $0,49 \pm 0,07$, а у лиц со средним и высоким уровнями приверженности – $0,36 \pm 0,04$ и $0,15 \pm 0,02$ баллов соответственно. В отдаленные сроки наблюдения (через 6 месяцев) значения исследуемых показателей среди авиаработников с низким, средним и высоким уровнями приверженности составили соответственно $1,73 \pm 0,13$, $0,69 \pm 0,11$ и $0,32 \pm 0,04$ баллов (рис. 2).

В динамике исследования на 7-е и 14-е сутки значение папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса достоверно снизилось у лётного состава с хроническим пародонтитом легкой степени тяжести как с высоким, так и со средним и низким уровнями приверженности к терапии заболеваний пародонта. Среди обследованных

лётного состава с хроническим пародонитом легкой степени тяжести исходное значение индекса РМА у лиц с низким, средним и высоким уровнями приверженности к лечению составило соответственно $32,8 \pm 2,18\%$, $26,7 \pm 1,83\%$ и $21,3 \pm 2,168\%$. Через

1 месяц после лечения индикационное значение РМА среди этих же лиц лётного состава составило $16,6 \pm 0,32\%$, $12,3 \pm 0,26\%$ и $4,14 \pm 0,06\%$, соответственно, а через 6 месяцев – $36,1 \pm 2,20\%$, $22,8 \pm 1,96\%$ и $4,96 \pm 0,08\%$ соответственно.

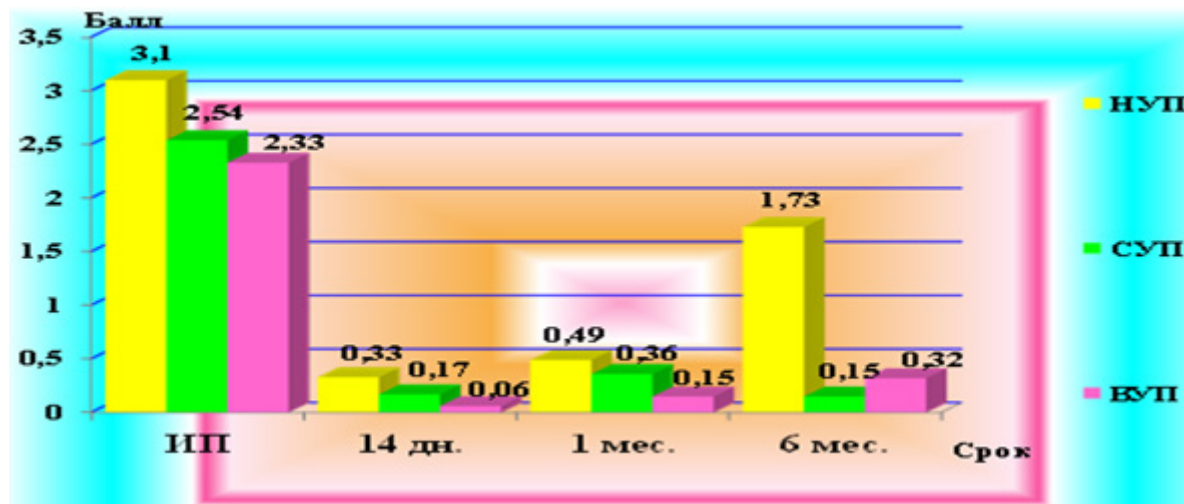


Рис. 2. Значение гигиенического индекса (ОИ-5) у лётного состава с хроническим пародонитом легкой степени тяжести в зависимости от уровня их приверженности к пародонтологическому лечению

Такая эффективность пародонтологического лечения в отношении папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса через 7 и 14 дней, по-видимому, связана с нахождением обследованных лиц под непосредственным контролем специалиста и сохраняющейся эффективностью стандартного лечения. А спустя 1 месяц наблюдения можно отметить, что показатель РМА начинает увеличиваться особенно у лётного состава с низким уровнем приверженности к пародонтологическому лечению. Значение вышеупомянутого индекса среди авиаработников гражданской авиации с низким уровнем приверженности к лечению через 6 месяцев после активной реализации стандартного лечения стремилось к первоначальному уровню.

При наличии хронического пародонтита легкой степени тяжести исходное значение пародонтального индекса (PI, Russel) у лётного состава гражданской авиации с низким уровнем приверженности к лечению в среднем составило $1,86 \pm 0,22$ баллов, тогда как у лиц со средним и высоким уровнями приверженности оно соответствовало $1,45 \pm 0,12$ и $1,40 \pm 0,10$ баллов. В динамике исследования через 7 дней после начала соответствующего лечения достоверно снизилось значение пародонтального индекса относительно исходного уровня у лётного состава как с низким ($0,58 \pm 0,06$), так и со средним ($0,53 \pm 0,03$)

и высоким ($0,35 \pm 0,02$) уровнями приверженности к пародонтологическому лечению. Такая же тенденция зафиксирована на 14-е (соответственно $0,35 \pm 0,02$ баллов, $0,47 \pm 0,04$ и $0,36 \pm 0,02$ баллов) и 30-е сутки ($0,30 \pm 0,02$ баллов, $0,35 \pm 0,04$ и $0,24 \pm 0,02$ баллов) наблюдения. Через 6 месяцев после пародонтологического лечения у лётного контингента авиаработников с низким и средним уровнями приверженности значение названного индекса увеличилось с высоким достоверным значениям (соответственно $0,98 \pm 0,10$ и $0,85 \pm 0,07$ баллов), тогда как у лиц с высоким уровнем приверженности оно оставалось практически на прежнем уровне ($0,26 \pm 0,02$ балла).

Полученные материалы показывают, что у лётного состава с хроническим пародонитом легкой степени и низким уровнем приверженности через 7 и 14 дней значение PI (Russel) отличается от исходных показателей в 3,2 и 5,3 раза соответственно, со средним уровнем приверженности – в 2,5 и 2,7 раза соответственно, с высоким уровнем приверженности – в 3,8 и 3,9 раза соответственно. Кроме того, нами выяснилось, что среди авиаработников с высоким уровнем приверженности к пародонтологическому лечению показатели всех индексов (ОИ-5, РМА и PI) после проведенного лечения значительно снижались и на протяжении всего срока наблюдения оставались стабильными.

Такая же сопоставительная оценка проводилась в отношении вышеназванных индексов в динамическом аспекте среди лётного контингента с хроническим пародонтизом средней степени тяжести. Так, исходное значение индекса Грина-Вермиллиона (ОИ-S) среди авиаработников лётного состава с хроническим пародонтизом средней степени тяжести и низким уровнем приверженности к пародонтологическому лечению составило $3,48 \pm 0,33$ баллов, а у лиц с аналогичным диагнозом и средним и высоким уровнями приверженности к лечению – соответственно $2,99 \pm 0,15$ и $2,40 \pm 0,10$ баллов.

После активной реализации профессиональной гигиены полости рта и пародонтологического лечения через 7 и 14 дней значение ОИ-S среди обследованного контингента с низким, средним и высоким уровнями приверженности составило соответственно $0,40 \pm 0,06$, $0,25 \pm 0,06$, $0,10 \pm 0,03$ и $0,42 \pm 0,06$, $0,22 \pm 0,03$, $0,10 \pm 0,03$ баллов. Через 1 месяц индикационное значение ОИ-S недостоверно увеличилось у лётного состава с хроническим очаговым пародонтизом средней степени тяжести и низким уровнем приверженности к соответствующему лечению до уровня $1,06 \pm 0,09$, а у лиц со средним и высоким уровнями приверженности к пародонтологическому лечению до $0,38 \pm 0,04$ и $0,18 \pm 0,03$ баллов соответственно. В отдаленные сроки наблюдения (через 6 месяцев) значения исследуемых показателей среди авиаработников с хроническим пародонтизом средней степени тяжести в зависимости от их приверженности к лечению составили соответственно $3,39 \pm 0,28$, $0,95 \pm 0,07$ и $0,34 \pm 0,04$ баллов.

У лётного состава с хроническим пародонтизом средней степени тяжести как с низким, так и со средним и высоким уровнями приверженности к терапии заболеваний пародонта на 7-е и 14-е сутки значения папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса достоверно снизились (соответственно до $10,6 \pm 0,53\%$, $10,74 \pm 0,62\%$, $8,40 \pm 0,36\%$ и $9,48 \pm 0,44\%$, $6,70 \pm 0,23\%$, $3,60 \pm 0,13\%$), по сравнению с исходными (соответственно $61,3 \pm 3,21\%$, $54,48 \pm 2,82\%$, $44,5 \pm 2,40\%$). Значения РМА через 1 месяц наблюдения составили $14,4 \pm 0,43\%$, $10,3 \pm 0,43\%$ и $7,20 \pm 0,33\%$ соответственно у лётного состава с низким, средним и высоким уровнями приверженности, тогда как в отдаленные сроки наблюдения (через 6 месяцев) исследуемые значения соответствовали $40,6 \pm 2,75\%$, $36,3 \pm 2,44\%$ и $9,40 \pm 0,57\%$.

Исходное значение пародонтального индекса (PI, Russel) у лётного состава с хро-

ническим пародонтизом средней степени и низким уровнем приверженности к лечению в среднем составило $4,76 \pm 0,35$ баллов, тогда как у лиц со средним и высоким уровнями приверженности оно соответствовало $3,58 \pm 0,18$ и $3,47 \pm 0,10$ баллов. В динамике исследования через 7 дней после начала соответствующего лечения достоверно снизилось значение пародонтального индекса относительно исходного уровня у лётного состава как с низким ($3,02 \pm 0,66$), так и со средним ($2,65 \pm 0,43$) и высоким ($2,70 \pm 0,44$) уровнями приверженности к пародонтологическому лечению. Такая же тенденция зафиксирована на 14-е (соответственно $3,98 \pm 0,42$ баллов, $2,76 \pm 0,23$ и $2,74 \pm 0,22$ баллов) и 30-е ($2,28 \pm 0,16$ баллов, $2,26 \pm 0,15$ и $1,70 \pm 0,18$ баллов) сутки наблюдения. Через 6 месяцев после пародонтологического лечения у лётного состава авиаработников с низким уровнем приверженности значение названного индекса незначительно увеличилось ($2,42 \pm 0,19$ баллов), небольшое снижение наблюдалось у лиц со средним уровнем приверженности ($1,86 \pm 0,09$), тогда как у лиц с высоким уровнем приверженности к лечению наблюдалось статистически достоверное снижение пародонтального индекса ($0,76 \pm 0,08$ баллов).

При ситуационной оценке показателей гигиенического (ОИ-S) и пародонтологических (РМА, PI) индексов после проведенного курса стандартного пародонтологического лечения в отдаленные сроки наблюдения (через 6 месяцев) в общей когорте лётного состава, участвовавших в исследовании, и в подгруппах выделенных с учетом приверженности к пародонтологическому лечению, были выявлены достоверные отличия индикационных показателей среди авиаработников с высоким уровнем приверженности. Так, через 6 месяцев наблюдения у лётного состава гражданской авиации выявлены различия исходов хронического пародонтита в зависимости от приверженности к лечению и тяжести течения заболеваний пародонта.

При хроническом пародонтизе средней степени течения исходы хронического пародонтита через 6 месяцев после активной реализации соответствующего лечения у лётного состава с высоким уровнем приверженности рецидивирующее течение, стабилизация патологического процесса и компенсаторное состояние пародонтологического статуса составляют соответственно $9,33 \pm 0,11\%$, $33,5 \pm 0,46\%$ и $57,2 \pm 2,44\%$. У лиц со средним уровнем приверженности значение исследуемых показателей составляет соответ-

ственно $19,8 \pm 0,49\%$, $33,7 \pm 0,45\%$ и $46,5 \pm 2,10\%$ при значениях $33,6 \pm 0,43\%$, $20,8 \pm 0,40\%$ и $45,6 \pm 2,12\%$ у лётного состава с хроническим

пародонтитом средней степени течения и низким уровнем приверженности к пародонтологическому лечению (рис. 3).



Рис. 4. Исходы хронического пародонтита средней тяжести течения у лётного состава с различным уровнем приверженности к пародонтологическому лечению

Заключение

Установлено, что уровень приверженности лётного состава гражданской авиации к пародонтологическому лечению значительно влияет на эффективность стандартного лечения и на исход хронического пародонтита легкой и средней степеней тяжести. Среди авиаработников с высоким уровнем приверженности стандартная схема лечения

хронического пародонтита в большинстве случаев приводила к компенсации пародонтологического статуса, тогда как при низком уровне приверженности авиаработники оказались в состоянии рецидивирующего течения хронического пародонтита.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

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

1. Драпкина О.М., Ливзан М.А., Мартынов А.И. Первый Российский консенсус по количественной оценке приверженности к лечению: основные положения, алгоритмы и рекомендации // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2018. № 1 (13). С. 259-271.
2. Иорданишвили А.К., Гук В.А., Головки А.А. Комплексное лечение пародонтита: реакция пациента на проводимую терапию // Пародонтология. 2020. № 25(2). С. 97-100.
3. Кудрявцева Т.В., Тачалов В.В., Орехова Л.Ю. Изучение приверженности пациентов стоматологической клиники к соблюдению профилактических мероприятий в полости рта // Пародонтология. 2019. № 24(2). С. 167-172.
4. Орехова Л.Ю., Лобода Е.С., Яманидзе Н.А. Оценка клинично-функционального состояния пародонта по показателю микроциркуляции при применении медицинского озона при лечении воспалительных заболеваний пародонта, // Пародонтология. 2016. № 21(4). С. 28-31.
5. Орлова Е.С., Брагин А.В., Чуйкин С.В. Повышение эффективности местного лечения хронических воспалительных заболеваний слизистой оболочки рта,

ассоциированных с *Helicobacter pylori*-инфекцией // Медицинская наука и образование Урала. 2015. № 2. С. 22-25.

6. Руманова А.И., Тиохина Т.Н. Микробиологическая оценка эффективности лечения хронического генерализованного пародонтита с применением новой фармакологической композиции // Медицинская наука и образование Урала. 2017. № 18(4). С. 69-72.
7. Семенова Е.А., Базарный В.В., Мандра Ю.В. Влияние возраста на пародонтальное здоровье человека // Проблема стоматологии. 2020. № 3. С. 30-36.
8. Ситкина Е.В. Связь индивидуально-личностных особенностей пациентов и приверженности выполнению рекомендаций врача по гигиене полости рта // Вестник Московского университета. Серия 14. 2019. № 3. С. 141-160.
9. Фирсова И.В. Исследование комплаентности стоматологических пациентов // Вестник новых медицинских технологий. 2018. № 1. С. 123-124.

REFERENCES

1. Drapkina O.M., Livzan M.A., Martynov A.I. Pervyy Rossiyskiy konsensus po kolichestvennoy otsenke priverzhennosti k lecheniyu: osnovnye polozheniya, algoritmy

i rekomendatsii [1-st Russian consensus on quantitative estimation of the adherence to treatment: main positions, algorithms and recommendations]. *Meditsinskiy vestnik Severnogo Kavkaza – Medical News of North Caucasus*, 2018, No. 1 (13), pp. 259-271.

2. Iordanishvili A.K., Guk V.A., Golovko A.A. Kompleksnoe lechenie parodontita: reaktsiya patsienta na provodimuyu terapiyu [Complex treatment of parodontitis: reaction of the patient on conducted therapy]. *Parodontologiya – Parodontology*, 2020, No. 25 (2), pp. 97-100.

3. Kudryavtseva T.V., Tachalov V.V., Orekhova L.Yu. Izuchenie priverzhennosti patsientov stomatologicheskoy kliniki k soblyudeniyu profilakticheskikh meropriyatiy v polosti rta [To study of adherence dentistry patient of the clinic to observance preventive action of oral cavity]. *Parodontologiya – Parodontology*, 2019, No. 24 (2), pp. 167-172.

4. Orekhova L.Yu., Loboda E.S., Yamanidze N.A. Otsenka kliniko-funktsionalnogo sostoyaniya parodonta po pokazatelya mikrotsirkulyatsii pri primenenii meditsinskogo ozona pri lechenii vospalitelnykh zabolovaniy parodonta [Estimation of clinical and functional condition of parodont to factor of microcirculation when using of medical ozone at treatment of the inflammatory diseases of parodont]. *Parodontologiya – Parodontology*, 2016, No. 21 (4), pp. 28-31.

5. Orlova E.S., Bragin A.V., Chuykin S.V. Povyshenie effektivnosti mestnogo lecheniya khronicheskikh vospalitelnykh zabolovaniy slizistoy obolochki rta, assotsirovannykh s *Helicobacter pylori*-infektsiyey [Increasing of efficiency of the local treatment of the chronic inflammatory diseases of the oral mucous, associated with *Helicobacter pylori*-infection]. *Meditsinskaya nauka i obrazovanie Urala – Medical science and formation of Ural*, 2015, No. 2, pp. 22-25.

