



WWW.TIPRMK.TJ/  
JOURNAL



ТИПОГРАФИЯ  
ООО «АЗИЯ-ПРИНТ»

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

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

УДК Тадж: 61  
№ГР 34-02.1.216 ТГ

Сдано в набор 25.06.2015 г.  
Подписано в печать 02.07.2015 г.  
Формат 60x84 1/8  
Печать офсетная  
Усл.печ.л. 7,5 (1+1) + 1 у.п.л. (4+4)  
Уч. изд. л. 9,85  
Заказ № 703

Подписной индекс для предприятий и организаций: 77719

ISSN 2307-6461

ДУШАНБЕ

Паёми таълимоти баъдидипломии  
соҳаи тандурустӣ

Вестник последипломного образования  
в сфере здравоохранения

Выходит один раз в 3 месяца

Основан в 2011 г.

2 • 2015

Сардабир Н.Д. Мухиддинов

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

#### РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

#### РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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



WWW.TIPPMK.TJ/  
JOURNAL



PRINTING HOUSE  
«ASIA-PRINT»

## Herald of the institute of postgraduate education in health sphere

Every 3 months Journal

Since 2011

2 • 2015

Chief editor N.D. Muhiddinov  
doctor of medical science

### MEMBERS OF EDITORIAL BOARD

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

### EDITORIAL COUNCIL

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

ISSN 2307-6461  
DUSHANBE

## СОДЕРЖАНИЕ

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА МЕДИЦИНЫ	
<i>Ахмедов Ш.М., Сироджов К.Х., Мурадов А.М., Холов Д.И., Рахимов А.Т.</i> Оптимизированный подход к лечению переломов конечностей у больных со скелетной травмой	5
<i>Ахунова Н.Т., Холова З.У., Ниязов Ф.И.</i> Антидеструктивное действие глюкокортикостероидов при раннем ревматоидном артрите	11
<i>Ашууров З.Я., Мирзоева З.А., Давлятова Д.Д.</i> Изучение структуры травматизма и совершенствование профилактической деятельности семейных врачей в ГЦЗ № 1 г. Душанбе	15
<i>Баходуров Дж.Т., Ибодов Х.И., Рофиев Р.Р., Асадов С.К., Нуров М.С.</i> Ультразвуковое сканирование, как эффективный способ диагностики экссудативных плевритов у детей	18
<i>Бобиева Н.Х., Гадоев С.Х., Субхонова З.И., Сунатуллоев Д.С.</i> Положительное влияние сорбита у больных хронической почечной недостаточностью	22
<i>Бобоходжаева М.О., Ахмедов А., Касымова М.К.</i> Некоторые особенности распространения ИППП/ВИЧ в современных социально-экономических условиях	25
<i>Гульмурадов Т.Г., Амонов Ш.Ш., Прудков М.И., Сангов Д.С.</i> Минимально-инвазивная хирургия эхинококкоза печени	29
<i>Муминов С., Курбонов К.М., Расулов Н.А., Каюмов А.А.</i> Усовершенствование классификации желчного перитонита	33
<i>Мустафокулова Н.И., Ганиева М.П., Ахунова Н.Т., Боронов Дж. Б.</i> Особенности психосоматических проявлений при остром миелобластном лейкозе	37
<i>Мухамадиева С.М., Сабирова Г.А., Пулатова А.П.</i> Физическое развитие и гинекологический статус у девочек и девушек с гельминтными инфекциями при йоддефицитных заболеваниях	42
<i>Назирова Н.К., Мирзоева З.А., Воситзода З.Ф.</i> Эффективное лечение инфекций мочевых путей на уровне ПМСП в практике семейного врача	46

## CONTENTS

THEORY AND PRACTICE OF MEDICINE	
<i>Ahmedov Sh.M., Sirodzhov K.H., Muradov A.M., Holog D.I., Rahimov A.T.</i> Optimized approach to the treatment of limb fractures in patients with orthopedic trauma	5
<i>Ahunova N.T., Holova Z.U., *Niyazov F.I.</i> Antidestructive action of glucocorticoids at early reumatoid arthritis	11
<i>Ashurov Z.Ya., Mirzoeva Z.A., Davlyatova D.D.</i> Study of injuries structure and improvement of preventative activity of family physicians in the City health center №1 c. Dushanbe	15
<i>Bahodurov J.T., Ibodov H.I., Rofiev R.R., Asadov S.K., Nurov M.S.</i> Ultrasound scanning as an effective method of diagnosing of exudative pleurisy in children	18
<i>Bobieva N.H., Gadoev S.H., Subhonova Z.I., Sunatulloev D.S.</i> Positive influence of sorbitol in patients with chronic renal failure	22
<i>Bobohodjaeva M.O., Ahmedov A., Kasymova M.K.</i> Some features of STI/HIV dissemination in the modern social and economic conditions	25
<i>Gulmuradov T.G, Amonov Sh.Sh, Prudkov M.I., Sangov D.S.</i> Minimally invasive surgery of liver echinococcosis	29
<i>Muminov S., Kurbonov K.M., Rasulov N.A., Kayumov A.A.</i> Improvement of classification of bilious peritonitis	33
<i>Mustafokulova N.I., Ganieva M.P., Ahunova N.T., Boronov J.B.</i> Features of psychosomatic manifestations at acute myeloblastic leukemia	37
<i>Muhamadieva S.M., Sabirova G.A., Pulatova A.P.</i> Physical development and gynecological status among girls and women with helminth infections while iodine deficiency diseases	42
<i>Nazirova N.K., Mirzoeva Z.A., Vositzoda Z.F.</i> Effectiv treatment of urinary tract infections in primary care in the practice of family doctor	46

**Рафиков С.Р., Махмадов Ф.И., Курбонов К.М., Рахимов А.Р.**

Диагностика и коррекция функциональных нарушений печени и лёгких у больных с поддиафрагмальным эхинококкозом печени

50

**Рустамов С.Г.**

Врачебно-санитарная служба Таджикской железной дороги: актуальные и нерешенные проблемы

56

**Сироджов К.Х., Исупов Ш.А., Холов Д.И., Боймуродов А.Н.**

Преимущества стержневого остеосинтеза у больных с сочетанными открытыми переломами бедренной кости

60

**Холова З.У., Ахунова Н.Т., Шарипов Х.С.**

Современные аспекты антифосфолипидного синдрома. Влияние экзогенных факторов риска тромбозов на антифосфолипидный синдром.

65

#### СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

**Акбарова М.М., Джураев М.Н., Каримова Н.И.**

Особенности течения лекарственной аллергии

68

#### ФИЛОСОФСКАЯ СТРАНИЧКА В МЕДИЦИНЕ

**Музаффари М., Зокиров Р., Сафаров Н.**

Классическая антропология (опыт построения системной теории)

71

#### ОБЗОР

**Нарзуллаева А.Р., Шохзодаева З.О., Шарипова Ф.**

Эффективность бисопролола в терапии сердечно-сосудистых заболеваний

74

**Rafikov S.R., Mahmudov F.I., Kurbonov K.M., Rahimov A.R.**

Diagnosis and correction of functional disorders of liver and lung in patients with subdiaphragmatic liver echinococcosis

**Rustamov S.G.**

Medical-sanitary service of Tajik Railway: actual and unsolved problems

**Sirodzhov K.H., Isupov Sh.A., Holov D.I., Boymurodov A.N.**

Advantage of rod osteosynthesis in patients with complex open fractures of femoral bone

**Holova Z.U., Ahunova N.T., Sharipov H.S.**

Modern aspects of antiphospholipid syndrome. Influence of exogenous risk factors of thrombosis in the antiphospholipid syndrome.

#### CASE FROM PRACTICE

**Akbarova M.M., Juraev M.N., Karimova N.I.**

Specific features of course of drug allergy

#### PHILOSOPHYCAL PAGE IN MEDICINE

**Muzaffari M., Zokirov R., Safarov N.**

Classical anthropology (experience of construction of system theory)

#### REVIEW

**Narzullaeva A.R., Shohzodaeva Z.O., Sharipova F.**

Review of bisoprolol efficiency in cardiovascular diseases therapy

## ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА МЕДИЦИНЫ

© Коллектив авторов, 2015

УДК 616.718

*Ахмедов Ш.М., Сироджов К.Х., Мурадов А.М., Холов Д.И., Рахимов А.Т.*

### ОПТИМИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПЕРЕЛОМОВ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ СО СКЕЛЕТНОЙ ТРАВМОЙ

Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ

*Ahmedov Sh.M., Sirodzhov K.H., Muradov A.M., Holov D.I., Rahimov A.T.*

### OPTIMIZED APPROACH TO THE TREATMENT OF LIMB FRACTURES IN PATIENTS WITH ORTHOPEDIC TRAUMA

Department of Traumatology and Orthopedics of the State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan"

**Цель исследования.** Оптимизация диагностики и хирургического лечения переломов конечностей у больных с политравмой.

**Материал и методы.** Работа основана на анализе результатов диагностики и лечения 183 больных за период 2001-20013 гг., которых разделили на 2 группы. В основной группе остеосинтез переломов конечности оптимизирован с учетом показателей липидного спектра плазмы крови, в контрольной группе лечение переломов проведено традиционно. В программу обследования больных входили: клинический осмотр, лучевая диагностика, клинические лабораторные анализы, изучение концентрации общих липидов, каталазы, производился расчет индекса атерогенности, концентрации холестерина, липопротеидов низкой плотности, липопротеидов очень низкой плотности, определилась степень жировой глобулемии.

**Результаты.** Важным критерием исхода лечения больных с политравмой является удельный вес осложнений в остром периоде травматической болезни. Органные дисфункции отмечены у 3,0 и 4,9% больных соответственно по группам, которые в 0,9% и 2,4% случаях стали причиной летальных исходов. Венозная недостаточность конечности отмечена у 2,0% и 3,7% больных, компартмен-синдром – в 0,9% и 2,4% случаях, синдром жировой эмболии наблюдался у 1,2% больных контрольной группы.

Количество осложнений снижено на 9,9% (15,7% и 25,6% по группам), неудовлетворительных результатов лечения – на 10,9% (5% и 15,9%).

**Заключение.** Положительный эффект результатов лечения больных основной группы обусловлен оптимизированным подходом к лечению переломов конечностей с учетом липидного спектра и использования щадящих способов остеосинтеза. Модифицированная изоволемическая гемодиллюция позволяет вывести больного из состояния шока, улучшает кислородтранспортную функцию крови, минимизирует объем кровопотери, степень эндогенной интоксикации, риск развития синдрома жировой эмболии и других витальных нарушений.

**Ключевые слова:** оптимизация, травма, шок, повреждения, осложнения, исход, остеосинтез

**Aim.** Optimization of diagnostics and surgical treatment of fractures in patients with multiple injuries.

**Materials and methods.** The work is based on analyzing results of diagnosis and treatment of 183 patients in the period 2001-2013, which were divided into 2 groups. In the main group osteosynthesis of fractures optimized with the lipid spectrum of blood plasma, in the control group treatment of fractures is traditionally held. The examination program of patients included: clinical examination, beam diagnostics, clinical laboratory tests, the study of the concentration of total lipids, catalase, atherogenic index calculation, the concentration of cholesterol, low density lipoprotein, very low density lipoproteins, determine the extent of fat globulemya.

**Results.** An important criterion of the outcome of treatment of patients with multiple injuries is the number of complications during the acute period of traumatic disease. Organ dysfunction were observed in 3,0 and 4,9% patients respectively in groups, which in 0,9% and 2,4% of cases have led to deaths. Venous insufficiency of limb was observed in 2,0% and 3,7% of patients, kompartmen syndrome – 0,9% and 2,4% of cases, fat embolism syndrome was observed in 1,2% of patients in the control group.

**Conclusion.** The positive effect of the results of treatment of patients of the main group due to an optimized approach to the treatment of fractures with the use of of lipid spectrum and sparing ways of osteosynthesis. Modified isovolemic hemodilution allows to withdraw patient from a state of shock, improves blood oxygen transport minimizes amount of blood loss, the degree of endogenous intoxication, the risk of fat embolism syndrome and other vital violations.

**Key words:** optimization, trauma, shock, damage, complicating disease, outcome, osteosynthesis

### Актуальность

Для современного травматизма свойственен высокий процент летальности, осложнений и инвалидности в отдаленном периоде [1, 4]. Характерной особенностью травматизма является присутствие высокоэнергетического воздействия травмирующего агента [7], о чём свидетельствует высокий удельный вес множественных и сочетанных повреждений у больных, которые составляют 17,5-28% от общего числа повреждений [3-4].

Множественные переломы наблюдаются у 71,6% больных с политравмой, из них 2/3 составляют лица мужского пола наиболее трудоспособного возраста (20-50 лет), что становится не только медицинской, но и социально важной проблемой [3]. Об этом свидетельствует высокий удельный вес инвалидности. По данным ряда авторов, указанное осложнение составляет 33%, что в 3,1 раза больше, чем при изолированных переломах [3, 7].

Повреждения костей опорно-двигательного аппарата (ОДА) при политравме составляют 10,1-49,8 % [6, 7]. Указанные повреждения, по данным других авторов, составляют 49,8-83,5 %, из них 36,4-40 % случаев повреждений конечности носят доминирующий характер [3]. Переломы костей нижних конечностей встречаются в 2 раза чаще, чем верхних.

Травма кости не только ограничивается нарушением метаболизма в месте перелома, в патологический процесс вовлекаются и внутренние органы. Посттравматическая активация симпато-адреналовой и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой систем приводит к ускоренному липолизу в жировой ткани. Его стимулируют, активируя тканевую липазу, высокие концентрации в плазме крови адренокортикотропного гормона, соматотропного гормона, катехоламинов, глюкагона, тироксина, глюкокортикоидов, торможение секреции инсулина [2].

О трудностях лечения переломов свидетельствует высокий процент неудовлетворительных результатов и осложнений [5, 6, 7]. Поэтому улучшение результатов лечения переломов конечностей у больных со скелетной травмой является актуальной задачей здравоохранения.

### Материал и методы исследования

Работа основана на анализе лечения и наблюдения 183 больных со скелетной травмой за период 2001-20013 гг. Из них мужчин было 136 (74,3%), женщин – 47 (25,7%). Преобладали лица мужского пола наиболее трудоспособного возраста, что свидетельствует о социальной и экономической значимости обсуждаемой проблемы.

Больных распределили на 2 группы: основную и контрольную. В основной группе – 101 (55,2%) больной, у которых остеосинтез переломов конечности оптимизирован с учетом показателей липидного спектра плазмы крови (липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), холестерин, жировые глобулы).

В контрольную группу были включены 82 (44,8%) больных, у которых лечение переломов проведено традиционно.

Удельный вес больных, поступивших в стационар в оптимальные сроки (до одного часа с момента травмы), составил 72,1%. По механизму травмы в сравниваемых группах преобладали дорожно-транспортные травмы (соответственно 60,4% и 54,9%), кататравма (соответственно 25,7% и 23,2%) и уличные (13,9% и 21,9%).

Тяжесть травмы и состояние больных, степень шока и другие витальные нарушения оценены с помощью существующих объективных критериев оценок. Для оценки тяжести травм было использована шкала AIS (Abbreviated Injury Scale – сокращённая оценка травмы, 1971 г.), тяжести состояния оценили по Е.К. Гуманенко (1992) и тяжести черепно-мозговой травмы (ЧМТ) - по шкале комы Глазго (1974).

В программу обследования больных, кроме клинического осмотра, входила лучевая диагностика, клинические лабораторные анализы, среди которых изучение концентрации общих липидов по реакции с сульфифосфованилиновым реактивом, каталазы – по реакции с молибдатом аммония (Бурлакова Е.Б. и др., 1982). Расчет индекса атерогенности проводили по формуле (Климов А.Н., Никулина Н.Г., 1984):

### **Общий холестерин - холестерин ЛПВП**

#### **Холестерин ЛПВП**

Концентрацию холестерина липопротеидов низкой плотности рассчитывали по формуле Фридвальда:

$$\text{ХсЛПНП} = \text{ОХс} - (\text{ТГ}/2,2 + \text{ХсЛПВП})$$

Холестерин липопротеидов очень низкой плотности по формуле:

$$\text{ХсЛПНП} = \text{ТГ}/2,2$$

Содержание холестерина, холестерина липопротеидов высокой плотности, липопротеидов низкой плотности, триглицеридов сыворотки определяли на биохимическом анализаторе HUMA-LYZER 2000. Степень жировой глобулемии определяли методом Корнилова (2000).

Отдаленные результаты лечения поврежденных опорно-двигательного аппарата оценены по системе Маттис (2008), повреждения таза – по специализированной шкале Majeed S.A. (1989).

Статистическая обработка материала проводилась с использованием программного обеспечения Microsoft Excel 2003 в пакете Microsoft Office 2003 (Microsoft). Достоверность полученных результатов оценивали для  $p < 0,05$ . Средние величины представлены в виде  $M \pm m$ , различия между средними значениями считались достоверными при значении  $p < 0,05$ .

#### **Результаты и их обсуждение**

В исследуемых группах множественные переломы соответственно выявлены у 34,6% и 32,9% больных, сочетанные повреждения – у 65,3% и 67,1%. Из числа сочетанных травм переломы опорно-двигательного аппарата доминировали соответственно в 39 (38,6%) и 31 (37,8%) случаях, другие компоненты политравмы – у 27 (26,7%) и 24 (29,3%).

Тяжелое состояние больных при поступлении с множественными и сочетанными травмами обусловлено локализацией, характером и масштабом травмы, а также доминированием поврежденного органа. Тяжесть травматического шока при повреждениях конечностей зависела от локализации, характера и величина кровопотери (табл. 1).

Таблица 1

#### *Характер и локализация переломов конечности*

<i>Характер переломов</i>	<i>Локализация переломов</i>							
	<i>бедро</i>		<i>голень</i>		<i>плечо</i>		<i>предплечье</i>	
	<i>основ.</i>	<i>контр.</i>	<i>основ.</i>	<i>контр.</i>	<i>основ.</i>	<i>контр.</i>	<i>основ.</i>	<i>контр.</i>
Закрытый	15	11	19	14	13	9	11	8
Открытый	9	8	11	12	6	7	5	4
Закрытый и открытый	4	2	5	3	–	–	3	3
Всего								

Из таблицы 1 следует, что удельный вес переломов бедренной кости в сравниваемых группах соответственно составляет 27,7% и 25,6%, костей голени – 34,6% и 35,4%. Из общего количества больных открытые переломы длинных костей в основной группе выявлены у 37 (20,2%), в контрольной – у 34 (18,6%) больных.

У пациентов основной группы травматический шок I степени установлен у 17 (16,8%), II степени – у 53 (52,5%), III степени – у 31 (30,7%). В контрольной группе тяжесть повреждений I степени была у 25 (30,5%), II степени – у 42 (51,2%), III степени – у 15 (28%). Тяжесть состояния больных основной группы по шкале «ВПХ-СП» определялась, как средняя (14-21

баллов, вероятность развития осложнений до 25%), в 27,8% наблюдений, тяжелая (22-32 баллов, вероятность летального исхода до 30%, осложнений – 50%) – в 46,5% и крайне тяжелая (33-46 баллов, вероятность летального исхода до 85%, осложнений – 90%) – в 25,7% случаях. В контрольной группе эти показатели соответственно составляли 25,6% – 52,4% – 22%.

Липидный спектр плазмы венозной крови изучен у 43 больных основной группы.

Для исследования брали венозную кровь из кубитальной вены на 1-е сутки, 3-5-е дни стационарного лечения и 7-10-е сутки послеоперационного периода. Критерием для исследования липидного спектра явились тяжесть травм и состояние больного, локализация и характер перелома крупных сегментов, объем кровопотери и других витальных нарушений. Показатели липидного спектра представлены в таблице 2.

Таблица 2

*Показатели липидного спектра плазмы венозной крови больных основной группы (n=43) (M±m)*

Показатели	Норма	В динамике наблюдения		
		1-е сутки	3-5-е сутки	7-10-е сутки
Общие липиды, г/л	4-6 5,0±1	3,4±0,08	3,57±0,07	5,16±0,14
Холестерин, ммоль/л	3,2-5,6 4,4±1,2	4,72±0,4	4,65±0,13	4,13±0,08
Триглицериды, ммоль/л	0,55-1,87 1,21±0,66	1,38±0,03	1,4±0,05	1,42±0,03
ЛПНП, ммоль/л	1,71-3,5 2,6±0,9	2,79±0,07	2,81±0,03	2,53±0,07
ЛПВП, ммоль/л	1,03-1,55 1,29±0,26	1,3±0,02	1,2±0,04	1,13±0,02
Коэффициент атерогенности	2,4±0,73	2,63±0,04	2,87±0,07	2,81±0,06
Жировые глобулы D>6мкм в п/зрения	–	+ 5,1±0,21	++ 6,4±0,42	+ 2,81±0,13

Из таблицы 2 следует, что удельный вес общих липидов в первые сутки снижен на 28% по отношению к норме, на 7-10-е сутки увеличивается на 12,3% по отношению к норме и на 57,1% – от предыдущих дней. Концентрация триглицеридов в первые часы с момента травмы, наоборот, повышается на 13,9%, на 3-5-е сутки – на 15,8%, на 7-10-е сутки после остеосинтеза – на 17,1%, по сравнению с нормой. Если липоротейды низкой плотности на первые сутки повышаются на 7,3%, по сравнению с нормой, то на 7-10-е сутки уменьшаются на 10% от нормы. У больных в первые сутки в плазме венозной крови обнаруживаются жировые глобулы размерами > 6 мкм в количестве до 5 в поле зрения, на 3-5-е сутки эти показатели увеличиваются на 25,5%, по сравнению с первым днем, а на 7-10-е сутки после остеосинтеза уменьшаются на 44,9%.

Выбору тактики лечения повреждения органов и систем предшествовало проведение соответствующей инфузионной терапии, направленной на восполнение объема циркули-

рующей крови и стабилизацию гемодинамических показателей, обезболивание области переломов и иммобилизация поврежденных сегментов.

При выборе тактики хирургического лечения компонентов сочетанной травмы мы руководствовались принципами ортопедического damage control (Pape H.Ch., 2002), которые заключаются в последовательности оперативных вмешательств с учетом доминирующего повреждения.

Состав инфузионной терапии у больных основной группы модифицирован с учетом тяжести травм, состояния больного и его липидного спектра плазмы венозной крови, лечение направлено, прежде всего, на профилактику жизнеугрожающих осложнений острого периода. В состав инфузионной терапии входили: гидроксиэтилкрахмал (ГЭК) 6% 400,0 мл, реамберин 1,5% – 400,0 мл, тивортин 4,2% – 100,0 мл, липофундин 10% – 500,0 мл, рингер 400,0 мл, глюкоза 5% 400,0 мл + инсулин 6 тыс. ЕД. Модифицированная изоволемическая гемо-

диллюция была использована в стадии шока, в пред- и послеоперационном периодах.

Больным основной группы в первые сутки с целью транспортировки и иммобилизации поврежденного сегмента конечности произведен остеосинтез аппаратами внешней фиксации в 63 (62,4%) случаях. Из них у 13 (12,9%) остеосинтез выполнен исключительно с целью мобилизации больного и качественного лечения жизнеугрожающих повреждений органов. У 29 (28,7%) больных остеосинтез проведен, как противошоковое мероприятие, без предварительной репозиции области переломов.

При доминирующих повреждениях органов брюшной полости в 7 (6,9%) случаях в экстренном порядке произведена органосохраняющая лапаротомия. В 3 (3%) случаях сочетанной травмы груди и разрыва лёгкого произведено дренирование плевральной полости в случаях гемо-пневмоторакса. У 5 (4,9%) больных с нестабильными переломами костей таза в первые сутки потребовалось наложение аппарата внешней фиксации. Пострадавшим с множественными травмами конечностей и сочетанием с переломами костей таза требовалось наложение двух и более стержневых аппаратов.

Для коррекции оставшихся деформаций после выхода больных из критического состояния и стабилизации жизненных органов производилась коррекция, закрытая репозиция отломков и перемонтаж стержневого аппарата в 13 (12,9%) случаях у больных с переломами костей голени. Открытая репозиция перелома костей голени и наkostный остеосинтез после первичного заживления ран произведены в 10 (9,9%) случаях, интрамедуллярный блокирующий остеосинтез – у 12 (11,9%) больных. Остеосинтез крупных сегментов конечности осуществлен при нормализации липидного спектра крови на 7-10-е сутки. Интрамедуллярный остеосинтез бедра произведен у 17 (16,8%) больных, наkostный остеосинтез пластиной – у 6 (5,9%) и перемонтаж стержневого аппарата – в 5 (4,9%) случаях. При переломе плечевой кости в отсроченном порядке остеосинтез пластиной выполнен у 10 (9,9%) больных, аппаратами внешней фиксации – у 5 (4,9%), консервативное лечение в гипсе проведено в 4 (4%) случаях.

Тактика лечения переломов конечностей в контрольной группе в основном заключалась в применении методов консервативного лечения. В первые трое суток с момента получения травмы первичная хирургическая обработка раны при открытых переломах и внеочаговый остеосинтез стержневым аппа-

ратом были проведены в 6 (7,3%) случаях, компрессионно-дистракционный остеосинтез аппаратами Илизарова – у 3 (3,7%), спицами – у 5 (6,1%), первичная хирургическая обработка ран мягких тканей – у 7 (8,5%) больных. В плановом порядке наkostный остеосинтез пластинами произведен в 15 (18,3%) случаях, интрамедуллярный остеосинтез – в 7 (8,5%), компрессионно-дистракционный остеосинтез аппаратами Илизарова – в 4 (4,9%), лечение скелетным вытяжением проведено у 19 (23,2%) больных.

Одним из критериев исхода лечения больных с политравмой является удельный вес осложнений, наблюдаемых в остром периоде травматической болезни. Органные дисфункции в первые сутки отмечены у 3,0% и 4,9% больных соответственно по группам, которые в 0,9% и 2,4% случаях стали причиной летальных исходов. Венозная недостаточность конечности развилась соответственно у 2,0% и 3,7% больных, компартмен-синдром – в 0,9% и 2,4% случаях. Функциональная задержка мочи отмечена соответственно у 4 (3,9%) и 4 (4,9%) больных, нагноение послеоперационных ран – в 3,0% и 6,1% случаях, гипостатическая пневмония развилась в 2,0% и 1,2%. Синдром жировой эмболии отмечен у 1,2% больных контрольной группы.