6. Rumanova A.I., Tiokhina T.N. Mikrobiologicheskaya otsenka effektivnosti lecheniya khronicheskogo generalizovannogo parodontita s primeneniem novoy farmakologicheskoy kompozitsii [Microbiological estimation of efficiency of the treatment chronic generalized parodontitis with using of the new pharmacological composition]. *Meditsinskaya nauka i obrazovanie Urala – Medical science and formation of Ural*, 2017, No. 18 (4), pp. 69-72.

7. Semenova E.A., Bazarnyy V.V., Mandra Yu.V. Vliyaniye vozrasta na parodontalnoe zdorove cheloveka [Influence of the age on parodontal health of the person]. *Problema stomatologii – Problems of stomatology*, 2020, No. 3, pp. 30-36.

8. Sitkina E.V. Svyaz individualno-lichnostnykh osobennostey patsientov i priverzhennosti vypolneniyu rekomendatsiy vracha po gigiene polosti rta [Relationship of individually-larval particularities of patients and adherence to execution doctor's recommendation on hygiene of oral cavity]. *Vestnik Moskovskogo universiteta – Bulletin of Moscow University*, 2019, No. 3, pp. 141-160.

9. Firsova I.V. Issledovanie komplaentnosti stomatologicheskikh patsientov [Investigation of the compliance of dentistry patients]. *Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy – Bulletin of new medical technology*, 2018, No. 1, pp. 123-124.

10. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. New York: WHO Publ., 2018. Available at: https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en

11. Alshareef A. Effectiveness of probiotic lozenges in periodontal management of chronic periodontitis patients: clinical and immunological study. *European Journal of Dentistry*, 2020, Vol. 14, No. 2, pp. 281-287.

12. Bebars A., Romano F., Giraudi M. Impact of stress on clinical outcomes of non-surgical periodontal therapy in patients with severe generalized periodontitis. *Periodontics*, 2021, Vol. 26, No. 1, pp. 28-32.

13. Kiza A., Sabate E, Nuno-Solinis R. Adherence to long-term therapies: evidence for action. WHO Publ, 2016. 211 p.

14. Sashkina T.I., Abdullaeva A.I., Runova G.S. Hirudotherapy in treatment of chronic generalized periodontitis. *Bulletin State Medical University*, 2019, No. 4, pp. 45-52.

Сведения об авторах:

Шокиров Мирзоумар Кодирович – соискатель-докторант кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.; тел.: (+992) 918642896

Каримов Сафаррахмад Мунаварович – доцент кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н.; тел.: (+992) 918616208

¹Юсупова З.Х., ²Муллоев К.Х.,
¹Акрами Ш., ³Юсупова М.Б.

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ДЕФЕКТАМИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

¹Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»
²ГУ «Городская детская поликлиника №2» УЗ г. Душанбе
³Стоматологический факультет СОГМА

¹Usupova Z.Kh., ²Mulloev K. Kh.,
¹Akrami Sh., ³Usupova M.B

FEATURES OF PROVIDING ORTHOPEDIC DENTAL CARE TO PATIENTS WITH POSTOPERATIVE DEFECTS AND DEFORMATIONS OF THE MAXILLOFACIAL AREA

¹Department of Orthopedic Dentistry, State Educational Institution "Institute of Postgraduate Education in the Sphere of Health Care of the Republic of Tajikistan"
²State Institution "City Children's Clinic No. 2" of the Health Department of Dushanbe
³Dental Faculty of NOSMA

Цель исследования. Изучить особенности ортопедической стоматологической помощи больным с послеоперационными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области.

Материал и методы. В основу настоящей работы положены результаты ортопедического лечения 182 больных с послеоперационными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области (ЧЛО). Больных распределили по возрасту и полу. Применяли 2 вида протезирования - непосредственное и отдаленное. Особое внимание уделяли изучению диагностической модели для лучшей фиксации имедиат-протезов в послеоперационной ране. Для определения эффективности резекционного протеза проводили пробы (речевая и водная). Для оценки субъективных ощущений больного применяли карту-опросник.

Результаты. Среди обследуемых преобладают мужчины. Чаще опухоли ЧЛО встречаются у лиц в возрасте 40 - 65 лет. По локализации опухоли ЧЛО преимущественно локализуются в области верхней челюсти.

При непосредственном протезировании применяли 3 этапа вмешательств, при отдаленном – 2. Результаты проб и опросника были лучшими при непосредственном протезировании.

Заключение. С момента обращения до реабилитации возникают трудности в сложном протезировании больных с приобретенными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области. Слаженная работа хирургов, стоматологов, психологов и других специалистов, способствует успешной комплексной реабилитации больных. Выбор сложно-челюстного протеза на первом этапе ортопедического лечения, с помощью планирования на диагностических моделях улучшает восстановление анатомических, функциональных и эстетических нарушений.

Ключевые слова: стоматологическая ортопедическая помощь, послеоперационные дефекты, деформации, зубочелюстная система

Aim. To study the features of orthopedic dental care for patients with postoperative defects and deformities of the maxillofacial area.

Material and methods. This work is based on the results of orthopedic treatment of 182 patients with postoperative defects and deformities of the maxillofacial region (MFA). Patients were distributed by age and gender. Two types of

prosthetics were used - direct and remote. Particular attention was paid to the study of a diagnostic model for better fixation of mediate prostheses in the postoperative wound. To determine the effectiveness of the resection prosthesis, tests were carried out (speech and water). A questionnaire card was used to assess the patient's subjective feelings.

Results. Men predominate among the subjects. Most often, maxillofacial tumors occur in people aged 40 - 65 years. According to the location of the tumor, the maxillofacial area is predominantly localized in the upper jaw.

For direct prosthetics, 3 stages of intervention were used, for remote prosthetics - 2. The results of the tests and the questionnaire were the best for direct prosthetics.

Conclusion. From the moment of treatment to rehabilitation, difficulties arise in complex prosthetics for patients with acquired defects and deformities of the maxillofacial area. The coordinated work of surgeons, dentists, psychologists and other specialists contributes to the successful comprehensive rehabilitation of patients. The choice of a complex jaw prosthesis at the first stage of orthopedic treatment, using planning on diagnostic models, improves the restoration of anatomical, functional and aesthetic disorders.

Key words: dental orthopedic care, postoperative defects, deformations, dentofacial system

Актуальность

В настоящее время приобретенные дефекты и деформации челюстно-лицевой области возникают вследствие антропогенных и природных катастроф, а также повышенной социальной напряженности. Важное место в современной стоматологии занимают опухоли челюстно-лицевой области [4, 6]. По данным ряда авторов, опухоли верхней челюсти составляют до 2% всех злокачественных опухолей человека [4, 6]. Злокачественные опухоли средней части лица встречаются в 3 раза чаще, чем нижней трети части лица [4, 6]. Чаще пострадавшими оказывались мужчины (72,3%) в возрасте 20-50 лет (73,9%) [2].

Развитие хирургических методов лечения, особенно новообразований челюстно-лицевой области, имеет широкое применение в практике и улучшает показатели выживаемости при раннем радикальном лечении [1, 5, 9]. Хирургическое вмешательство образует обширные дефекты, которые зачастую не сразу можно восполнить реконструктивными операциями, так как пациенты обращаются на поздних стадиях заболевания, что, несомненно, сказывается на лечении [2, 5, 9].

Возникновение тотальных и субтотальных дефектов способствует тяжелым функциональным расстройствам: дыхания, жевания, глотания, речи и психологическому нарушению [2], сообщению полости носа и полости рта, рубцовым заполнениям операционного поля, с обезображиванием лица больного, которое приводит к психологическому нарушению. Особенно выражен косметический дефект при комбинированной резекции верхней челюсти с мягкими тканями лица, костными структурами глазницы, скуловой костью [5]. Злокачественные новообразования челюстно-лицевой области является одной из наиболее сложных задач в онкостоматологии и требуют комплексного подхода

в лечении неопределенного прогноза течения заболевания и жизни, коррекции нарушений психогенных реакций, которые проявляются более, чем у 90 % больных [2].

Зачастую восстановительная хирургия оказывается неэффективной. Существуют определенные противопоказания к применению хирургических методов лечения и проведению операций на лице. Обычно это наличие у больных тяжелых заболеваний крови, болезней сердечно-сосудистой системы, открытой формы туберкулеза легких, выраженных психоэмоциональных расстройств и других факторов. Плохой доступ к операционному полю, особенности анатомического строения средней зоны лица, нарушение регенерации тканей после лучевой и химиотерапии способствуют возникновению значительных трудностей при восстановительных операциях по восполнению послеоперационного дефекта. В этой ситуации на помощь приходит ортопедическая стоматология, которая выполняет требуемые задачи восстановления лица больного, функции жевания, глотания и возвращение его к труду, а также к выполнению других важных социальных функций [3, 10, 11].

Совместная работа врачей-стоматологов - хирурга и ортопеда - включает в себя комплекс реабилитационных мероприятий. Сроки проведения восстановительных операций различны, иногда продолжительность этого периода занимает от нескольких месяцев до 1 года и более, когда больной остается с неустранённым дефектом или деформацией в ожидании пластической операции. Нередко возникают проблемы вспомогательного характера: создание опоры для мягких тканей, закрытие послеоперационной раневой поверхности, кормление больных и др. В этих случаях основным

мероприятием в комплексном лечении больных с приобретенными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области является ортопедическая реабилитация [3, 10, 11, 12, 13].

В настоящее время дефекты и деформации челюстно-лицевой области являются актуальной проблемой в ортопедической стоматологии. Изучением данного вопроса занимаются как отечественные, так и зарубежные авторы. Лечение больных с данной патологией проводится в последнее время в активном поиске новых технологий изготовления ортопедических аппаратов, экзо- и эндопротезов. Не реализованы современные возможности стоматологического биоматериаловедения и оптимизации конструирования челюстно-лицевых протезов, что

обусловило необходимость и актуальность проведения данного комплексного клинико-организационного исследования.

Цель исследования

Изучить особенности ортопедической стоматологической помощи больным с послеоперационными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области.

Материал и методы исследований

Исследование проводилось на базе кафедры ортопедической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ и онкологии ГОУ ТГМУ при ГУ РОНЦ МЗиСЗН РТ. В основу настоящей работы положены результаты ортопедического лечения 182 больных с послеоперационными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области. Больных распределили по возрасту и полу (табл.).

Распределение больных с послеоперационными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области по возрасту и полу

Пол	5-17 лет	18-40 лет	40-65 лет	65 лет и старше	Всего
Мужчины	2,4%	13,4%	30,5%	7,3%	53,8%
Женщины	1,2%	11%	25,6%	8,6%	46,2%

Всем пациентам было проведено ортопедическое лечение. Непосредственное протезирование заключалось в том, что в предоперационный период совместно с врачом-хирургом проводили определение границ будущего дефекта для изготовления протеза – 125 (68,7%) обследуемых, отдаленное протезирование заключалось в устранении уже существующего послеоперационного дефекта - у 57 (31,3%) больных.

Результаты и их обсуждение

Как видно из таблицы 1, из 182 человек преобладающее большинство больных - 153 (84,1%) - находились к моменту заболевания в трудоспособном возрасте, т.е. до 65 лет.

После хирургического вмешательства больные были распределены на три клинические группы по локализации дефекта и деформации челюстно-лицевой области. У обследуемых 1 группы (42 - 23%) с послеоперационными дефектами и деформациями лица и орбиты глаза были следующие функциональные нарушения (зрения, ориентации, речи, дыхания, жевания, глотания, психики, косметические). Анатомические нарушения заключались в отсутствии глазного яблока, деформации мягких тканей, дефекте костных тканей, патологической подвижности зубов, ограничивающих дефект, дефекта альвеолярного отростка, нарушениях клапанной зоны.

У лиц 2 группы (76 – 41,8%) с послеоперационными дефектами и деформациями верхней челюсти наиболее выражены были функциональные и анатомические нарушения, также наблюдалась тяжелая психологическая травма.

У больных 3 группы (64 – 35,2%) с сочетанными послеоперационными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области с иссечением мягких тканей лица имелись дефекты верхней челюсти и мягких тканей лица.

Устранение таких дефектов представляет большие трудности, так как необходимо ликвидировать косметические нарушения и функциональные расстройства, что не всегда возможно осуществить в ближайшие сроки после операции. Особое внимание уделяли диагностическим моделям при подготовке больного к оперативному вмешательству, для создания протезного ложа, ниш и поднутрений, опоры на мягких тканях, для лучшей фиксации имедиат протезов в послеоперационной ране. В зависимости от сроков применения ортопедического лечения 125 (68,7%) пациентам применили непосредственное протезирование, 57 (31,3%) – отдаленное протезирование.

Ортопедическое лечение больных данной категории зависит, главным образом, от локализации опухоли, объема оператив-

ного вмешательства и срока обрабатываемости. Основной задачей ортопедической помощи больным с дефектами и деформациями челюстно-лицевой области является восстановление всех утраченных анатомических и функциональных нарушений (жевания, глотания, речи, дыхания). При непосредственном протезировании применяли все 3 этапа лечения. На предоперационном этапе изготавливали резекционный имедиат - протез, который вводится на операционном столе пациенту и носится в течение 1-2 месяцев. На втором этапе лечения изготовили формирующий протез без искусственных зубов, таким образом мы формировали протезное ложе, не нагружая область дефекта и тем самым исправляя деформацию. Формируется протезное ложе в течение 2-3 месяцев. На 3-м, окончательном, этапе изготавливали постоянный замещающий протез с искусственными зубами. На этом этапе для определения эффективности резекционного протеза проводили пробы (речевая и водная). Для оценки субъективных ощущений больного применили карту-опросник, в которой пациент отвечал на следующие вопросы: 1) восстановление дыхания; 2) восстановление глотания; 3) отсутствие болевых ощущений, связанных с протезом; 4) разобщение полости рта от полости носа; 5) восстановление жевательной функции. Оценивали по 5-балльной системе (от 1 до 5). При общей сумме баллов 18 и более результат признавался хорошим; от 14 до 17 баллов – удовлетворительным; 13 и менее баллов – неудовлетворительным.

57 (31,3%) пациентам с отдаленным протезированием было сложнее исправить деформации и дефекты, заполненные рубцующейся тканью, что создавало тяжёлую ситуацию для протезирования. Лечение проходило в 2 этапа, то есть формирующий этап и постоянное протезирование. Сроки

ортопедической реабилитации больных увеличивались до 1 года и более.

Заключение

Таким образом, сложности протезирования больных с послеоперационными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области заключаются в том, что каждый протез индивидуален и врачу-ортопеду приходится применять для улучшения фиксации различные виды беспрерывных кламмеров или пилотов. Для успешной работы к комплексной реабилитации необходимо привлечь врача-психолога. На этапах ортопедического лечения изготовления сложно-челюстных протезов важным моментом является правильно припасованный ортопедический аппарат, восстанавливающий анатомические и функциональные нарушения, напрямую зависящий от правильных границ будущего протеза.

Специально подготовленный врач стоматолог-ортопед ведет больных с послеоперационными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области, оказывает высокоспециализированную помощь, используя целый арсенал диагностических, функциональных проб и речевых методик. Для оказания помощи данному контингенту больных в районах и областях необходимо создавать центры или кабинеты для сложно-челюстно-лицевого протезирования. Больные в дальнейшем должны состоять на диспансерном учете и получать высокоспециализированную ортопедическую стоматологическую помощь у себя в районах. Для подготовки высокоспециализированных специалистов необходимо проводить усовершенствование врачей стоматологов-ортопедов по вопросам сложного челюстно-лицевого протезирования.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 4-7 см. в REFERENCES)

1. Антонова И.Н., Калакуцкий Н.В., Веселова К.А., Калакуцкий И.Н., Громова Н.В. Характеристика протетических материалов для протезов лица (обзор) // Институт стоматологии. 2019. № 1. С.94-97.
2. Аapresян С.В., Степанов А.Г., Ретинская М.В., Суонио В.К. Разработка комплекса цифрового планирования стоматологического лечения и оценка его клинической эффективности. // Российский стоматологический журнал. 2020. Т. 24, № 3. С.135-140.
3. Косимов М.М. и соавт. Распространённость врожденной расщелины губы и неба среди детей Республики Таджикистан, // Вестник последипломного

образования в сфере здравоохранения. 2023. № 2. С. 43-48.

REFERENCES

1. Antonova I.N., Kalakutskiy N.V., Veselova K.A. Kharakteristika proteticheskikh materialov dlya protezov litsa (obzor) [Characteristics of prosthetic materials for facial prostheses (review)]. *Institut stomatologii – Institute of Dentistry*, 2019, No. 1, pp. 94-97.
2. Apresyan S.V., Stepanov A.G., Retinskaya M.V. Razrabotka kompleksa tsifrovogo planirovaniya stomatologicheskogo lecheniya i otsenka ego klinicheskoy effektivnosti [Development of a digital dental treatment planning

package and evaluation of its clinical effectiveness]. *Rossiyskiy stomatologicheskiy zhurnal – Russian Journal of Dentistry*, 2020, Vol. 24, No. 3, pp. 135-140.

3. Kosimov M.M. Rasprostranyonnost vrozhdennoy rasshcheliny guby i neba sredi detey Respubliki Tadjikistan [Prevalence of congenital cleft lip and palate among children of the Republic of Tajikistan]. *Vestnik posle diplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya - Bulletin of postgraduate education in the field of healthcare*, 2023, No. 2, pp. 43-48

4. Cao Y., Yu C., Liu W., Obturators versus laps after maxillary oncologic ablation: A systematic review and best evidence synthesis. *Oral oncology*, 2018, No. 82, pp. 152-161.

5. Harrison L.M., Anderson S.R., Spiller K.E. Reconstruction of congenital arhinia with stereolithographic modeling: Case correlate and literature review. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 2021, No. 59 (4), pp. 530-537.

6. Kaprin A.D., Starinskiy V.V. Zlokachestvennyye novoobrazovaniya v Rossii v 2018 godu (zabolevayemost

i smertnost) [Malignant neoplasms in Russia 2018 (morbidity and mortality)]. Moscow, MNIIOI im P.A. Gertsena filial FGBU "NMIRTS " MinzdravaRossii Publ., 2019. 250 p.

7. Yeo J., Koh J.J., Wang F. 3d printing silicone materials and devices. *Silicon Containing Hybrid Copolymers*, 2020, pp. 239-263.

Сведения об авторах:

Юсупова Заррина Хикматовна – зав. кафедрой ортопедической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.; тел.: (+992) 900563388; e-mail: zusupova1975@gmail.com

Муллоев Кобил Хандамович – врач-стоматолог ГУ «Городская детская поликлиника № 2» УЗ г. Душанбе Акрами Шохона - клинический ординатор ГОУ ИПОвСЗ РТ; тел.: (+992) 935829503

Юсупова Мадина Бахтиеровна – стоматологический факультет Северо-Осетинской государственной медицинской академии; тел.: (+7) 9034720336

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

© Коллектив авторов, 2023

УДК 614.2:616-056.52

¹Зокирова К.А., ²Муминзода Б.Г., ³Гулбекова З.А.

ОЖИРЕНИЕ: НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, ЭТИОПАТОГЕНЕЗА И ФАКТОРОВ РИСКА

¹Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

²Кафедра общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

³Кафедра эпидемиологии имени профессора Рафиева Х.К. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

¹Zokirova K.A., ²Muminzoda B.G., ³Gulbekova Z.A.

OBESITY: SOME ASPECTS OF EPIDEMIOLOGY, ETIOPATHOGENESIS AND RISK FACTORS

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

²Department of Public Health and Medical Statistics with a course in the history of medicine of the State Education Establishment «Avicenna Tajik State Medical University»

³Department of Epidemiology named after Professor Rafiev H.K. of the State Education Establishment «Avicenna Tajik State Medical University»

Данная обзорная статья затрагивает актуальные аспекты эпидемиологии, факторов риска и этиопатогенеза ожирения. Основное внимание в ней уделено роли кишечной микробиоты и важности диеты матери и ребенка в период внутриутробного развития в развитии ожирения. Акцентируется внимание на физиологии и патофизиологии жировой ткани, а также на проблеме жирового гепатоза печени.

Ключевые слова: ожирение, эпидемиология, этиология, патогенез, факторы риска, жировой гепатоз печени

This review article addresses current aspects of the epidemiology, risk factors and etiopathogenesis of obesity. It focuses on the role of the gut microbiome and the importance of maternal and child diet in utero in the development of obesity. Attention is also focused on the physiology and pathophysiology of adipose tissue, as well as the problem of fatty liver hepatitis.

Key words: obesity, epidemiology, etiology, pathogenesis, risk factors, fatty liver hepatitis

На сегодняшний день при обширном количестве медицинских состояний, получающих общественное внимание, проблема избыточного веса выделяется на фоне остальных. Эта тема привлекает внимание как в области здравоохранения, так и в повседневной жизни. Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) признала ожирение заболеванием уже в 1948 году, но многие специалисты в области медицины долгое время не считали его болезнью, а скорее особенностью телосложения. Американ-

ская медицинская ассоциация (АМА) до 2013 года не классифицировала ожирение как болезнь, рассматривая его, скорее, как отклонение в функционировании определенных аспектов организма с характерными симптомами, но не как полноценное заболевание [3]. В течение периода с 1975 по 2016 годы распространённость ожирения в мире возросла втрое [4].

Учитывая тревожные глобальные данные о частоте и последствиях ожирения, международное медицинское сообщество

начинает рассматривать эту проблему как пандемию. Под этим термином подразумевается комбинация нескольких хронических патологий, каждая из которых представляет собой неинфекционную эпидемию и тесно связана с биологическими и социальными факторами [9]. Стоит отметить, что высокий уровень ожирения наблюдается даже среди медицинских работников. Так, в Тайване доля людей с избыточным весом и ожирением составляет 21% и 15% соответственно [17]. Ожирение занимает одну из ведущих позиций среди самых распространенных и затратных хронических заболеваний в мире, а отсутствие эффективных методов для долгосрочного контроля веса только усугубляет проблему [19].

Ожирение широко признано как ведущий фактор риска для множества неинфекционных заболеваний (НИЗ). Исследование, охватывающее 11 регионов России и включающее 25224 участника в возрасте от 25 до 64 лет под названием «Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска в регионах Российской Федерации» (ЭССЕ-РФ), показало, что 29,7% населения страдают ожирением [6]. Было установлено, что с 2011 по 2015 г. инцидентность ожирения среди взрослых увеличилась более чем в два раза, а количество впервые диагностированных случаев с 2010 по 2016 год возросло на 98,1% [18]. Анализ патогенетических связей между избыточным накоплением жировой ткани и расстройствами обменных процессов, а также эффективное вмешательство в этот процесс могут сыграть ключевую роль в предупреждении осложнений, снижении уровня смертности и заболеваемости, а также в улучшении общего состояния здоровья населения.

Из года в год наблюдается устойчивый рост числа случаев ожирения среди людей различных возрастных категорий, пола, социального положения и этнической принадлежности по всему миру. Особенно заметное увеличение этого заболевания зафиксировано в промышленно развитых регионах, включая страны Северной Америки и Европы, а также в Австралии и Японии [21].

По информации, опубликованной ВОЗ в 2016 году, на планете насчитывается свыше 650 миллионов людей, страдающих ожирением, с индексом массы тела выше 30,0 кг/м². В России к тому времени число таких случаев достигло 23,5 миллионов. Исходя из данных исследования, проведенного Аbarca-Gómez с коллегами в 2017 году, к концу 2016 года около 26,2% населения России страдали ожи-

рением, в то время как доля людей с избыточным весом составляла 62,0% [15]. Подобные статистические показатели сохранялись и в отчете 2020 года [26].

Согласно оценкам специалистов Всемирной Организации Здравоохранения, ожидается, что к 2030 году проблема ожирения затронет около 73% мужского населения и 63% женского в Европе. В то же время для России прогнозируется, что эта патология затронет 33% мужчин и 26% женщин [29].

Существует обширная совокупность фактов, подтверждающих значительное влияние ожирения на появление и развитие множества хронических неинфекционных патологий. В последние годы в российских клинических рекомендациях по лечению ожирения уделяется особое внимание этим сопутствующим патологиям, распространенность которых увеличивается вместе с растущим числом случаев ожирения по всему миру [13].

Статистика показывает, что ежегодно в мире от заболеваний, связанных с избыточным весом или ожирением, умирают 2,8 миллиона взрослых. Из этого числа примерно 1 миллион смертельных случаев приходится на страны Европы [14].

Лица с уровнем индекса массы тела (ИМТ), превышающим 30 кг/м², относятся к категории высокого риска преждевременной смерти, что особенно заметно среди молодежи. Из исследований известно, что у лиц в возрастной группе 35–45 лет с ИМТ более 40 кг/м² риск смерти возрастает в шесть раз. Для молодых людей в возрасте от 25 до 30 лет, страдающих ожирением, вероятность смерти в 12 раз выше, чем у их сверстников с нормальным весом [27].

За последние годы было проведено множество исследований, акцентирующих внимание на значении образа жизни беременных женщин и особенностей кормления детей в перинатальном периоде и во время грудного вскармливания с точки зрения риска развития ожирения у детей в дальнейшем. Образ жизни матери во время беременности и периода грудного вскармливания, включая ее питание, физическую активность и общее состояние здоровья, может оказывать значительное воздействие на вероятность развития ожирения у ее ребенка. Это воздействие происходит через различные эпигенетические процессы, в том числе через механизмы, связанные с фетальным программированием.

В период новорожденности и на этапе грудного кормления большую роль играют

факторы, которые могут оказывать влияние на риск возникновения ожирения в последующем у детей. Исследование, выполненное учеными из Швеции, выявило, что продолжительное грудное вскармливание (4-6 месяцев) может эффективно уменьшить вероятность развития ожирения у детей, по сравнению с искусственным или смешанным вскармливанием [28]. Кроме того, необходимо подчеркнуть, что успех грудного кормления в этом плане также зависит от рациона питания матери. При проведении экспериментальных исследований на крысах было установлено, что диета, насыщенная элементами типичного для фаст-фуда питания, во время лактации может привести к значительным структурным изменениям в организме их потомства. Прежде всего, отмечалось заметное увеличение доли жировой ткани в период до 8-15 недель после рождения, без существенного увеличения их индекса массы тела [25]. Согласно результатам исследования Khandelwal S. с коллегами, при введении экзогенного лептина в организм кормящих крыс наблюдались структурные и функциональные нарушения в жировой ткани их потомства [23].

Важность баланса питательных веществ в искусственном питании для детей, особенно в соотношении между белками, жирами и углеводами, становится всё более очевидной. Исследования выявили, что высокое потребление белков и жиров в период новорожденности у недоношенных детей может привести к долгосрочным метаболическим изменениям и увеличению индекса массы тела в последующие годы, прослеживаемому на протяжении примерно 22 лет [24].

На Европейском конгрессе, освещающем проблемы ожирения, в последние годы особое внимание уделяется изучению причин и механизмов развития ожирения. В центре внимания исследователей - генетические и эпигенетические аспекты, процессы липидного обмена, влияние микробиома и гормонов желудочно-кишечного тракта. Также важным направлением является изучение динамики жировой ткани, включая липогенез, метаболизм, секреторные функции, обмен кислорода, ангиогенез, процессы ремоделирования, фиброзирование и воспаления.

Часто наблюдаемый дефицит витамина D у людей с ожирением коррелирует с их индексом массы тела – чем выше индекс, тем ниже уровень витамина в крови. Это явление можно объяснить несколькими причинами: увеличенный объем жировой ткани у лиц

с избыточным весом приводит к более активному накоплению жирорастворимого витамина D, уменьшая его доступность в кровотоке; медленный процесс преобразования эргокальциферола в кальцитриол в коже под воздействием солнечных лучей у людей с избыточным весом; а также склонность людей с ожирением к ношению закрытой одежды, что уменьшает воздействие солнечного света на кожу [20]. Многие исследования указывают на возможную связь между дефицитом витамина D и повышенным риском развития ожирения. Эта теория предполагает, что недостаточный уровень витамина D в организме может способствовать накоплению жировой ткани. Особенно примечательно исследование продолжительностью 35 лет с участием женщин в возрасте 38-60 лет, страдающих ожирением. В его начале у участниц с низким уровнем витамина D, индекс массы тела (ИМТ) составлял в среднем 25,2 кг/м², в то время как у группы с нормальным уровнем витамина D – 23,8 кг/м² (p<0,05). Также отмечалась более высокая окружность талии, по сравнению с бедрами, у женщин с дефицитом витамина D [12].

Основной фактор в патогенезе воспалительных процессов в жировой ткани (ЖТ) – это чрезмерное поступление энергии из пищи, особенно из-за насыщенности рациона липидами и простыми углеводами. Увеличение объема ЖТ из-за активного накопления жира приводит к локальной нехватке кислорода, что вызывает оксидативный стресс и стресс эндоплазматического ретикулума, ведущие к воспалению в ЖТ. Активация адипоцитов и макрофагов в жировой ткани приводит к выработке воспалительных цитокинов, в том числе интерлейкинов 1, 6, 17 (IL1, IL6, IL17), фактора некроза опухоли альфа (TNF α), хемоаттрактанта моноцитов-1 (MCP-1) и ингибитора активатора плазминогена-1 (PAI-1), а также критически важного провоспалительного цитокина интерферона- γ (IFN γ). Присутствие этих цитокинов связано с уровнем воспаления в ЖТ, которое коррелирует со степенью ожирения, а адипоциты при этом функционируют как клетки, активно выделяющие секреты [22].

В последнее время интерес ученых всё чаще фокусируется на изучении взаимосвязи между микробиомом ЖКТ и метаболическими функциями в организме. Взаимосвязь между желудочно-кишечным трактом и жировой тканью осуществляется через множество механизмов. Это включает в себя влияние питательных веществ, действие желчных кислот, а также эффекты гормонов

желудочно-кишечного тракта, таких как глюкагоноподобный пептид 1 и гастроинтестинальный пептид. Кроме того, важную роль играют метаболиты кишечных бактерий, включая короткоцепочечные жирные кислоты и липополисахариды [8].

Недавние научные открытия расширили понимание роли желчных кислот, выходя за рамки их традиционных функций. Исследования выявили, что желчные кислоты действуют как лиганды для рецепторов FXR и TGR5, которые распространены во многих тканях и органах. Эти рецепторы играют ключевую роль в регулировании метаболизма глюкозы и липидов, а также в поддержании энергетического баланса организма. Особое внимание в научных исследованиях уделяется влиянию желчных кислот на регуляцию метаболических процессов после еды. На основе экспериментов на животных было установлено, что стимуляция рецепторов FXR может влиять на уменьшение массы тела и улучшение метаболического состояния. Кроме того, применение секвестрантов желчных кислот демонстрирует положительные результаты в отношении снижения уровня глюкозы в крови и уровней гликозилированного гемоглобина (HbA1c). Эти открытия открывают перспективы для разработки новых терапевтических подходов в лечении ожирения [7].

В человеческом гастроинтестинальном тракте присутствует богатое разнообразие бактерий, насчитывающее более 2000 видов, среди которых преобладают такие группы, как Proteobacteria, Firmicutes и Bacteroidetes. Дисбаланс этой микрофлоры может нарушать функции кишечного барьера, ведя к эндотоксинемии и вызывая воспалительные процессы в жировой ткани и метаболические нарушения. В немецком исследовании было изучено воздействие диеты с пониженным содержанием калорий и высоким уровнем клетчатки на функции кишечного барьера у людей, страдающих ожирением. Применение этой диеты не только способствовало уменьшению массы тела у участников, но также оказало положительное влияние на состояние кишечного барьера, что в свою очередь улучшило метаболические параметры у исследуемых пациентов [11].

В израильском исследовании было подтверждено ключевое значение кишечного микробиома в управлении энергетическим метаболизмом. В эксперименте использовались лабораторные мыши, разделенные на три группы: контрольную, группу с желудочно-кишечным шунтированием

и группу, которой были пересажены фекальные микробиоты от особей второй группы. Было замечено, что, в то время как вес мышечной массы в контрольной группе оставался неизменным на диете с нормальным калорийным содержанием, у особей из второй и третьей групп наблюдалось снижение веса. Это демонстрирует значительную роль кишечного микробиома в контроле метаболических процессов и регуляции энергии в организме [5].

В рамках исследования ряда авторов пациенты с ожирением были разделены на две группы в соответствии с генетическим профилем их кишечной микрофлоры: одна группа с относительно низким количеством генов (LGC) и другая с высоким количеством генов (HGC). Было замечено, что участники из группы LGC чаще страдали от более высокого веса, усиленной инсулинорезистентности, нарушений липидного обмена и повышенного уровня системного воспаления. Интересно, что высокий уровень системного воспаления был связан с более высокой численностью бактерий типа *Cl. bolteae*, *Cl. symbiosum*, *Cl. clastridioforme* и *Cl. ramosum*, в то время как низкий уровень воспаления коррелировал с присутствием бактерий *F. prausnitzii*, *R. Inulinivorans*, *Co. eutactus* и *M. smithii* [20].

Известно, что у людей с избыточным весом часто возникает состояние, при котором жир начинает накапливаться в клетках печени, ведя к состоянию, известному как стеатоз печени или жировой гепатоз. Этот процесс характеризуется накоплением жировых масс не только внутри, но и вокруг клеток печени. Один из ключевых гистологических индикаторов жирового гепатоза - это когда содержание триглицеридов в печени превышает 10% от ее общей сухой массы [9].