В отдаленном периоде достигнуты следующие результаты лечения: хорошие результаты соответственно по группам у 45 (44,5%) и 32 (39%), удовлетворительные – у 51 (50,5%) и 37 (45,1%), неудовлетворительные – у 5 (5%) и 13 (15,9%) больных.

#### **Заключение**

Изучение липидного спектра плазмы венозной крови способствует оптимизации сроков и способов остеосинтеза переломов конечностей у больных с сочетанной травмой, проведению адекватной профилактики жизнеопасных осложнений острого периода. Модифицированная изоволемическая гемодилюция позволяет быстро вывести больного из состояния шока, улучшить кислородтранспортную функцию крови, минимизировать объем кровопотери, степень эндогенной интоксикации, риск развития синдрома жировой эмболии и других витальных нарушений.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов*

#### **ЛИТЕРАТУРА (п. 5-7 см. в REFERENCES)**

1. Блаженко А.Н., Дубров В.Э., Афаунов А.А. и др. Тактика лечения пострадавших с открытыми и закрытыми множественными переломами длинных костей

нижних конечностей // Кубанский научный медицинский вестник. 2010. № 7. С. 21-27.

2. Мороз В.В., Молчанова Л.В., Щербаклова Л.Н. и др. Показатели липидного обмена у больных в критических состояниях // Анестезиология и реаниматология. 2002. №6. С.4-6.

3. Тюляев Н.В., Воронцова Т.Н. Актуальность внеочаговой фиксации переломов у пострадавших в чрезвычайных ситуациях // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2011. № 3. С. 27-29.

4. Яндиев С.И. Закрытый интрамедуллярный остеосинтез диафизарных переломов бедренной кости у детей с политравмой // Медицина катастроф. 2010. № 4. С. 25-29.

#### REFERENCES

1. Blazhenko A. N., Dubrov V. E., Afaunov A. A. Taktika lecheniya postradavshikh s otkrytymi i zakrytymi mnozhestvennymi perelomami dlinnykh kostey nizhnikh konechnostey [The tactics of treatment of patients with multiple open and closed fractures of the long bones of the lower extremities]. *Kubanian scientific medical Journal*, 2010, No. 7, pp. 21-27.

2. Moroz V. V., Molchanova L. V., Shcherbakova L. N. Pokazateli lipidnogo obmena u bolnykh v kriticheskikh sostoyaniyakh [Parameters of lipid metabolism in critically ill patients]. *Anesteziologiya i reanimatologiya – Anesthesiology and Intensive Care*, 2002, No. 6, pp.4-6.

3. Tyulyaev N. V., Vorontsova T. N. Aktualnost vneochagovoy fiksatsii perelomov u postradavshikh v chrezvychaynykh situatsiyakh [The urgency of extrafocal fixation of fractures in affected in an emergency]. *Mediko-biologicheskie i sotsialno-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychaynykh situatsiyakh – Medico-biological and socio-psychological problems of safe in emergencies*, 2011, No. 3, pp. 27-29.

4. Yandiev S. I. Zakrytyy intramedullyarnyy osteosintez diafizarnykh perelomov bedrennoy kosti u detey s politravmoy [Closed intramedullary osteosynthesis of diaphyseal fractures of the femur in children with polytrauma]. *Meditsina katastrof – Disaster Medicine*, 2010, No. 4, pp. 25-29.

5. Lier H., Krep H., Schochl H. Coagulation management in the treatment of multiple trauma. *Anaesthesist*, 2009, Vol. 58 (10), pp. 1010-1026.

6. Lovald S., Mercer D., Hanson J. et al. Hardware removal after fracture fixation procedures in the femur. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 2012, Vol. 72, No. 1, pp. 282-287.

7. Pape H. C. Effects of changing strategies of fracture fixation on immunologic changes and systemic complications after multiple trauma: damage control orthopedic surgery. *Journal of Orthopaedic Research*, 2008, Vol. 26, No. 11, pp. 1478-1484.

#### Сведения об авторах:

**Ахмедов Шавкат Мирзоевич** – аспирант кафедры травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ

**Сироджов Кутбуди Хасанович** – зав. кафедрой травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

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

**Холов Далер Имомиддинович** – ассистент кафедры травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ

**Рахимов Аскар** – соискатель кафедры травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ

#### Контактная информация:

**Сироджов Кутбуди Хасанович** – 734026, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. И. Сомони, 59; тел. +992935290963; e-mail: sirodzhovk93529s@mail.ru

© Коллектив авторов, 2015

УДК 616. 72-002. 77-615.361.45 - 06

*Ахунова Н.Т., Холова З.У., \*Ниязов Ф.И.*

## АНТИДЕСТРУКТИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ РАННЕМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Кафедра терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ

\*Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

*Ahunova N.T., Holova Z.U., \*Niyazov F.I.*

## ANTIDESTRUCTIVE ACTION OF GLUCOCORTICOIDS AT EARLY RHEUMATOID ARTHRITIS

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

\*Department of Internal Disease № 3 of the Tajik Medical State University named after Abuali-ibn-Sino

**Цель исследования.** Изучение антидеструктивного действия глюкокортикостероидов (ГКС) на фоне базисной терапии раннего ревматоидного артрита (РРА) метотрексатом (МТ).

**Материал и методы.** Представлены результаты лечения 42 больных (все женщины) в возрасте от 32 до 58 лет (в среднем 45 лет). Длительность заболевания от 0,5 до 2 лет с достоверным РА (критерии АРА, 1987), наблюдавшихся в течение года. Критерии исключения: наличие язвенной болезни желудка или 12-перстной кишки; больные с IV рентгенологической стадией заболевания. Все пациенты были разделены на две группы: 1 - 22 человека, получавших МТ в дозе 10 мг в неделю и ГКС в дозе 7,5 мг/сутки; 2 - 20 больных, принимавших только МТ. Прием нестероидных противовоспалительных препаратов разрешался в обеих группах. Для оценки терапевтического эффекта использовались клинические, лабораторные и рентгенологические показатели.

**Результаты.** В 1-й группе у 8 из 22 больных отмечено снижение индекса Ларсена в основном за счет уменьшения или исчезновения кистовидных просветлений и явлений околоуставного остеопороза. Во второй группе снижение этого показателя наблюдалось только у трёх больных. Уменьшение индекса Ларсена не коррелировало с ожидаемым уменьшением эрозий, нарастание эрозий в обеих группах практически не отличалось (2,0 и 2,4 соответственно).

**Заключение.** У больных с РРА приём глюкокортикостероидов в сочетании с метотрексатом способствует снижению костно-хрящевой деструкции, оцененной по индексу Ларсена.

**Ключевые слова:** ранний ревматоидный артрит, глюкокортикостероиды, метотрексат

**Aim.** Study of antidestructive actions of glucocorticosteroids on the background of the basic treatment of early rheumatoid arthritis by methotrexate.

**Materials and methods.** Present results of treatment of 42 patients (all women) in the age of 32 to 58 years (mean 45 years). Duration of disease from 0,5 to 2 years with a valid RA (ARA criteria, 1987), observed during the year. Exclusion criteria were the presence of stomach ulcer or 12-duodenal ulcer. Patients with IV stage of radiographic disease. All patients were divided into two groups: 1 – 22 persons receiving methotrexate 10 mg per week and glucocorticosteroids 7,5 mg / day; 2 – 20 patients treated only by methotrexate. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs were allowed in both groups. To assess the therapeutic effect was used clinical, laboratory and radiographic performances.

**Results.** In the 1st group in 8 of 22 patients decline was registered of the index of Larsen. Mainly due to the decrease or disappearance of cystoid enlightenment and of phenomena of periarticular osteoporosis. In the second group decrease of this indicator was observed only in three patients. Reduction of the index of Larsen did not correlate with the expected decrease in erosion, growth of erosions in the two groups was almost the same (2.0 and 2.4 respectively).

**Conclusion.** In patients with early rheumatoid arthritis reception of corticosteroids in combination with methotrexate helps to reduce osteochondral destruction, estimated by the index of Larsen.

**Key words:** early rheumatoid arthritis, corticosteroids, methotrexate

### **Актуальность**

Как всякий аутоиммунный самоподдерживающийся процесс, ревматоидный артрит (РА) является хроническим прогрессирующим заболеванием, характеризующимся постепенно нарастающей деструкцией мягких тканей, хряща и костей. Определенный вклад в эту деструкцию могут вносить упоминавшиеся ранее медиаторы иммунного и воспалительного процессов – цитокины (особенно ФНО и ИЛ-1), простагландины, протеолитические ферменты и др. Однако, основная деструкция всех компонентов ревматоидного сустава вызывается паннусом – активно пролиферирующими синовиальными клетками фибробластического типа, образующими в своей совокупности агрессивную грануляционную ткань, способную в процессе своего роста разрушать структуры, входящие в состав сустава [1].

Известно, что из современных противовоспалительных средств самыми эффективными являются глюкокортикостероиды (ГКС). Их уникальные противовоспалительные иммунодепрессивные свойства в течение нескольких десятилетий с успехом используются в лечении ревматоидного артрита, патогенез которого предполагает сложный каскад воспалительных и иммунологических реакций, развивающихся на генетически изменённом фоне. В последние годы получены данные об антидеструктивном действии ГКС в плане замедления прогрессирования костно-хрящевых деструкций, что диктует необходимость применения их уже на ранних стадиях РА [2, 8].

Метотрексат (МТ) в настоящее время является наиболее распространенным базисным препаратом (БП), используемым для лечения РА. Высокая эффективность и хорошая переносимость этого препарата отмечается многими авторами [3, 6].

Важной особенностью МТ является быстрое начало действия – лечебный эффект развивается в первые 4-8 недель приёма, однако полная ремиссия достигается редко, а отмена препарата приводит к обострению заболевания через 2-3 недели [4, 7].

МТ отличается хорошей переносимостью. Несмотря на то, что побочные эффекты развиваются примерно у половины больных, получающих МТ в низких дозах, в целом, этот препарат переносится лучше, чем другие БП [5, 9].

### **Материал и методы исследования**

Представлены результаты исследования 42 больных (все женщины) с достоверным диагнозом РРА (критерии АСР, 1987), завершивших годичное наблюдение. Возраст – от 32 до 58 лет (в среднем 45 лет). Критериями включения больных были: достоверность диагноза РРА, активность воспаления II ст. и выше, возраст к моменту начала терапии от 32 до 58 лет.

Критерия исключения: больные с язвенным анамнезом, с НПВП-гастропатией и больные с рентгенологической стадией IV.

Длительность заболевания составляла в среднем 2 года (от 0,5 до 2 лет). У 16 больных была I стадия болезни, у 18 – II, у 8 – III.

Больных разделили на 2 группы: 1 группу составили пациентки, получающие МТ и ГКС в дозе до 7,5 мг/сутки, во 2 группу были включены больные, принимающие только МТ. Использование нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) разрешалось в обеих группах. Другие базисные антиревматоидные средства не применялись.

Для оценки терапевтического эффекта в качестве критериев использовались клинические, лабораторные и рентгенологические показатели, определяемые через 3 месяца и к 12-му месяцу наблюдения. Клиническими показателями эффективности служили: интенсивность боли в баллах от 0 до 3, длительность и интенсивность утренней скованности (в минутах и баллах от 0 до 3), число воспаленных и болезненных суставов, суставной индекс Ричи, окружность проксимальных межфаланговых суставов, количество внутрисуставных инъекций за время наблюдения.

Оценка рентгенологических данных проводилась по стандартным рентгенограммам кистей и стоп с последующей оценкой разрушения костнохрящевой структуры суставов методом Ларсена, производился также подсчет количества эрозий в межфаланговых суставах стоп, проксимальных межфаланговых суставах и пястно-фаланговых суставах кистей.

В качестве статистических критериев использовали парный критерий Стьюдента.

### **Результаты и их обсуждение**

В 1 группе у 8 из 22 больных наблюдалось значительное уменьшение или исчезновение кистевидных просветлений и явлений около-суставного остеопороза. Это были женщины

в возрасте от 26 до 50 лет (в среднем 41 год) с длительностью заболевания более 3-х лет (в среднем 7,5 лет) и временем приёма ГКС не более года. Все больные имели 2 степень активности и II-III стадии заболевания. Только у двух больных за время наблюдения возникла необходимость внутрисуставного введения ГКС.

В контрольной группе аналогичное улучшение индекса Ларсена произошло лишь у 1 больной (больная 63 лет, с 7-месячным анамнезом РА, II стадией и 2 степенью активности, с маловыраженным суставным синдромом и своевременным началом базисной терапии МТ).

Только у двух больных 1 группы увеличился индекс Ларсена более чем на 5 пунктов, по сравнению с семью больными из контрольной группы. Обе пациентки 1 группы с прогрессированием костно-хрящевой деструкции (58 и 60 лет, при небольшой длительности заболевания – 1,3 года) имели II стадию, высокую лабораторную и иммунологическую активность РА, системные проявления. Кроме того, базисная терапия МТ в сочетании с ГКС была назначена только за 1-2 месяца до начала наблюдения и в связи с плохой переносимостью МТ составляла 5-7,5 мг в неделю. За 12 месяцев этим больным сделано в среднем по 3 инъекции ГКС в разные суставы.

Таблица 1

*Динамика показателей суставного синдрома и активности РА в зависимости от длительности лечения у больных 1 и 2 групп*

Показатели	Длительность лечения			
	3 месяца		12 месяцев	
	метотрексат + преднизолон n=22	метотрексат n=20	метотрексат+ преднизолон n=22	метотрексат n=20
<b>Боль (баллы)</b>	-0,8 (-0,6; -1,0)	-0,4 (-0,2; -0,6)	-1,2 (-0,8; -1,6)	-1,3 (-1,0; -1,6)
<b>Утренняя скованность (баллы)</b>	-0,4 (-0,1; -0,7)	-0,6 (-0,3; -0,9)	-1,0 (-0,6; -1,4)	-2,1 (-1,4; -2,8)
<b>Утренняя скованность (мин)</b>	-36,0 (-7,18; -64,2)	-30,0 (-14,8; -46,2)	-90,0 (-64,9; -115,1)	-130,0 (-30,8; -229,2)
<b>ЧВС</b>	-1,2 (-0,4; -2,0)	-1,2 (-0,6; -1,8)	-2,2(-0,2; -4,2)	-2,2(-1,2; -3,2)
<b>Сила сжатия (мм рт.ст.)</b>	47,0 (28,0; 68,0)	15,3 (-3,3; 33,9)*	48,0 (5,0; 91,0)	66,0 (23,0; 89,0)
<b>Окружность проксимальных м/ф суставов (мм)</b>	-1,5 (-8,9; 3,5)	-4,8 (-3,5; -6,1)	-8,5 (-1,5; -15,5)	-4,8 (-1,6; -8,0)
<b>Суставной индекс</b>	-2,5 (-1,9; -3,1)	-2,9 (-1,4; -4,4)	-11,5 (-7,4; -15,6)	-9,0 (-6,7; -11,3)
<b>СОЭ (мм/ч)</b>	-12,0 (-2,0; -22,0)	-0,6 (2,4; -3,6)*	-18,0 (-8,5; -27,5)	-13,3 (-6,8; -3,6)
<b>Фибриноген (г/л)</b>	-0,1 (0,3; -0,5)	-0,2 (0,1; -0,5)*	-1,2 (0,9; - 3,3)*	-1,2 (0,1; -2,5)*
<b>α2-глобулин (%)</b>	-2,2 (-1,6; -2,8)	0,1 (1,0; -0,8)*	-4,8 (-0,7; -9,9)	-2,3 (-1,2; -3,4)

*Примечание:* \* – наличие в диапазоне доверительного интервала значения свидетельствует об отсутствии достоверной динамики

Упомянутая выше положительная динамика индекса Ларсена не сопровождалась уменьшением эрозий. Интересно, что в контрольной группе со стабильным значением счёта деструкции отмечалось снижение количества эрозий в среднем на 0,25. Нарастание же эрозий в целом в двух группах практически не отличалось (2,0-2,4 соответственно).

### Выводы

1. В большинстве случаев отмечали строгий параллелизм в течении заболеваний пародонта и патологии внутренних органов и систем. При ухудшении течения основного соматического заболевания усугубляется патологический процесс в пародонте и, наоборот, ремиссия соматической патологии

оказывает на него положительное влияние.

2. Ведущими признаками хронического генерализованного пародонтита у соматических больных являлись: значительная отечность, рыхлость мягких тканей пародонтальных структур, наибольшая выраженность патологических зубодесневых карманов с выраженными грануляциями, гнойным отделяемым в области функционально-ориентированных групп зубов.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов*

#### ЛИТЕРАТУРА (пп. 7-9 см. в REFERENCES)

1. Гусев Д.Е., Сигидин Я.А. // Клиническая ревматология. 1996. №1. С.29.
2. Насонова В.А., Насонов Е.Л. Ревматоидный артрит, современная концепция патогенетической терапии // *Materia Medica*. 1995. № 1 (5). С.5-17.
3. Насонова В.А., Сигидин Я.А. Базисная терапия ревматоидного артрита в ранней стадии // *Тер. архив*. 1996. №5. С. 5-8.
4. Сигидин Я.А., Жуковская Г.Н. Новый принцип лечения ревматоидного артрита – комбинированная базисная терапия // *Клиническая медицина*. 1990. №1. С. 119-124.
5. Балабанова Р.М., Иванова М.М., Каратеев Д.Е. Ревматоидный артрит на рубеже веков: в кн. Избранные лекции по клинической ревматологии /под ред. В.А. Насонова, Н.В. Бунчука. М.: Медицина, 2001. С. 61-67.
6. Насонов Е.Л., Каратеев Д.Е., Чичасова Н.В., Чемерис Н.А. Современные стандарты фармакотерапии ревматоидного артрита. // *Клиническая фармакотерапия*. 2005. №1. С. 72-75.

#### REFERENCES

1. Gusev D. E., Sigidin Ya. A. *Klinicheskaya revmatologiya – Clinical rheumatology*, 1996, No. 1, pp. 29.
2. Nasonova V. A., Nasonov E. L. *Revmatoidnyy artrit, sovremennaya kontseptsiya patogeneticheskoy terapii [Rheumatoid arthritis, the modern concept of pathogenetic therapy]*. *Materia Medica*, 1995, No. 1 (5), pp. 5-17.
3. Nasonova V. A., Sigidin Ya. A. *Bazisnaya terapiya*

revmatoidnogo artrita v ranney stadii [Basic therapy for rheumatoid arthritis at an early stage]. *Terapevticheskiy Arkhiv – Therapeutic Archives*, 1996, No. 5, pp. 5-8.

4. Sigidin Ya. A., Zhukovskaya G. N. *Novyy printsip lecheniya revmatoidnogo artrita – kombinirovannaya bazisnaya terapiya [The new principle of treatment of rheumatoid arthritis – combined basic therapy]*. *Klinicheskaya meditsina – Clinical medicine*, 1990, No. 1, pp. 119-124.

5. Balabanova R. M., Ivanova M. M., Karateev D. E. *Revmatoidnyy artrit na rubezhe vekov: v kn. Izbrannye lektsii po klinicheskoy revmatologii. Pod red. V.A. Nasonova, N.V. Bunchuka (Rheumatoid arthritis at the turn of the centuries. In the book: Selected lectures in clinical rheumatology. Ed. V. A. Nasonov, N. V. Bunchuk)*. Moscow, Meditsina Publ., 2001. 61-67 p.

6. Nasonov E. L., Karateev D. E., Chichasova N. V., Chemeris N. A. *Sovremennye standarty farmakoterapii revmatoidnogo artrita [Modern standards of pharmacotherapy of rheumatoid arthritis]*. *Klinicheskaya farmakoterapiya – Clinical pharmacotherapy*, 2005, No. 1, pp. 72-75.

7. Anderson P., West S., Deli J., et al. *Weekly pulse methotrexate in rheumatoid arthritis. Clinical and immunologic effects in a randomized double-blind study. Annals of Internal Medicine*, 1985, Vol. 103, pp. 189-190.

8. Chang D., Weinblatter M., Schur P. *The effect of methotrexate on interleukin-1 in patients with rheumatoid arthritis. Journal of Rheumatology*, 1992, Vol. 19, pp. 1678-1682.

9. Dougados M., Combe B., Cantagrel A. et al. *Combination therapy in early rheumatoid arthritis: a randomised, controlled, double-blind 52 week clinical trial of sulphasalazine and methotrexate compared with single components. Annals of the Rheumatic Diseases*, 1999, Vol. 58, pp. 220-225.

#### **Сведения об авторах:**

**Ахунова Насиба Тахировна** – и.о. зав. кафедрой терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н., доцент

**Холова Зулхумор Уктамовна** – ассистент кафедры терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

**Ниязов Фаршад Истамович** – доцент кафедры внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н.

#### **Контактная информация:**

**Ахунова Насиба Тахировна** – тел.: +992900229244; email: nasiba.akhunova.1973@mail.ru

*Ашуров З.Я., Мирзоева З.А., Давлятова Д.Д.*

## ИЗУЧЕНИЕ СТРУКТУРЫ ТРАВМАТИЗМА И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ В ГЦЗ №1 Г. ДУШАНБЕ

Кафедра семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ

*Ashurov Z. Ya., Mirzoeva Z. A., Davlyatova D. D.*

## STUDY OF INJURIES STRUCTURE AND IMPROVEMENT OF PREVENTATIVE ACTIVITY OF FAMILY PHYSICIANS IN THE CITY HEALTH CENTER №1 С. DUSHANBE

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

**Цель исследования.** Провести анализ травматизма в ГЦЗ №1 г. Душанбе, оценить его структуру, предложить пути профилактики в практике семейного врача.

**Материал и методы.** Для анализа травматизма и его структуры в ГЦЗ №1 г. Душанбе использованы статистические данные травматологического пункта №3 при ГЦЗ №1 г. Душанбе за 2012 -2013 годы.

**Результаты.** По поводу уличного травматизма в 2012 году обратилось 1937 лиц (40,4%), в 2013 году – 1997 (38,4%). В 2013 году наблюдается уменьшение случаев уличного травматизма на 2%. По поводу домашнего травматизма за медицинской помощью обратилось 2854 – 59,6% пациентов, а в 2013 году – 2495 – 47,9% (уменьшение на 11,7%). 459 школьников получили травмы в школе (5,2%) в 2012 году, в 2013 году – 241 (4,6%). Спортивные травмы составили в 2012 году 459 случаев (9,5%), в 2013 году – 388 (7,4%) (положительная динамика). Обратились по поводу ран в 2012 году 1771 детей (37,0%), в 2013 году – 1440 (27,6%). Открытые переломы в 2012 году составили 8 случаев (0,1%), в 2013 году – 11 (0,2%) (увеличение на 0,1%); закрытые - 1568 (32,7%) в 2012 году и 1275 (24,5%) в 2013 году. Вывихи в 2012 году составили 281 случай (5,6%), в 2013 году – 205 (3,9%). С ожогами обратились в 2012 году 18 лиц (7,3%), в 2013 году - 186 (3,7%), с укусами животных 369 пациентов (7,1%) в 2012 году и 320 (6,1%) в 2013 г.

**Заключение.** В настоящее время имеются серьезные проблемы в профилактике травматизма из-за низкого уровня просвещения населения, слабой просветительской работы среди населения и общества.

**Ключевые слова:** *травматизм, структура, профилактика*

**Aim.** Analyze the traumatism in the city health center №1 с. Dushanbe, evaluate its structure, suggest ways of preventing in practice of family doctor.

**Materials and methods.** For the analysis of traumatism in the city health center №1 с. Dushanbe statistical data of emergency station №3 at city health center №1 с. Dushanbe of 2012 -2013 years were used.

**Results.** Concerning street traumatism in 2012 1937 persons (40,4%), in 2013 - 1997 (38,4%) appealed. In 2013 decrease of cases of street traumatism on 2% is observe. Concerning home traumatism for medical care 2854 – 59,6% of patients, and in 2013 - 2495 – 47,9% (decrease 11,7%) appealed. 459 pupils received injuries at school (5,2%) in 2012, in 2013 - 241 (4,6%). Sports injuries in 2012 accounted 459 cases (9,5%), in 2013 - 388 (7,4%) (positive dynamics). Over the wound in 2012 1771 children (37,0%), in 2013 - 1440 (27,6%) appealed. Open fractures in 2012 included 8 cases (0,1%), in 2013 - 11 (0,2%) (increase on 0,1%); closed - 1568 (32,7%) in 2012 and 1275 (24,5%) in 2013. Dislocations in 2012 reached 281 case (5,6%), in 2013 - 205 (3,9%). With burns in 2012 18 persons (7,3%), in 2013 - 186 (3,7%), of animals bites 369 patients (7,1%) in 2012 and 320 (6,1%) in 2013 addressed.

**Conclusion.** At the present time, there are serious problems in the prevention of traumatism due to the low level of education of the population, poor public and society awareness.

**Key words:** *traumatism, structure, prevention*

### **Актуальность**

ВОЗ, провозгласив первое десятилетие XXI века (2000-2010 гг.) декадой по лечению костей и суставов, определяет профилактику и лечение травм конечностей, как одну из пяти приоритетных проблем костно-мышечных заболеваний [4].

В Таджикистане травматизм также занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваемости, летальности и инвалидности, при этом имеет тенденцию к неуклонному прогрессированию в динамике. Это связано с занятостью основной части населения на низкоквалифицированных работах с преимущественным применением ручного труда, плохими дорогами и изношенностью транспортных средств, ухудшением бытовых условий и другими причинами.

Цель Национальной Программы «Профилактика травматизма и совершенствование медицинской помощи при травмах и их последствиях в Республике Таджикистан на 2010-2015 годы» – профилактика и снижение удельного веса летальности и инвалидности при травмах путем уменьшения или минимизации воздействия факторов риска травматизма (утверждена Постановлением Правительства Республики Таджикистан за №224 от 3 мая 2010 года) [3].

В настоящее время травматизм по своей медико-социальной значимости превратился в одну из актуальнейших проблем медицины. Это утверждение в равной степени относится и к каждому отдельно взятому региону, и ко всему миру. Из-за высокого уровня и тяжести травматизма, высокой смертности среди лиц трудоспособного возраста и серьезности социально-экономических последствий травматизм представляет угрозу для здоровья людей в каждой стране. В глобальном масштабе на его долю приходится 9% смертности (каждый год вследствие травматизма в мире умирает более миллионов человек). Из 15 ведущих причин смерти среди людей в возрасте от 15 до 29 лет восемь так или иначе связаны с травмами. Это травмы в результате дорожно-транспортных происшествий, самоубийства, утопления, ожогов, ранения в результате драки, падения, отравления и др. Согласно официальным статистическим данным, на каждый смертельный случай приходится десять случаев госпитализации, сотни случаев обращений за экстренной по-

мощью и тысячи амбулаторных пациентов. Оставшиеся живыми после травмы имеют различные признаки временной и постоянной инвалидности [3].

Национальная Программа «Профилактика травматизма и совершенствование медицинской помощи при травмах и их последствиях в Республике Таджикистан на 2010-2015 годы» предусматривает: издание брошюр и памяток для населения по вопросам профилактики, оказание первичной медицинской помощи и лечение различных травм; предупреждение опасного поведения участников дорожного движения; повышение профилактики детского дорожно-транспортного травматизма, активное внедрение детских удерживающих устройств; разработку организационных и правовых основ оказания первичной медицинской помощи лицам, пострадавшим на месте происшествия, и обучение работников служб, участвующих в проведении работ на месте происшествия; организацию обучающих программ для работников первичной медико-санитарной помощи, общей лечебной сети, врачей хирургического профиля, а также Государственной автомобильной инспекции по этапному оказанию медицинской помощи при травмах; организацию семинаров для первичной медико-санитарной помощи и общей лечебной сети по диагностике и оказанию первой медицинской помощи при травмах; совершенствование программ профессиональной подготовки и переподготовки по травматологии для врачей, среднего медперсонала и студентов.

В структуре травматизма Российской Федерации среди взрослого населения и мужчины, и женщины подавляющее большинство травм и других повреждений получают в быту. Бытовые травмы составили в структуре повреждений 69,9%. Второе место занимают уличные травмы, на их долю приходится 19,6%. Травмы, связанные с производственной деятельностью, занимающие третье место в структуре травматизма, составляют всего 4,1% (4,8% у мужчин и 3,1% у женщин). Четвертое место (3,8%) занимают прочие повреждения, которые не были классифицированы по видам травматизма. На транспортные и спортивные травмы, занимающие пятое и шестое места, приходится 1,9% и 1,1% соответственно [1].

### Материал и методы исследования

Для анализа травматизма и его структуры в ГЦЗ №1 г. Душанбе использованы статистические данные травматологического пункта №3 при ГЦЗ №1 г. Душанбе за 2012 -2013 годы. Статистическая обработка данных проводилась методом одномерного анализа.

### Результаты и их обсуждение

Согласно статистическим данным травматологического пункта №3 при ГЦЗ №1 г. Душанбе, по поводу уличного травматизма в 2012 году обратилось 1937 лиц (40,4%), а в 2013 году – 1997 (38,4%), т.е. в 2013 году наблюдается уменьшение случаев уличного травматизма на 2%. По поводу домашнего травматизма за медицинской помощью обратилось 2854 (59,6%) пациентов в 2012 году, в 2013 году – 2495 (47,9%) – уменьшение случаев домашнего травматизма на 11,7%.

В местах учёбы 459 школьников получили травмы (5,2%) в 2012 году, в 2013 году – 241 (4,6%).

Спортивные травмы среди обратившихся лиц составили в 2012 году 459 случаев (9,5%), а в 2013 году – 388 (7,4%), т.е. отмечается некоторое улучшение ситуации.

Обратились по поводу ран в 2012 году 1771 ребёнок (37,0%), в 2013 году – 1440 (27,6%). Открытые переломы в 2012 году отмечены в 8 случаях (0,1%), в 2013 году – в 11 (0,2%), т.е. отмечается увеличение числа открытых переломов на 0,1%.

Количество закрытых переломов 1568 (32,7%) в 2012 году и 1275 (24,5%) в 2013 году. Вывихи в 2012 году составили 281 случай (5,6%), а в 2013 году – 205 (3,9%).

По поводу ожогов было осмотрено в 2012 году 18 лиц (7,3%), в 2013 году – 186 (3,7%).

Укус животных констатирован у 369 пациентов (7,1%) в 2012 году, в 2013 – у 320 (6,1%). Всего укусов домашними собаками в 2013 году 70 случаев, из них 38 случаев у детей до 18 лет, это на 27 случаев меньше, чем в 2012 году – 107 (среди детей – 60, взрослых – 47). Укусов бездомными собаками в 2012 году было 14 случаев, из них 9 случаев – у детей до 18 лет и 5 – у лиц старшего возраста среди закрепленного населения ГЦЗ №1. В 2013 году отмечено 11 случаев укусов бездомных собак (6 случаев среди детского населения). Укус мыши был зафиксирован у 1 ребенка в 2013 году и 11 случаев – в 2012 году (6 случаев у детей). Отмечается увеличение случаев укусов кошек в 2013 году (у 8 пациентов: 2 случая у детей и 6 случаев среди взрослого населения), по сравнению с 2012 годом – 5 случаев (2 и 3 соответственно). Среди укусов, как мы видим, большую часть составляют укусы домашних собак.

В Республике Таджикистан ежегодно регистрируется до 138,2 тысяч различного рода травм. В структуре общей заболеваемости травмы занимают четвертое место; по причинам смертности – также четвертое место; временной нетрудоспособности – второе место; по первичному выходу на инвалидность – третье место. В целом, в последние годы удельный вес травматизма составил 5,6%. Отличительной особенностью травматизма в Таджикистане является качественное изменение его структуры за счет увеличения удельного веса множественных и сочетанных повреждений, открытых переломов и осложненных травм, а также из-за увеличения удельного веса бытовых (с 18,4 до 31,8%), уличных (с 17,1% до 29,6%), дорожно-транспортных (с 19,6 до 22,9%) травм. Особую тревогу сегодня вызывает рост дорожно-транспортного, уличного и бытового травматизма среди детского населения [3]. По данным травматологического пункта №3 ГЦЗ №1 г. Душанбе, среди всех травм наибольший процент составляют бытовые травмы как в 2012, так и в 2013 годах. На втором месте находится уличный травматизм, на третьей позиции - спортивный травматизм.

Просветительская работа по профилактике травматизма среди всех слоев населения занимает особое место. Основную часть работы семейного врача составляет профилактическая работа [2]. В целях уменьшения удельного веса бытового травматизма семейным врачам наряду с профилактической пропагандой здорового образа жизни, иммунизации, контрацепции, профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний необходимо проводить беседы в семьях по уменьшению и предотвращению воздействия факторов риска травматизма. Объяснять основные меры по профилактике бытового травматизма: улучшение условий быта, ограничить доступ детей к электрическим приборам, нагревательным устройствам, режущим предметам, лекарственным препаратам. Не давать детям мелкие игрушки. Необходимо иметь решетки на окнах. В целом, проводить целенаправленную работу по созданию здорового быта.

Требуется также информировать о рисках укусов кошек, собак и методиках их предотвращения, а также проводить беседы о необходимости соблюдения правил дорожного движения.

### Выводы

В настоящее время имеются серьезные проблемы в профилактике травматизма из-за низкого уровня просвещения населения,

слабой просветительской работы среди населения и общества.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов*

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

1. Голухов Г.Н., Редько И.А. Травматизм взрослого населения // Здравоохранение Российской Федерации. 2007. № 5. С. 49-51.

2. Руководство по профилактической деятельности врача общей практики. СПб: СПб ГМА им. И.И.Мечникова. 1997. 63 с.

3. Национальная Программа «Профилактика травматизма и совершенствование медицинской помощи при травмах и их последствиях в Республике Таджикистан на 2010-2015 годы». Утверждена Постановлением Правительства Республики Таджикистан за №224 от 3 мая 2010 года

#### REFERENCES

1. Golukhov G. N., Redko I. A. Travmatizm vzroslogo naseleniya [Traumatism of the adult population]. *Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii – Health care of the Russian Federation*, 2007, No. 5, pp. 49-51.

2. *Rukovodstvo po profilakticheskoy deyatelnosti vracha obshchey praktiki* [Manual for prevention activities of general

practitioners]. St. Petersburg, SPb GMA im. I. I. Mechnikova Publ., 1997. 63 p.

3. *Natsionalnaya Programma «Profilaktika travmatizma i sovershenstvovanie meditsinskoy pomoshchi pri travmakh i ikh posledstviyakh v Respublike Tadjikistan na 2010-2015 gody»*. *Utverzhdena Postanovleniem Pravitelstva Respubliki Tadjikistan za №224 ot 3 maya 2010 goda* [National Programme "Prevention of traumatism and improvement of medical care with injuries and their consequences in Republic of Tajikistan for 2010-2015". Government Resolution of the Republic of Tajikistan №224 from 3rd May 2010].

4. The Bone and Joint Decade 2000-2010 for prevention and treatment of musculo-skeletal disorders. *Acta Orthopaedica Scandinavica*, 1998, Vol. 69, Suppl. 281, pp. 1-80.

#### *Сведения об авторах:*

*Мирзоева Зухра Амондуллоевна – зав. кафедрой семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н., профессор*

*Давлятова Дильбар Джаборовна – асс. кафедры семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.*

*Ашуров Зиёратшо Екубжонович – асс. кафедры семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ*

#### *Контактная информация:*

*Ашуров Зиёратшо Екубжонович – тел.: +992917878287*

© Коллектив авторов, 2015

УДК 611.712;611.94;616.25-002;616-073.4-8

*Баходуров Дж.Т., Ибодов Х.И., Рофиев Р.Р., Асадов С.К., Нуров М.С.*

## УЛЬТРАЗВУКОВОЕ СКАНИРОВАНИЕ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ ЭКСУССУДАТИВНЫХ ПЛЕВРИТОВ У ДЕТЕЙ

Кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

*Bahodurov J.T., Ibodov H.I., Rofiev R.R., Asadov S.K., Nurov M.S.*

## ULTRASOUND SCANNING AS AN EFFECTIVE METHOD OF DIAGNOSING OF EXUDATIVE PLEURISY IN CHILDREN

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

**Цель исследования.** Определение значения ультразвукового сканирования в диагностике заболеваний легких, в частности экссудативного плеврита у детей.

**Материал и методы.** Изучены клинично-лабораторные, рентгенологические, КТ, МРКТ и данные ультразвукового сканирования грудной клетки у 76 больных с диагнозом «экссудативный плеврит» в возрасте от 1 месяца до 15 лет.

**Результаты.** На основании клинично-лабораторных, рентгенологических, КТ, МРКТ и данных ультразвукового сканирования из 76 больных у 3 диагностирована опухоль легких, у 5 - специфический процесс, а у остальных 68 детей установлены легочно-плевральные формы бактериально-деструктивной пневмонии. При бактериологическом исследовании у 15 больных высеян стафилококк, у 6 - стрептококк, а у 7 - клебсиелла. В остальных 43 случаях рост микроорганизмов не обнаружен. При УЗИ зон предположительного поражения легочная ткань визуализировалась в виде множества мелкоочечных ячеистых структур или деструктивных изменений, а на глубине 0,5-0,9 см от плевральных листков начинались расслаиваться плосковидные структуры, образованные сосудами и бронхами. При эмпиеме плевральной полости выявлено наличие эхогенной взвеси, а максимальная толщина париетальной плевры была  $5,2 \pm 0,3$  мм, в отличие от других видов плевритов. Достоверными признаками метастатических плевритов явились: однородное плевральное содержимое, минимальная толщина париетальной плевры  $3,5 \pm 0,3$  мм.

**Выводы.** Сопоставленные результаты ультразвукового исследования плевритов с данными морфологического исследования, полученные при пункционной биопсии плевры под контролем ультразвукового исследования, показали высокую их корреляцию в выявлении этиологии плеврального выпота. Использование дуплексного сканирования при комплексном УЗИ позволило выявить кровоток в субплеврально расположенных образованиях легочной паренхимы опухолевой этиологии, в отличие от образований воспалительного генеза.

**Ключевые слова:** грудная клетка, плевральная полость, экссудативный выпот, плеврит, детский возраст, УЗИ сканирование плевритов

**Aim.** Determination of the value of ultrasound scanning in the diagnosis of lung diseases such as exudative pleurisy in children.

**Materials and methods.** Investigated the clinical and laboratory, radiographical, CT, MRCI and ultrasound scan data of 76 patients with a diagnosis of pleural effusion in age from 1 month to 15 years.

**Results.** Based on the clinical and laboratory, radiographical, MRCI and ultrasound scan data of 76 patients in 3 diagnosed lung cancer, in 5 specific process, and in rest 68 children set pulmonary-pleural form of bacterial destructive pneumonia. At bacteriological research in 15 patients sown staphylococcus, in 6 - streptococcus, and in 7 - klebsiella. In other 43 cases, microorganism growth is not detected. At ultrasound examination of presumptive defeat zones lung tissue was visualized as a set of cellular structures or destructive changes, and at a depth of 0,5-0,9 cm from pleural sheets started to delaminate planar structures formed vessels and bronchial tubes. At empieme of pleural cavity the presence of echogenic suspensions was revealed, the maximum thickness of the parietal pleura was  $5,2 \pm 0,3$  mm, as opposed to other types of pleuritis. A reliable signs of metastatic pleuritis were: homogeneous pleural contents, the minimum thickness of parietal pleura  $3,5 \pm 0,3$  mm.

**Conclusion.** Comparison results of ultrasound examination of pleuritis with data morphological research, obtained at puncture biopsy of pleura controlled by ultrasound examination, showed their high correlation in identifying of etiology of pleural effusion. Using of duplex ultrasound scan at complex ultrasound examination allowed to reveal flow in the formations subpleural located in lung parenchyma of tumor etiology, in contrast to formation of inflammatory genesis.

**Key words:** chest, pleural cavity, pericardial effusion, pleuritis, childhood, ultrasound scanning of pleuritis

### Актуальность

Болезни органов дыхания, в частности экссудативный плеврит, стабильно занимают особое место в структуре общей заболеваемости детей. Причины образования плеврального выпота самые разнообразные и могут возникнуть в результате туберкулеза, неспецифических заболеваний легких, злокачественных новообразований, пневмоний и других патологий [1, 5]. Актуальность экссудативных плевритов обусловлена неуклонным их ростом, а также проблемами, связанными с диагностикой и верификацией данного заболевания.

В настоящее время одним из самых распространенных и общепринятых инструментальных методов диагностики является рентгенография грудной клетки [4]. Посредством этого метода можно получить представление о локализации, распространенности и количественной характеристике плеврального выпота. Но, к сожалению, возможности рентгенологического исследования ограничены. Это относится к случаям расположения жидкости в труднодоступных зонах для рентгенологического исследования грудной клетки (в синусах, за куполами диафрагмы, в куполе плевральной полости). На рентге-

нограммах не всегда удается разграничить свободный или осумкованный плеврит, а также разделить визуально плевральную жидкость от плевральных наслоений. Большую роль в значении диагностики плевритов играет спиральная компьютерная томография (СКТ). Спиральная компьютерная томография является относительно эффективным методом изучения плевры и плевральной полости. Применение СКТ позволяет детально оценить осумкованные выпоты, утолщения плевральных листков, очаговые образования в плевре. Но этот метод исследования оказывается ограниченным, так как является дорогостоящим.

В последние годы появляются все больше работ о высокой информативности ультразвукового исследования в диагностике плевритов. [3]. Доказано, что ультразвуковой метод диагностики обладает высокой разрешающей способностью, возможностью исследования в реальном масштабе времени, что является незаменимым в выявлении минимального количества жидкости, а также изменений плевры и плевральной полости [3, 4]. Ультразвуковым сканированием удается точно определить локализацию, экзогенность, дыхательную подвижность [2], объем, размеры, форму очага, наличие включений, характер, контур и состояние подлежащих тканей, толщину и структуру стенок. К преимуществам УЗИ относятся: отсутствие ионизирующего излучения, относительная простота исследования и быстрое получение результатов, отсутствие противопоказаний, возможность проведения данного метода у постели больного, а также возможность многократного повторения исследования без угрозы здоровью пациента, что особенно важно для детей, пациентов, находящихся в отделениях интенсивной терапии. По мнению некоторых авторов, чувствительность и специфичность ультразвукового метода в диагностике плевритов составляют 100%.

#### **Материал и методы исследования**

Так как в диагностике заболеваний легких и плевры решающее значение имеет рентгенологическое исследование, обследование 76 больных с диагнозом «экссудативный плеврит» в возрасте от 1 месяца до 15 лет, госпитализированных в Городскую клиническую детскую хирургическую больницу на базе кафедры детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» за период 2003-2012 гг., начиналось с полипозиционной рентгенографии грудной клетки. После

сопоставления результатов их клинических, физикальных, рентгенологических, КТ и МРКТ данных проводили ультразвуковое исследование в двухмерном режиме. Основываясь на топографо-анатомических данных, измеряли ширину плевральной полости и толщину листков плевры. На втором этапе УЗИ осуществляли прицельным полипозиционным осмотром выявленной патологической зоны.

#### **Результаты и их обсуждение**

После изучения клинико-лабораторных, рентгенологических, КТ и МРКТ всем 76 больным с диагнозом «экссудативный плеврит» в возрасте от 1 месяца до 15 лет производили ультразвуковое исследование в двухмерном режиме. Результаты УЗИ показали, что в зонах предположительного поражения отчетливо дифференцируются слои грудной клетки. Легочная ткань визуализировалась в виде множества мелкоочечных ячеистых структур или деструктивных изменений, а на глубине 0,5-0,9 см от плевральных листков начинались расслаиваться плосковидные структуры, образованные сосудами и бронхами.

Из 76 обследованных пациентов при ультразвуковом исследовании в двухмерном режиме у 3 диагностирована опухоль легких, у 5 - специфический процесс, а у остальных 68 детей установлена легочно-плевральная форма бактериально-деструктивной пневмонии. В последующем при бактериологическом исследовании у 15 больных высеян стафилококк, у 6 - стрептококк, а у 7 больных - клебсиелла. В остальных 43 случаях рост микроорганизмов не обнаружен.

Наибольшую ценность УЗИ проявило при дифференциации выпотных структурных образований в разграничении над- и поддиафрагмальных образований и скоплений жидкости, также на основании подвижности плевральных листков, структуры содержимого плевральной полости можно было судить о степени ограничения жидкости или о свободном уровне жидкости в грудной полости.

Необходимо отметить, что достоверными ультразвуковыми критериями, позволяющими дифференцировать различные формы плевритов, являются толщина плевры, наложений на листках, перегородок на фоне плеврального содержимого, экзогенность взвеси. Для неспецифических плевритов характерны множественные перегородки средней экзогенности. Отличительной особенностью выпотов туберкулезной этиологии являются единичные гиперэхогенные перегородки.

При эмпиеме плевральной полости выявлено наличие эхогенной взвеси, а максимальная толщина париетальной плевры была в пределах  $5,2 \pm 0,3$  мм, в отличие от других видов плевритов. Достоверными признаками метастатических плевритов явились: однородное плевральное содержимое, минимальная толщина париетальной плевры  $3,5 \pm 0,3$  мм.

Установлено, что гемоторакс характеризуется множественными перегородками средней эхогенности, формирующими многополостную структуру плеврального содержимого.

Таким образом, УЗИ, рентгенологические, КТ и МРКТ исследования взаимно дополняются при оценке изменений плевральных листков, субплевральной, легочной ткани и наличия фибрина в виде нитей-тяжей на фоне плевральных выпотов, что необходимо для уточнения и установления причин заболеваний, а также для дифференциации от внутрилегочных образований, а также с целью определения тактики лечения. УЗИ – неинвазивный способ, который дает возможность произвести контроль за изменением патоморфологического процесса в динамике с сокращением количества рентгенологических исследований.

#### Выводы

1. Сопоставленные результаты ультразвукового исследования плевритов с данными морфологического исследования, полученные при пункционной биопсии плевры под контролем ультразвукового исследования, показали высокую их корреляцию в выявлении этиологии плеврального выпота.

2. Оптимизированы показания для проведения пункционной биопсии париетальной плевры под контролем ультразвукового исследования.

3. Использование дуплексного сканирования при комплексном УЗИ позволяет выявить кровоток в образованиях субплеврально расположенной легочной паренхимы опухолевой этиологии, в отличие от образований воспалительного генеза.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов*

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Власов П.В. Лучевая диагностика плеврита // Медицинская визуализация. 2004. №3. С. 54-64.

2. Максимова Е.Л. Ультразвуковая диагностика плевритов, объемных образований легких и средостения: дис... канд. мед. наук. Алматы, 1998. 26 с.

3. Павлов Ю.В., Аблицов Ю.А. и др. Ультразвуковые технологии в диагностике и лечении больных с хирургическими заболеваниями легких и плевры // Хирургия. 2003. № 8. С. 30-34.

4. Сафонов Д.В. Ультразвуковая диагностика пристеночных образований грудной полости и плевральных выпотов: дис. ... канд. мед. наук. Нижний Новгород, 1999. 24 с.

5. Шинкаренко Е.В. Совершенствование ультразвукового исследования в диагностике плевритов различной этиологии и образований субплеврально расположенной легочной паренхимы: дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2011. 79 с.

#### REFERENCES

1. Vlasov P. V. Luchevaya diagnostika plevrita [Radiological diagnosis of pleuritis]. *Meditsinskaya vizualizatsiya – Medical imaging*, 2004, No. 3, pp. 54-64.

2. Maksimova E. L. *Ultrazvukovaya diagnostika plevritov, obemnykh obrazovaniy legkikh i sredosteniya*. Diss. kand. med. nauk [Ultrasound diagnosis of pleuritis, of volume formations of lungs and mediastinum. Candidate's of medical science thesis]. Almaty, 1998. 26 p.

3. Pavlov Yu. V., Ablitsov Yu. A., *Ultrazvukovye tekhnologii v diagnostike i lechenii bolnykh s khirurgicheskimi zabolevaniyami legkikh i plevry* [Ultrasound technologies in the diagnosis and surgical treatment of patients with lung and pleura diseases]. *Khirurgiya – Surgery*, 2003, No. 8, pp. 30-34.

4. Safonov D. V. *Ultrazvukovaya diagnostika pristenochnykh obrazovaniy grudnoy polosti i plevalnykh vy-potov*. Diss. kand. med. nauk [Ultrasound diagnosis wall surface structures of the chest cavity and pleural effusions. Candidate's of medical science thesis]. Nizhniy Novgorod, 1999. 24 p.

5. Shinkarenko E. V. *Sovershenstvovanie ultrazvukovogo issledovaniya v diagnostike plevritov razlichnoy etiologii i obrazovaniy subpleuralno raspolozhennoy legochnoy parenkhimy*. Diss. kand. med. nauk [Improving of ultrasound examination in the diagnosis of pleuritis various etiologies and entities located in subpleural lung parenchyma. Candidate's of medical science thesis]. Tomsk, 2011. 79 p.

#### Сведения об авторах:

**Баходуров Джура Тураевич** – ассистент кафедры детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

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

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

**Асадов Сайдали Кудратович** – ассистент кафедры детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н., доцент

**Нуров Мухтабар Сулаймонович** – детский хирург Городской клинической детской хирургической больницы

#### Контактная информация:

**Баходуров Джура Тураевич** – тел.: +992 918506066

*Бобиева Н.Х., Гадоев С.Х., Субхонова З.И., \*Сунатуллоев Д.С.*

## ПОЛОЖИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ СОРБИТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Кафедра внутренних болезней № 3 ТГМУ имени Абуали ибн Сино

\*Кафедра терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ

*Bobieva N.H., Gadoev S.H., Subhonova Z.I., \*Sunatulloev D.S.*

## POSITIVE INFLUENCE OF SORBITOL IN PATIENTS WITH CHRONIC RENAL FAILURE

Department of Internal Disease № 3 of the Tajik Medical State University named after Abuali-ibn-Sino

\*Department of Therapy of the State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan"

---

**Цель исследования.** Оценить действие сорбита в сочетании с энтеросорбентами на желудочно-кишечный тракт при комплексном лечении хронической почечной недостаточности.

**Материал и методы.** В исследование включено 40 больных хронической почечной недостаточностью. Диагностика и оценка выраженности уремии проводилась определением скорости клубочковой фильтрации (уровень мочевины и креатинина крови), профилем А/Д, а также степенью отёков.

**Результаты.** У больных на фоне приёма сорбита на 10-15 дней раньше, чем в контрольной группе, отмечается уменьшение уровня азотистых шлаков в периферической крови (мочевины, креатинина), уменьшение отёков, снижение уровня гипертензии. Приём сорбита сопровождается снижением симптомов уремической интоксикации и улучшением состояния больных, которые наступают уже через 7-10 дней лечения. Это проявляется в уменьшение кожного зуда, тошноты и рвоты, головной боли и снижением уровня азотистых шлаков в периферической крови. Хорошее самочувствие при приёме сорбита сохраняется от 1 до 6 и даже 12 месяцев.

**Заключение.** Применение сорбита в сочетании с другими энтеросорбентами существенно дополняет традиционные виды диализной терапии, отодвигая сроки начала гемодиализа.

**Ключевые слова:** сорбит, хроническая почечная недостаточность, энтеросорбенты, азотистые шлаки

**Aim.** To estimate actions of sorbitol in combination with enterosorbents on gastrointestinal tract in the complex treatment of chronic renal failure.

**Materials and methods.** The study included 40 patients with chronic renal failure. Diagnosis and assessment of severity of uremia was conducted by determination of glomerular filtration rate (the level of urea and creatinine in blood), the A / D profile and the degree of edemas.

**Results.** In patients on background of reception of sorbitol 10-15 days earlier than in the control group, marked decrease in the level of nitrogenous wastes in the peripheral blood (urea, creatinine), reduction of edemas, reduction of hypertension. Reception of sorbitol accompanied by a decrease symptoms of uremic intoxication and improvement of the patient. Improvement comes after 7-10 days of treatment. This is manifested in decrease of pruritus, nausea and vomiting, headache and decrease in levels of nitrogenous wastes in the peripheral blood. Wellness at reception of sorbitol saved from 1 to 6 or even 12 months.