Процесс накопления триглицеридов в гепатоцитах, образующих жировые вакуоли, происходит из-за нарушения равновесия между поступлением и обработкой этих веществ. Стеатоз печени может быть результатом ряда факторов: увеличения потока свободных жирных кислот в печень, замедления скорости их β -окисления в митохондриях, повышенного синтеза этих кислот, а также уменьшения производства или выделения липопротеинов очень низкой плотности [15].

В работе Y. Chang и коллег, опубликованной в 2006 году, были представлены выводы, касающиеся развития жирового гепатоза печени в связи с увеличением общей массы тела, даже в случаях, когда ИМТ остается

в нормальных пределах. Эти результаты подчеркивают, что даже незначительное увеличение массы тела может способствовать изменению распределения жировых отложений в организме и, как следствие, нарушать нормальный липидный обмен. Таким образом, исследование подчеркивает важность контроля за общей массой тела, даже если ИМТ не указывает на заметное увеличение [24].

Жировой гепатоз печени, ассоциированный с ожирением, является одной из наиболее часто встречающихся форм поражения печени у людей различных возрастных групп. В последнее время заметен рост случаев этого заболевания даже среди более молодых пациентов, что делает своевременное обнаружение и диагностику этого состояния особенно важными. Жировой гепатоз печени отличается тем, что на ранних стадиях он обратим при правильном лечении и устранении причин его возникновения. Педиатрам следует уделять особое внимание риску развития этого заболевания и связанного с ним метаболического синдрома у детей и подростков. Активное применение скрининговых методов, таких как биохимические анализы, направленные на выявление маркеров жирового гепатоза, и ультразвуковое исследование печени, может способствовать раннему обнаружению заболевания [2].

Ранняя диагностика гепатоза печени не только облегчает лечение, но и может стать важным стимулом для пациентов изменить свой образ жизни, особенно в случаях, когда они страдают от сахарного диабета или метаболического синдрома. Важность раннего выявления и вмешательства не может быть переоценена, учитывая потенциально серьезные последствия заболевания для здоровья [1].

ЛИТЕРАТУРА (пп. 19-25 см. в REFERENCES)

1. Абдуллозода С.М. Распространённость ожирения среди взрослого населения Таджикистана // Вестник Авиценны. 2022. Т. 24(1). С.19-28.
2. Абдуллозода С.М., Усманова Г.М. Скрининг ожирения среди взрослого населения Таджикистана (на примере пилотных районов) // Вестник Авиценны. 2023. Т.25, №3. С. 356-69
3. Аметов А.С., Пашкова Е.Ю., Рамазанова З.Д., Дарсигова М.Н. Ожирение как неинфекционная эпидемия XXI века. Современные представления о патогенезе, рисках и подходах к фармакотерапии // Эндокринология: Новости. Мнения. Обучение. 2019. № 2 (27). С.57-66.

Ожирение, широко распространенное в большинстве стран мира, приняло форму эпидемии, что ставит перед медициной ряд новых вызовов. Множество эпидемиологических исследований подтвердили, что ожирение является ключевым фактором риска для многих неинфекционных заболеваний. Понимание патогенеза ожирения, его влияния на развитие и исходы социально значимых заболеваний, а также разработка эффективных методов профилактики и лечения являются приоритетными задачами в сфере медицины и здравоохранения. Основываясь на анализе современных исследований и фактических данных, можно утверждать, что патогенез ожирения остается сложным и не полностью изученным, с множеством неясных аспектов, включая подходы к оценке и управлению состоянием пациентов с хроническими осложнениями, обусловленными ожирением.

Таким образом, совокупность данных, собранных за последние десять лет, подчеркивает необходимость разработки новых стратегий в клинической медицине, включая применение междисциплинарных подходов к диагностике ожирения и сопутствующих заболеваний. Это включает учет метаболического фенотипа пациентов с избыточным весом и ожирением и использование индивидуализированных методов лечения. Перед медицинскими практиками стоит задача своевременно определять уровень сердечно-сосудистого риска у пациентов с ожирением, проводить раннюю диагностику нарушений углеводного обмена, выбирать безопасные методы терапии ожирения и разрабатывать эффективные программы профилактики хронических осложнений.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

4. Амлаев К.Р., Дахкилькова Х.Т. Ожирение: эпидемиология, этиопатогенез, коморбидность, диагностика и лечение // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2020. Т.15, №3. С.434-438.
5. Баланова Ю.А., Шальнова С.А., Деев А.Д., Имаева А.Э., Концевая А.В., Муромцева Г.А. Ожирение в российской популяции – распространенность и ассоциации с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний // Российский кардиологический журнал. 2018. № 6. С. 123–130.
6. Брель Н.К., Коков А.Н., Груздева О.В. Достоинства и ограничения различных методов диагностики висцерального ожирения // Ожирение и метаболизм. 2018. Т.15, №. 4. С. 3-8.

7. Булатова Е.М., Бутко П.В., Шабалов А.М. Нарушение пищевого поведения как предиктор ожирения и метаболического синдрома: возможна ли профилактика? // Педиатр. 2019. Т.10, №3. С. 57-61.

8. Вербовой А.Ф., Шаронова Л.А. Ожирение: эпидемиологические и социально-экономические аспекты, профилактика // Эндокринология: новости, мнения, обучение. 2019. Т. 8, № 3. С. 87-97.

9. Винницкая Е. В., Сандлер Ю. Г., Бордин Д. С. Новая парадигма неалкогольной жировой болезни печени: фенотипическое многообразие метаболически ассоциированной жировой болезни печени // Эффективная фармакотерапия. 2020. Т. 16, № 24. С. 54- 63.

10. Волкова Н.И., Ганенко Л.А., Головин С.Н. Роль микробиоты кишечника в развитии ожирения и его метаболического профиля (часть II). // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2019. Т. 14, № 2. С. 391-396.

11. Мамчик Н.П., Габбасова Н.В., Дзень Н.В. Расстройства пищевого поведения как предиктор формирования избыточной массы тела у здоровых людей // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2018. № 73. С.79-86.

12. Меньшикова Л.В., Бабанская Е.Б. Половозрастная эпидемиология ожирения // Ожирение и метаболизм. 2018. № 2. С.17 -22.

13. Мухамадиева С.М., Рустамова М.С., Курбанова М.Х., Негматова С.С., Бадалова Б.Х., Камилова М.Я. Медико-социальная характеристика женщин с метаболическим синдромом // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2019. № 1. С. 53-58.

14. Салехова М.П., Гулов М.К., Корабельников А.И. Психологический стресс как патогенетический триггер развития алиментарного ожирения // Вестник Новгородского государственного университета. 2021. № 1. С. 58-61.

15. Стаценко М.Е. Влияние таурина на уровень висцерального ожирения и выраженность дисфункции висцерального жира у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени // Consilium Medicum. 2019. Т. 21, №12. С. 128-133.

16. Тихомирова А.П., Тихомиров В.Р., Дзень Н.В. Проблемы веса тела в современном мире: к вопросу о различиях самооценки веса среди мужчин и женщин // Молодежный инновационный вестник. 2021. Т. 10. С. 496-499.

17. Филатова Г.А., Дэпюи Т.И., Гришина Т.И. Ожирение: спорные вопросы, определяющие метаболическое здоровье // Эндокринология: Новости. Мнения. Обучение. 2018. Т. 7, № 1. С. 58-67.

18. Шарифетдинов Х.Х., Плотникова О.А. Ожирение как глобальный вызов XXI века: лечебное питание, профилактика и терапия // Вопросы питания. 2020. Т. 89, № 4. С.61-171.

RESERENSES

1. Abdullozoda S.M. Rasprostranyonnost ozhireniya sredi vzroslogo naseleniya Tadjikistana [Prevalence of

obesity among the adult population of Tajikistan]. *Vestnik Avitsenny – Avicenna Bulletin*, 2022, Vol. 24 (1), pp. 19-28.

2. Abdullozoda S.M., Usmanova G.M. Skrining ozhireniya sredi vzroslogo naseleniya Tadjikistana (na primere pilotnykh rayonov) [Screening for obesity among the adult population of Tajikistan (using the example of pilot areas)]. *Vestnik Avitsenny – Avicenna Bulletin*, 2023, Vol. 25, No. 3, pp. 356-69

3. Ametov A.S., Pashkova E.Yu., Ramazanova Z.D., Darsigova M.N. Ozhirenie kak neinfektsionnaya epidemiy XXI veka. Sovremennye predstavleniya o patogeneze, riskakh i podkhodakh k farmakoterapii [Obesity as a non-infectious epidemic of the 21st century. Modern ideas about pathogenesis, risks and approaches to pharmacotherapy]. *Endokrinologiya: Novosti. Mneniya. Obuchenie – Endocrinology: News. Opinions. Education*, 2019, No. 2 (27), pp. 57-66.

4. Amlaev K.R., Dakhkilkova Kh.T. Ozhirenie: epidemiologiya, etiopatogenez, komorbidnost, diagnostika i lechenie [Obesity: epidemiology, etiopathogenesis, comorbidity, diagnosis and treatment]. *Meditinskiy vestnik Severnogo Kavkaza – Medical news of the north Caucasus*, 2020, Vol. 15, No. 3, pp. 434-438.

5. Balanova Yu.A., Shalnova S.A., Deev A.D. Ozhirenie v rossiyskoy populyatsii – rasprostranennost i assotsiatsii s faktorami riska khronicheskikh neinfektsionnykh zabolovaniy [Obesity in the Russian population – prevalence and associations with risk factors for chronic non-communicable diseases]. *Rossiyskiy kardiologicheskiy zhurnal – Russian Cardiology Journal*, 2018, No. 6, pp. 123-130.

6. Brel N.K., Kokov A.N., Gruzdeva O.V. Dostoinstva i ogranicheniya razlichnykh metodov diagnostiki vistseralnogo ozhireniya [Advantages and limitations of various methods for diagnosing visceral obesity]. *Ozhirenie i metabolism – Obesity and metabolism*, 2018, Vol. 15, No. 4, pp. 3-8.

7. Bulatova E.M., Butko P.V., Shabalov A.M. Narushenie pishchevogo povedeniya kak prediktor ozhireniya i metabolicheskogo sindroma: vozmozhna li profilaktika? [Eating disorders as a predictor of obesity and metabolic syndrome: is prevention possible?]. *Pediatr – Pediatrician*, 2019, Vol. 10, No. 3, pp. 57-61.

8. Verbovoy A.F., Sharonova L.A. Ozhirenie: epidemiologicheskie i sotsialno-ekonomicheskie aspekty, profilaktika [Obesity: epidemiological and socio-economic aspects, prevention]. *Endokrinologiya: Novosti. Mneniya. Obuchenie – Endocrinology: News. Opinions. Education*, 2019, Vol. 8, No. 3, pp. 87-97.

9. Vinnitskaya E.V., Sandler Yu.G., Bordin D.S. Novaya paradigma nealkogolnoy zhirovoy bolezni pecheni: fenotipicheskoe mnogoobrazie metabolicheskii assotsirovannoy zhirovoy bolezni pecheni [New paradigm of non-alcoholic fatty liver disease: phenotypic diversity of metabolically associated fatty liver disease]. *Effektivnaya farmakoterapiya – Effective pharmacotherapy*, 2020, Vol. 16, No. 24, pp. 54- 63.

10. Volkova N.I., Ganenko L.A., Golovin S.N. Rol mikirobioty kishechnika v razvitii ozhireniya i ego meta-

bolicheskogo profilya (chast II) [The role of the intestinal microbiota in the development of obesity and its metabolic profile (part II)]. *Meditsinskiy vestnik Severnogo Kavkaza – Medical news of the North Caucasus*, 2019, Vol. 14, No. 2, pp. 391–396.

11. Mamchik N.P., Gabbasova N.V., Dzen N.V. Rasstroystva pishchevogo povedeniya kak prediktor formirovaniya izbytochnoy massy tela u zdorovykh lyudey [Eating disorders as a predictor of the formation of excess body weight in healthy people]. *Nauchno-meditsinskiy vestnik tsentralnogo Chernozemya – Scientific and Medical Bulletin of the Central Chernozem Region*, 2018, No. 73, pp. 79–86.

12. Menshikova L.V., Babanskaya E.B. Polovozrastnaya epidemiologiya ozhireniya [Sex and age epidemiology of obesity]. *Ozhirenie i metabolism – Obesity and metabolism*, 2018, No. 2, pp. 17–22.

13. Mukhamadieva S.M., Rustamova M.S., Kurbanova M.Kh. Mediko-sotsialnaya kharakteristika zhenshchin s metabolicheskim sindromom [Medical and social characteristics of women with metabolic syndrome]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdavookhraneniya – Herald of institute of postgraduate education in health sphere*, 2019, No. 1, pp. 53–58.

14. Salekhova M.P., Gulov M.K., Korabelnikov A.I. Psikhologicheskii stress kak patogeneticheskii trigger razvitiya alimentarnogo ozhireniya [Pathogenetic significance of psychological stress in the development of alimentary obesity]. *Vestnik Novgorodskogo gosudarstvennogo universiteta – Bulletin of the Novgorod State University*, 2021, No. 1, pp. 58–61.

15. Statsenko M.E. Vliyanie taurina na uroven vistseralnogo ozhireniya i vyrazhennost disfunktsii vistseralnogo zhira u patsientov s nealkogolnoy zhirovoy boleznью pečeni [The effect of taurine on the level of visceral obesity and the severity of visceral fat dysfunction in patients with non-alcoholic fatty liver disease]. *Consilium Medicum*, 2019, Vol. 21, No. 12, pp. 128–133.

16. Tikhomirova A.P., Tikhomirov V.R., Dzen N.V. Problemy vesa tela v sovremennom mire: k voprosu o razlichnykh samoosenseni vesa sredi muzhchin i zhenshchin [Problems of body weight in the modern world: on the issue of differences in self-esteem of weight among men and women]. *Molodezhnyy innovatsionnyy vestnik – Youth Innovation Bulletin*, 2021, Vol. 10, pp. 496–499.

17. Filatova G.A., Depyui T.I., Grishina T.I. Ozhirenie: spornye voprosy, opredelyayushchie metabolicheskoe zdorove [Obesity: controversial issues that determine metabolic health]. *Endokrinologiya: Novosti. Mneniya. Obu-*

chenie – Endocrinology: News. Opinions. Education, 2018, Vol. 7, No. 1, pp. 58–67.

18. Sharafetdinov Kh.Kh., Plotnikova O.A. Ozhirenie kak globalnyy vyzov XXI veka: lechebnoe pitanie, profilaktika i terapiya [Obesity as a global challenge of the 21st century: therapeutic nutrition, prevention and therapy]. *Voprosy pitaniya – Nutrition issues*, 2020, Vol. 89, No. 4, pp. 61–171.

19. Abiri B., Ahmadi A.R., Mahdavi M. Association between different metabolic phenotypes and the development of hypothyroidism: 9 years follow-up of Tehran thyroid study. *Frontiers in Endocrinology*, 2023, No. 14, pp. 113–119.

20. da Luz F.Q. Obesity with comorbid eating disorders: associated health risks and treatment approaches. *Nutrients*, 2018, Vol. 10, pp. 829.

21. Candela G.C. Consensus document about the nutritional evaluation and management of eating disorders: bulimia nervosa, binge eating disorder, and others. *Nutrición Hospitalaria*, 2018, Vol. 35, No. 1, pp. 49–97.

22. Khandelwal S. Obesity in midlife: lifestyle and dietary strategies. *Climacteric: the journal of the International Menopause Society*, 2020, Vol. 23, No. 2, pp. 140–147.

23. Lim Ch. G.Y. Diet Quality and Lower Refined Grain Consumption are Associated with Less Weight Gain in a Multi-Ethnic Asian Adult Population. *The Journal of nutrition*, 2021, Vol. 151, No. 8, pp. 2372–2382.

24. Mehran L., Amouzegar A., Abdi H. Incidence of Thyroid Dysfunction Facing Metabolic Syndrome: A Prospective Comparative Study with 9 Years of Follow-Up. *European Thyroid Journal*, 2021, No. 10 (5), pp. 390–398.

25. Motamed S., Mazidi M., Safarian M. Macronutrient intake and physical activity levels in individuals with and without metabolic syndrome: An observational study in an urban population. *ARYA Atherosclerosis Journal*, 2019, Vol. 15, No. 3, pp. 136–45.

Сведения об авторах:

Зокирова Курбонгул Акромовна – зав. кафедрой фтизиопульмонологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н., доцент; тел.: (+992) 935985917

Муминзода Бободжон Гаффор – профессор кафедры общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино», д.м.н.; тел.: (+992) 918632252; e-mail: tumitov_bobokul@inbox.ru

Гулбекова Замира Акимбековна – соискатель кафедры эпидемиологии им. профессора Рафиева Х.К. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

¹Мухиддинов Н.Д., ¹Абдуллозода Ф.А.,
¹Болтуев К.Х., ²Рузибойзода К.Р.