**Conclusion.** The use of sorbitol in combination with other enterosorbents significantly complements traditional dialysis therapy, hemodialysis pushing the starting date.

**Key words:** sorbitol, chronic renal failure, enterosorbents, nitrogenous slags

---

**Актуальность**

Хроническая почечная недостаточность является осложнением всех хронических заболеваний почек, при этом заболевании изменения аппарата пищеварения встречаются достаточно часто (уремические язвы, гастропатии, энтеропатии) [2, 3].

У больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН) наблюдаются азотемия, отёки и гипертензия [2, 3]. Интерес к гастроэнтерологическим аспектам при ХПН не случаен. Вовлечение в системный процесс органов пищеварения наблюдается при всех заболеваниях, осложнённых ХПН. Выраженность поражения желудочно-кишечного тракта особенно наблюдается у больных с гипертонической и латентной формами хронического гломерулонефрита, осложнённых ХПН. Зачастую эти больные ошибочно поступают в гастроэнтерологические отделения, так как у них имеются признаки выраженного поражения желудка. Но при стационарном исследовании у них выявляется патология почек, осложнённая ХПН, а признаки поражения желудка носят вторичный характер [1]. При комплексном исследовании больных с ХПН с применением желудочного зондирования и гастрофиброскопии выявлена чёткая взаимосвязь поражения желудка с неуклонно нарастающим угнетением его секреторной функции в зависимости от стадии ХПН [4].

В условиях дефицита диализного оборудования и донорских почек для трансплантации, а также с учётом материальных возможностей больных важное значение приобретает консервативное лечение всех стадий хронической почечной недостаточности.

Комплекс консервативных лечебных мероприятий при уремии довольно ограничен. Несмотря на это, существует реальная возможность с помощью энтеросорбентов достичь положительных результатов на компенсированных стадиях почечной недостаточности [2, 3].

Энтеросорбенты - лекарственные средства различной структуры, осуществляющие связывание экзо- и эндогенных веществ в желудочно-кишечном тракте путём адсорбции, абсорбции, ионообмена и комплексообразования, широко используются при лечении ХПН.

Сорбция – метод, который позволяет фиксировать азотистые шлаки на поверхности химических неактивных веществ с различной молекулярной массой. Эта обеспечивается наличием пор различного диаметра, в которых и оседают удаляемые вещества [2, 3].

По химической природе сорбит относится к группе сладких многоатомных спиртов-полио-

лов. Как химическое соединение, сорбит известен давно, однако практическое применение он получил после того, как был осуществлён его химический синтез и выявлены многие интересные свойства: энтеросорбентное, гипотензивное и дегидратационное.

Энтеросорбция заключается в приёме сорбита per os. Наибольшая концентрация азотистых шлаков и уремических токсинов находится в тонком кишечнике.

В условиях дефицита и недоступности гемодиализа, учитывая преимущественную способность удалять азотистые шлаки слизистой оболочкой антрально-пилорического отдела желудка и слизистой оболочкой кишечника, в комплексном лечении ХПН нами применяются энтеросорбенты в различных сочетаниях и сорбит, так как последний обладает выраженным послабляющим действием.

**Материал и методы исследования**

Проведен ретроспективный анализ 40 историй болезней и амбулаторных карт больных с хронической почечной недостаточностью, находящихся на стационарном лечении и диспансерном наблюдении у нефролога Национального Медицинского Центра РТ в период с 2011 по 2012 г., по 20 (по 50 %) мужчин и женщин в возрасте от 20 до 55 лет.

Всем больным выполнены общеклинические методы исследования: общие анализы крови и мочи, определение уровня мочевины и креатинина; пробы Зимницкого, Реберга, ФВД, ЭКГ, УЗИ почек, при необходимости - экскреторная урография, профиль А/Д, измерение суточного диуреза.

В терапию опытной группы, которую составили 20 больных – по 10 мужчин (50%) и женщин (50%), кроме общепринятых препаратов, включался сорбит в дозе 50-100 г на 200 мл воды per os в течение длительного времени (с первых дней до 1 года). Контрольную группу составили 20 больных: 10 (50%) мужчин и 10 (50%) женщин, которые получали общепринятую схему лечения хронической почечной недостаточности с применением энтеросорбентов (энтеродез, леспефлан, леспенефрил, полифепан).

Полученные результаты обрабатывались методом вариационной статистики. Для обработки данных были использованы программы Microsoft Office Excel, MS Excel пакета MS Office 2007.

**Результаты и их обсуждение**

Результаты наших исследований показывают, что у больных опытной группы на фоне применения сорбита в день приёма наступала многократная искусственная диарея, а в контрольной группе, получавшей другие энтеросорбенты,

отмечался трёхкратный кашицеобразный стул. У больных на фоне приёма сорбита на 10-15 дней раньше, чем в контрольной группе, отмечается снижение уровня азотистых шлаков в периферической крови (мочевины, креатинина), уменьшение отёков, уровня А/Д. Приём сорбита сопровождается снижением симптомов уремической

интоксикации и улучшением состояния больных, что наступает уже через 7-10 дней лечения (табл.). Это проявляется в уменьшении кожного зуда, тошноты и рвоты, головной боли и снижении уровня азотистых шлаков в периферической крови. Хорошее самочувствие при приёме сорбита сохраняется от 1 до 6 и даже 12 месяцев.

Группы	Средний уровень мочевины до лечения (ммоль/л)	Средний уровень мочевины после лечения (ммоль/л)	Средний уровень креатинина до лечения (мкмоль/л)	Средний уровень креатинина после лечения (мкмоль/л)
Опытная	18,4 ± 4,9	10,3 ± 3,2	312,7 ± 28,4	140,8 ± 18,2
Контрольная	17,0 ± 4,8	14,2 ± 3,4	298,7 ± 24,3	180,7 ± 19,2

Помимо свойства связывания с токсинами, не менее важна дегидратирующая способность сорбита. Вызывая искусственную диарею, достигаем снижения ОЦК, что опосредовано влияет на снижение А/Д, регулируемое ренин-ангиотензивной системой патологической почки.

При ХПН отмечаются признаки нефрогенного отёка лёгких, что снижает жизненную ёмкость лёгких. Благодаря дегидратационным свойствам применяемого сорбита, отмечается уменьшение нефрогенного отёка лёгкого и, следовательно, увеличение жизненной ёмкости лёгкого.

#### Заключение

Сорбция, особенно применение сорбита в сочетании с другими энтеросорбентами, существенно дополняет традиционные виды диализной терапии, отодвигая сроки перехода на экстракорпоральные методы детоксикации.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов*

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Расулов У.Р., Гадоев С.Х., Субхонова З.И., Бобиева Н.Х., Ходжиева Г.Б. Уремическая гастропатия. //Проблемы гастроэнтерологии. Москва. 2007. № 4. С. 53-54.
2. Рябов С.И., Ракитянская И.А. Нефрология: руководство для врачей. СПб.: СпецЛит, 2013. Т. 1. 767 с.
3. Тареева И.Е. Нефрология. Практическое руководство. М.: Медицина, 2000. 688 с.
4. Якубов Р.Я., Бобиева Н.Х., Баратова Ф.Д. Клинико-функциональная характеристика состояния желудка при хронической почечной недостаточности// Сборник научных тезисов 56-ой годичной научно-практической

конференции ТГМУ им. Абуали ибн Сино. Душанбе, 2009. С. 253-254.

#### REFERENCES

1. Rasulov U. R., Gadoev S. Kh., Subkhonova Z. I., Bobieva N. Kh., Khodzhieva G. B. Uremicheskaya gastropatiya [Uremic gastropathy]. *Problemy gastroenterologii - Problems of gastroenterology*, 2007, No. 4, pp. 53-54.
2. Ryabov S. I., Rakityanskaya I. A. *Nefrologiya: rukovodstvo dlya vrachey* [Nephrology: A practical guide]. St. Petersburg, SpetsLit Publ., 2013, Vol. 1. 767p.
3. Tareeva I. E. *Nefrologiya. Prakticheskoe rukovodstvo* [Nephrology: A practical guide]. Moscow, Meditsina Publ., 2000. 688 p.
4. Yakubov R. Ya., Bobieva N. Kh., Baratova F. D. [Clinical and functional characterization of the state of the stomach in patients with chronic renal failure]. *Sbornik nauchnykh tezisov 56-oy godichnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii TGMU im. Abuali ibn Sino* [Collection of scientific abstracts of 56th annual scientific conference TGMU named after Abu Ali Ibn Sino]. Dushanbe, 2009. pp. 253-254. (In Russ.)

#### Сведения об авторах:

**Бобиева Нигина Худодагиевна** – ассистент кафедры внутренних болезней №3 ТГМУ имени Абуали ибн Сино

**Гадоев Саид Хамидович** – старший преподаватель кафедры внутренних болезней №3 ТГМУ имени Абуали ибн Сино

**Субханова Земфира Исмагуллоевна** – старший преподаватель кафедры внутренних болезней №3 ТГМУ имени Абуали ибн Сино

**Сунъатуллоев Давлатёр Сунатуллоевич** – ассистент кафедры терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ

#### Контактная информация:

**Бобиева Нигина Худодагиевна** – тел.: +992 93 503 51 95

© Коллектив авторов, 2015

УДК 616.98;616.97;615.212.7

*Бобоходжаева М.О., \*Ахмедов А., \*Касымова М.К.*

## НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИППП/ВИЧ В СОВРЕМЕННЫХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Кафедра акушерства и гинекологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

\*Кафедра общественного здоровья, экономики, управления (менеджмента) здравоохранением с курсом медицинской статистики ГОУ ИПОвСЗ РТ

*Bobohodjaeva M.O., \*Ahmedov A., \*Kasymova M.K.*

## SOME FEATURES OF STI/HIV DISSEMINATION IN THE MODERN SOCIAL AND ECONOMIC CONDITION

Department of Obstetrics and Gynecology of the State Education Establishment “Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan”

\*Department of Public Health, Economics, Management with a course of medical health statistics of the State Education Establishment “Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan”

---

**Цель исследования.** Определение особенностей распространения ИППП/ВИЧ в современных социально-экономических условиях

**Материал и методы.** Проведен социологический опрос 400 работников, оказывающих сексуальные услуги (РС) в г. Душанбе. Исследование было анонимным, добровольным на основании устного информированного согласия. Анкета включала вопросы, отражающие вопросы социальной характеристики, сексуального и репродуктивного поведения и здоровья РС и лиц, пользующихся их услугами.

**Результаты.** На рост и распространение ИППП/ВИЧ инфекции определенным образом влияют поведенческие факторы РС. В эпидемиологический процесс вовлечены не только лица с рискованным поведением (водители, бизнесмены), а также учащиеся средних и высших учебных заведений, работники госструктур, включая иностранных граждан. Вышеуказанное объясняет факт быстрого распространения ИППП/ВИЧ среди населения. В течение суток РС имели от 2 до 5 половых партнеров – 47,8% респондентов; от 6 до 9 – 20,5% РС, от 10 и более – 11,7%, 1 полового партнера имели 17,3%, не ответили 2,7%.

Респонденты принимали спиртные напитки реже одного раза в неделю – 16,0 %, несколько раз в неделю – 12,0 %. Доля употребляющих наркотики среди РС составила 2,9%.

Работники секса, употребляющие инъекционные наркотики, не используют одноразовые шприцы, 37,0% периодически используют презервативы и лишь 12,0% – постоянно.

**Заключение.** В связи с широким распространением ИППП/ВИЧ поведение РС становится одним из важнейших показателей риска, поскольку отражает потенциальную опасность массового распространения инфекции в обществе.

**Ключевые слова:** ИППП/ВИЧ, работники секса, потребители инъекционных наркотиков, поведенческие факторы риска

**Aim.** Definition of features STI/HIV transmission in modern social and economic conditions.

**Materials and methods.** Conducted a sociological survey of 400 workers, providing sexual services (SW) in Dushanbe. The survey was anonymous, voluntary on the basis of an oral informed consent. The questionnaire included questions that reflect the issues of social characteristics, sexual and reproductive behavior and health of the PC and users of their services.

**Results.** On growth and spread of STI / HIV infection in a certain way affect behavioral factors of SW. In epidemiological process involved not only persons with risky behavior (drivers, businessmen), as well as students of secondary and higher educational institutions, employees of state agencies, including foreign nationals. Foregoing facts explain such fast spread of STI / HIV among the population. During the days of SW had from 2 to 5 sexual partners – 47,8% of respondents; from 6 to 9 – 20,5% SW, 10 and more – 11,7%, 1 sexual partner were 17,3%, 2,7% did not answer. The respondents have taken alcohol at least once a week – 16,0%, several times a week – 12,0%. The proportion of drug users among sex workers was 2,9%. Sex workers who were injecting drug users do not use disposable syringes. 37,0% occasionally use condoms, and only 12,0% – permanently.

**Conclusion.** Due to the wide spread of STI / HIV, behavior of SW has become one of the most important indicators of risk because it reflects the potential danger of mass infection in the community.

**Key words:** STI/HIV, sex workers, injecting drug users, behavioral risk factors

### Актуальность

Глубокие социально-экономические изменения, произошедшие в РТ за последние годы, создали благоприятные условия для формирования и расширения численного состава групп населения, уязвимых в отношении ИППП и ВИЧ-инфекции. Безработица, ослабление системы социальной защиты населения, прежде всего молодежи, привели к тому, что в РТ значительно увеличилось число лиц, вовлеченных в коммерческий секс-бизнес (РС) и употребляющих инъекционные наркотики (ПИН) [1-3].

Поведение высокого риска в отношении ИППП и ВИЧ характерно для обеих групп, что относит их к так называемым «ядерным» группам населения. Другая общая характеристика данных групп – затрудненный доступ к специализированной медицинской помощи, что связано с высокой степенью стигматизации и дискриминации [2].

В то же время, наличие эпидемических мостиков между уязвимыми группами и общей популяцией (клиенты РС, половые партнеры - ПИН) создает благоприятные условия для проникновения инфекции в среду сексуально активной части населения [4].

Всемирная Организация Здравоохранения определила работу с уязвимыми группами приоритетным направлением в совершенствовании контроля и профилактики ИППП и ВИЧ-инфекции в рамках эпидемического надзора второго поколения [5].

### Материал и методы исследования

Нами проведен социологический опрос 400 работниц (РС), оказывающих сексуальные услуги в г. Душанбе. Исследование было анонимным, добровольным на основании устного информированного согласия. Анкета включала вопросы, отражающие вопросы социальной характеристики, сексуального и репродуктивного поведения и здоровья РС и лиц, пользующихся их услугами.

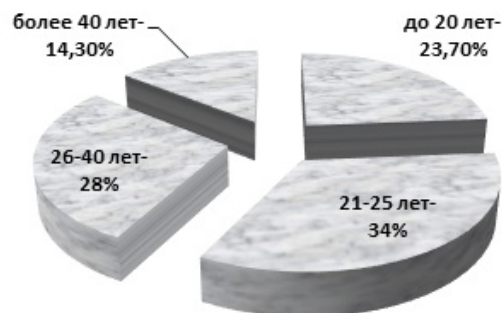
Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием

стандартных средств анализа, входящих в состав ППП Excelb Statistika 5,0, включающая классические методы описательной статистики (вычисляли средние значения показателей (M) и стандартную ошибку средней значимости (m), сравнение полученных статистических характеристик между собой (по критерию Стьюдента).

### Результаты и их обсуждение

С целью изучения особенностей распространения ИППП/ВИЧ-инфекции нами изучен круг лиц, пользующихся услугами РС. Обращает особое внимание высокий удельный вес партнеров в возрасте до 20 лет (23,7%), в частности подростков от 11 до 14 лет (12,6%).

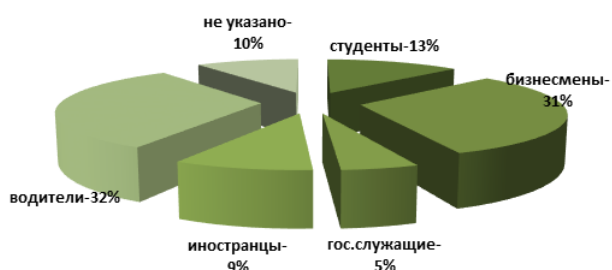
В ходе проведенного социологического исследования круга лиц, пользующихся услугами РС, выявлено (рис. 1), что возраст половых партнеров колебался от 15 до 65 лет, из них в возрастной группе до 20 лет было 23,7%, 21-25 лет – 34,0%, 26-40 лет – 28,0%, старше 40 лет – 14,3%. Возраст половых партнеров в 23,7% составил до 20 лет, из них 12,6% – подростки от 11 до 14 лет.



**Рис. 1. Распределение половых партнеров в зависимости от возраста**

Характеристика половых партнеров в зависимости от сферы их деятельности представлена следующим образом: водители такси – 32,0%, бизнесмены – 31,0%, студенты – 13,0%, иностранные граждане – 9,0%, госслужащие – 5,0%. Удельный вес респон-

дентов, не указавших род своей деятельности, составил 10,0 % (рис. 2).



**Рис. 2. Сфера деятельности половых партнеров**

Как свидетельствуют данные рисунка 2, в эпидемиологический процесс вовлечены

не только лица с рискованным поведением (водители, бизнесмены). Круг потребителей этих услуг оказался достаточно широким, поскольку в данный процесс были вовлечены учащиеся средних и высших учебных заведений, работники госструктур, включая иностранных граждан. Вышеуказанное, по-видимому, объясняет факт быстрого распространения ИППП/ВИЧ среди населения.

При проведении исследования оценивалось количество половых партнеров у работников коммерческого секса (табл.). Как видно из таблицы, чаще всего респонденты имели в течение суток от 2 до 5 половых партнеров – 47,8%; от 6 до 9 половых партнеров имели 20,5% РС, от 10 и более – 11,7%, 1 полового партнера имели 17,3%, не ответили 2,7%.

**Количество половых партнеров в различных возрастных группах РС (за сутки)**

Возраст РС (лет)	1		2-5		6-9		10 и более		Ответа нет		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
15-19	20	27,5	29	39,1	13	17,5	8	10,6	4	5,3	74	100
20-24	13	15,1	49	57,0	14	16,3	6	7,0	4	4,6	86	100
25-29	12	8,5	59	42,1	42	30,2	27	19,2	0	0	140	100
30-34	14	22,2	34	54,0	8	12,7	4	6,3	3	4,8	63	100
35 и более	10	27,0	20	54,1	5	13,5	2	5,4	0	0	37	100
<b>Всего</b>	<b>69</b>	<b>17,3</b>	<b>191</b>	<b>47,8</b>	<b>82</b>	<b>20,5</b>	<b>47</b>	<b>11,7</b>	<b>11</b>	<b>2,7</b>	<b>400</b>	<b>100</b>

Детальный анализ количества половых партнеров в сутки в зависимости от возраста показал, что из числа РС, имевших от 2 до 5 половых партнеров в сутки, наибольшую активность проявляли РС в возрасте 20-24 лет (57,0%), в возрасте 30-34 лет – 54,0% и 25-29 лет – 42,1%. От 6 до 9 половых партнеров в сутки наиболее часто имели РС в возрастной группе 25-29 лет (30,2%), 15-19 лет – 17,5% и 20-24 года – 16,3%. От 10 и более половых партнеров в сутки имели 19,2% РС в возрастной группе 25-29 лет и 10,6% – в возрастной группе 15-19 лет. Таким образом, наиболее высокая сексуальная активность выявлена среди РС в возрасте от 15 до 29 лет.

Анализ показал, что количество половых партнеров за последний день работы колебалось от 3 до 5, за последнюю неделю – от 20 до 35, за последний месяц – от 80 до 120. Следовательно, каждая из обследованных РС имела от 1000 до 1500 половых партнеров в течение 1 года. При этом 39,7% респондентов отметили, что, помимо этого, они имеют постоянных половых партнеров из числа лиц, которые их опекают и обязывают заниматься сексом.

В ходе анкетирования установлено, что в качестве основного дохода РС в г. Душанбе назвали предоставление коммерческих сексуальных услуг – 92,0%. Среди других источников также указывались: случайные заработки – 22,0%; материальная помощь родителей и других родственников – 9,0%; постоянная работа – 7,0%, стипендия – 3,0%, свой бизнес – 1,0%. Исходя из вышеизложенного, можно предположить, что занятие секс-бизнесом позволяет большинству респондентов решать в определенной мере свои материальные проблемы.

Получаемый доход от секс-бизнеса зависит от ряда факторов, в частности: возраста; внешнего вида; привлекательности; места расположения рынка услуг коммерческого секса; финансового положения клиента и т.п. Проведенные в этом аспекте исследования показали, что ежедневный доход у 62,0% – 300 сомони, у 26,5% респондентов – 400 сомони и у 11,5% – в среднем 100 сомони.

Следует отметить, что почти 30,0% опрошенных отметили, что в случае приобретения постоянной и достаточно оплачиваемой

работы они готовы сменить сферу своей деятельности.

Частое или чрезмерное употребление спиртных напитков и наркотиков рассматривается в качестве одного из факторов, влияющих на поведенческие риски среди РС. Нами установлено, что респонденты принимали спиртные напитки реже одного раза в неделю – 16,0%, несколько раз в неделю – 12,0%. Чаще всего (56,6%) употребляли алкоголь по требованию клиента, при этом употребление алкогольных напитков являлось вынужденным инструментом психологической защиты.

Доля употребляющих наркотики среди РС составила 2,9%. В большинстве случаев к употреблению наркотиков их приобщали постоянные половые партнеры-сожителю. Среди способа употребления наркотических веществ в основном преобладало курение (60%). Использование наркотиков в виде внутривенного введения и путем вдыхания было одинаковым и составляло по 20% каждый. Анализ показал, что работники секса, употребляющие инъекционные наркотики, получают шприцы от своих половых партнеров, что создает высокий риск заражения ВИЧ-инфекцией. Следует отметить, что оказываемые сексуальные услуги РС, являющимися к тому же ПИН, большому числу партнеров, в частности не употребляющих наркотики, способствует вовлечению в эпидемиологический процесс более благополучных слоев населения.

Относительно использования средств контрацепции среди обследованных РС нами получены следующие данные: из общего числа РС удельный вес использующих презервативы составил 49,0%; гормональные средства – оральные контрацептивы – 13,5%, инъекционные – 3,5%, внутриматочные средства – 16,5% РС. Следует отметить, что 17,5% вообще не использовали никаких средств контрацепции. Установлено, что 37,0% опрошенных используют презервативы периодически и лишь 12,0% – постоянно. Очевидно, что нерегулярное использование презервативов сопряжено с повышенным риском распространения ИППП/ВИЧ. Наиболее частой причиной, по которой РС не использовали данный контрацептив, являлось требование клиента.

#### **Заключение**

Таким образом, наши исследования свидетельствуют о том, что в связи с широким распространением ИППП/ВИЧ поведение РС становится одним из важнейших показателей риска, поскольку отражает потенциальную

опасность массового распространения инфекции в обществе. Определенный удельный вес выявляемой проституции (уличная, дорожная, квартирная) обусловлен имеющейся в республике миграцией, а также неудовлетворительными материально-бытовыми условиями, низким социальным положением, включая уровень образования и воспитания обследуемых РС.

#### **Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов**

#### **ЛИТЕРАТУРА (пп. 4-5 см. в REFERENCES)**

1. Абдуллаева З.Я. Некоторые медико-социальные аспекты ВИЧ-инфекции и пути ее снижения у потребителей инъекционных наркотиков в Республике Таджикистан: автореф. дисс... канд. мед. наук. Душанбе, 2009. 22 с.
2. Ахмедов А., Бобоходжаева М.О. Социальная характеристика и поведенческие факторы риска ИППП/ВИЧ среди работниц секса в г. Душанбе. //Здравоохранение Таджикистана. Душанбе. 2010. №2. С. 5-9.
3. Мирзоев А.С. ВИЧ-инфекция в Республике Таджикистан (эпидемиологическая характеристика): автореф. дисс...канд.мед.наук. М., 2007. С.3.

#### **REFERENCES**

1. Abdullaeva Z. Ya. *Nekotorye mediko-sotsialnye aspekty VICH-infektsii i puti eyo snizheniya u potrebiteley inektsionnykh narkotikov v Respublike Tadjikistan*. Avtoref. diss. kand. med. nauk [Some of the medical and social aspects of HIV infection and ways of its reduction in injection drug users in Tajikistan. Extended abstract of candidates of medical sciences thesis]. Dushanbe, 2009. 22 p.
2. Akhmedov A., Bobokhodzhaeva M. O. *Sotsialnaya kharakteristika i povedencheskie faktory riska IPPP/VICH sredi rabotnits seksa v Dushanbe* [Social characteristics and behavioral risk factors for STI / HIV among sex workers in Dushanbe]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Health care of Tajikistan*, 2010, No. 2, pp. 5-9.
3. Mirzoev A. S. *VICH-infektsiya v Respublike Tadjikistan (epidemiologicheskaya kharakteristika)*. Avtoref. diss. kand. med. nauk [HIV infection in the Republic of Tajikistan (epidemiological characteristics). Extended abstract of candidates of medical sciences thesis]. Moscow, 2007. 3 p.
4. Hallinan R., Bryane A., Amin J., Dore J. G. Hepatitis C virus prevalence and outcomes among injecting drug users on opioid replacement therapy. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2005, Vol. 20, pp. 1082-1086.
5. UNAIDS/WHO. Estimating the size of populations at risk for HIV. Issues and Methods updated July 2003, UNAIDS/03.36E.

#### **Сведения об авторах:**

**Бобоходжаева Маъсуда Облакуловна** – зав кафедрой акушерства и гинекологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

*Ахмедов Аламхон Ахмедович – заведующий кафедрой общественного здоровья, экономики, управления (менеджмента) здравоохранением с курсом медицинской статистики ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н., профессор*

*Касимова Мавджуда Касымовна – доцент кафедры общественного здоровья, экономики, управления (менед-*

*жмента) здравоохранением с курсом медицинской статистики ГОУ ИПОвСЗРТ, к.м.н.*

**Контактная информация:**

*Бобоходжаева Маъсуда Облакуловна – моб.: +992919037523*

© Коллектив авторов, 2015

УДК: 616-089-059

*Гульмурадов Т.Г., Амонов Ш.Ш., \*Прудков М.И., Сангов Д.С.*

## МИНИМАЛЬНО-ИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Кафедра сердечно-сосудистой и пластической хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

\*ГБОУ ВПО Уральского государственного медицинского университета, Екатеринбург, Россия

*Gulmuradov T.G, Amonov Sh.Sh, \*Prudkov M.I., Sangov D.S.*

## MINIMALLY INVASIVE SURGERY OF LIVER ECHINOCOCCOSIS

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

\*State Budgetary Educational Institution of Higher Professional Education Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russia

**Цель исследования.** Улучшение результатов хирургического лечения эхинококкоза печени путем применения минимально инвазивной технологии.