ГРЫЖА ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ: НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КЛАССИФИКАЦИИ, ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ

¹Кафедра хирургических болезней и эндохирургии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

²Кафедра хирургических болезней №1 имени академика Курбонова К.М. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино»

¹Mukhiddinov N.D., ¹Abdullozoda F.A.,
¹Boltuev K.H., ²Ruziboyzoda K.R.

HIATAL HERNIA: SOME ASPECTS OF CLASSIFICATION, DIAGNOSIS AND TREATMENT TACTICS

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

²Department of Surgical Diseases №1 named after Academician K.M. Kurbonov of the State Education Establishment «Avicenna Tajik State Medical University»

В статье представлен обзор некоторых аспектов, связанных с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы. Рассматривается понятие самого заболевания, классификация, принципы клинико-инструментальной диагностики и выбора тактики лечения. В частности, рассматривается вопрос о возможности консервативной терапии и хирургической коррекции с использованием современных технологий.

Ключевые слова: грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, классификация, диагностика, тактика лечения

The article provides an overview of some aspects associated with hiatal hernia. The concept of this disease, its classification, principles of clinical and instrumental diagnosis and choice of treatment tactics are considered. In particular, the question of the possibility of conservative therapy and surgical correction using modern technologies is being considered.

Key words: hiatal hernia, classification, diagnosis, treatment tactics

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) – это патологическое состояние, характеризующееся перемещением органов брюшной полости, включая брюшной отдел пищевода и желудок, через пищеводное отверстие диафрагмы в заднее средостение. Иногда в этот процесс могут вовлекаться и другие органы [6]. Благодаря улучшению доступности и совершенствованию диагностических методов обследования, данная патология среди взрослого населения стала выявляться почти в 30% случаев [8]. В общей структуре всех диафрагмальных грыж на долю ГПОД приходится 98% случаев [12].

Этот вид грыжи диагностируется у женщин чаще, чем у мужчин. В медицинской литературе описаны случаи совместного появления ГПОД с другими хирургическими патологиями органов абдоминальной полости [17], включая такие сочетания, как триада Кастена II (сочетание ГПОД, хронического холецистита и дуоденальной язвы, встречается у 7,2% больных) и триада Сент (сочетание ГПОД, ЖКБ и дивертикулеза толстой кишки, встречается у 3,2% больных). Эти данные имеют важное значение при выборе тактики ведения больного и улучшения результатов его лечения [24]. Изолированное

сочетание ГПОД с ЖКБ встречается в 4,5-60% случаев [27].

Первоначальные классификации ГПОД были разработаны около ста лет назад. Один из основоположников, А. Akerlund [37], предложил разделение грыж ПОД на несколько типов. Во-первых, грыжи с коротким пищеводом, которые характеризуются укорочением пищевода и формированием так называемого «грудного желудка». Во-вторых, параэзофагеальные грыжи, при которых кардиальный отдел желудка остаётся в брюшной полости, а другие части желудка или абдоминальные органы пролабируют через пищеводное отверстие рядом с пищеводом. Наконец, другие типы ГПОД, которые не соответствуют перечисленным выше категориям.

Анатомо-рентгенологическая классификация ГПОД, широко используемая в странах СНГ, включает в себя три основных вида.

1. Скользящая (осевая, аксиальная) грыжа. Этот наиболее распространенный тип грыжи ГПОД характеризуется тем, что абдоминальная часть пищевода, кардия (входная часть желудка) и фундальная часть желудка (верхняя часть) могут перемещаться через увеличенное ПОД в грудную полость. Характерной особенностью этого типа является способность этих структур возвращаться обратно в абдоминальную полость во время перемены положения тела. Осевые грыжи подразделяются на кардиальные, кардиофундальные и субтотальные, и они составляют подавляющее большинство случаев ГПОД.

2. Параэзофагеальная грыжа. В отличие от скользящей грыжи, здесь конечная часть пищевода и кардия остаются в нормальном положении ниже диафрагмы. Однако часть фундального отдела желудка выходит в грудную полость и проходит вдоль грудного сегмента пищевода. Этот тип грыжи менее распространен, но может представлять больший риск для здоровья из-за потенциального ущемления желудка.

3. Смешанный вариант грыжи. Данный тип ГПОД является комбинацией аксиальной и параэзофагеальной грыж. В таких случаях наблюдаются признаки обоих предыдущих типов грыжи.

Основным недостатком упомянутых классификаций ГПОД является отсутствие четкого указания на положение гастроэзофагеального перехода по отношению к диафрагме, что является ключевым аспектом для полного понимания анатомических особенностей каждого конкретного случая.

В медицинской практике используется также классификация ГПОД, которая учитывает на основе рентгенологических данных площадь выходящего в торакальную полость желудка. В данной классификации выделяют 3 степени ГПОД [19]:

I степень: начальная стадия грыжи, при которой в грудную полость проникает только брюшной сегмент пищевода. Кардия (входная часть желудка) при этом находится на уровне диафрагмы. Желудок немного приподнят и располагается вплотную к диафрагме. Эта степень обычно вызывает наименьшее количество симптомов и часто хорошо поддается консервативному лечению.

II степень: на этой стадии в грудной полости, помимо брюшного сегмента пищевода, находится часть желудка, располагающаяся в зоне ПОД. Это может вызывать более выраженные симптомы, такие как изжога, боли в груди или проблемы с глотанием.

III степень: это наиболее серьезная степень, при которой в грудную полость перемещаются брюшной сегмент пищевода, кардия и значительные участки желудка, включая дно, тело и в более сложных случаях антральный отдел. Это может привести к значительным осложнениям, включая ущемление и нарушение кровоснабжения желудка, и часто требует хирургического вмешательства.

В своей классификации В.Х. Василенко и А.Л. Гребенева (1978) не используют такое название, как скользящая грыжа ПОД, поскольку, по их мнению, оно является не совсем точным [25]. В общепринятой хирургической практике термин «скользящая грыжа» обычно применяется для описания грыжи, образующей грыжевой мешок, выстланный брюшиной. В таких случаях часть органа (например, кишечника) выходит через грыжевое отверстие и образует мешок из брюшины, который может содержать другие органы или ткани. Это типично для многих видов грыж, таких как паховые или пупочные грыжи. При изменении положения (например, при переходе из стоячего в лежащее положение) эти органы могут перемещаться обратно в брюшную полость.

Грыжи ПОД по типу классифицируются следующим образом.

1. Фиксированные либо нефиксированные. Такое выделение применимо как к аксиальным, так и к параэзофагеальным грыжам. Фиксированные грыжи остаются в одном положении и не перемещаются в брюшную полость, в то время как нефиксированные

грыжи могут свободно перемещаться между брюшной и грудной полостями.

2. Осевые грыжи. Эти грыжи включают в себя несколько подтипов, таких как пищеводная, кардиофундальная, субтотально- и тотально-желудочная грыжи. Они характеризуются проникновением различных частей желудка (или пищевода) через пищеводное отверстие диафрагмы.

3. Параэзофагеальные грыжи. К данному типу относятся фундальная и антральная грыжи. В этих случаях часть желудка проникает в грудную полость, сохраняя при этом кардию ниже диафрагмы.

4. Врожденный короткий пищевод с "грудным желудком". Это редкие пороки развития, при которых желудок частично или полностью находится в грудной полости из-за аномально короткого пищевода.

5. Другие типы грыж. К этой категории относятся различные типы грыж, такие как тонкокишечные грыжи, сальниковые грыжи и другие, которые могут включать проникновение нестандартных органов или тканей в грудную полость через пищеводное отверстие диафрагмы.

Грыжи ПОД могут привести к ряду осложнений, каждое из которых имеет свои клинические проявления и требует специфического подхода к лечению. Вот некоторые из наиболее частых осложнений ГПОД [29].

1. Рефлюкс-эзофагит. Это воспаление пищевода, вызванное обратным забросом содержимого желудка. В зависимости от тяжести рефлюкс-эзофагит может проявляться в различных формах, включая катаральную, эрозивную и язвенную.

2. Пептическая язва пищевода. Это язвенные поражения слизистой оболочки пищевода, обычно вызванные хроническим воздействием желудочного сока.

3. Воспалительно-рубцовое стенозирование и/или укорочение пищевода. Длительное воспаление может привести к образованию рубцов и укорочению пищевода, что затрудняет глотание.

4. Острое или хроническое пищеводное (пищеводно-желудочное) кровотечение. Эрозии или язвы в пищеводе или на границе с желудком могут вызывать кровотечения.

5. Ретроградный пролапс слизистой оболочки желудка в пищевод. Это состояние, при котором слизистая оболочка желудка пролапсирует в пищевод.

6. Инвагинация пищевода в грыжевую часть. В этом случае часть пищевода втягивается внутрь грыжевого мешка.

7. Перфорация пищевода. Это прободение стенки пищевода, что является серьезным и потенциально опасным состоянием.

8. Рефлекторная стенокардия. Некоторые пациенты с ГПОД могут испытывать боли в груди, похожие на стенокардию, из-за рефлекторного воздействия на сердце.

9. Ущемление грыжи. Это особенно характерно для параэзофагеальных грыж, когда часть желудка или другого органа защемляется в грыжевом отверстии, что может привести к нарушению кровоснабжения и требует неотложной медицинской помощи.

По патогенезу развития ГПОД подразделяются [43].

1. Пульсионный механизм (обусловлен усиленным давлением). При пульсионном механизме развитие грыжи связано с увеличением внутрибрюшного давления. Это давление может быть вызвано факторами, такими как ожирение, беременность, хронический кашель, запоры, тяжелая физическая работа или даже интенсивное усилие при мочеиспускании.

2. Тракционный механизм (обусловлен растяжением или тягой). Тракционные грыжи обычно развиваются в результате растяжения или тяги, действующих на органы. Это может быть связано с анатомическими изменениями, возрастными изменениями, хроническими заболеваниями или хирургическими вмешательствами. Например, постепенное удлинение пищевода в результате хронического рефлюкса или врожденного короткого пищевода может способствовать формированию тракционной грыжи.

3. Смешанный механизм (обусловлен сочетанием пульсионного и тракционного механизмов). Смешанный механизм объединяет элементы обоих вышеупомянутых типов. В таких случаях грыжа может развиваться из-за комбинации усиленного давления в брюшной полости и растяжения или тяги, действующих на органы. Это часто наблюдается в случаях, когда множественные факторы способствуют развитию грыжи, например, у пожилых пациентов с ожирением и хроническими заболеваниями.

Диагностика ГПОД основывается на анализе клинических признаков и данных, полученных с помощью инструментальных методов обследования. Однако важно учитывать, что различные анатомические формы этого заболевания могут долгое время протекать без явных симптомов, что затрудняет их своевременное выявление [42].

При аксиальных формах хиатальных грыж, относящихся к I типу, обычно проявляются симптомы, связанные с нарушениями в области гастроэзофагеального перехода. К типичным признакам, указывающим на данную проблему в пищеводе, относятся чувство жжения в области грудины, частая отрыжка, ощущение дискомфорта или боли в груди, а также затруднения и болевые ощущения при проглатывании пищи. Кроме того, возможны проявления за пределами пищевода, включая постоянный кашель, не связанные с другими заболеваниями, изменения в сердечном ритме, симптомы, напоминающие хронический насморк, воспаление гортани, воспалительные процессы в полости рта и прочие подобные состояния [33].

При типе II хиатальных грыж, известных как параэзофагеальные грыжи, часто встречаются симптомы, связанные с препятствием для прохождения пищи, что является результатом образования так называемого "желудочного клапана". Это состояние может проявляться в виде дискомфорта или боли в области за грудиной и ощущения тошноты, которые обычно усиливаются после еды и во время физической активности. В случаях, когда грыжа достигает значительных размеров, у пациентов могут появиться симптомы, такие как нарушения сердечного ритма и затрудненное дыхание. Эти симптомы могут быть вызваны физическим воздействием грыжи на внутригрудные органы и рефлекторными реакциями. Кроме того, распространенным последствием параэзофагеальных грыж является хроническая анемия, которая может развиваться вследствие наличия эрозий или язв на слизистой оболочке желудка, спровоцированных постоянным механическим раздражением [23]. В случаях, когда происходит острая обструкция пищевого прохода в районе "желудочного клапана", вызванного параэзофагеальной грыжей, клиническая картина может напоминать высокую кишечную или желудочную непроходимость. Эти ситуации характеризуются интенсивной болью в грудной области, сопровождающейся сильной тошнотой и неконтролируемой рвотой. Такие симптомы возникают из-за механического препятствия для нормального прохождения пищи через желудок и пищевод. Кроме того, при острой обструкции может нарушаться кровообращение в части желудка, попавшей в грудную полость. Это нарушение кровообращения усугубляет клиническую картину и может привести к ишемии (недостаточному кровоснабжению)

или даже некрозу (отмиранию) тканей желудка [35].

Смешанные хиатальные грыжи (III типа) представляют собой сложное состояние, при котором проявления комбинируют симптомы, типичные как для гастроэзофагеального рефлюкса, так и для хронического нарушения прохождения пищи. Эти грыжи характеризуются смещением части желудка в средостение, что приводит к разнообразным клиническим признакам. Пациенты с этим типом грыжи могут испытывать симптомы, аналогичные тем, что наблюдаются при параэзофагеальных грыжах. Это включает в себя острую симптоматику, связанную с обструкцией пищевода и нарушениями кровообращения в области "желудочного клапана". Эти симптомы могут проявляться в виде сильной боли за грудиной, проблем с глотанием, частой рвотой, а также могут сопровождаться нарушениями сердечного ритма и дыхания из-за механического давления на грудные органы. Обструкция и нарушения кровообращения в "желудочном клапане" могут приводить к серьезным осложнениям, включая ишемию и некроз тканей желудка, что требует немедленного медицинского вмешательства [20].

Грыжи ПОД IV типа обусловлены смещением различных органов в грудную полость, что приводит к широкому спектру симптомов, зависящих от конкретно задействованных органов. В клинической практике описаны случаи, включающие хроническую или острую непроходимость кишечника, разрыв селезенки и панкреатит. Например, при непроходимости кишечника пациенты могут испытывать боли в животе, вздутие, тошноту и рвоту. Разрыв селезенки проявляется резкой болью и симптомами внутреннего кровотечения, в то время как панкреатит вызывает сильную боль в верхней части живота, тошноту и ухудшение общего состояния [30].

В диагностике ГПОД рентгенологическое исследование продолжает оставаться важным инструментальным методом. Это исследование позволяет не только определить тип грыжи, но и изучить функциональное состояние пищеводно-желудочного перехода. Кроме того, рентгенология помогает установить точную топографию анатомических структур, их расположение и способность к смещению, а также выявить наличие возможных осложнений [28].

К основным рентгенологическим критериям ГПОД относятся:

наличие эпифрениальной части желудка, визуализируемой благодаря скоплению контрастного вещества;

деформация медиальной зоны газового пузыря желудка;

изменения формы свода желудка, включая его уплощение;

искривление либо извитость дистального отдела пищевода;

изменения угла Гиса, включая его уплощение либо расширение;

наличие гастроэзофагеального рефлюкса [3].

Одним из ключевых прямых признаков, указывающих на нарушение функции кардии при ГПОД, выявляемых во время рентгенологического исследования, является рефлюкс бариевой взвеси из желудка в пищевод. Это явление обнаруживается приблизительно в 80% случаев у пациентов с ГПОД [34].

Еще одним заметным рентгенологическим признаком при ГПОД является симптом "колокола" [39]. Это явление также видно на рентгенограмме. Кроме того, на рентгеновских снимках могут быть выявлены так называемые кардиальные «зарубки» - втяжения стенок, которые иногда называются кольцом Гафтера. Эти признаки, особенно при наличии нефиксированной грыжи, лучше всего видны, когда пациент находится в горизонтальном положении. «Кольцо Сатурна» – один из более редких симптомов, связанных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы. Это явление обычно возникает из-за инвагинации, или втягивания, пищевода в просвет желудка. Особенно это характерно для случаев, когда желудок смещается вверх через диафрагму. При «кольце Сатурна» желудок формирует структуру, обволакивающую пищевод, что напоминает внешний вид планеты Сатурн с её характерными кольцами. Это состояние может быть выявлено в ходе рентгенологического исследования с использованием контрастного вещества, такого как бариевая взвесь. При этом контрастное вещество распределяется таким образом, что создаёт изображение, напоминающее кольцо вокруг пищевода [41].

На обзорных рентгенограммах грудной клетки, выполненных в прямой и боковой проекциях, у пациентов с хиатальными грыжами II и III типов часто обнаруживается газовый пузырь желудка в области средостения. Это находка является типичной для таких случаев и указывает на проникновение частей желудка в грудную полость через пищевод-

ное отверстие диафрагмы. В случае грыж IV типа, которые являются более сложными и редкими, на рентгеновских снимках в грудной полости могут быть видны различные аномалии. Это может включать участки, заполненные газом или жидкостью, принадлежащие тонкому или толстому кишечнику, а также тени паренхиматозных органов, таких как селезенка или печень [31].