**Материал и методы.** Под наблюдением за период 2002-2013 гг. находились 149 больных с эхинококкозом печени. Из них 52 обследованы на базе Кафедры хирургических болезней факультета повышения квалификации и последиplomной подготовки (ГБОУ ВПО УГМУ России), остальные 97 пациентов – в эндохирургическом отделении Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии г. Душанбе. Среди них мужчин было 63 (42,2%) и женщин 86 (57,8%). У 105 (70,4%) пациентов эхинококковые кисты локализовались в правой доле печени (18 - V; 24 - VI; 31 - VII; 28 - VIII), в левой доле – 44 (29,6%) 2 - I; 12 - II; 19 - III; 13 - IV сегментах. В зависимости от размеров и объема кисты различали: средние до 10 см – у 80, большие до 20 см – у 46 и гигантские более 20 см – у 23 пациентов. Средний размер эхинококковых кист составил 102,77±3,7мм (46 – 280 мм). Из 149 больных 42 пациентам выполнена эхинококкэктомия из традиционных доступов, 40 больным произведена лапароскопическая эхинококкэктомия, когда эхинококковые кисты локализовались визуально доступных сегментах печени S III, IV, V, VI; 67 больным операции выполнены из минилапаротомного доступа с применением набора инструментов “Мини-Ассистент”.

Методика хирургического лечения эхинококковых кист печени включала в себя хирургический доступ, пункцию и аспирацию содержимого кисты, вскрытие кисты и ревизию её полости, обработки кисты адсорбированным 33% раствором перекиси водорода (пергидроль) и ликвидацию остаточной полости (широкая фенестрация, в ряде случаев тампонада участком большого сальника, наружное дренирование с низковакуумной аспирацией).

**Результаты.** Послеоперационные осложнения наблюдались у 9 (21,4%) больных из 42 оперированных традиционными способами. Из 107 больных, оперированных с применением минимально-инвазивной технологии (мини-доступом и лапароскопическим способом), осложнения наблюдались у 14 (13,1%) пациентов. Особенно благоприятным было послеоперационное течение после выполнения вмешательств из малых разрезов. Случаев выраженного пареза кишечника и системных осложнений не было.

**Заключение.** Использование минимально-инвазивных технологий позволяют улучшить результаты хирургического лечения эхинококкоза печени. Минимальная травматичность, высокая экономическая эффективность являются основными преимуществами указанных способов.

**Ключевые слова:** минимально-инвазивная технология, эхинококк печени, эхинококкэктомия

**Aim.** Improving results of surgical treatment of hepatic echinococcosis by applying minimally invasive technology.

**Materials and methods.** Under the supervision during the period 2002-2013 there were 149 patients with hepatic echinococcosis. From them 52 were examined at the Department of Surgical Diseases advanced training faculty and postgraduate training. The remaining 97 patients - in endosurgical department of the Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery in Dushanbe. Among them were men 63 (42,2%) and 86 women (57,8%). In 105 (70,4%) patients echinococcal cysts were located in the right liver lobe (18 - V; 24 - VI; 31 - VII; 28 - VIII), in the left lobe - 44 (29,6%) of 2 - I; 12 - II; 19 - III; 13 - IV segments. According to the size and scope of the cysts distinguish between: medium to 10 cm - 80 patients, large 20 cm - 46 patients and giant than 20 cm - 23 patients. The average size of cyst was  $102,77 \pm 3,7$  mm (46-280 mm). From the 149 patients 42 patients underwent echinococcectomy of the traditional approaches, 40 patients underwent laparoscopic echinococcectomy when echinococcus cyst localized to visually accessible segments of the liver S III, IV, V, VI; 67 operations performed minilaparotomiya access using a set of tools "Mini-Assistant".

Methods of surgical treatment of echinococcal cysts of the liver involves surgical access, puncture and aspiration of the cyst contents, opening the cyst and the revision of its cavity, cyst processing by adsorbed 33% solution of hydrogen peroxide (perhydrol) and the elimination of residual cavity (wide fenestration, in a number of cases a large portion of tamponade gland, external drainage with low vacuum aspiration).

**Results.** Postoperative complications were observed in 9 (21,4%) of 42 patients operated by conventional methods. Of the 107 patients operated using minimally invasive technology (mini-access and laparoscopically), complications were observed in 14 (13,1%) patients. Especially favorable postoperative course was after the intervention of the small incisions. Case of an expression enteroparesis and systemic were no complications.

**Conclusion.** Using minimally invasive techniques allow to improve results of surgical treatment of liver echinococcosis. Minimal trauma, high economic efficiency are the main advantages of these methods.

**Key words:** minimally-invasive technology, liver echinococcus, echinococcectomy

## Актуальность

В последние годы в странах Центральной Азии и южных регионах Российской Федерации, являющихся эндемическими очагами эхинококкоза, улучшилась диагностика этого заболевания благодаря широкому применению современных технологий [5, 4]. Ведущими методами лучевой диагностики эхинококкоза печени оказались ультразвуковое исследование (УЗИ) и компьютерная томография (КТ) [3, 6]. Выбор метода и объема операции зависят от размеров и локализации кист, наличия осложнений, общего состояния пациента и наличия сопутствующих заболеваний [13].

Анатомическая резекция печени и перицистэктомия считаются наиболее радикальными вариантами хирургического лечения эхинококкоза. Однако, их применение сопровождается увеличением риска серьезных осложнений и летальных исходов [1]. Кроме того, анатомические резекции печени при эхинококкозе, как правило, сопровождаются удалением значительной части неизменной печеночной паренхимы.

Эхинококкэктомия представляет собой более щадящий и менее рискованный подход к лечению эхинококкоза печени [7]. Степень радикализма подобных вмешательств определяется риском интраоперационной диссеминации зародышевых элементов паразита при вскрытии кисты, полноценностью их удаления из ее просвета, качеством антипаразитарной обработки.

Традиционные широкие разрезы (лапаротомия, торакофреникотомия) предоставляют оптимальные условия для эхинококкэктомии при большинстве вариантов локализации патологического процесса [2, 7], однако, их использование сопровождается существенной операционной травмой, значительной частотой общих и раневых осложнений, а также неудовлетворительными косметическими исходами.

Внедрение видеоэндохирургической и миниинвазивной технологий обусловили широкое развитие оперативной хирургии. Хотя достигнуты определенные успехи в лечении эхинококкоза печени, до настоящего времени остаются недостаточно изученными особенности применения методов «малой хирургии»,

лапароскопических и минимально инвазивной хирургии.

#### Материал и методы исследований

За период с 2002 по 2013 г. нами обследованы и оперированы 149 больных с эхинококкозом печени. Из них 52 обследованы на базе Кафедры хирургических болезней факультета повышения квалификации и последиplomной подготовки (ГБОУ ВПО УГМУ России), остальные 97 пациентов – в эндохирургическом отделении Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии г. Душанбе. Среди них мужчин было 63 (42,2%) и женщин 86 (57,8%). У 105 (70,4%) пациентов эхинококковые кисты локализовались в правой доле печени (18-V; 24-VI; 31-VII; 28-VIII), в левой доле – 44 (29,6%) 2-I; 12-II; 19-III; 13-IV сегментах. Больные трудоспособного возраста (21-59 лет) составили 65,7% (98) пациентов. Пациентов старше 60 лет было 21 (14%) из 149 больных. Средний возраст  $35,84 \pm 1,59$  лет (16-78 год). У 121 (81,2%) больного эхинококкоз печени установлен первично. С рецидивом заболевания госпитализировано 28 (18,7%) человек. У 119 (79,8%) пациентов паразитарные кисты были одиночными, у 30 (20,1%) – множественными. У 149 пациентов были удалены 178 кист. В зависимости от размеров и объема кисты различали средние до 10 см – у 80, большие до 20 см – у 46 и гигантские более 20 см – у 23 пациентов. Средний размер эхинококковых кист составил  $102,77 \pm 3,7$  мм (46 – 280 мм).

Осложнённое течение заболевания имело место у 54 (36,2%) из 149 больных. Желчный свищ в полости кисты обнаружен у 24 (16,1%) больных. У пяти (3,3%) пациентов желчный свищ выявлен интраоперационно после дополнительной обработки полости эхинококковой кисты пергидролем. Нагноение эхинококковой кисты произошло у 19 (12,7%) больных, гибель паразита – у 8 (5,3%) и обызвествление – у 3 (2,1%) пациентов.

Методика хирургического лечения эхинококковых кист печени включала в себя хирургический доступ, пункцию и аспирацию содержимого кисты, вскрытие и ревизию её полости, обработки адсорбированным 33% раствором перекиси водорода (пергидроль) и ликвидацию остаточной полости (широкая фенестрация, в ряде случаев тампонада участком большого сальника, наружное дренирование с низковакуумной аспирацией). Все операции были выполнены под внутривенным комбинированным наркозом с применением искусственной вентиляции легких.

Для широкого доступа использовали верхнюю срединную, подрёберную лапаротомии или торакофреникотомии справа. Показа-

ниями для широкой лапаротомии считали: большие и осложненные кисты печени, множественные кисты, расположенные в обеих долях, подозрение на прорыв в желчевыводящие пути, необходимость выполнения симультанной операции, наличие послеоперационной грыжи. Из 149 больных 42 пациентам выполнена эхинококкэктомия из традиционных доступов, 40 больным произведена лапароскопическая эхинококкэктомия, когда эхинококковые кисты локализовались в визуально доступных сегментах печени – S III, IV, V, VI, и 67 больным операции выполнены из минилапаротомного доступа с применением набора инструментов “Мини-Ассистент”. Мини-доступ длиной 5-6 см производили в зависимости от локализации эхинококковых кист: мини-торакофреникотомию справа в 8-9 межреберье по передней, средней или задней подмышечным линиям (VI, VII, VIII), подрёберную мини-лапаротомию (I, V, VI) или верхне-срединную мини-лапаротомию (в II, III, IV сегментах) в зависимости от локализации эхинококковых кист. При всех вмешательствах из минидоступа использовали ранорасширитель Мини-Ассистент. Особенностью этих инструментов является изгиб по оси в рабочей части, который позволяет вывести кисту хирурга из зоны манипулирования и обеспечить свободный обзор операционного поля.

У всех больных после аспирации содержимого кисты в целях её антипаразитарной обработки с учетом размера в полость вводили от 40 до 200 мл 100% стерильного глицерина. Спустя 7-10 минут, производили аспирацию содержимого кисты. Фиброзную оболочку кисты вскрывали путем электрокоагуляции. Свободные участки фиброзной оболочки иссекали электрокоагуляцией. С целью деструкции внутренней поверхности фиброзной капсулы применяли 33% раствор перекиси водорода (пергидроль), обладающий выраженным местным прижигающим действием, при контакте с тканями разлагается на активный кислород и воду, не оказывает токсического действия на ткани печени.

Время воздействия пергидроля составляло 7-10 мин. Затем в полость кисты устанавливали ранорасширитель «Мини-Ассистент», расправляли просвет и тщательно осматривали все ее отделы.

При лапароскопических операциях лапароскопом осматривали полость кисты. Во всех случаях удалось достичь такой же качественной визуальной ревизии, как и при широких доступах, что позволило осмотреть все стенки кисты и удалить оставшиеся паразитарные элементы. Обнаруженные желчные свищи были герметично ушиты. Остаточную полость

в зависимости от объема кисты дренировали одной или двумя силиконовыми трубками с низковакуумной аспирацией. Пациенты, оперированные из мини-доступа и лапароскопическим способом, активизировались на первые сутки после операции, не требовали наркотических анальгетиков.

#### Результаты и их обсуждение

Послеоперационные осложнения наблюдались у 9 (21,4%) больных из 42 оперированных традиционными способами (подпеченочный абсцесс – 1, нагноение остаточной полости – 2, реактивный плеврит – 2, желчеистечение – 4). Больным с подпеченочным абсцессом и нагноением остаточной полости произведена релапаротомия - санация и дренирование. Двум больным с реактивным плевритом произведена пункция плевральной полости. Желчеистечение прекратилось на 3-7 сутки после операции. Среди 107 больных, оперированных с применением минимально-инвазивной технологии (мини-доступом и лапароскопическим способом), осложнения наблюдались у 14 (13,1%) (серома и нагноение послеоперационной раны – 3, реактивный плеврит и гидроторакс – 6, желчеистечение – 5). Больным с реактивным плевритом и гидротораксом произведена пункция плевральной полости. Остальные случаи осложнений устранены консервативной терапией. Особенно благоприятным было послеоперационное течение после выполнения вмешательств из малых разрезов. Случаев выраженного пареза кишечника и системных осложнений не наблюдали.

Для изучения отдалённых результатов лечения, выявления возможного рецидива болезни, оценки динамики остаточной полости эхинококковой кисты печени проводили осмотр пациентов, выполняли ультразвуковое исследование или компьютерную томографию брюшной полости через 12, 24 и 36 месяцев после операции.

У 73 (48,9%) из них при ультразвуковом или КТ исследовании в проекции бывшей кисты печени не было зарегистрировано каких-либо полостных образований. Такой исход лечения чаще наблюдался у больных с расположением кисты в передних сегментах печени (III, IV, V, VI) и по её нижней поверхности. У 42 (28,1%) пациентов на протяжении периода наблюдения были выявлены плоские остаточные полости неправильной формы до  $24,0 \pm 0,3$  мм, сохраняющие свою форму и размеры либо уменьшающиеся в динамике. Следует отметить, что такая остаточная полость чаще регистрировалась после эхинококкэктомии из задне-верхних сегментов печени (VII, VIII, IV), а также при проведении в остаточную полость пряди большого

сальника. У 34 (22,8%) пациентов в проекции оперированных кист печени наблюдали очаги фиброза, чаще округлой или овальной формы размерами до  $45,0 \pm 0,7$  мм.

#### Заключение

Использование минимально-инвазивных технологий позволяет улучшить результаты хирургического лечения эхинококкоза печени. Минимальная травматичность, высокая экономическая эффективность являются основными преимуществами указанных способов.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов*

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Агаев Р.М. Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза печени с поражением желчных путей // Хирургия. 2002. №9. С.58-63
2. Дадвани С.А., Стреляева А.В., Гостищев В.К. Малоинвазивные оперативные вмешательства и химиотерапия при эхинококкозе // Анналы хирургической гепатологии. 2000. №4. С. 38-46.
3. Иванов С.А., Котив Б.Н. Ультразвуковое исследование в хирургии эхинококкоза печени // Вестник хирургии. 2001. Т.160, № 3. С. 73-76.
4. Кахаров М.А. и др. Обоснованное удаление фиброзной капсулы при эхинококкэктомии из печени // Хирургия. 2003. №1. С.31-35.
5. Кубышкин В.А. и др. Эволюция методов хирургического лечения эхинококкоза печени // Анналы хирургической гепатологии. 2002. Т. 7, №1. С.18-22.
6. Назыров Ф.Г. и др. Лучевые методы исследований в диагностике и лечении гнойных осложнений эхинококкоза печени // Анналы хирургической гепатологии. 2001. Т.6, №1. С. 47–51.
7. Назыров Ф.Г. и др. Минимально инвазивные вмешательства в лечении гнойных осложнений эхинококкоза печени // Анналы хирургической гепатологии. 2002. Т.2, №1. С. 18–21.

#### REFERENCES

1. Agaev R. M. Diagnostika i khirurgicheskoe lechenie ekhinokokkoza pecheni s porazheniem zhelchnyh putey [Diagnosis and surgical treatment of liver hydatidosis with biliary tract lesion]. *Khirurgiya – Surgery*, 2002, No. 9, pp. 58-63
2. Dadvani S. A., Strel'yeva A. V., Gostishchev V. K. Maloinvazivnye operativnye vmeshatelstva i khimioterapiya pri ekhinokokkoze [Minimally invasive surgical interventions and chemotherapy for echinococcosis]. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii – Annals of Surgical Hepatology*, 2000, No. 4, pp. 38-46.
3. Ivanov S. A., Kotiv B. N. Ultrazvukovoe issledovanie v khirurgii ekhinokokkoza pecheni [Ultrasound examination of the liver echinococcosis surgery]. *Vestnik khirurgii – Herald of surgery*, 2001, Vol. 160, No. 3, pp. 73-76.

4. Kakharov M. A. Obosnovannoe udalenie fibroznoy kapsuly pri ekhinokokkektomii iz pecheni [Sound disposal in the fibrous capsule of the liver echinococcectomy]. *Khirurgiya – Surgery*, 2003, No. 1, pp. 31-35.

5. Kubyshkin V. A. Evolyutsiya metodov khirurgicheskogo lecheniya ekhinokokkoza pecheni [Evolution of methods of surgical treatment of liver echinococcosis]. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii – Annals of Surgical Hepatology*, 2002, Vol. 7, No. 1, pp. 18-22.

6. Nazyrova F. G. Luchebye metody issledovaniy v diagnostike i lechenii gnoynnykh oslozhneniy ekhinokokkoza pecheni [Radiation research methods in the diagnosis and treatment of purulent complications of liver echinococcosis]. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii – Annals of Surgical Hepatology*, 2001, Vol. 6, No. 1, pp. 47–51.

7. Nazyrova F. G. Minimalno invazivnye vmeshatelstva v lechenii gnoynnykh oslozhneniy ekhinokokkoza pecheni [Minimally invasive interventions in the treatment of suppurative complications of liver echinococcosis]. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii – Annals of Surgical Hepatology*, 2002, Vol. 2, No. 1, pp. 18–21.

**Сведения об авторах:**

**Гульмурадov Таишулат Гульмурадovич** – зав. кафедрой сердечно-сосудистой и пластической хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ, член-корр. Академии наук Республики Таджикистан, д.м.н., профессор

**Амонов Шухрат Шодиевич** – врач Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии, к.м.н.

**Прудков Михаил Иосифович** – зав. кафедрой хирургических болезней ФПК и ПП ГБОУ ВПО Уральского государственного медицинского университета, г. Екатеринбург, Академик технических наук Российской Федерации, д.м.н., профессор

**Сангов Дилшод Сафарович** – врач-хирург Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии

**Контактная информация:**

**Амонов Шухрат Шодиевич** – тел.: +992-918-76-10-13;  
E-mail: shuhrat.amonov@yandex.ru

© Коллектив авторов, 2015

УДК 616.36-089+616.367-089;089.48

*Муминов С., \*Курбонов К.М., Расулов Н.А., \*Каюмов А.А.*

## УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КЛАССИФИКАЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПЕРИТОНИТА

Кафедра хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

\*Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

*Muminov S., \*Kurbonov K.M., Rasulov N.A., \*Kayumov A.A.*

## IMPROVEMENT OF CLASSIFICATION OF BILIOUS PERITONITIS

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

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

**Цель исследования.** Усовершенствовать и внедрить классификацию желчного перитонита.

**Материал и методы.** За основу настоящего исследования положен опыт комплексной диагностики и хирургического лечения 87 пациентов с желчным перитонитом, находившихся на лечении в Городской клинической больнице

скорой медицинской помощи г. Душанбе. Также были проанализированы и изучены имеющиеся на сегодняшний день классификации перитонитов и, в особенности, желчного.

**Результаты.** Клинические проявления желчного перитонита во многом зависели от причин возникновения заболевания и выраженности эндотоксемии. На основании проведенного исследования и обзора имеющихся в клинике данных разработана клиническая классификация желчного перитонита, которая позволяет в значительной степени оптимизировать дальнейшую тактику и тем самым улучшить результаты лечения.

**Заключение.** Проводимые операции на желчных путях нередко связаны с большими техническими сложностями, которые требуют от хирурга соответствующего опыта в области гепато-биллиарной хирургии. Поэтому данная классификация позволяет в значительной степени упростить и улучшить дальнейшую тактику выбора объема оперативного вмешательства. Значительную опасность представляют септические проявления, которые свидетельствуют о необходимости своевременного выбора лечения указанных больных.

**Ключевые слова:** патогенез желчного перитонита, классификация желчного перитонита

**Aim.** Improve and introduce classification of bile peritonitis.

**Materials and methods.** For a basis of this research the experience of complex diagnosis and surgical treatment of 87 patients with bilious peritonitis was put. Patients treated in the City Clinical Hospital of Emergency Medical Care Dushanbe. Also, evidence to date classification of peritonitis, and in particular, the bilious was analyzed and studied.

**Results.** The clinical manifestation of bilious peritonitis largely depended from reasons of disease arising and severity of endotoxemia. Based on the study and review of available clinical data the clinical classification of bilious peritonitis was developed. It would greatly optimize the further tactics and thus improve results of treatment.

**Conclusion.** Conducted operations on the biliary tract are often associated with great technical difficulties which require from surgeon of relevant experience in the field of hepato-biliary surgery. So the given classification would greatly simplify and improve further tactics of selection of operative intervention volume. A significant danger is presented by a septic symptoms which indicate the need for timely selection of treatment of this patients.

**Key words:** pathogenesis of bilious peritonitis, bilious peritonitis classification

### Актуальность

Несмотря на значительный прогресс в диагностике и лечении распространенных перитонитов, результаты лечения этого заболевания не удовлетворяют специалистов [2, 3]. Среди различных этиологических форм значительные трудности для диагностики и лечения представляют больные с желчным перитонитом (ЖП). Необходимо отметить, что ЖП является довольно частым осложнением желчнокаменной болезни и различных ее осложнений (гнойный холангит, холедохолитиаз, деструктивный холецистит), а также травматических повреждений печени и желчного пузыря [4, 6-7].

Имеющиеся на сегодняшний день различные классификации желчного перитонита не удовлетворяют предъявляемых к ним требо-

ваний. Для оценки заболевания пользовались классификацией Ашоффа, К.С. Симоняна (1971), Е.Г. Григорьева (1996), В.С. Савельева (1999) [5]. Также мы используем дополненную классификацию ASA [1]. В этой связи в клинике разработана классификация, которая позволяет оптимизировать хирургическую тактику и способы лечения ЖП.

### Материал и методы исследования

В основу настоящего исследования положен опыт комплексной диагностики и хирургического лечения 87 пациентов с желчным перитонитом, находившихся на лечении в Городской клинической больнице скорой медицинской помощи г. Душанбе.

В клинике за последние 15 лет по поводу ЖП оперировано 87 пациентов (табл.1).

Таблица 1

*Распределение больных с ЖП по полу и возрасту (n=87)*

Возраст (лет)	Пол				Всего	
	мужчины		женщины			
	количество	%	количество	%	количество	%
24-40	2	2,3	2	2,3	4	4,6
41-50	4	4,6	8	9,2	12	13,8
51-60	17	19,5	23	26,4	40	45,9
61-70	10	11,5	7	8	17	19,5
Старше 70	4	4,6	10	11,5	14	16,1
<b>Всего</b>	<b>37</b>	<b>42,5</b>	<b>50</b>	<b>57,5</b>	<b>87</b>	<b>100</b>

Мужчин было 37 (42,5%), женщин – 50 (57,5%). Возраст пациентов составлял от 24 до 76 лет. Больные поступали в клинику в

различные сроки от момента заболевания. Также значение имеет давность заболевания (табл. 2).

Таблица 2

**Сроки поступления больных (n=87)**

<i>Сроки поступления</i>	<i>Количество</i>	<i>%</i>
<i>В первые 6 часов</i>	7	8,1
<i>От 6 до 24 часов</i>	27	31
<i>От 24 до 48 часов</i>	31	35,6
<i>Более 48 часов</i>	22	25,3
<i>Всего</i>	87	100

В первые 6 часов от начала заболевания поступили лишь 7 (8,1%) пациентов, 27 (31%) – в сроки от 6 до 24 часов, остальные 53 (60,9%) пациента поступили после 24 часов от момента заболевания.

Детальная интерпретация клинического материала показала, что причиной ЖП являлись различные патологические состояния желчевыводящих путей и травматические повреждения печени и желчного пузыря (табл. 3).

Таблица 3

**Этиология желчного перитонита**

<i>Этиологические факторы</i>	<i>Количество</i>	<i>%</i>
<i>Деструктивный холецистит</i>	42	48,3
<i>Холецистолиитиаз</i>	14	16,1
<i>Перфоративный холецистит</i>	27	31,0
<i>Повреждения желчного пузыря</i>	3	2,3
<i>Повреждения общего желчного протока</i>	2	2,3
<i>Всего</i>	87	100

Как видно из представленной таблицы, в 83 (95,5%) наблюдениях причиной ЖП являлась патология желчевыводящих путей, в 4 (4,5%) - повреждения желчного пузыря (n=3) и желчных протоков (n=2).

Для диагностики ЖП и изучения патогенетических механизмов эндотоксемии больным проводили клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования – УЗИ, МРТ. Характер эндотоксемии изучали по уровню гематологических показателей эндотоксемии (МСМ, ЛИИ, лейкоцитоз, билирубин, АлАт и АсАт) и определению продуктов ПОЛ, в частности МДА.

Таким образом, проведенный анализ позволил выделить две группы факторов, влияющих на ход самой операции и на течение раннего послеоперационного периода.

*Первую группу* мы определили, как местные факторы операционного риска и отнесли к ним патологические изменения, обусловленные наличием конкрементов и воспалительных изменений желчного пузыря, окру-

жающих его тканей и соседних органов. Эти изменения создают технические трудности при выполнении операции и влияют на исход хирургического лечения.

*Вторую группу* составили общие факторы операционно-анестезиологического риска, к которым мы отнесли сопутствующие заболевания, на фоне которых развивались нарушения функций органов и систем. Данные факторы обуславливали тяжесть состояния больных, влияли на течение послеоперационного периода и явились противопоказанием к плановому хирургическому лечению.

Для выбора адекватной лечебной тактики и объективной оценки состояния больных ЖП мы усовершенствовали имеющиеся классификации и разработали клиническую классификацию ЖП.

**Результаты и их обсуждение**

Клинические проявления ЖП во многом зависели от сроков возникновения заболевания и выраженности эндотоксемии. В клинике нами разработана классификация ЖП.

**Клиническая классификация  
желчных перитонитов**

**I. По этиологии:**

1. ЖКБ
2. Деструктивный холецистит (калькулёзных и некалькулёзных)
3. Холедохолитиаз
4. Гнойный холангит
5. Травма желчного пузыря и желчных протоков

**II. По механизму возникновения:**

1. Пропотные
2. Прободные
3. Травматические

**III. По распространенности:**

1. Местный
2. Распространенный

**IV. По характеру экссудата:**

1. Желчный
  2. Гнойный
  3. Смешанный
- V. По форме течения:**
1. Без признаков сепсиса
  2. Абдоминальный сепсис
  3. Тяжелый абдоминальный сепсис
  4. Инфекционно-токсический шок

В соответствии с разработанной в клинике классификацией, пациенты с ЖП распределены на 3 группы (табл. 4).

Таблица 4

*Характер ЖП в зависимости от механизмов развития (n=87)*

Формы ЖП	Количество	%
<i>Пропотной желчный перитонит</i>	48	55,2
<i>Прободной желчный перитонит</i>	34	39,1
<i>Травматический желчный перитонит</i>	5	5,7
<b>Всего</b>	87	100

Так, в 48 (55,2%) наблюдениях имел место пропотной ЖП, для которого характерным было наличие деструкции желчного пузыря или желчных протоков без наличия перфоративного отверстия. В 34 (39,1%) случаях ЖП развился вследствие прободения стенок желчного пузыря или желчных протоков, обусловленного пролежнями от камней или деструкцией стенок. В 5 случаях ЖП развился по причине травматических повреждений гепатобилиарной системы.

Операции на желчных путях нередко связаны с большими техническими сложностями, что требует от хирурга соответству-

ющего опыта в области гепато-биллиарной хирургии. Поэтому они должны выполняться в специализированных учреждениях, имеющих необходимые условия для реконструкции желчных протоков в самых трудных ситуациях.

При этом необходимо правильно оценить показания к хирургическому вмешательству и выбрать оптимальный его способ для устранения ЖП.

**Выводы**

1. Разработанная нами классификация позволяет путем индивидуального подхода выбрать оптимальную тактику лечения больных с ЖП.

2. Патогенетически обоснованный и индивидуализированный подход в лечении больных ЖП позволяет улучшить результаты лечения этой патологии.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов*

**ЛИТЕРАТУРА (пп. 6-7 см. в REFERENCES)**

1. Абдувосидов Х.А. Факторы риска при хирургическом лечении желчнокаменной болезни у пожилых больных: автореф. дисс...кан. мед.наук. Москва, 2007. 24 с.
2. Ашрафов Р.А., Давыдов М.И. Послеоперационный перитонит: диагностика и хирургическое лечение // Вестник хирургии. 2000. Т. 159, №5. С. 114-118.
3. Гальперин Э.И., Ахаладзе Г.Г. Билиарный сепсис: некоторые особенности патогенеза // Хирургия. 1999. №10. С. 24-28.
4. Даминова Н.М. Этиопатогенез, диагностика, профилактика и хирургическое лечение послеоперационного желчного перитонита: автореф. дисс... докт.мед.наук. Душанбе, 2012. 42 с.
5. Федоров С.П. Желчные камни и хирургия желчных путей. М.: Медгиз, 1934. С. 55-86.

**REFERENCES**

1. Abduvosidov Kh. A. *Faktory riska pri khirurgicheskoy lechenii zhelchnokamennoy bolezni u pozhilykh bolnykh*. Avtoref. diss. kand. med. nauk [Risk factors at surgical treatment of gallstone disease in elderly patients. Extended abstract of candidate's of medical sciences thesis]. Moscow, 2007. 24 p.
2. Ashrafov P. A., Davydov M. I. *Posleoperatsionnyy peritonit: diagnostika i khirurgicheskoye lechenie* [Postoperative peritonitis: diagnosis and surgical treatment]. *Vestnik khirurgii – Herald of surgery*, 2000, Vol. 159, No. 5, pp. 114-118.
3. Galperin E. I., Akhaladze G. G. *Billiarnyy sepsis: nekotorye osobennosti patogeneza* [Biliary sepsis: some features of pathogenesis]. *Khirurgiya – Surgery*, 1999, No. 10, pp. 24-28.

4. Daminova N. M. *Etiopatogenez, diagnostika, profilaktika i khirurgicheskoe lechenie posleoperatsionnogo zhelchnogo peritonita*. Avtoref. diss. d-ra. med. nauk [Etiopathogenesis, diagnosis, prevention and surgical treatment of postoperative bilious peritonitis. Extended abstract of doctor's of medical sciences thesis]. Dushanbe, 2012. 42 p.

5. Fedorov S. P. *Zhelchnye kamni i khirurgiya zhelchnykh putey* [Gallstones and biliary tract surgery]. Moscow, Medgiz Publ., 1934. 55-86 p.

6. Ahmad F., An algorithm for the management of bile leak following laparoscopic cholecystectomy. *Annals of The Royal College of Surgeons of England*, 2007, Vol. 89, No.1, pp. 51-56.

7. Van Goor H., Hulsebos R.G., Bleichrodt R.P. Complication of planned relaparotomy in patients with severe general peritonitis. *European Journal of Surgery*, 1997, Vol. 163, No. 1, pp. 61-66.

**Сведения об авторе:**

**Муминов Сиёвуш** – аспирант кафедры хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

**Курбонов Каримхон Муродович** – зав. кафедрой хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, академик АМН РТ, заслуженный деятель науки и техники РТ, д.м.н., профессор

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

**Каюмов Алишер Абдулхамидович** – ассистент кафедры хирургической болезни №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н.

**Контактная информация:**

**Муминов Сиёвуш: тел.: +992938855805; e-mail: sioyvush@gmail.com**

© Коллектив авторов, 2015

УДК 616\_006.446;616.155.392;616.832

*Мустафокулова Н.И., Ганиева М.П., Ахунова Н.Т., Боронов Дж. Б.*

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ МИЕЛОБЛАСТНОМ ЛЕЙКОЗЕ

Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибн Сино  
Кафедра терапии с курсом геронтологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

*Mustafokulova N.I., Ganieva M.P., Ahunova N.T., Boronov J.B.*

## FEATURES OF PSYCHOSOMATIC MANIFESTATIONS AT ACUTE MYELOBLASTIC LEUKEMIA

Department of Internal Diseases №3 of Tajik State Medical University named after Abuali-ibn-Sino  
Department of Therapy with a Course of Gerontology of State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan»

**Цель исследования.** Оценить особенности психосоматических проявлений и качество жизни пациентов при остром миелобластном лейкозе.

**Материал и методы.** Протокол исследования включает проспективное и ретроспективное (с 2009 по 2014 годы) наблюдения 140 больных острым и хроническим миелобластным лейкозом. Средний возраст  $35,9 \pm 0,7$  лет. Мужчин — 62 (45,9%), женщин — 78 (54,1%). Из них 70 пациентов составили 1 группу с острым миелолейкозом, 2 группу - 70 пациентов с хроническим миелолейкозом. Обеим группам проводилось определение уровня психоэмоциональной

сферы при помощи госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Для оценки качества жизни и эффективности реабилитационных мероприятий у больных острым лейкозом предлагается использование опросника SF-36. Расчет проводился по специальным формулам трансформации шкал. Оценка осуществлялась по 100-балльной системе.

**Результаты.** Исследование больных по шкале тревоги и депрессии (HADS) проводили на второй-третий день поступления в стационар и повторно через две недели после проводимой терапии. Результаты тестирования по шкале HADS позволили сделать вывод о достоверных различиях уровня тревоги в обеих группах: 1 группу с высоким уровнем тревоги составили 6 пациентов (12 баллов) и 2 группу с высоким риском тревоги составила 12 пациентов. Субклинически выраженная депрессия по шкале HADS выявлена у 8 пациентов. У больных с ХМЛ субклинически выраженная депрессия отмечена у 13 больных (8 баллов). При сочетании тревоги и депрессии по шкале HADS в 1 группе отмечено большее количество пациентов - 39 (14/14), во второй группе - у 31 пациента (14/13). Субклинически выраженная стадия в 1 группе отмечена у 3 (10/9), во 2 группе - у 10 (19/9 баллов), что является высокими показателями в обеих группах. Установлено, что качество жизни больных острым и хроническим миелолейкозом, определяемое с помощью опросника SF-36, значительно снижено. После 4- недельного использования назначенной седативной терапии выявлено достоверное ( $p < 0,05$ ) улучшение качества жизни больных с острым и хроническим миелолейкозом.

**Заключение.** Стресс и психологические нарушения у больных острым миелоидным лейкозом сопровождаются высокими уровнями сочетания тревоги и депрессии, клинически выраженными у 55,7%. Психофизиологические нарушения выявлены у больных хроническим миелолейкозом в 44,3% случаев. С целью улучшения качества лечения при депрессивных состояниях рекомендуется применение седативных препаратов, транквилизаторов, при высоких показателях – антидепрессантов с применением программ, повышающих образовательный уровень пациентов: проведение бесед, лекций, аутогенных тренировок.

**Ключевые слова:** лейкозы, депрессия, качество жизни, шкала, психоэмоциональное состояние

**Aim.** Rate features of psychosomatic manifestations and quality of life of patients at acute myeloblastic leukemia.

**Materials and methods.** The study protocol includes prospective and perspective (from 2009 to 2014 years) observation of 140 patients with acute and chronic myeloblastic leukemia. The average age is  $35,9 \pm 0,7$  years. Male - 62 (45,9%), women - 78 (54,1%). Of which 70 patients amounted to 1 group with acute myeloleukemia, 2 group - 70 patients with chronic myeloleukemia. Both groups the determination of the level of psycho-emotional sphere with the help of ospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was conducted. To assess the quality of life and efficiency of rehabilitation activities in patients with acute leukemia the use of SF-36 questionnaire was provided. The calculation was made according to special transformation of scales. Evaluation was performed on a 100-point system.

**Results.** Study of patients by anxiety and depression scale (HADS) was performed on the second or third day admission to the hospital and again two weeks after the therapy. The test results on the scale of HADS led to the conclusion of reliable differences of level of anxiety in both groups: 1 group with high levels of anxiety included 6 patients (12 points) and 2 group at high risk of anxiety included 12 patients. Subclinically expressed depression on a scale of HADS detected in 8 patients. In patients with chronic myeloblastic leukemia subclinically expressed depression detected in 13 patients (8 points). At a combination of anxiety and depression on a scale of HADS in 1 group more number of patients - 39 (14/14), in the second group - 31 patients (14/13). Subclinically expressed stage in 1 group observed in 3 (10,9), in 2 group - in 10 (19/9 points), which is high in both groups. It is established that the quality of life of patients with acute and chronic myeloleukemia, determined using the SF-36 questionnaire significantly reduced. After 4 weeks of using assigned sedative therapy showed a significant ( $p < 0,05$ ) improvement in the quality of life of patients with acute and chronic myeloleukemia.

**Conclusion.** Stress and psychological disorders in patients with acute myeloid leukemia accompanied by high levels of a combination of anxiety and depression, clinically significant in 55,7%. Psychophysiological violations identified in patients with chronic myeloid leukemia in 44,3% of cases. In order to improve the quality of treatment at depressive states, recommended using of sedative drugs, tranquilizers, at high performance - with using of programs of antidepressants that increase the educational level of patients: holding the conversation, lectures and autogenous training.

**Key words:** leukemia, depression, quality of life, scale, psycho-emotional state

### Актуальность

Острые (ОЛ) и хронические лейкозы (ХЛ) остаются самыми распространенными среди онкологических заболеваний. За год заболеваемость ОЛ составляет 0,2 на 1000 населения, причем 75% приходится на взрослое население. Психосоматические расстройства - нарушения функций внутренних органов и систем, возникновение и развитие которых по большей части связано с нервно-психическими факто-

рами, переживанием острой или хронической психологической травмы, специфическими особенностями эмоционального реагирования личности [1, 2].

В наиболее распространенной трактовке для психосоматических расстройств характерным является знание значимости психологических факторов как в возникновении, так и в обусловливании ими усиления или ослабления соматического (физического) страдания. Та-

ким образом, критерием отнесения имеющегося физического заболевания к психосоматическому является наличие психологически значимых раздражителей из окружающей среды, которые во времени связаны с возникновением или обострением данного физического нарушения. Такое понимание психосоматических расстройств считается широким, так как к ним относят все нарушения функций внутренних органов и систем, возникновение и развитие которых тесно связано с нервно-психическими факторами, переживанием острой или хронической психологической травмы или со специфическими особенностями личностно-эмоционального реагирования человека на окружающее [3, 4, 5].

Качество жизни (КЖ) - спектр возможностей, ограничений, физиологических и психосоциальных симптомов, которые характеризуют индивидуальные возможности жизнедеятельности и получение удовлетворения от разнообразия ролей в жизни (WHOQOL, 1993). Под медицинскими аспектами качества жизни понимают влияние самого заболевания (его симптомов и признаков), наступающего в результате заболевания ограничения функциональной способности, а также лечения на повседневную жизнедеятельность больного. Авторы приводят схему взаимоотношений компонентов качества жизни, учитывающую объективные признаки и субъективные симптомы [1, 2, 3].

Благополучие основывается на персональной оценке и вере человека. Благополучие состоит из счастья, удовлетворенности жизнью, положительных и отрицательных влияний. Счастье рассматривается в двух аспектах - как сильная кратковременная радость, а также как обстоятельства жизни и чувства с дальней перспективой. Удовлетворенность жизнью представляет собой позитивную оценку жизни не только на основании текущей ситуации, но и с учетом прошлого опыта и ожиданий будущего. Третий аспект - положительно-отрицательные воздействия - предусматривает ситуацию, когда положительные чувства постоянно перекрывают отрицательные. В этом смысле благополучие не только медицинское понятие, но и состояние разума [4, 5, 6].

Обзор альтернативных вариантов определения КЖ позволяет обнаружить не только общие закономерности, но и наиболее типичные ошибки в отношении к этому показателю. Так, многие специалисты используют функциональный статус в качестве индикатора КЖ. Между тем, функциональный статус следует рассматривать, как способность индивидуума в данное время выполнять задания или функ-

ции, которые должны иметь фактический результат. При этом не учитывается психоэмоциональное состояние индивидуума, уровень его независимости и общественного положения, личные убеждения и многие другие аспекты, составляющие полноценную жизнь человека.

Несмотря на то, что слово «психосоматика» употребляется очень часто как в обиходе, так и в научной литературе, на сегодняшний день не существует единого определения этого термина. В целом его значение вытекает из слов, которые в него входят (душа и тело). С одной стороны, этот термин подразумевает научное направление, которое устанавливает взаимоотношения между психикой и телесными функциями, исследует, как психологические переживания влияют на функции организма, как переживания могут вызывать те или иные болезни. С другой стороны, под термином «психосоматика» подразумевается ряд феноменов, связанных с взаимовлиянием психического и телесного, в том числе целый ряд патологических нарушений. В-третьих, под психосоматикой понимают направление медицины, ставящее своей целью лечение психосоматических нарушений («психосоматическая медицина»). В настоящее время психосоматика является междисциплинарным научным направлением. Клиническим приложением павловской условно-рефлекторной теории стала кортико-висцеральная теория К.М. Быкова и И.Т. Курцина (1950-е годы), объясняющая происхождение внутренних (точнее - психосоматических) болезней следующим образом: кора головного мозга может непосредственно влиять на состояние внутренних органов (по механизму условных рефлексов), поэтому непосредственной причиной психосоматических заболеваний является нарушение динамики физиологических процессов (баланса возбуждения и торможения) на уровне коры головного мозга. Исходя из этих представлений, был предложен неспецифический метод лечения внутренних болезней с помощью охранительного торможения (длительного искусственного сна).

#### **Материал и методы исследования**

Протокол исследования включает проспективное и ретроспективное (с 2009 по 2014 годы) наблюдение 140 больных острым и хроническим миелобластным лейкозом. Средний возраст больных составил  $35,9 \pm 0,7$  лет. Мужчин – 62 (45,9%), женщин – 78 (54,1%). Из них 70 пациентов составили 1 группу с острым миелолейкозом, 2 группу - 70 пациентов с хроническим миелолейкозом.

Комплексное обследование и проспективное наблюдение пациентов проводилось на

базе гематологического отделения Национального медицинского центра Республики Таджикистан. Лабораторное обследование включало в себя гистоморфологические, цитохимические параметры для верификации диагноза острого лейкоза и ремиссии заболевания, также общеклинические и биохимические исследования, выполнение ЭКГ, УЗИ почек, определение электролитного состава крови.

У обследованных больных длительность заболевания лейкозом составила от 10 дней до 10 лет. Лечение острого миелобластного лейкоза проводили по стандартному протоколу индукции ремиссии «7+3», «7+3+VP16», консолидации ремиссии с использованием индукционных курсов, поддерживающей терапии по программе «7+3» или ротационной программе.

Обеим группам проводилось определение уровня психоэмоциональной сферы при помощи госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Для оценки качества жизни и эффективности реабилитационных мероприятий у больных острым лейкозом предлагается использование опросника SF-36. Расчет проводился по специальным формулам трансформации шкал. Оценка осуществлялась по 100-балльной системе (высокий балл отражал лучшие показатели качества жизни).

#### Результаты и их обсуждение

Проанализирована частота распространения различных уровней тревожности и депрессии у больных острым миелоидным лейкозом (табл. 1)

Таблица 1

*Частота распространения различных уровней тревожности и депрессии у больных с острым миелолейкозом*

<i>Шкала тревоги и депрессии (HADS)</i>	<i>1 группа (n=70) пациенты с ОМЛ</i>	<i>2 группа (n=70) пациенты с ХМЛ</i>
	<i>количество (баллы)</i>	<i>количество (баллы)</i>
Тревога по шкале (HADS): нормальная субклинически выраженная клинически выраженная	1 (5) 3 (8) 6 (12)	– – 12 (12)
Депрессия по шкале (HADS): нормальная субклинически выраженная клинически выраженная	3 (7) 8 (10) 4 (11)	– 13 (8) –
Сочетание тревоги и депрессии по шкале (HADS): нормальная субклинически выраженная клинически выраженная	2 (7/5) 3 (10/9) 39 (14/14)	6 (7/6) 10(10/9) 31 (14/13)

Результаты тестирования по шкале HADS позволили сделать вывод о достоверных различиях уровня тревоги в обеих группах, 1 группу с высоким уровнем тревоги составили 6 пациентов (12 баллов) и 2 группу с высоким риском тревоги также составили 12 пациентов. Депрессия, субклинически выраженная, выявлена у 8 пациентов, по шкале HADS составляет 10 баллов у больных с ОМЛ. У больных с ХМЛ субклинически выраженная депрессия отмечена у 13 больных с оценкой 8 баллов. При сочетании тревоги и депрессии по шкале HADS в 1 группе отмечено большее количество пациентов: у 39 (14/14) отмечалась клинически выраженные проявления, во второй группе - у 31 пациентов (14/13). Субклинически выраженная

стадия в 1 группе отмечена у 3 (10/9 баллов), во 2 группе – у 10 (19/9 баллов) пациентов, что является высоким показателем в обеих группах. Необходимо обратить внимание на высокие показатели тревоги и депрессии, особенно при их сочетании.

При средних показателях тревоги и депрессии (HADS) назначались седативные препараты, при высоких показателях – антидепрессанты с применением образовательных программ после консультации невропатолога.

Таким образом, проведенные исследования психофизиологического статуса больных острым и хроническим миелоидным лейкозом подтверждают высокую степень нарушений психофизиологического статуса, что отражает-

ся в высоких баллах депрессивных расстройств по шкале тревожности и депрессии.

Установлено, что КЖ больных острым и хроническим миелолейкозом, определяемое с помощью опросника SF-36, значительно снижено (табл. 2). Снижение ( $p < 0,05$ ) отмечено

по таким показателям, как: общее восприятие здоровья, физическая активность, ролевое физическое и эмоциональное функционирование, социальная активность, роль физической боли в ограничении жизнедеятельности и оценка жизнеспособности.

Таблица 2

*Влияние полихимиотерапии в ремиссии заболевания на параметры качества жизни больных острыми лейкозами*

<i>Шкала (баллы)</i>	<i>Контрольная группа n=50</i>	<i>Больные с ОМЛ и ХМЛ</i>	<i>После лечения</i>
Общее восприятие здоровья	75,3±5,9	50,08±6,08*	55,08±4,85*
Физическая активность	98,5±1,06	56,25±10,57*	72,9±7,13* **
Отсутствие физических проблем в ограничении жизнедеятельности	86,3±12,3	41,66±11,65*	60,41 ±9,46* **
Отсутствие эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности	81,7±14,8	52,77±13,26*	86,1±4,95 **
Социальная активность	80±8,6	60,4±5,72*	78,12±4,1**
Физическая боль	86,4±7,3	52,6±8,93*	65,75±9,81* **
Жизнеспособность	69,3±5,04	53,75±5,74*	67,08±4,62 **
Психическое здоровье	70,2±6,28	61,3±4,6	67,66±3,42

*Примечание:* \* – достоверность различий с контролем ( $p < 0,05$ ), \*\* – достоверность различий в группах больных ( $p < 0,05$  по критерию Вилкоксона).

После 4-недельного использования назначенной седативной терапии выявлено достоверное ( $p < 0,05$ ) улучшение качества жизни больных с острым и хроническим миелолейкозом, подтверждаемое нарастанием баллов по шкале физической активности до 73 баллов, ролевого физического функционирования до 60 баллов, ролевого эмоционального функционирования до 86 баллов, социальной активности до 78 баллов, а также субъективной оценки жизнеспособности до 67 баллов.

#### **Заключение**

Стресс и психологические нарушения у больных острым миелоидным лейкозом сопровождаются высокими уровнями сочетания тревоги и депрессии, клинически выражеными у 55,7%. Психофизиологические нарушения выявлены у больных хроническим миелолейкозом в 44,3% случаев. С целью улучшения качества лечения при депрессивных состояниях рекомендуется применение седативных препаратов, транквилизаторов, при высоких показателях – антидепрессантов с применением образовательных программ: повышение образовательного уровня пациента, проведение бесед, лекций, аутогенных тренировок.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов*

#### ЛИТЕРАТУРА (п. 6 см. в REFERENCES)

1. Дмитриева Т., Занозин А.В., Дмитриева И.В. и др. Оценка качества жизни подростков с психическими нарушениями // Материалы XIII съезда психиатров России. М., 2000. С. 121-122.
2. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. СПб.: ОЛМА - ПРЕСС, 2002. 320 с.
3. Расулов У.Р., Рахмонова О.Д., Хасанов Д.М. Интенсификация полихимиотерапии острых миелоидных лейкозов // Здравоохранение Таджикистана. Душанбе. 2011. № 4. С. 53-56
4. Уроков К.З., Ходжиева Г.Б. Влияние депрессии и тревожных состояний на течение острого инфаркта миокарда у пациентов молодого возраста // Вестник Авиценны. Душанбе. 2010. №4. С. 107-112.
5. Ходжиева Г.Б., Рахматов М.К., Хасанов Д.М., Ураков К.З. Клинико-гематологические особенности острой лейкемии в Таджикистане // Вестник Авиценны. Душанбе. 2013. №4. С. 36-39.

#### REFERENCES

1. Dmitrieva T., Zanozin A. V., Dmitrieva I. V. [Assessment of quality of life of teenagers with psychiatric

disorders]. *Materialy XIII sezda psikhiatrov Rossii* [Materials of XIII congress of psychiatrists of Russia]. Moscow, 2000, pp. 121-122. (In Russ.)

2. Novik A. A., Ionova T. I. *Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v meditsine* [Guide for quality assessment of life in medicine]. St. Petersburg, OLMA – PRESS Publ., 2002. 320 p.

3. Rasulov U. R., Rakhmonova O. D., Khasanov D. M. Intensifikatsiya polikhimioterapii ostrykh mieloidnykh leykozov [Intensification of polychemotherapy acute myeloid leukemia]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Health care of Tajikistan*, Dushanbe, 2011, No. 4, pp. 53-56.

4. Urokov K. Z., Khodzhieva G. B. Vliyanie depressii i trevozhnykh sostoyaniy na techenie ostrogo infarkta miokarda u patsientov mladogo vozrasta [Influence of depression and anxiety disorders on the course of acute myocardial infarction in young patients]. *Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna*, Dushanbe, 2010, No. 4, pp. 107-112.

5. Khodzhieva G. B., Rakhmatov M. K., Khasanov D. M., Urokov K. Z. Kliniko-gematologicheskie osobennosti ostroy leykemii v Tadjikistane [Clinical and

hematological features of acute leukemia in Tajikistan]. *Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna*, Dushanbe, 2013, No. 4, pp. 36-39.

6. Mihaila V., Enachescu D., Davilla C. General population norms for Romania using the short form 36 Health Survey (SF-36). *QL News Letter*, 2001, No. 26, pp. 17-18.

**Сведения об авторах:**

**Мустафокулова Намуна Ибрагимовна** – кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, д.м.н., профессор

**Ганиева Махбуба Пулатовна**. – доцент кафедры внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н.

**Ахунова Насиба Тохировна** – заведующая кафедрой терапии с курсом геронтологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н., доцент

**Боронов Джамшиед Бойназарович** – ассистент кафедры терапии с курсом геронтологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

**Контактная информация:**

**Боронов Джамшиед Бойназарович** – тел.: +992907542222

© Коллектив авторов, 2015

УДК 618.1 – 053.2.616.322 – 002; 616.831.9 – 002 – 008.6

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

## ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У ДЕВОЧЕК И ДЕВУШЕК С ГЕЛЬМИНТНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ ПРИ ЙОДДЕФИЦИТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Кафедра акушерства и гинекологии ГОУ ИПОвСЗ РТ  
ГУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии»

*Muhamadieva S.M., Sabirova G.A., Pulatova A.P.*

## PHYSICAL DEVELOPMENT AND GYNECOLOGICAL STATUS AMONG GIRLS AND WOMEN WITH HELMINTH INFECTIONS WHILE IODINE DEFICIENCY DISEASES

Department of Obstetrics and Gynecology of the State Educational Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan"  
State Establishment "Scientific-Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology"

**Цель исследования.** Изучить физическое развитие и частоту гельминтных инфекций среди девочек пубертатного возраста с йоддефицитными заболеваниями.