Однако стоит отметить, что при аксиальных грыжах патологические изменения на обзорных рентгеновских снимках могут не проявляться, что делает их менее заметными при стандартном рентгенологическом исследовании [26].

Внедрение комплексного подхода в рентгенографическое исследование пищеварительной системы, включая использование бариевой суспензии для контрастирования, существенно повышает эффективность и надежность этой диагностической процедуры. Особенно это касается изучения структуры и функции верхнего отдела пищеварительного тракта. Заполнение пищевода и желудка контрастным материалом обеспечивает четкое визуализирование и выявление структурных аномалий, связанных с различными типами ГПОД, включая аксиальные, параэзофагеальные и комбинированные формы. Применение рентгеноскопии в сочетании с тестами, увеличивающими внутрибрюшное давление, например, исследованием в позе Тренделенбурга (когда нижняя часть тела расположена выше головы), играет важную роль в диагностике грыж пищеводного отверстия диафрагмы, включая малые аксиальные грыжи. Этот метод позволяет обнаружить даже незначительные смещения желудка относительно средостения, которые могут быть неочевидны при стандартной рентгенографии. Поза Тренделенбурга увеличивает внутрибрюшное давление, что способствует выявлению грыжевых выпячиваний. В таком положении тела желудок и другие органы брюшной полости могут перемещаться более свободно, что облегчает идентификацию грыж, особенно тех, которые могут быть скрытыми или малозаметными при обычном рентгеновском исследовании [21].

Для диагностики изменений IV типа ГПОД может быть необходимо рентгенологическое исследование, включающее оценку прохождения бариевой суспензии (BaSO₄) по всему пищеварительному тракту в динамике [45]. Этот метод позволяет проследить за перемещением контрастного вещества и выявить возможные аномалии в пищеварительной системе.

В процессе диагностики преимущественно использовались эзофагогастродуоденоскопия (в 98% случаев) и рентгеноскопия пищевода (в 99% случаев). рН-метрия и пищеводная манометрия, применяемые соответственно в 74% и 86% случаев, привлекались, главным образом, для дополнительного уточнения диагноза при неоднозначных клинических данных [41].

Особенно важным является эндоскопическое исследование. Оно дает возможность визуализировать переход слизистой оболочки пищевода в слизистую желудка, оценить положение кардиального кольца, вызванного давлением диафрагмы, а также провести функциональные тесты, например, на зияние или неполное смыкание кардии, наличие желудочно-пищеводного рефлюкса и его осложнений, а также оценить моторику изучаемых органов [38]. Эндоскопия также позволяет провести биопсию для патогистологического анализа слизистой дистального отдела пищевода и идентифицировать метаплазию эпителия, что критически важно для точной диагностики. Перспективным методом диагностики при хроническом эзофагите является эндосонография, которая позволяет определить утолщение мышечного и слизистого слоев стенки пищевода, что может свидетельствовать о наличии воспалительных процессов и других патологических изменений [18].

Для точного выявления и подтверждения наличия гастроэзофагеального рефлюкса используются надежные методики, среди которых выделяется рН-метрия пищевода. Этот метод позволяет оценить частоту, интенсивность и продолжительность рефлюкса [15]. Он особенно полезен для измерения кислотности в пищеводе и определения аномальной кислотной активности.

Другим эффективным методом является радиоизотопная динамическая эзофагосцинтиграфия, чувствительность которой превышает 80% [10]. Этот метод позволяет обнаружить рефлюкс на ранних стадиях, даже до развития эзофагита, что имеет важное значение для ранней диагностики заболевания.

Эзофагокардиоманометрия играет ключевую роль в диагностике патологий, связанных с функциональным состоянием гастроэзофагеального перехода. Этот метод исследования позволяет получить важную информацию о внутрипросветном давлении и моторике пищевода [32].

В области диагностики ГПОД и рефлюкс-эзофагита существует широкий спектр методов, которые обеспечивают врачам воз-

можность для точной идентификации патогенетических факторов, способствующих развитию этих заболеваний. Эти методы также способствуют распознаванию связей между разнообразными патологическими состояниями и помогают в выборе оптимальной стратегии лечения, будь то консервативный либо хирургический подход. Кроме того, они важны для оценки долгосрочной эффективности применяемых терапевтических мер.

В современной практике гастроэнтерологов изжога часто становится причиной обращения пациентов. Около 70% случаев изжоги связаны с рефлюкс-эзофагитом. Это заболевание в 65% случаев возникает как следствие ГПОД. Из-за этой связи начальный этап лечения таких пациентов обычно проводится гастроэнтерологами с использованием консервативных методов [36].

Первым этапом в консервативном подходе к лечению рефлюкс-эзофагита является внедрение профилактических мер. Это включает строгое соблюдение диетических рекомендаций и режима питания. Кроме того, назначается фармакологическое лечение. В случаях, когда развиваются такие осложнения, как стриктуры, применяются процедуры их расширения, такие как дилатация и бужирование пораженных участков [44].

Во многих методических изданиях и специализированных монографиях приводятся детальные рекомендации относительно консервативного лечения, подчеркивая важность коррекции образа жизни и диеты. В список фармакологических средств входят H₂-блокаторы гистамина, такие как фамотидин и ранитидин, а также ингибиторы протонной помпы, вроде пантопразола и омепразола. Кроме того, рекомендуются антацидные средства, алгинаты и прокинетики препараты, включая домперидон (известный как мотилиум), метоклопрамид (церукал) и препульсид (координакс) [16].

В области хирургии ГПОД, осложненной рефлюкс-эзофагитом (РЭ), многие исследователи и клиницисты сходятся во мнении о ключевых показателях, определяющих необходимость хирургического вмешательства. Среди этих показателей выделяют:

- отсутствие эффекта от консервативной терапии в течение 3-12 месяцев с одновременным прогрессированием ГПОД;
- многократные неудачные попытки медикаментозного лечения;
- быстрое наступление рецидива симптомов после завершения терапии;
- образование в пищеводе пептических стриктур;

- развитие пептических язв и пищевода Барретта с дисплазией легкой степени;
- развитие осложнений со стороны дыхательной системы, обусловленных микроаспирацией;
- учащение случаев возникновения кровотечения из пищевода;
- наличие сопутствующих патологий, требующих хирургического вмешательства.

Основная цель хирургического вмешательства у пациентов с ГПОД, осложненной рефлюкс-эзофагитом, заключается в предотвращении попадания желудочного содержимого в нижнюю часть пищевода. В ответ на эту клиническую потребность медицинское сообщество разработало более 40 различных хирургических методик, направленных на коррекцию ГПОД [40].

Главной задачей хирургического вмешательства у больных с ГПОД является восстановление адекватной функции и анатомического положения нижнего пищеводного сфинктера (НПС) [22]. Кроме того, важно обеспечить устранение ГПОД, а также сохранение способности пищевода и желудочно-пищеводного перехода к пропульсии и релаксации во время глотания, отрыжки и рвотных рефлексов.

Среди известных методов хирургического лечения ГПОД и РЭ, таких как фундопликация по Ниссену, Тупету, Дору, Белеи, Ниссену-Розетти, операции Хилла, Харрингтона, Коллис-Ниссен, можно выделить пять основных групп [4].

1. Методы, направленные на сужение ПОД и укрепление пищеводно-диафрагмальной связки, например, ДК. На сегодняшнем этапе эта техника редко используется из-за высокого риска рецидива грыжи.

2. Гастрокардиопексия - представляет собой хирургическую методику, при которой желудок фиксируется к передней брюшной стенке или диафрагме, что помогает стабилизировать его положение и предотвратить смещение вверх через диафрагму. Одним из классических примеров гастрокардиопексии является операция, разработанная L. Hill в 1967 году. Этот метод включает фиксацию малой кривизны желудка к срединной дугообразной связке, что также известно, как задняя гастропексия. Однако, данный способ не получил широкого распространения из-за интенсивных болей в местах фиксирующих швов и высокого риска осложнений [5].

3. В категорию операций, целью которых является восстановление угла Гиса, входит, например, методика, разработанная E. Nusfeldt в 1952 году, известная как эзофаго-

фундорафия. При данном способе операции дно желудка подшивается к левой стенке дистального отдела пищевода. Целью этого вмешательства является восстановление угла Гиса, что должно способствовать уменьшению рефлюкса желудочного содержимого в пищевод. Тем не менее, результаты таких операций иногда были неудовлетворительными. В некоторых исследованиях отмечалось, что симптомы рефлюкса сохранялись примерно в половине случаев после операции.

4. Фундопликации представляют собой хирургические процедуры, при которых создается обхватывающая манжетка вокруг пищевода из ткани самого желудка. Эта техника, выполненная в различных модификациях, отличается от других методов более сильным антирефлюксным эффектом.

Фундопликация по Ниссену, впервые выполненная Рудольфом Ниссенсом в 1955 году, считается «золотым стандартом» в хирургическом лечении ГПОД. Хотя первоначальный вариант этой операции, предложенный Ниссенсом, в настоящее время используется нечасто из-за высокого риска осложнений, многие её модификации остаются востребованными. Как показывают результаты многих исследований, при выполнении фундопликации по Ниссену у 30-76% больных могут наблюдаться физиологические расстройства в зоне пищеводно-желудочного перехода, которые приводят к дисфагии из-за избыточной функции созданной манжеты [11]. Спектр лапароскопических методов фундопликации обширен и включает различные техники. Применяется 360-градусная фундопликация по Ниссену или Ниссену-Розетти, 210-270-градусная задняя парциальная, а также двухсторонняя классическая фундопликация по Тупе. Используется также передняя парциальная фундопликация по Дору. В дополнение, в некоторых случаях применяются операции с использованием сетчатых протезов [1].

В современной хирургической практике наблюдается возрастающая тенденция к использованию малоинвазивной лапароскопической хирургии для лечения ГПОД и ГЭРБ. Этот подход значительно снижает степень хирургической травматизации и ускоряет процесс реабилитации пациентов. В последние годы активно разрабатываются новые малоинвазивные методы лечения диафрагмальных грыж, а также оптимизируются техники создания антирефлюксных манжет для пациентов с грыжей ПОД и её осложнениями [9].

За многие десятилетия развития антирефлюксной хирургии, начиная примерно с середины 20-го века, была собрана обширная информация о достоинствах и ограничениях разнообразных хирургических подходов. Несмотря на значительные успехи в этой области и широкий арсенал методик, полностью исключить вероятность рецидива заболевания до сих пор не удается; этот риск колеблется в диапазоне от 11% до 30% при применении традиционных хирургических вмешательств [27]. Кроме того, в медицинской литературе зафиксированы случаи осложнений, специфических для определенных антирефлюксных хирургических техник и для различных групп операций в целом. В некоторых ситуациях возникает потребность в выполнении повторных хирургических процедур, например, в рефундопликациях, что подчеркивает сложность и многогранность лечения рефлюксной болезни и ГПОД [36].

После проведения первичной антирефлюксной хирургии основными признаками, указывающими на ее неудачу, являются рецидив симптомов заболевания и появление новых симптоматических проявлений. К таким новым симптомам могут относиться дисфагия (затруднение глотания), боли в области живота, метеоризм (повышенное газообразование), а также диарея. Исследования, проведенные Черноусовым А.Ф., показывают, что у 5-20% пациентов после выполнения как традиционной, так и лапароскопической хирургии по поводу гастроэзофагеальной рефлюксной болезни могут сохраняться или возникать новые симптомы рефлюкс-эзофагита [26].

Современные систематические исследования, проведенные на платформах MEDLINE, EMBASE, CochraneLibrary, GoogleScholar и PubMed, акцентируют внимание на проблемах эффективности антирефлюксных операций и лапароскопических фундопликаций. Среди наиболее распространенных симптомов, наблюдаемых при рецидивах, часто встречаются изжога и дисфагия, присутствующие у 30–60% пациентов, а также их сочетание, отмечаемое примерно у 20%

больных [39].

Самой распространенной первоначальной операцией была фундопликация по Ниссену (82% случаев), гораздо реже применялась фундопликация по Тупе (7%). В случае повторных хирургических вмешательств преимущественно выбирали фундопликации по Ниссену (70% случаев) и по Тупе (17% случаев), а в 4% случаев выполняли заднюю крурорафию без формирования фундопликационной манжетки [2].

По данным литературных источников, успех первой адекватно проведенной антирефлюксной операции в наши дни оценивается в 90–96%. Тем не менее, шансы на положительный исход существенно уменьшаются при проведении повторных операций [13]. Исходя из этих данных, становится ясно, что вероятность успешного исхода хирургического лечения ГПОД и ГЭРБ снижается с каждым дополнительным оперативным вмешательством, хотя в научном сообществе по этому вопросу существуют различные мнения. Согласно мнению некоторых авторов [14], четвертая рефундопликация вряд ли окажется эффективной, и в таких случаях предпочтительнее проводить резекцию или экстирпацию пищевода после неудач трех предыдущих операций. В контрасте с этим Э.А. Галлямов и его коллеги [7] утверждают, что при грамотном хирургическом подходе даже четвертая или пятая рефундопликация может принести успех.

Тема определения наиболее подходящего оперативного метода для оптимизации результатов лечения ГПОД продолжает быть актуальной в рамках профессиональных дискуссий и научных исследований. Ключевым аспектом является тщательный анализ каждой хирургической техники с учетом индивидуальных особенностей каждого пациента, а также оценка эффективности современных малоинвазивных хирургических подходов.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 28-45 см. в REFERENCES)

1. Аблаев Э.Э., Белялова А.Р., Ибрагимов Н.К. Фундопликация по Ниссену - "золотой стандарт" хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы // Научные известия. 2022. № 28. С. 88-90.
2. Буриков М.А. Алгоритм планирования лапароскопического лечения грыжи пищеводного отверстия

диафрагмы // Эндоскопическая хирургия. 2019. Т. 25, № 1. С. 12–16.

3. Бурмистров М.В. Повторные операции у пациентов с ахалазией кардии и грыжей пищеводного отверстия диафрагмы // Annalid'Italia. 2022. № 38. С. 93–98.

4. Бурмистров М.В., Бебезов С.И. Результаты повторных эндохирurgicalических операций у пациентов с

ахалазиейкардии и грыжей пищевода отверстия диафрагмы // Znanstvena Misel. 2022. № 6. С. 21–27.

5. Федоров В.И., Бурмистров М.В. Анализ результатов реконструктивных операций при рецидиве гастроэзофагеальной-рефлюксной болезни и грыжи пищевода отверстия диафрагмы Федоров // Поволжский онкологический вестник. 2023. Т. 14, № 1 (53). С. 18–28.

6. Василевский Д.И., Дворецкий С.Ю., Тарбаев И.С., Ахматов А.М. Пути повышения эффективности хирургического лечения грыж пищевода отверстия диафрагмы // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2018. Т. 177. С. 16-19.

7. Галлямов Э.А., Агапов М.А., Луцевич О.М. и др. Лапароскопический подход в коррекции рецидивов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и грыж пищевода отверстия диафрагмы // Хирургическая практика 2019. № 3 (39). С. 32-40.

8. Гаранин А.А., Адыширин-Заде Э.Э., Осадчук А.М. О новом физикальном симптоме в диагностике грыж пищевода отверстия диафрагмы // Медицинский альманах. 2018. № 1. С. 52–55.

9. Гринцов А.Г., Ищенко Р.В., Совпель И.В., Совпель О.В., Балабан В.В. Причины неудовлетворительных результатов после лапароскопических пластик грыж пищевода отверстия диафрагмы // Исследования и практика в медицине. 2021. Т. 8, № 1. С. 40 – 52.

10. Гринцов А.Г., Ищенко Р.В., Совпель И.В., Совпель О.В., Шаповалова Ю.А. Крурорафия с фундопликацией по Toupet в хирургическом лечении грыж пищевода отверстия диафрагмы, осложненных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // Клиническая практика. 2019. Т. 10, №3. С. 5 – 12.

11. Гринцов А.Г., Совпель И.В., Совпель О.В., Шаповалова Ю.А., Румянцева И.В. Использование аппарата для биологической сварки мягких тканей при лапароскопических вмешательствах по поводу грыж пищевода отверстия диафрагмы / Новообразование (Neoplasm). 2019. Т.11, № 3 (26). С. 115 – 122.

12. Журбенко Г.А., Карпицкий А.С., Панько С.В. Результаты хирургического лечения грыж пищевода отверстия диафрагмы // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2018. Т.16. С. 185- 190.

13. Ищенко Р.В., Совпель И.В., Гринцов А.Г., О.В. Совпель О.В. Эффективность применения сетчатых имплантов при лапароскопической пластике грыж пищевода отверстия диафрагмы // Хирургическая практика. 2020. № 1 (41). С. 33 – 44.