**Материал и методы.** Проведено комплексное обследование 160 девочек в возрасте 10-16 лет, обратившихся в отделение детской гинекологии и консультативно-диагностическую поликлинику НИИ АГиП: антропометрические показатели, индекс массы тела (Брей), для оценки развития молочных желез использовали формулу Таннера. Всем девочкам проводились клинические анализы крови и мочи, мазок на флору, анализ кала на яйца глистов и цисты лямблий, соскоб на энтеробиоз, ИФА (иммуноглобулины G и M) к антигенам лямблий в крови, биохимический анализ крови с оценкой активности АлАТ, АсАТ, УЗИ щитовидной железы, органов брюшной полости и малого таза.

**Результаты.** Йоддефицитные заболевания (ЙДЗ) и гельминтные инфекции формируют низкий индекс здоровья девочек и девушек пубертатного возраста. Сочетание анемии и зоба имелось у 92,8% пациенток, пиелонефрит – у 60,0%, простудные заболевания – у 99,9%, у каждой второй отмечалось нарушение менструального цикла. Физическое развитие девочек в основной группе отставало, по сравнению с контрольной группой: средний рост пациенток составил  $145,6 \pm 1,4$  см. Средний индекс Брея составлял 17,5 - нижняя граница нормы. Задержку полового развития имели 21,4%, тогда как в контрольной группе этот показатель был в 1,7 раза ниже (37,1%).

**Заключение.** Гельминтные инфекции влияют на физическое развитие и становление репродуктивной функции девочек и девушек, страдающих йоддефицитными заболеваниями. Использование современных технологий позволит своевременно выявить данную категорию пациенток и оздоровить их.

**Ключевые слова:** йоддефицитные заболевания, гельминтозы, девочки пубертатного возраста

**Aim.** To study the physical development and frequency of helminth infections among girls of pubertal age with iodine deficiency diseases.

**Materials and methods.** The complex observation of 160 girls in the age of 10-16 who turned to the children's gynecology department and to consultation and diagnostics polyclinic of Scientific and Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology was conducted: anthropometrical indicators, index of body mass (Brey), for evaluation of mammary glands development the Tanner's formula was used. All of the girls went through clinical analysis of blood and urine, flora smear, analysis of faeces for helminth eggs and lamblia cysts, scrape for enterobiasis, ELISA (immunoglobulins G and M) to antigens lamblia in blood, biochemical analysis of blood with evaluation of activity of Alanine Aminotransferase, AST, Ultrasound Examination of thyroid gland and organs of abdominal cavity and pelvis minor.

**Results.** Iodine deficiency diseases (IDD) and helminth infections form low index of health of girls and women of pubertal age. Combination of anemia and goiter is in 92,8% of patients, pyelonephritis - 60,0%, cold diseases in anamnesis in 99,9%, each second had disorder of period cycle. Physical development of girls of main group was behind the control group: average height of patients was  $145,6 \pm 1,4$  cm. The average index of Brey was 17,5 which corresponds to low border norm. Delay of sexual development had 21,4%, whereas in control group this indicator was 1,7 times lower (37,1%).

**Conclusion.** Helminthic infections effect on the physical development and formation of reproductive function of girls and women which have iodine deficiency diseases. Use of modern technologies will allow quickly identify this category of patients and heal them.

**Key words:** iodine deficiency diseases, helminthiases, girls of pubertal age

### Актуальность

Йододефицитные заболевания (ЙДЗ) являются одним из наиболее распространенных неинфекционных заболеваний человека [1]. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), приблизительно у двух миллиардов людей на земном шаре отмечается недостаточное потребление йода, включая одну треть детей школьного возраста. ВОЗ обнародовала доклады, из которых следует, что до 80% всех существующих заболеваний человека либо напрямую вызываются гельминтами, либо являются следствием их жизнедеятельности в организме человека. Проблема гельминтозов является одной из наиболее актуальных в детском возрасте. Согласно медицинским статистическим данным, в республике (2009 год) ежегодно регистрируется свыше 20 тысяч больных гельминтами.

Снижение физических способностей, замедление роста и, самое главное, – снижение интеллектуального развития и процессов познания являются негативными последствиями, которые возникают у детей из-за дефицита йода, железа, а также тяжелой глистной инвазии. ЙДЗ и гельминты, передаваемые через почву, представляют проблему для здравоохранения Таджикистана. Особую актуальность она приобретает среди девочек и девушек.

### Материал и методы исследования

В исследование включены 160 девочек в возрасте 10-16 лет, обратившихся в отделение детской гинекологии и консультативно-диагностическую поликлинику НИИ АГиП в 2013 году.

Критериями включения явились:

- девочки и девушки в возрасте 8-18 лет с йододефицитными заболеваниями с наличием глистной инвазии;

- девочки и девушки в возрасте 8-18 лет с наличием глистной инвазии;
- отсутствие базовой терапии;
- первичное обращение по жалобам.

Основную группу составили 110 девочек и девушек с йоддефицитными заболеваниями с наличием глистной инвазии, 50 – с наличием глистной инвазии без наличия йоддефицита.

При обследовании использовались антропометрические показатели: рост, масса тела, окружность грудной клетки (при максимальном вдохе, в паузе и максимальном выдохе). Для определения дефицита или избытка массы тела использовали индекс массы тела (по Брею), позволяющий оценить отношение массы тела (кг) и роста человека (см). Гармоничность и уровень физического развития оценивали при сопоставлении показателей обследуемых со стандартами местного физического развития девочек и девушек (Ф.М. Абдурахманова, 2004). Степень полового развития определяли с учетом выраженности развития молочных желез, особенностей распределения и интенсивности оволосения, наличия и характера менструации, при этом использовали формулу Таннера:

#### **Ma, Ax, P, Me**

где:

Ma – молочные железы,

Ax – подмышечное оволосение,

P – лобковое оволосение,

Me – характер менструального цикла.

При осмотре наружных половых органов обращали внимание на окраску их кожи половых, цвет слизистой оболочки, преддверия влагалища, характер выделений из половых путей. Всем девочкам проводились следующие исследования: клинические анализы крови и мочи, мазок на флору, анализ кала на яйца глистов и цисты лямблий, соскоб на энтеробиоз, ИФА (иммуноглобулины G и M) к антигенам лямблий в крови, биохимический анализ крови с оценкой активности АлАтТ, АсАТ, УЗИ щитовидной железы, органов брюшной полости и малого таза. В работе использовалась классификация МКБ 10 пересмотра

Для выявления йоддефицитных состояний использовался пальпаторный метод [4] и ультразвуковое исследование щитовидной железы.

Для определения дефицита или избытка массы тела использовали индекс массы тела Брея, позволяющий оценить отношение массы тела (кг) и роста человека (см). Всем обследованным проводилось консультирование

эндокринологом на наличие эндемического зоба (ИДЗ), используя стандартный метод пальпации. Степень эндемического зоба устанавливалась в соответствие с рекомендованными критериями совместного совещания ВОЗ/ЮНЕСЕФ/ICCID [3].

#### **Результаты и их обсуждение**

Средний возраст обследованных девочек составил  $14,5 \pm 1,2$  лет. Основной жалобой больных являлись зуд в области половых губ и промежности, обильные гнойные выделения со специфическим запахом, боли внизу живота и вокруг пупка. Среди клинических проявлений заболевания преобладали: поносы у 25 (35,7%), вздутие живота – у 22 (31,4%), тошнота и горечь во рту – у 20 (28,5%); слюнотечение наблюдалось у 7 (10,0%), запоры – у 13 (18,5%). Нарушения центральной и вегетативной нервной системы были выявлены у 58% больных, аллергические реакции кожи и дыхательной системы – у 27%. Из анамнеза установлено, что заболевание протекало с периодом острых клинических проявлений либо имело скрытое течение. Каждая вторая (52%) имела один вид гельминтов, каждая третья (35%) – два вида гельминтов, каждая четвертая (20,9%) были инфицированы тремя видами паразитов. Установлено, что наиболее часто встречаемый и распространенный вид гельминтов – острицы (58%), аскариды (22%) и лямблии (20%).

Установлено, что среди девочек основной группы диффузный нетоксический зоб выявлен у 47%, то есть, почти у каждой второй девочки. Каждая третья девочка (30,2%) имели диффузный зоб 1-й степени, а каждая шестая (17%) имела зоб 2-ой степени. Сравнительный анализ показал, что индекс здоровья среди пациенток основной группы был значительно ниже, по сравнению с контрольной группой: сочетание анемии и зоба отмечено у 92,8%, пиелонефрит перенесли 60,0%, простудные заболевания в анамнезе имели 99,9%. В контрольной группе среди экстрагенитальной патологии преобладала анемия (65%), простудные заболевания в прошлом перенесли в два раза меньше исследованных (47%).

Нарушения менструального цикла в виде регулярных/болезненных, нерегулярных/безболезненных, нерегулярных/болезненных выделений в основной группе отмечались в 1,5 раза чаще (54%), по сравнению с пациентками контрольной группы (34,2%).

*Особенности соматического и гинекологического статуса среди обследованных девочек и девушек*

Физическое развитие девочек в основной

группе отставало, по сравнению с контрольной группой: средний рост пациенток составил  $145,6 \pm 1,4$  см, что при сравнении с физиологическими нормативами является ниже возрастной нормы [5]. Средний индекс Брея составлял 17,5, что соответствует ниж-

ней границе нормы. Задержку полового развития имели 21,4%, тогда как в контрольной группе этот показатель был в 1,7 раза ниже (37,1%). Выявлены существенные изменения ультразвукового исследования матки среди обследованных, как представлено в таблице.

*Размеры матки обследованных девочек-подростков и девушек (см)*

Возраст, лет	Длина матки с шейкой		Передне-задний размер тела матки		Ширина тела матки	
	основная n=110	контрольная n=50	основная n=110	контрольная n=50	основная n=110	контрольная n=50
10-15	$3,7 \pm 0,13$ ***	$5,5 \pm 0,15$	$2,0 \pm 0,06$	$2,0 \pm 0,06$	$2,1 \pm 0,5$	$2,7 \pm 0,07$
16-18	$4,2 \pm 0,11$ ***	$6,8 \pm 0,13$	$2,3 \pm 0,12^*$	$2,9 \pm 0,11$	$3,7 \pm 0,05$	$3,7 \pm 0,07$

*Примечание:* \* -  $P < 0,05$ , \*\*\* -  $P < 0,001$

Как видно из приведенных данных, показатели длины матки с шейкой у девочек основной группы достоверно снижались, по сравнению с соответствующими показателями в контрольной. Также отмечено достоверное уменьшение передне-заднего размера у девушек основной группы, по сравнению с соответствующим показателем контрольной группы.

#### **Заключение**

Девочки и девушки с ЙДЗ, страдающие гельминтными инфекциями, составляют особую группу больных с учетом влияния этого заболевания на физическое развитие и становление репродуктивной функции. Использование современных технологий позволяет своевременно выявить данную категорию пациенток и оздоровить их.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов*

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Герасимов Г.А. и соавт. Йоддефицитные заболевания в России. М., 2002. 12 с.
2. Касымова С.Д. Йодная недостаточность у населения Республики Таджикистан и ее профилактика // Материалы 4-го Всероссийского конгресса эндокринологов. Санкт-Петербург, 2001. С. 309
3. Уварова Е.В. Стандартные принципы обследования и лечения детей и подростков с гинекологическими заболеваниями и нарушениями полового развития. М., 2008. 176 с.
4. Уварова Е.В. Детская и подростковая гинеколо-

гия: руководство для врачей. М.: Литтера, 2009. 384 с.

#### **REFERENCES**

1. Gerasimov G. A., *Yoddefitsitnye zabolevaniya v Rossii* [Iodine deficiency diseases in Russia]. Moscow, 2002. 12 p.
2. Kasymova S. D. [Iodine deficiency among the population of Republic of Tajikistan and its prophylaxis]. Materialy 4-go Vserossiyskogo kongressa endokrinologov [Materials of 4-th All-Russian Congress of endocrinologists]. St. Petersburg, 2001, pp. 309. (In Russ.)
3. Uvarova E. V. *Standartnye printsipy obsledovaniya i lecheniya detey i podrostkov s ginekologicheskimi zabolevaniyami i narusheniyami polovogo razvitiya* [The standard principles of observation and treatment of children and teenagers with gynecological diseases and disorders of sexual development]. Moscow, 2008. 176 p.
4. Uvarova E. V. *Detskaya i podrostkovaya ginekologiya: rukovodstvo dlya vrachey* [Childrens and teenagers gynecology: a guide to physicians]. Moscow, Littera Publ., 2009. 384 p.

#### **Сведения об авторах:**

*Мухаммадиева Саодатхон Мансуровна* – профессор кафедры акушерства и гинекологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н.  
*Пулатова Азиза Пулатовна* – научный сотрудник ГУ НИИ АГиП, к.м.н.  
*Собирова Гульчехра Абдуллаевна* – соискатель ГУ НИИ АГиП

#### **Контактная информация:**

*Мухаммадиева Саодатхон Мансуровна* – email: saohon@mail.ru; тел.: +992907711027

*Назирова Н.К., Мирзоева З.А., Воситзода З.Ф.*

## ЭФФЕКТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ НА УРОВНЕ ПМСП В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Кафедра семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ

*Nazirova N.K., Mirzoeva Z.A., Vositzoda Z.F.*

## EFFECTIV TREATMENT OF URINARY TRACT INFECTIONS IN PRIMARY CARE IN THE PRACTICE OF FAMILY PHYSICIAN

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

---

**Цель исследования.** Оценить эффективность схем лечения инфекций мочевыводящих путей (ИМП), основанных на принципах доказательной медицины.

**Материал и методы.** Под наблюдением находилось 28 пациентов с ИМП, средний возраст  $23,3 \pm 2,4$  года. Дети и подростки - 42,9% (12 человек), взрослые - 57,1% (16 человек), среди них женщины - 60,7%, мужчины - 39,3%. Методы исследования: клинические, статистические.

**Результаты.** Среди обследованных диагноз ИМП впервые установлен у 11 человек (39,3%): острый цистит 63,6% (7 человек), острый пиелонефрит - 36,4% (4 человека). Пациенты с повторными эпизодами ИМП составили 60,7% (17 человек): цистит у 58,8% (10 человек), пиелонефрит - у 41,2% (7 человек). В 71,4% случаев повторные эпизоды пиелонефрита отмечались у пациентов с мочекаменной болезнью.

Лечение ИМП проводилось с учетом пола, возраста и диагноза. Дети младше 12 лет с циститом и пиелонефритом получали амоксициллин в сочетании с клавулоновой кислотой 20-40 мг/кг в сутки в 3 приёма в течение 5 (7-10) дней. Все пациенты старше 12 лет получали нитрофурантоин по 100 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней (уровень доказательности А) или ципрофлоксацин (альтернативный препарат) по 500 мг 2 раза в сутки 3-5 (7-10) дней. У пациентов с рецидивирующей ИМП после проведения адекватной терапии и эрадикации возбудителя проводилась длительная профилактика нитрофурантоином 50 или 100 мг перед сном в течение 6-12 месяцев. В результате лечения, основанного на доказательной медицине, отмечалась положительная динамика клинических и лабораторных проявлений ИМП.

**Заключение.** Необходимо строго соблюдать рекомендуемые схемы ведения в соответствии с доказательными данными, избегать избыточного применения антимикробных препаратов и не применять антибиотики без показаний.

**Ключевые слова:** инфекция мочевых путей, клинический протокол, доказательная медицина

**Aim.** Evaluate the effectiveness of schemes treatment of urinary tract infections UTI based on the principles of evidence-based medicine.

**Materials and methods.** We observed 28 patients with UTI, with average age  $23,3 \pm 2,4$  years. Children and adolescents comprised 42,9% (12 people), adults - 57,1% (16 people), among them women - 60,7%, men - 39,3%. Methods applied: clinical and statistical.

**Results.** Among those who were diagnosed UTI first established in 11 people (39,3%): acute cystitis observed among 63,6% (7 people), acute pyelonephritis - 36,4% (4 people). Patients with recurrent episodes of UTI comprised 60,7% (17 people): 58,8% (10 people) with cystitis, 41,2% (7 people) with pyelonephritis. 71,4% of cases of recurrent episodes of pyelonephritis were observed in patients with urolithiasis.

UTI was treated with consideration of gender, age and diagnosis. Children younger than 12 years with cystitis and pyelonephritis received amoxicillin in combination with clavulanic acid 20-40 mg/kg per day in 3 divided doses for 5 (7-10) days. All patients older than 12 years received 100 mg of nitrofurantoin 2 times a day for 5 days (level of evidence A) or 500 mg of ciprofloxacin (alternative) 2 times a day 3-5 (7-10) days. Patients with recurrent UTI after adequate therapy and bacterial eradication were received long-term prophylaxis with nitrofurantoin, as 50 or 100 mg at bedtime for 6-12 months. As a result of treatment, based on evidence-based medicine, we observed positive dynamics of clinical and laboratory manifestations of UTI.

**Conclusion.** There is a necessity of strict adherence to the recommended schemes in accordance with the conclusive data, and avoidance of excessive use of antimicrobial drugs and use antibiotics without evidence.

**Key words:** *urinary tract infection, clinical protocol, evidence-based medicine*

### **Актуальность**

Инфекция мочевых путей (ИМП) - воспалительный процесс, локализующийся в различных отделах мочевыделительной системы. ИМП является одной из частых причин обращения к семейному врачу. В мире ежегодно регистрируется около 150 миллионов случаев ИМП у мужчин и женщин всех возрастов [6]. Распространенность ИМП в детской популяции составляет 20-22 случая на 1000 детей [2]. Среди взрослой популяции женщины в 30-50 раз чаще, чем мужчины, страдают от ИМП, в течение жизни до 60% женщин сталкиваются с эпизодом ИМП [12]. В пожилом и старческом возрастах частота ИМП у женщин и мужчин постепенно сравнивается, что обусловлено развивающейся практически в 100% доброкачественной гиперплазией предстательной железы, нарушающей уродинамику.

На сегодняшний день, несмотря на огромный выбор фармакологических препаратов, проблема терапии ИМП остается актуальной. Это обусловлено широкой распространенностью патологии и значительной частотой рецидивов среди всех возрастных групп. Установлено, что по поводу ИМП в амбулаторных условиях нерационально выписывается большое количество антибиотиков, что является причиной развития резистентности микроорганизмов. В связи с ростом развития устойчивости микроорганизмов вопрос рационального применения антибиотиков и необходимость тщательного мониторинга лечения являются актуальными.

Однако, не смотря на многочисленные усилия по улучшению оказания помощи больным с ИМП, существуют значительные различия в тактике врачей при ИМП: разные мнения относительно диагностических критериев, техники обследования, средств первого выбора и назначения препаратов при возникновении рецидивов, а также длительности лечения. В связи с этим разработаны и внедрены в клиническую практику «Протоколы по ведению основных заболеваний мочевыделительной системы на уровне ПМСП», предназначенные для медицинских работников первичного звена.

Данные протоколы разработаны на основе международных стандартов и подходов по лечению заболеваний мочевыделительной системы в соответствии с принципами доказательной медицины. Протоколы построены по системе - от симптомов к диагнозу, лечебный и профилактический подходы представлены в виде алгоритма, что облегчает тактику ведения ИМП практикующим врачом. При разработке классификаций, алгоритмов диагностики и ведения заболеваний были использованы и в последующем адаптированы данные из наилучших на данный момент руководств международной медицинской практики.

### **Материал и методы исследования**

Под наблюдением находилось 28 пациентов с ИМП, средний возраст которых составил  $23,3 \pm 2,4$  года. Дети и подростки составили 42,9% (12 человек), взрослые – 57,1% (16 человек), среди них женщины – 60,7%, мужчины – 39,3%. Методы исследования: клинические, статистические.

### **Результаты и их обсуждение**

Среди обследованных дети и подростки (в возрасте 3–19 лет) составили 42,9% (12 человек), взрослые – 57,1% (16 человек), из которых женщины – 60,7%, мужчины – 39,3%. Среди обследованных на момент первичного обращения диагноз ИМП впервые установлен у 11 человек (39,3%) на основании тщательно собранного анамнеза (жалобы на болезненное и/или частое мочеиспускание, боль внизу живота, срочное мочеиспускание, боль в поясничной области), физикального обследования и анализа мочи (микроскопия осадка, тест полоски). Чувствительность микроскопии осадка мочи достигает 89% при оптимальных условиях, но может снижаться до 47% в повседневной практике.

Среди обследованных пациенты с острым циститом составили 63,6% (7 человек): 57,1% женского пола и 42,9% мужского. Пациенты с острым пиелонефритом составили 36,4% (4 человека): 50% женского пола и 50% мужского пола.

Пациенты с повторными эпизодами ИМП составили 60,7% (17 человек). Среди обследованных с циститом было 58,8% (10 человек):

60% женского пола и 40% мужского; с пиелонефритом – 41,2% (7 человек): 64,7% женского пола, 35,3% мужского пола. В 71,4% случаев (5 человек) повторные эпизоды пиелонефрита отмечались у пациентов с мочекаменной болезнью (МКБ). Из исследования были исключены беременные женщины с ИМП.

Лечение ИМП проводилось с учетом пола, возраста и диагноза, а также с учетом результатов предшествующей антибактериальной терапии и аллергологического анамнеза. Всем пациентам с ИМП даны соответствующие рекомендации: больше пить, не задерживать мочеиспускание, мочеиспускание сразу после полового акта. Дети младше 12 лет с циститом в соответствии с рекомендациями клинического протокола (КП) получали препарат первого выбора - амоксициллин+клавулоновая кислота 20-40 мг/кг в сутки (по амоксициллину в составе препарата), в 3 приёма в течение 5 дней. Все пациенты старше 12 лет получали нитрофурантоин (препарат первого выбора) по 100 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней (уровень доказательности А) или ципрофлоксацин (альтернативный препарат) по 500 мг 2 раза в сутки 3-5-дневным курсом (уровень доказательности В). Применение нитрофурантоина обусловлено сохранением чувствительности *Escherichia coli* к данному антибиотику на протяжении многих лет применения.

Амбулаторное лечение пиелонефрита у детей младше 12 лет проводилось при нетяжелом общем состоянии, в случаях, если ребёнок имел средний риск осложнений. При остром неосложненном пиелонефрите легкой и средней степеней достаточно назначения пероральной терапии в течение 10–14 дней (уровень доказательности А). В соответствии с рекомендациями КП, дети до 12 лет получали препарат первого выбора - амоксициллин+ клавулоновая кислота 20-40 мг/кг в сутки, в 3 приёма в течение 7-10 дней. По данным источников, у детей старше трех месяцев жизни при легком и среднетяжелом течении пиелонефрита используются перорально защищенные пенициллины (амоксициллин/клавулонат), фторированные хинолоны в детском возрасте применяются только по жизненным показаниям [2, 3, 7].

Пациенты старше 12 лет в соответствии с рекомендациями получали препараты первого выбора – фторхинолоны, которые являются наиболее часто используемыми препаратами для терапии ИМП в мире [8]. В настоящее время отмечается рост резистентности уропатогенной *Escherichia coli* к препаратам этой группы. Считается, что при уровне резистентности в популяции более 10% на применение препаратов вводятся ограни-

чения [4, 5, 8, 10]. Фторхинолоны в течение 7-10 дней могут быть рекомендованы, как терапия первой линии, если резистентность *E. coli* <10% (уровень доказательности А) [9]. В клиническом исследовании с участием пациентов с пиелонефритом было показано, что ципрофлоксацин и левофлоксацин приводили к эрадикации штаммов уропатогенной *E. coli* в 50 и 100% случаев [11]. Кроме этого, у пациентов с рецидивирующей ИМП после проведения адекватной терапии и эрадикации возбудителя проводилась длительная профилактика нитрофурантоином 50 или 100 мг перед сном в течение 6-12 месяцев.

Так, среди обследуемых была отмечена следующая положительная динамика клинических проявлений острого цистита: средний срок нормализации общего состояния (исчезновение дизурических симптомов) составил 4 дня. Анализ мочи (микроскопия осадка, тест полоски) нормализовался несколько позже - в среднем к 8-му дню. Среди пациентов с острым пиелонефритом средний срок нормализации общего состояния (снижение температуры тела, исчезновение боли в спине) составил 6 дней, микроскопия осадка мочи нормализовалась к 12 дню.

Среди пациентов с повторными эпизодами ИМП, количество которых составило 60,7% (17 человек), у пациентов с острым циститом на фоне проводимого лечения исчезновение дизурических симптомов отмечалось в среднем к 5-му дню, нормализация анализа мочи - к 10-му дню. Среди пациентов с неосложненным пиелонефритом (41,2%) общее состояние улучшилось в среднем к 7 дню, нормализация осадка мочи - к 14 дню. Однако, у пациентов с осложненным пиелонефритом на фоне МКБ (71,6%) общее состояние улучшилось в среднем к 10 дню, микроскопия осадка мочи нормализовалась к 16 дню лишь у 42,9% пациентов. Трудности лечения рецидивирующих ИМП связаны с ростом резистентности уропатогенов, которые постоянно меняют свои свойства, вирулентность, активно защищаясь от антибиотиков. В связи с этим лечение рецидивирующих ИМП должно быть комбинированным, с учетом данных бактериологического посева мочи, и, прежде всего, необходимо устранить факторы риска или причины развития ИМП (МКБ, обструкция мочевыводящих путей, анатомические особенности и т.д.). Пациенты с рецидивирующей ИМП были взяты на диспансерное наблюдение: в случае отсутствия эффекта (сохранение патологических изменения в анализе мочи) при получении основного курса лечения данным пациентам проводилась длительная профилактика нитрофурантоином 50 или 100 мг

перед сном в течение 6-12 месяцев. В динамике отмечалась нормализация микроскопии мочи у 80% пациентов.

Таким образом, среди пациентов, получавших лечение в соответствии с рекомендациями КП, основанных на принципах доказательной медицины, отмечалась положительная клиническая и лабораторная динамика.