14. Комаров Р.Н., Осминин С.В., Билялов И.Р. Хирургия грыж пищевода отверстия диафрагмы: лапароскопические или робот-ассистированные операции? // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2022. Т. 32, № 1. С. 15–23.

15. Никонов Е.Л. Хирургическое лечение грыж пищевода отверстия диафрагмы и возможности новых эндоскопических процедур // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2018. № 5. С. 96- 105.

16. Онницев И.Е., Чуприна А.П. Выбор хирургической тактики при грыжах пищевода отверстия

диафрагмы // Медицинский вестник ГВКГ им. Н. Н. Бурденко. 2021. № 3(5). С. 41– 49.

17. Оскретков В.И., В.А. Ганков, А.Р. Андреасян, Г.И. Климова, М.А. Овсепян Причины патологического гастроэзофагеального рефлюкса после антирефлюксного вмешательства у больных ГЭРБ с грыжей пищевода отверстия диафрагмы // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2020. № 6. С. 38-43.

18. Розенфельд И.И. Актуальные проблемы хирургического лечения больших и гигантских грыж пищевода отверстия диафрагмы // Российский медицинский журнал. 2021. Т. 27, № 3. С. 291–298.

19. Сабрекова К.А., Стяжкина С.Н. Диафрагмальные грыжи: грыжа пищевода отверстия диафрагмы (клинический случай) // Modern Science. 2019. №. 12-2. С. 164-167.

20. Сивец Н.Ф. Отдаленные результаты хирургического лечения грыж пищевода отверстия диафрагмы // Здравоохранение (Минск). 2022. № 9 (906). С. 38–50.

21. Совпель И.В., Гринцов А.Г., Совпель О.В., Шаповалова Ю.А., Гринцов Г.А. Профилактика интраоперационной травмы при выполнении лапароскопических вмешательств при грыжах пищевода отверстия диафрагмы // Вестник неотложной и восстановительной хирургии. 2019. Т.4, № 3. С. 120 – 128.

22. Совпель И.В., Золотухин С.Э., Совпель О.В., Делегойдина А.В., Шумило И.О. Повторные оперативные вмешательства после лапароскопической пластики грыж пищевода отверстия диафрагмы // Новообразование (Neoplasm). 2023. Т. 15, № 1 (40). С. 23-31.

23. Совпель И.В., Ищенко Р.В., Гринцов А.Г., Михайличенко В.Ю., Совпель О.В. Способы коррекции укорочения пищевода при операциях по поводу грыж пищевода отверстия диафрагмы // Медицинский вестник МВД. 2021. № 1 (110). С. 42 – 50.

24. Стяжкина С.Н., Туктарова С., Башурова А.А. Диафрагмальные грыжи: грыжа пищевода отверстия диафрагмы (клинический случай) // Аллея науки. 2018. Т. 2. № 11. С. 162-166.

25. Черкасов Д.М., Черкасов М.Ф., Татьянченко В.К. Дифференцированный подход к выбору пластики грыж пищевода отверстия диафрагмы // Эндоскопическая хирургия. 2020. Т. 26. №.1. С. 5-12.

26. Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Ветшев Ф.П. Лечение рефлюкс-эзофита у больных с кардиофундальными, субтотальными и тотальными грыжами пищевода отверстия диафрагмы // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2019. №6. С. 41-48.

27. Шабунин А.В. Анализ лечения грыж пищевода отверстия диафрагмы в многопрофильном стационаре // Московский хирургический журнал. – 2018. Т. 61. №3. С. 37.

REFERENCES

1. Ablav E.E., Belyalova A.R., Ibragimova N.K. Fundoplikatsiya po Nissenu - "zolotoy standart" khirurg-

gicheskogo lecheniya gryzh pishchevodnogo otverstiya diafragmy [Nissen fundoplication is the “gold standard” for surgical treatment of hiatal hernias]. *Nauchnye izvestiya – Scientific news*, 2022, No. 28, pp. 88–90.

2. Burikov M.A. Algoritm planirovaniya laparoskopicheskogo lecheniya gryzhi pishchevodnogo otverstiya diafragmy [Algorithm for planning laparoscopic treatment of hiatal hernia]. *Endoskopicheskaya khirurgiya – Endoscopic surgery*, 2019, Vol. 25, No. 1, pp. 12–16.

3. Burmistrov M.V. Povtornye operatsii u pacientov s akhalazieykardii i gryzhey pishchevodnogo otverstiya diafragmy [Results of repeated endosurgical operations in patients with achalasia cardia and hiatal hernia]. *Annalid'Italia - Annalid'Italia*, 2022, No. 38, pp. 93–98.

4. Burmistrov M.V., Bebezov S.I. Rezultaty povtornykh endokhirurgicheskikh operatsiy u pacientov s akhalazieykardii i gryzhey pishchevodnogo otverstiya diafragmy [Results of repeated endosurgical operations in patients with achalasia cardia and hiatal hernia]. *Znanstvoena Misel – Znanstvoena Misel*, 2022, No. 6, pp. 21–27.

5. Fedorov V.I., Burmistrov M.V. Analiz rezultatov rekonstruktivnykh operatsiy pri retsidive gastroezofagealnoy-reflyuksnoy bolezni i gryzhi pishchevodnogo otverstiya diafragmy Fedorov [Analysis of the results of reconstructive operations for relapse of gastroesophageal reflux disease and hiatal hernia Fedorov]. *Povolzhskiy onkologicheskii vestnik – Volga Oncology Bulletin*, 2023, Vol. 14, No. 1 (53), pp. 18–28.

6. Vasilevskiy D.I., Dvoretzkiy S.Yu., Tarbaev I.S., Akhmatov A.M. Puti povysheniya effektivnosti khirurgicheskogo lecheniya gryzh pishchevodnogo otverstiya diafragmy [Ways to increase the effectiveness of surgical treatment of hiatal hernias]. *Vestnik khirurgii im. I.I. Grekova – Bulletin of Surgery named after. I.I. Grekova*, 2018, Vol. 177, pp. 16–19.

7. Gallyamov E.A., Agapov M.A., Lutsevich O.M. Laparoskopicheskiy podkhod v korrektsii retsidivov gastroezofagealnoy reflyuksnoy bolezni i gryzh pishchevodnogo otverstiya diafragmy [Laparoscopic approach to the correction of relapses of gastroesophageal reflux disease and hiatal hernia]. *Khirurgicheskaya praktika – Surgical practice*, 2019, No. 3 (39), pp. 32–40.

8. Garanin A.A., Adyshirin-Zade E.E., Osadchuk A.M. O novom fizikalnom simptome v diagnostike gryzh pishchevodnogo otverstiya diafragmy [About a new physical symptom in the diagnosis of hiatal hernia]. *Meditinskiy almanakh – Medical almanac*, 2018, No. 1, pp. 52–55.

9. Grintsov A.G., Ishchenko R.V., Sovpel I.V. Prichiny neudovletvoritelnykh rezultatov posle laparoskopicheskikh plastik gryzh pishchevodnogo otverstiya diafragmy [Reasons for unsatisfactory results after laparoscopic repair of hiatal hernias]. *Issledovaniya i praktika v meditsine – Research and practice in medicine*, 2021, Vol. 8, No. 1, pp. 40–52.

10. Grintsov A.G., Ishchenko R.V., Sovpel I.V. Kru-rorafiya s fundoplikatsiey po Toupet v khirurgicheskom lechenii gryzh pishchevodnogo otverstiya diafragmy, oslozhnennykh gastroezofagealnoyreflyuksnoy boleznyu [Thororaphy with Toupet fundoplication in the surgical treatment of hiatal hernias complicated by gastroesophageal reflux disease]. *Klinicheskaya praktika – Clinical Journal*, 2019, Vol. 10, No. 3, pp. 5–12.

11. Grintsov A.G., Sovpel I.V., Sovpel O.V. Ispol-zovanie apparata dlya biologicheskoy svarki myagkikh tkaney pri laparoskopicheskikh vmeshatelstvakh po povodu gryzh pishchevodnogo otverstiya diafragmy [The use of a device for biological welding of soft tissues during laparoscopic interventions for hernias of the esophageal orifice of the diaphragm]. *Neoplasm – Neoplasm*, 2019, Vol. 11, No. 3 (26), pp. 115–122.

12. Zhurbenko G.A., Karpitskiy A.S., Panko S.V. Rezultaty khirurgicheskogo lecheniya gryzh pishchevodnogo otverstiya diafragmy [The effectiveness of using mesh implants in laparoscopic repair of hiatal hernias]. *Zhurnal Grodnenskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta – Journal of Grodno State Medical University*, 2018, Vol. 16, pp. 185–190.

13. Ishchenko R.V., Sovpel I.V., Grintsov A.G. Effektivnost primeneniya setchatykh implantov pri laparoskopicheskoy plastike gryzh pishchevodnogo otverstiya diafragmy [The effectiveness of using mesh implants in laparoscopic repair of hiatal hernias]. *Khirurgicheskaya praktika – Surgical practice*, 2020, No. 1 (41), pp. 33–44.

14. Komarov R.N., Osminin S.V., Bilyalov I.R. Khirurgiya gryzh pishchevodnogo otverstiya diafragmy: laparoskopicheskie ili robot-assistirovannye operatsii? [Hiatalherniasurgery: laparoscopicorrobot-assisted surgery?]. *Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii - Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*, 2022, Vol. 32, No. 1, pp. 15–23.

15. Nikonov E.L. KHirurgicheskoe lechenie gryzh pishchevodnogo otverstiya diafragmy i vozmozhnosti novykh endoskopicheskikh protsedur [Surgical treatment of hiatal hernias and the possibilities of new endoscopic procedures]. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova - Surgery. Journal named after N.I. Pirogov*, 2018, No. 5, pp. 96–105.

16. Onnitsev I.E., Chuprina A.P. Vyborkhirurgicheskoy taktiki pri gryzhakh pishchevodnogo otverstiya diafragmy [The choice of surgical tactics for hiatal hernia]. *Meditinskiy vestnik GVKG im. N. N. Burdenko - Medical Bulletin of the GVKG named after. N. N. Burdenko*, 2021, No. 3 (5), pp. 41–49.

17. Oskretkov V.I., V.A. Gankov, A.R. Andreyan, G.I. Ovsepyan Prichiny patologicheskogo gastroezofagealnoy reflyuksa posle antireflyuksnogo vmeshatelstva u bolnykh GERB s gryzhey pishchevodnogo otverstiya diafragmy [Hovsepyan Causes of pathological gastroesophageal reflux after antireflux intervention in patients with GERD with hiatal hernia]. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova – Surgery. Journal named after N.I. Pirogov*, 2020, No. 6, pp. 38–43.

18. Rozenfeld I.I. Aktualnye problemy khirurgicheskogo lecheniya bolshikh i gigantских gryzh pishchevodnogo otverstiya diafragmy [Current problems of surgical treatment of large and giant hiatal hernias]. *Rossiyskiy meditsinskiy zhurnal – Russian Medical Journal*, 2021, Vol. 27, No. 3, pp. 291–298.
19. Sabrekova K.A., Styazhkina S.N. Diafragmalnye gryzhi: gryzha pishchevodnogo otverstiya diafragmy (klinicheskiy sluchay) [Diaphragmatic hernia: hiatal hernia (clinical case)]. *Modern Science – Modern Science*, 2019, No. 12-2, pp. 164–167.
20. Sivets N.F. Otdalennye rezultaty khirurgicheskogo lecheniya gryzh pishchevodnogo otverstiya diafragmy [Long-term results of surgical treatment of hiatal hernias]. *Zdravookhranenie (Minsk) – Healthcare (Minsk)*, 2022, No. 9 (906), pp. 38–50.
21. Sovpel I.V., Grintsov A.G., Sovpel O.V. Profilaktika intraoperatsionnoy travmy pri vypolnenii laparoskopicheskikh vmeshatelstv pri gryzhakh pishchevodnogo otverstiya diafragmy [Prevention of intraoperative injury when performing laparoscopic interventions for hiatal hernias]. *Vestnik neotlozhnoy i vosstanovitelnoy khirurgii – Bulletin of emergency and reconstructive surgery*, 2019, Vol. 4, No. 3, pp. 120–128.
22. Sovpel I.V., Zolotukhin S.E., Sovpel O.V. Povtornye operativnye vmeshatelstva posle laparoskopicheskoy plastiki gryzh pishchevodnogo otverstiya diafragmy [Repeated surgical interventions after laparoscopic repair of hiatal hernias]. *Neoplasm – Neoplasm*, 2023, Vol. 15, No. 1 (40), pp. 23–31.
23. Sovpel I.V., Ishchenko R.V., Grintsov A.G. Spособы korrektsii ukorocheniya pishchevoda pri operatsiyakh po povodu gryzh pishchevodnogo otverstiya diafragmy [Methods for correcting shortening of the esophagus during operations for hiatal hernias]. *Meditsinskiy vestnik MVD – Medical Bulletin of the Ministry of Internal Affairs*, 2021, No. 1 (110), pp. 42–50.
24. Styazhkina S.N., Tuktarova S., Bashurova A.A. Diafragmalnye gryzhi: gryzha pishchevodnogo otverstiya diafragmy (klinicheskiy sluchay) [Diaphragmatic hernia: hiatal hernia (clinical case)]. *Alleya nauki – Alley of Science*, 2018, Vol. 2, No. 11, pp. 162–166.
25. Cherkasov D.M., Cherkasov M.F., Tatyanchenko V.K. Differentsirovanny podkhod k vyboru plastiki gryzh pishchevodnogo otverstiya diafragmy [Differentiated approach to the choice of hiatal hernia repair]. *Endoskopicheskaya khirurgiya – Endoscopic surgery*, 2020, Vol. 26, No. 1, pp. 5–12.
26. Chernousov A.F., Khorobrykh T.V., Vetshev F.P. Lechenie refluks-ezofagita u bolnykh s kardiofundalnymi, subtotalnymi i totalnymi gryzhami pishchevodnogo otverstiya diafragmy [Treatment of reflux esophagitis in patients with cardiofundal, subtotal and total hernias of the esophageal orifice of the diaphragm]. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova – Surgery. Journal named after N.I. Pirogov*, 2019, No. 6, pp. 41–48.
27. Shabunin A.V. Analiz lecheniya gryzh pishchevodnogo otverstiya diafragmy v mnogoprofilnom statsionare [Analysis of the treatment of hiatal hernias in a multidisciplinary hospital]. *Moskovskiy khirurgicheskiy zhurnal – Moscow Surgical Journal*, 2018, Vol. 61, No. 3, pp. 37.
28. Bernabé M.Q., Adelina E.C. Use of absorbable meshes in laparoscopic paraesophageal hernia repair. *World Journal of Gastrointestinal Surgery*, 2019, Vol. 11, No. 10, pp. 388–394.
29. Braghetto I., Lanzarini E., Musleh M. Thinking About Hiatal Hernia Recurrence After Laparoscopic Repair: When Should It Be Considered a True Recurrence? A Different Point of View. *International Journal of Surgery*, 2018, Vol. 103, pp. 105–115.
30. DeMeester S.R. Laparoscopic Hernia Repair and Fundoplication for Gastroesophageal Reflux Disease. *Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America*, 2020, Vol. 30, No. 2, pp. 309–324.
31. Felix V., Yogi I., Senday D. Post-operative giant hiatal hernia A single center experience. *Medicine*, 2019, Vol. 98, pp. 1–5.
32. Kamarajah S.K. Critical appraisal of the impact of surgical repair of type II–IV paraesophageal hernia (POH) on pulmonary improvement: A systematic review and meta-analysis. *Surgeon*, 2020, Vol. 18, No. 6, pp. 365–374.
33. Mazer L., Telem D.A. Paraesophageal Hernia: Current Management. *Advances in Surgery*, 2021, Vol. 55, pp. 109–122.
34. Miyano G., Yamoto M., Miyake H., Comparison of Laparoscopic Redo Fundoplications for Failed Toupet and Nissen Fundoplications in Children. *Journal of Indian Association of Pediatric Surgeons*, 2019, Vol. 24, pp. 100–103.
35. Nicolau A.E., Lobonțiu A., Constantinoiu S. New Minimally Invasive Endoscopic and Surgical Therapies for Gastroesophageal Reflux Disease (GERD). *Chirurgia*, 2018, No. 1, pp. 70–82.
36. Oor J., Roks D., Koetje J. Randomized clinical trial comparing laparoscopic hiatal hernia repair using sutures versus sutures reinforced with non-absorbable mesh. *Surgical Endoscopy*, 2018, Vol. 32, pp. 4579–4589.
37. Rajkomar K., Berney C.R. Large hiatus hernia: time for a paradigm shift? *BMC Surgery*, 2022, Vol. 22, No. 1, pp. 264.
38. Sathasivam R., Bussa G., Viswanath Y. ‘Mesh hiatal hernioplasty’ versus ‘suture cruroplasty’ in laparoscopic paraesophageal hernia surgery; a systematic review and meta-analysis. *Asian Journal of Surgery*, 2019, Vol. 42, pp. 53–60.
39. Sfara A., Dumitrascu D.L. The management of hiatal hernia: an update on diagnosis and treatment. *Medicine and Pharmacy Reports*, 2019, Vol. 92, No. 4, pp. 321–325.
40. Singhal S., Kirkpatrick D., Masuda T. Primary and redo antireflux surgery: outcomes and lessons learned. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 2018, Vol. 22, pp. 177–186.
41. Sok M., Greif B., Štupnik T., Srpčič M. Comparative Study of Standard Fundoplication (Nissen and Toupet) vs. Modified Toupet Fundoplication for GERD

Repair. *World Journal of Surgery and Surgical Research*, 2018, Vol. 1, pp. 1-5.

42. Tatum J., Lipham J. Recurrent Hiatal Hernia: Evolving Definitions and Clinical Implications. *Clinical Surgery*, 2018, Vol. 3, pp. 1-5.

43. Trepanier M., Dumitra T., Sorial R. Comparison of Dor and Nissen fundoplication after laparoscopic paraesophageal hernia repair. *Surgery*, 2019, Vol. 166, No. 4, pp. 540-546.

44. Watson D. Current state of repair of large hiatal hernia. *International Journal of Abdominal Wall and Hernia Surgery*, 2019, Vol. 2, pp. 39-43.

45. Yadlapati R., Hungness E., Pandolfino J. Complications of Antireflux Surgery. *American Journal of Gastroenterology*, 2018, Vol. 113, pp. 1137-1147.

Сведения об авторах:

Мухиддинов Нуриддин Давлаталиевич – зав. кафедрой хирургических болезней и эндохирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н., профессор, тел.: (+992) 989110916

Абдуллозода Фарход Абдулмумин – заочный аспирант кафедры хирургических болезней и эндохирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Болтуев Комрон Хусейнович – доцент кафедры хирургических болезней и эндохирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н., тел.: (+992) 934537755

Рузубойзода Кахрамон Рузубой – профессор кафедры хирургических болезней №1 имени академика Курбонова К.М. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино», д.м.н., доцент; тел.: (+992)930807777

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

© Коллектив авторов, 2023

УДК 616.831-005.4-073.756.8

¹Шукуров Ал.С., ²Мавлянова З.Р., ³Шукуров Ас.С.,
¹Худоймерганов А.Н., ³Хакимов Х.А.

СЛУЧАЙ ВЕНОЗНОГО ИНСУЛЬТА ВЕРХНЕГО САГИТТАЛЬНОГО СИНУСА

¹Кафедра неврологии, психиатрии и наркологии Худжандского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ

²Худжандское отделение ГОУ ИПОвСЗ РТ

³Неврологическое отделение ОКБ им С. Кутфидинова, г. Худжанд

¹Shukurov Al.S., ²Mavlyanova Z.R., ³Shukurov As.S.,
¹Khudoimerganov A.N., ³Khakimov Kh.A.

A CASE OF VENOUS STROKE OF THE SUPERIOR SAGITAL SINUS

¹Department of Neurology, Psychiatry and Narcology, Khujand Branch of the State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"

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

³Neurological department of the Oblast Clinical Hospital named after S. Kutfidinov, Khujand

В статье приводится клиническое наблюдение с диагностикой, выявлением причин, состояния и успешного лечения венозного инсульта у пациентки молодого возраста. Даны рекомендации по дальнейшей терапии.

Ключевые слова: инсульт, тромбоз, медикаментозная терапия

The article provides a clinical observation of the diagnosis, identification of causes, condition and successful treatment of venous stroke in a relatively young patient. Recommendations for further therapy are given.

Key words: stroke, thrombosis, drug therapy

Артериальное и венозное звенья сосудистого русла представляют собой взаимосвязанную систему, где венозную часть рассматривают как высокоорганизованную рефлексогенную зону, ответственную за развитие сложных реакций, обеспечивающих постоянство мозгового кровотока. На сегодняшний день исследованиям венозной патологии головного мозга посвящено небольшое количество работ. Распространенность тромбоза церебральных вен (ТЦВ) ежегодно составляет 4–7 случаев на 1 млн. населения [2, 6].

Венозный инсульт развивается на фоне тромбоза вен или синусов головного мозга и встречается реже, чем артериальный инсульт. Важнейшим условием успешного ведения пациентов является своевременное

распознавание и ранняя диагностика ТЦВ, что может способствовать проведению эффективной терапии, уменьшению последствий данной патологии и снижению летальности [5].

По имеющимся данным, в 75,6% случаев тромбоз возникает в поперечном синусе, 58,5% - в сигмовидном синусе и верхнем сагиттальном синусе - в 29,3 % [3].

К факторам риска церебрального венозного тромбоза относят травму головы, беременность и роды, сепсис, злокачественные новообразования, системные заболевания, антифосфолипидный синдром, гипергомоцистеинемию, приём оральных контрацептивов, менингиты, артериовенозные мальформации, обезвоживание и другие состояния [1, 5, 6]. Клиническая картина

тромбоза церебрального венозного синуса характеризуется головной болью, угнетением сознания вплоть до комы, судорожным синдромом, очаговым неврологическим дефицитом, которые могут присутствовать в различных сочетаниях или изолированно [3, 4]. В приведённом клиническом наблюдении тромбоз верхнего сагиттального синуса сопровождался типичной клинической картиной: постепенно нарастающей головной болью, общемозговой симптоматикой, спутанностью сознания и общей слабостью.

Представляем клиническое наблюдение венозного инсульта у пациентки относительно молодого возраста.

Больная М., 36 лет, 30.04.23 г. обратилась в приёмное отделение СОКБ имени С. Кутфитдинова г. Худжанда жалобами на мурашки перед глазами, головные боли, преимущественно в шейно-затылочной области, тошноту, общую слабость.

Анамнез заболевания: со слов пациентки, заболела за 5 дней до поступления, когда после воздержания от приёма пищи (пост Рамадан) появилась головные боли преимущественно в шейно-затылочной области, с иррадиацией в теменную область, усиливающиеся в горизонтальном положении и небольшой физической нагрузке. Повысилось АД до 150/100 мм рт. ст., загруженность, нарастающая слабость. Самостоятельно принимала диклофенак и гипотензивные препараты. 30.04.2023 г. в связи с отсутствием улучшения обратилась в приёмное отделение СОКБ.

После первичного осмотра невролога госпитализирована в неврологическое отделение с предварительным диагнозом «Острая гипертоническая энцефалопатия. Гипертоническая болезнь 2 ст., риск 3».

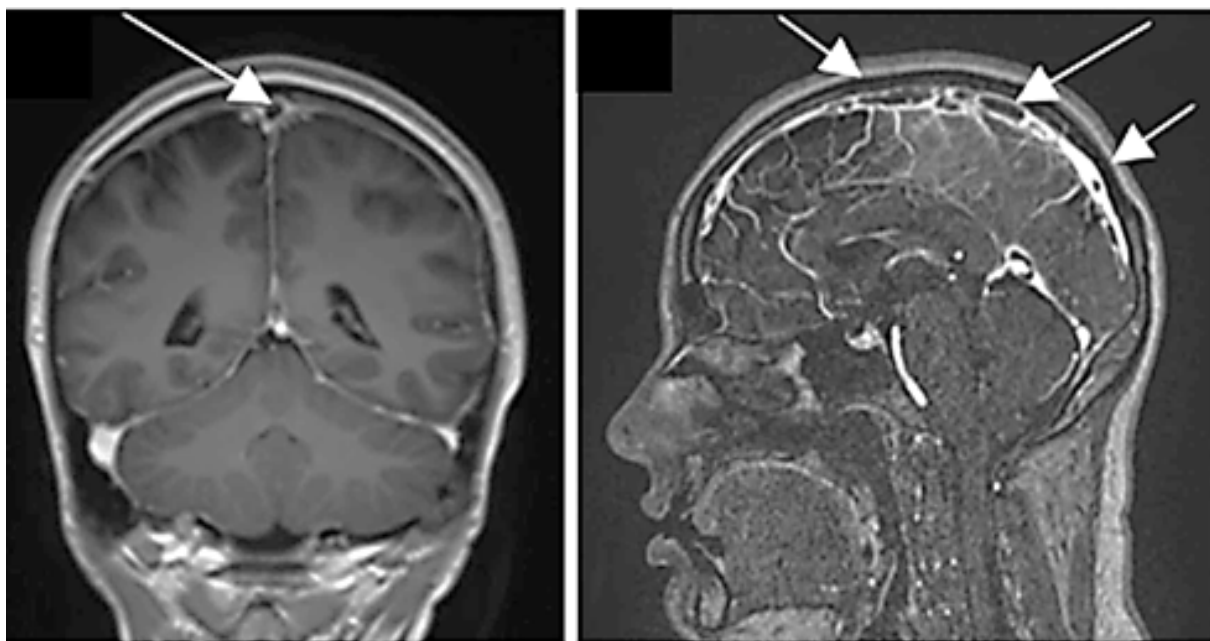
При осмотре дежурным неврологом в неврологическом статусе выявлены бледность лица, загруженность и сонливость, ригидность мышц затылка, светобоязнь, мелкоразмашистый горизонтальный нистагм в крайних отведениях, сглаженность левой носогубной складки, девиация языка вправо, симптом Бабинского слева. Парезов, чувствительных, рефлекторных и координаторных нарушений не выявлено. Симптом Бехтерева с двух сторон, больше справа.

Консультирована нейрохирургом: возникло подозрение на субарахноидальное кровоизлияние, разрыв аневризмы. Рекомендована люмбальная пункция.

Заключение окулиста: ОУ – застойные диски зрительного нерва II–III степеней.

Спиральная КТ (СКТ-ангиография от 26.04.2023 г.): выявляется асимметрия задних соединительных артерий, а также некоторое искривление начальных отделов правой задней мозговой артерии. Явных признаков аневризмы магистральных сосудов ГМ не отмечается.

На магнитно-резонансной томографии (МРТ) при всех режимах (T1- и T2-ВИ) головного мозга диагностирован тромбоз верхнего сагиттального синуса в лобно-теменных отделах, небольшой участок цитотоксического отёка теменной области с двух сторон.



Магнитно-резонансная томография

Данные люмбальной пункции

Показатель	Результат
Цвет	Бесцветный
Прозрачность	Прозрачный
Давление	150 мм вод. ст.
Плотность	1003 г/л
Цитоз	3-5 в 3 мкл
Реакция (рН)	7,8
Белок	0,33 г/л
Глюкоза	2,8 ммоль/л
Хлориды	122 моль/л

Показатели крови

Показатель	Референсные значения	Результат
Гемоглобин	110,00-165,0 г/л	110,00 г/л
Гематокрит	35,00-50,00 %	52,00 %
Фибриноген	2,0-4,0 г/л	5,5 г/л
АЧТВ	25-35 сек.	25 сек.
Протромбиновое время	12-18 сек.	11 сек.
МНО	0,85-1,15	0,83
Na ⁺	136-145 ммоль/л	146 ммоль/л
Ca ²⁺	2,02-2,56 ммоль/л	2,77 ммоль/л
K ⁺	3,5-5,1 ммоль/л	5,1 ммоль/л
Mg ²⁺	0,66-1,07 ммоль/л	1,07 ммоль/л

Повторно осмотрена нейрохирургом: данных о субарахноидальном кровоизлиянии по результатам КТ, МРТ и люмбальной пункции нет.

Ультразвуковое исследование вен шеи и головы от 26.04.2023 г.: признаков тромбоза яремных, подключичных вен справа и слева достоверно не выявлено.

Пациентка по протоколу консультирована терапевтом, кардиологом, гематологом и сосудистым хирургом. На основании проведенного исследования установлен диагноз: **Осн.: Гиповолемическое состояние первой степени. Осл.: Венозный инсульт на фоне тромбоза верхнего сагиттального синуса с формированием очага ишемии в лобно-теменной области с двух сторон.**

На фоне проведенного лечения (антикоагулянтная, антиагрегантная, противоотечная, нейропротективная и противосудорожная терапия) наблюдалась положительная динамика, регрессировала общемозговая и менингеальная симптоматика, очаговой

неврологической симптоматики нет. При МРТ-исследовании в динамике отмечалось значительное уменьшение в диаметре тромба в сагиттальном синусе, ранее определяемый цитотоксический отёк в теменных долях не визуализируется.

Пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии с рекомендациями дальнейшего динамического наблюдения и лечения у гематолога, терапевта, невролога и сосудистого хирурга. Рекомендовано продолжить терапию пероральными антикоагулянтами, провести МРТ головного мозга через три месяца, повторить в динамике исследования на гипергомоцистеинемию, антифосфолипидный синдром, рекомендовано продолжить контроль коагулограммы крови и липидного спектра.

Заключение

Приведённый клинический пример иллюстрировал, что причиной тромбоза церебрального синуса вен послужили изменения

гомеостаза и коагулирующих свойствах крови на фоне гиповолемии.

В клинической практике неврологам необходимо уделять особое внимание выявлению основных факторов риска развития тромбозов церебральных синусов и вен при первичном осмотре. Кроме того, включить ТЦВ для дифференциальной диагностики при острых цереброваскулярных заболеваниях.

Таким образом, венозный инсульт - это часто тяжёлое, трудно диагностируемое, но потенциально излечимое заболевание. Современные методы нейровизуализа-

ции позволяют проводить неинвазивную диагностику церебральных тромбозов. Знание основных клинических симптомов-комплексов способствует своевременному распознаванию тромбоза церебральных вен. В настоящее время стандартом лечения ТЦВ является назначение антикоагулянтной терапии в сочетании с устранением этиологических причин и факторов риска развития ТЦВ.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 2-8 см. в REFERENCES)

1. Шмидт Т.Е., Пронин И.Н., Казанцев К.Ю. и др. CLIPPERS-синдром. // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2018. Т. 10, № 2. С. 76–82.

REFERENCES

1. Shmidt T.E., Pronin I.N., Kazantsev K.Yu. CLIPPERS-sindrom [CLIPPERS syndrome]. *Neurologiya, neuropsikhiatriya, psikhosomatika – Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics*, 2018, Vol. 10, No. 2, pp. 76-82.

2. Behrouzi R., Punter M. Diagnosis and management of cerebral venous thrombosis. *Clinical Medicine*, 2018, No. 18 (1), pp. 75-79.

3. Luo Y., Tian X., Wang X. Diagnosis and Treatment of Cerebral Venous Thrombosis: A Review. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 2018, No. 10 (2).

4. Ferro M., Coutinho M., Dentali F. Safety and Efficacy of Dabigatran Etexilate vs Dose-Adjusted Warfarin in Patients with Cerebral Venous Thrombosis. A Randomized Clinical Trial. *JAMA Neurology*, 2019, No. 76 (12), pp. 1457-1465.

5. Coutinho J.M., Zuurbier S.M., Boussier M.G. Effect of Endovascular Treatment with Medical Management vs Standard Care on Severe Cerebral Venous Thrombosis: The TO-ACT Randomized Clinical Trial. *JAMA Neurology*, 2020, pp. e201022.

6. Prakash C., Bansal B.C. Cerebral venous thrombosis. *The Journal Indian Academy of Clinical Medicine*, 2000, Vol. 5 (1), pp. 55-61.

7. *Study of Rivaroxaban for CeREbral Venous Thrombosis (SECRET)*. Available at: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03178864>

8. Zheng H., Xu W., Chen Y. A rare case of deep cerebral venous thrombosis secondary to traumatic epidural hematoma Case report. *Medicine*, 2018, No. 97 (36), pp. e11587.

Сведения об авторах:

Шукуров Алишер Сайфиддинович - зав. каф. неврологии, психиатрии и наркологии Худжандского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.; тел. (+992) 927766765, e-mail: alisherdoc@mail.ru

Мавлянова Зулайхо Рахимбобоевна – директор Худжандского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.; тел.: (+992) 927746806; e-mail: Zulayhor@list.ru

Шукуров Аслиддин Сайфиддинович - зав. неврологическим отделением ОКБ им С. Кутфидинова г. Худжанда, к.м.н.; тел.: (+992)927778884; e-mail: asliddin.shkurov@mail.ru

Худоймерганов Ахлиддин Насриевич – ассистент кафедры неврологии, психиатрии и наркологии Худжандского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ.; тел.: (+992) 929350075, e-mail: Ahliddin.dok.91@mail.ru

Хакимов Хурсандмурод Азизович – врач-невролог н/о ОКБ им. С. Кутфидинова г. Худжанда; тел.: (+992) 935290090

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 (210х297) 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 объем 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 9х12 см, рисунки – четкими. Фотокопии с рентгенограмм дают в позитивном изображении.

Таблицы должны содержать сжатые, необходимые данные. Все цифры, итоги и проценты должны соответствовать приводимым в тексте. Фото таблиц 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 обзора/ов не больше 40.

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 дается 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 ИПОвСЗ РТ. Тел.: 2-36-17-14; 2-36-74-97.