#### **Заключение**

Одна из главных проблем в лечении ИМП на современном этапе связана с высоким уровнем резистентности возбудителей к антибактериальным препаратам. Одной из причин антимикробной устойчивости является бесконтрольное применение антибиотиков. В этой связи необходимо строго соблюдать рекомендуемые схемы ведения в соответствии с доказательными данными, избегать избыточного применения антимикробных препаратов и не применять антибиотики без показаний [1, 5].

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов*

#### **ЛИТЕРАТУРА (пп. 6-12 см. в REFERENCES)**

1. Гриднев О.В. Клинико-фармакологические аспекты рациональной антибиотикотерапии инфекций мочевыводящих путей (клинико-экономическое многоцентровое исследование). Москва, 2006. 124 с.
2. Коровина Н.А. Пиелонефрит. В кн.: Диагностика и лечение нефропатий у детей. Руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. С. 164–199.
3. Практические рекомендации по антибактериальной терапии инфекций мочевой системы внебольничного происхождения (АРМИД): Пособие для врачей / Под ред. Л.С. Страчунского, Н.А. Коровиной. М., 2002. С. 22.
4. Рафальский В.В., Страчунский Л.С., Бабкин П.А. и др. Резистентность возбудителей неосложненных инфекций мочевых путей в России // Урология. 2006. №5. С. 34–37.
5. Рафальский В.В., Ходневич Л.В. Влияние резистентности возбудителей инфекций мочевыводящих путей на исходы антибактериальной терапии // Урология. 2008. №4. С. 3–9.

#### **REFERENCES**

1. Gridnev O. V. *Kliniko-farmakologicheskie aspekty ratsionalnoy antibiotikoterapii infektsiy mochevyvodyashchikh putey (kliniko-ekonomicheskoe mnogotsentrovoye issledovanie)* [Clinical and pharmacological aspects of rational antibiotic therapy of urinary tract infections (clinical and economic multicenter study)]. Moscow, 2006. 124 p.
2. Korovina N. A. *Pielonefrit. V knige: Diagnostika i lechenie nefropatiy u detey. Rukovodstvo dlya vrachey* [Pyelonephritis. In the book: Diagnosis and treatment of nephropathy in children. Manual for physicians]. Moscow, Ge'otar-Media Publ., 2007. 164–199 p.

3. Strachunskiy L. S., Korovina N. A. *Prakticheskie rekomendatsii po antibakterialnoy terapii infektsiy mochevoy sistemy vnebolnichnogo proiskhozhdeniya (ARMID). Posobie dlya vrachey* [Practical recommendations for antibiotic therapy of urinary tract infections of community-acquired origin. Manual for physicians]. Moscow, 2002. 22 p.

4. Rafalskiy V. V., Strachunskiy L. S., Babkin P. A., Rezistentnost vozbuditeley neoslozhnennykh infektsiy mochevykh putey v Rossii [Resistant pathogens of uncomplicated urinary tract infections in Russia]. *Urologiya – Urology*, 2006, No. 5, pp. 34–37.

5. Rafalskiy V. V., Khodnevich L. V. Vliyaniye rezistentnosti vozbuditeley infektsiy mochevyvodyashchikh putey na iskhody antibakterialnoy terapii [Influence of resistance of pathogens of urinary tract infections on the outcomes of antibiotic therapy]. *Urologiya – Urology*, 2008, No. 4, pp. 3–9.

6. Foxman B. Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity, and economic costs. *American Journal of Medicine*, 2002, Vol. 113, No. 5, pp. 13

7. Grude N., Potaturkina-Nesterova N. I., Jenkins A., Strand L., Nowrouzian F. L., Nyhus J., Kristiansen B. E. A comparison of phylogenetic group, virulence factors and antibiotic resistance in Russian and Norwegian isolates of *Escherichia coli* from urinary tract infection. *Clinical Microbiology and Infection*, 2007, Vol. 13, No. 2, pp. 208–211.

8. Gupta K., Hooton T.M., Naber K.G., International Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Acute Uncomplicated Cystitis and Pyelonephritis in Women: A 2010 Update by the Infectious Diseases Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases. *Clinical Infectious Diseases*, 2011, Vol. 52, No. 5, pp. 103–120.

9. Hsueh P.R., Lau Y.J., Ko W.C., Consensus statement on the role of fluoroquinolones in the management of urinary tract infections. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*, 2011, Vol. 44, No. 2, pp. 79–82.

10. Johnson L., Sabel A., Burman W.J., Emergence of fluoroquinolone resistance in outpatient urinary *Escherichia coli* isolates. *American Journal of Medicine*, 2008, Vol. 121, No. 10, pp. 876–84.

11. Klausner H.A., Brown P., Peterson J. et al. A trial of levofloxacin 750 mg once daily for 5 days versus ciprofloxacin 400 mg and/or 500 mg twice daily for 10 days in the treatment of acute pyelonephritis. *Current Medical Research and Opinion*, 2007, Vol. 23, No. 11, pp. 2637–2645.

12. Lindsay E. N. Managing recurrent urinary tract infections in women. *Women's Health*, 2005, No. 1, pp. 39–50.

#### **Сведения об авторах:**

**Мирзоева Зухра Амондуллоевна** – зав. кафедрой семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н., профессор

**Назирова Насиба Кимовна** – ассистент кафедры семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

**Воситзода Заррина Файзидиновна** – ассистент кафедры семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ

#### **Контактная информация:**

**Назирова Насиба Кимовна** – тел.: 985027214; e-mail: [fnlibrary@mail.ru](mailto:fnlibrary@mail.ru)

*Рафиков С.Р., \*Махмадов Ф.И., \*Курбонов К.М., \*Рахимов А.Р.*

## ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПЕЧЕНИ И ЛЁГКИХ У БОЛЬНЫХ С ПОДДИАФРАГМАЛЬНЫМ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ

Кафедра хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

\*Кафедра хирургических болезней №1 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибн Сино

*Rafikov S.R., \*Mahmadov F.I., \*Kurbanov K.M., \*Rahimov A.R.*

## DIAGNOSIS AND CORRECTION OF FUNCTIONAL DISORDERS OF LIVER AND LUNG IN PATIENTS WITH SUBDIAPHRAGMATIC LIVER ECHINOCOCCOSIS

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

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

---

**Цель исследования.** Улучшение результатов лечения поддиафрагмального эхинококкоза печени и его осложнений.

**Материал и методы.** Настоящее исследование основано на анализе и лечении 76 пациентов с эхинококкозом печени поддиафрагмального расположения. Подавляющее большинство составили лица старше 40 лет, мужчин было 33 (43,4%), женщин - 43 (56,6%). Осложнённые формы эхинококкоза наблюдалось у 63,1% (n=48) больных (нагноение - 27, прорыв в жёлчные пути - 21).

**Результаты.** Эхинококкоз печени сопровождается значительным разрушением гепатоцитов, нарушением показателей уровня провоспалительных цитокинов и оксида азота, особенно при осложнённом течении и поддиафрагмальной локализации, что указывает на нарушение функции печени и лёгких. По мере увеличения объема эхинококковой кисты в поддиафрагмальном пространстве и при длительном течении заболевания нарушаются вентиляционная и газообменная функция лёгких.

**Заключение.** Больным с эхинококкозом печени поддиафрагмальной локализации целесообразно проведение в предоперационном периоде антигипоксической терапии, в значительной степени улучшающей функциональное состояние печени и лёгких.

**Ключевые слова:** поддиафрагмальный эхинококкоз печени, индикаторные ферменты печени, провоспалительные цитокины, оксид азота, вентиляционная и газообменная функции легких

**Aim.** Improvement of results of treatment of subdiaphragmatic echinococcosis of liver and its complications.

**Materials and methods.** The present research is based on the analysis and treatment of 76 patients with hepatic echinococcosis of subdiaphragmatic location. The vast majority were persons older than 40 years. There were 33 males (43,4%) and 43 women (56,6%). Complicated forms of echinococcosis was observed in 63,1% (n=48) patients (abscess - 27, a breakthrough in the bile way - 21).

**Results.** Echinococcosis of the liver accompanied by significant destruction of hepatocytes, a violation of indicators of the level of proinflammatory cytokines and nitric oxide, especially in the complicated course and subdi-

aphragmatic location, indicating that altered functions of liver and lungs. With the growth of volume of hydatid cysts in the subdiaphragmatic space and in long-term course of the disease violated ventilation and gas exchange function of the lungs.

**Conclusion.** To patients with hepatic echinococcosis subdiaphragmatic localization advisable to conduct in the preoperative period antihypoxic therapy to significantly improve functional state of the liver and lungs.

**Key words:** subdiaphragmatic hydatid disease of the liver, indicator of liver enzymes, proinflammatory cytokines, nitric oxide, ventilation and gas exchange in the lung function

### Актуальность

Несмотря на улучшение уровня жизни, в целом отмечается неуклонный рост заболеваемости эхинококкозом с расширением географических границ болезни. Сложившаяся тенденция обусловлена рядом факторов, к которым, прежде всего, следует отнести увеличивающуюся миграцию населения, ухудшение санитарно-эпидемиологической ситуации, в первую очередь в регионах, эндемичных по эхинококкозу, и прекращение диспансеризации населения, в том числе в группах риска [1]. Интерес к эхинококкозу обусловлен не только увеличением числа больных, но и тем, что последний вызывает глубокие функциональные изменения в печени, приводящие к местным и общим осложнениям, связанным с недостаточностью её работы, что влечет за собой нарушения жизнедеятельности организма в целом. Одним из часто встречаемых локализаций эхинококковых кист (ЭК) являются VII,

VIII и II сегменты печени, что ввиду локализации во время вмешательств создает свои технические трудности. Кроме того, поддиафрагмальный эхинококкоз печени (ПЭП) заслуживает особого внимания из-за возникновения грозных осложнений, таких как прорыв в плевральную полость с развитием гнойного плеврита или формированием плевро-бронхиального свища, прорыв в жёлчевыводящие пути и нагноение [2, 3].

### Материал и методы исследования

Настоящее исследование основано на анализе и лечении 76 пациентов с эхинококкозом печени поддиафрагмального расположения. Подавляющее большинство больных составили лица старше 40 лет, при этом мужчин было 33 (43,4%), женщин – 43 (56,6%). Следует отметить, что осложнённые формы эхинококкоза в виде нагноения (n=27), прорыва в жёлчные пути (n=21) наблюдались у 63,1% (n=48) больных.

Расположение кист по сегментам отражено на рисунке 1.

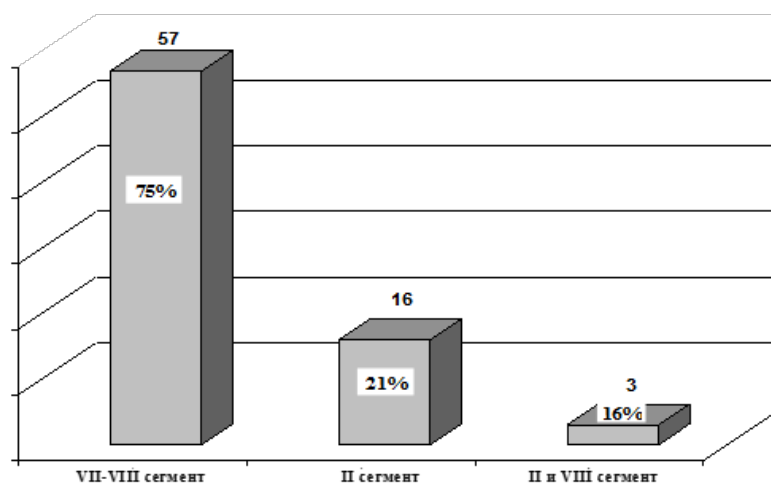


Рис. 1. Расположение ПЭП по сегментам

Клиническое обследование проводилось по общепринятым стандартам, включая биохимические анализы крови, коагулограмму, определение оксида азота (NO), продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ). Из инструментальных методов исследования проведено УЗИ с доплерографией, спирография и КТ.

При оценке полученных результатов проводилась статистическая обработка материала общепринятыми методами вариационной статистики. Для характеристики вариационного ряда были использованы статистические показатели: средняя арифметическая, среднее квадратичное отклонение, ошибка средней арифметической.

**Результаты и их обсуждение**

Для оценки глубины функциональных нарушений печени нами было определено содержание индикаторных ферментов (АсАТ и АлАТ) непосредственно в ткани печени. Для этого во время операции или до операции пункционным методом брали

кусочки печени вблизи от фиброзной капсулы паразита и из отдалённого от кисты участка.

Уровни АсАТ и АлАТ в перикистозной ткани печени и в отдалённом участке у больных ПЭП и в контрольной группе отражены в таблице 1.

Таблица 1

*Уровни АсАТ и АлАТ в перикистозном и в отдалённых участках печени*

Фермент, мкМ/мг	ПЭП		Контроль (n=13)
	Перикистозная ткань (n=19)	Ткань из отдалённого участка (n=29)	
АсАТ	0,06±0,003*	0,07±0,008	0,11±0,02
АлАТ	0,10±0,01***	0,13±0,01***°	0,31±0,02

*Примечание:* \* –  $P < 0,05$ ; \*\*\* –  $P < 0,001$  – достоверность различия показателей по сравнению с таковым в контрольной группе. ° –  $P < 0,05$  – достоверность различий показателей в зависимости от участка ткани.

Как следует из таблицы 1, вблизи фиброзной капсулы ПЭП наблюдается статистически достоверное снижение концентрации АсАТ и АлАТ, по сравнению с содержанием их в отдалённой от кисты зоне, также достоверно ниже, чем в контрольной группе. Происходящие в ткани печени выраженные структурные изменения в виде атрофии гепатоцитов, их гидропической дистрофии, цитолиза, то есть ускоренного развития апоптоза, уменьшение массы печёночной паренхимы, вероятно, влекут за собой нару-

шения функции гепатоцитов, приводящие к снижению содержания индикаторных ферментов в печени.

При сопоставлении данных содержания АсАТ и АлАТ в сыворотке крови и в тканях различных участков печени больных ПЭП можно отметить, что в крови концентрация этих ферментов достоверно выше, чем в ткани печени ( $p < 0,05$ ), что объясняется, по-видимому, «вымыванием» АсАТ и АлАТ в кровь при поражении печёночных клеток (табл. 2).

Таблица 2

*Содержание АсАТ и АлАТ в тканях печени и в сыворотке крови при ПЭП*

Печень		
Фермент мкМ/мг 30 мин	Перикистозная ткань (n=14)	Ткань из отдалённого участка (n=14)
АсАТ	0,06±0,03***	0,07±0,007***
АлАТ	0,11±0,01***	0,13±0,01***
Сыворотка крови (n=19)		
АсАТ, мкМ/мл.ч	0,47 ± 0,04	
АлАТ, мкМ/мл.ч	0,76 ± 0,05	

*Примечание:* \*\*\* –  $P < 0,001$  – достоверность различия показателей по сравнению с таковым в контрольной группе.

Таким образом, концентрация индикаторных ферментов в ткани печени у больных с ПЭП достоверно ниже, чем в печёночной ткани контрольной группы. На содержание АсАТ и АлАТ в ткани печени не влияет длительность заболевания. Наблюдающийся при ПЭП цитолиз гепатоцитов приводит,

вероятно, к выходу из них аминотрансфераз в кровеносное русло, что сказывается на повышении их содержания в сыворотке крови.

Из литературных данных известно, что оксид азота продуцируется эндотелиальной NO-синтазой и в норме практически не обнаруживается в клетках. Однако, синтез NO-синтазы

индуцируется под действием провоспалительных цитокинов, то есть ткани, поражённые воспалением, образуют повышенные количества супероксидных радикалов и оксида азота, которые играют значительную роль в развитии и патогенезе различных патологий. Они стано-

вятся медиаторами воспаления, модифицируют белки и повреждают нуклеиновые кислоты.

В связи с этим, нами были изучены сравнительные показатели уровней оксида азота в зависимости от характера осложнений ПЭП (рис. 2.)

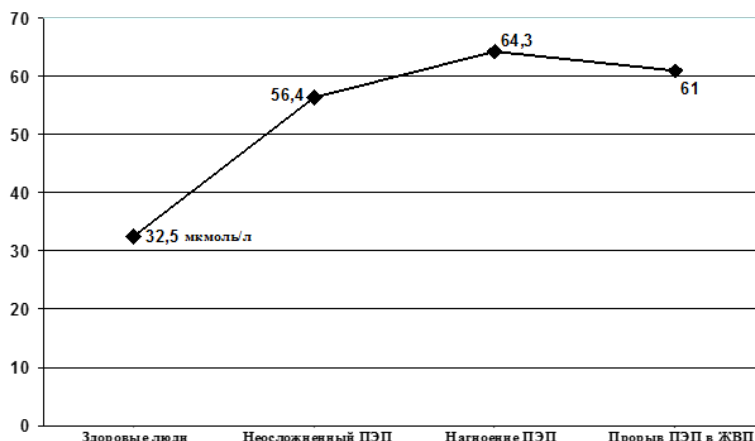


Рис 2. Сравнительные показатели содержания оксида азота в зависимости от осложнений ПЭП

Как видно из рисунка 2, содержание оксида азота значительно повышено при осложнённых формах ПЭП, то есть, если при неосложнённых формах ПЭП содержание оксида азота достигает 56,4 мкмоль/л, то при нагноениях ЭК оно повышается до 64,3 мкмоль/л. Последнее ещё раз подтверждает, что при нагноении активированные цитокинами и бактериальными эндотоксинами макрофаги в печени усиливают синтез оксида азота, что

приводит к повреждению гепатоцитов.

В этой связи мы сочли целесообразным изучить сравнительные показатели уровней оксида азота и цитокинов у пациентов ПЭП (n=27) как с неосложнёнными (n=12), так и осложнёнными формами (нагноение, прорыв в ЖВП), а также в до- и послеоперационном периодах (третьи, шестые и девятые сутки). В качестве сравнения использованы аналогичные показатели здоровых доноров (n=15).

Таблица 3

Содержание оксида азота и цитокинов в сыворотке крови больных ПЭП до и после операции

	Контроль	до операции	3-й день n/o	6-й день n/o	9-й день n/o
TNF-a	10,6±1,4	42±2,9*	47±4,8**	53±4,9**	48±4,0**
IL-8	11,2±2,8	52,3±5,1**	60,7±5,9**	61,1±5,2	60,9±5,1
IL-6	24,7±3,9	38,8±4,3*	172,6±14,4**	135,9±11,1	55,9±4,1**
NO, мкмоль/л	29,7±1,3	54,7±3,4	46,1±3,8**	39,4±0,6	34,3±3,0**

Примечание: \* – P<0,05; \*\* – P<0,01; \*\*\* – P<0,001 – достоверность различия показателей по сравнению с таковым в контрольной группе.

Как показали результаты исследований, у больных ПЭП наблюдается повышенный уровень содержания оксида азота в сыворотке крови как до операции, так и на третьи сутки после неё, по сравнению с показателями сыворотки крови доноров (табл. 3). На девятые сутки эти показатели снижаются с тенденцией к нормализации.

Содержание в крови цитокинов (TNF-a, IL-8, IL-6) до операции и на третьи сутки после операции превышало контрольные величины соответственно в 4,2; 4,6 и 7,1 раза во всех случаях (P<0,05). Были выявлены индивидуальные колебания указанных параметров в зависимости от времени суток и степени тяжести. При больших эхинокок-

ковых кистах и осложнённом течении ПЭП, особенно нагноении кисты, сильно возрос уровень ИЛ-6 ( $172,6 \pm 14,4$  пг/мл против  $24,7 \pm 3,9$  пг/мл, по сравнению с контрольной группой).

Таким образом, характер изменений концентрации цитокинов крови при ПЭП имеет четкую тенденцию увеличения от начальной к конечной стадии заболевания, от меньшего размера ЭК к большему и от неосложнённого течения заболевания к осложнённому, что определяет значимую роль цитокин-опосредованных механизмов в патогенезе ПЭП.

Таким образом, использование доступных методов лабораторной диагностики позволяет не только диагностировать ПЭП, но и прогнозировать темпы его прогрессирования. В результате комплексной оценки лабораторных показателей мы выделили сочетание наиболее информативных среди них, которые могут быть использованы для оценки тяжести печёночной недостаточности при ПЭП, а также для прогноза темпа прогрессирования процесса. Данные показатели могут применяться как дополнительные кри-

терии оценки тяжести ПЭП в лабораторном мониторинге заболевания и, в частности, в ранней диагностике осложнений и прогнозирования.

Немаловажное значение в поддержании высокой концентрации цитокинов в крови при ПЭП имеют изменения функции внешнего дыхания (ФВД). Большинство авторов считают, что они связаны с увеличением объема ЭК, поднятием диафрагмы и поджатием лёгких, что повышает внутригрудное давление. Как известно, нарушение движения диафрагмы при огромных ПЭП приводит к уменьшению глубины дыхательных движений, минутного объема дыхания и жизненной ёмкости легких. При этом ведущим звеном в патогенезе расстройств дыхания при ПЭП является уменьшение дыхательной поверхности лёгких и нарушение диффузии кислорода, которое, в свою очередь, способствует прогрессированию воспалительных изменений в печени и повышению уровня синтеза цитокинов в печени.

В связи с этим нами были изучены спирометрические показатели у пациентов ПЭП в зависимости от размера ЭК (табл. 4).

Таблица 4

*Показатели вентиляционной функции лёгких при ПЭП в зависимости от размера эхинококковой кисты*

Показатели	Размер эхинококковых кист, см					
	до 8,0 (n=31)		8,0-12,0 (n=28)		более 12,0 (n=17)	
	абс. л/мин.	% отн. к должной	абс. л/мин.	% отн. к должной	абс. л/мин.	% отн. к должной
<b>ЖЕЛ</b>	3,8±0,2	94,5±4,2	3,6±0,4	84,4±3,6	3,3±0,1*	78,2±2,2*
<b>ФЖЕЛ</b>	3,68±0,2	88,1±3,3	3,3±0,7	78,9±3,8	2,9±0,1	74,1±3,4*
<b>ОФВ<sub>1</sub></b>	3,60±0,4	83,3±3,2	3,2±0,2	76,8±3,7	3,0±0,2	75,1±3,5
<b>Индекс Тиффно</b>	88,4±3,0	—	78,1±3,9	—	76,8±1,2*	—
<b>ПОС</b>	7,41±0,9	81,5±1,4	7,3±0,3	80,0±0,6	7,0±0,9*	78,3±1,6
<b>МОС<sub>25</sub></b>	7,43±0,8	82,2±0,9	7,3±0,2	80,6±0,8	7,1±0,1	78,4±1,2
<b>МОС<sub>50</sub></b>	4,7±0,3	88,3±4,3	4,2±0,8	77,5±2,3	4,1±0,9*	76,2±2,1*
<b>МОС<sub>75</sub></b>	2,3±0,1	83,9±0,1	2,1±0,2	82,1±3,1	1,9±0,6*	79,0±1,1*
<b>PaCO<sub>2</sub> (кПа)</b>	5,6±0,4	—	6,13±0,1	—	6,15±0,2	—
<b>PvCO<sub>2</sub></b>	6,0±0,3	—	7,33±0,1	—	7,34±0,1	—
<b>PaO<sub>2</sub> (кПа)</b>	11,8±1,0	—	11,6±0,1	—	11,3±0,1	—
<b>PvO<sub>2</sub></b>	5,2±0,1	—	5,0±0,1	—	4,9±0,1	—

*Примечание:* \* –  $P < 0,05$  – достоверность различия показателей по сравнению с таковым в контрольной группе.

У пациентов с размерами ЭК 8,0-12,0 см и более 12,0 см наблюдалось снижение боль-

шинства показателей, по сравнению с размерами ЭК до 8,0 см. Причем у двух последних

групп изменения ВФД становились более значимыми и наблюдалось достоверное ( $P < 0,05$ ) сравнительное снижение значений ЖЕЛ, ФЖЕЛ, индекса Тиффно, МОС50, МОС75, а также, соответственно, отмечалось повышение парциального давления углекислого газа и снижение парциального кислорода в крови.

В связи с тем, что процессы ремоделирования растянуты во времени и связаны с увеличением объёма ЭК, была исследована зависимость уровня ФВД от размера ЭК. Было показано, что у больных с ЭП до 8,0 см величина ФВД почти не отличалась от контрольной группы. По мере увеличения объёма кисты этот показатель возрастал и достигал максимальных значений у лиц с ЭК свыше 12,0 см.

Снижение ЖЕЛ (в норме она колеблется от 3,5 до 5 л) в основном характеризуется увеличением размеров ЭК, что препятствуют свободной экскурсии грудной клетки.

Резюмируя все вышесказанное, можно сделать заключение, что у больных с ПЭП на фоне существенных нарушений печёночного кровотока (ПК) наблюдаются изменения ФВД. Данные изменения обнаруживаются уже на этапе хронического процесса, но приобретают клинико-диагностическое значение у больных ПЭП. Причем по мере нарастания объёма ЭК указанные нарушения прогрессируют, у части больных могут сопровождаться развитием лёгочной гипертензии. С другой стороны, гипоксия, обусловленная снижением функции лёгких, при ПЭП поддерживает имеющиеся нарушения в показателях цитокинового профиля и синтеза оксида азота.

#### Выводы

1. Эхинококкоз печени сопровождается значительным разрушением гепатоцитов, нарушением показателей уровня провоспалительных цитокинов и оксида азота, особенно при осложнённых формах и поддиафрагмальной локализации, что указывает на нарушение функции печени и лёгких.

2. По мере увеличения объёма эхинококковых кист в поддиафрагмальном пространстве и длительности заболевания в значительной степени нарушаются вентиляционная и газообменная функции лёгких.

3. Больным с ПЭП целесообразно в предоперационном периоде проведение патогенетически обоснованной антигипоксической терапии, в значительной степени улучшающей функциональное состояние печени и лёгких.

4. При выполнении оперативных вмешательств по поводу осложнённого ПЭП целесообразно применять оргонощадящие

методы, направленные на декомпрессию лёгких и снижение внутригрудного давления.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов*

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллаев А.Б. Усовершенствование диагностики эхинококкоза печени // Материалы XX-го юбилейного международного Конгресса Ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ. Донецк, 2013. С.7.

2. Зангинян А.В. Исследование свободнорадикальных процессов и содержание цитокинов при эхинококкозе печени // Инфекция и иммунитет. СПб. 2012. Т.2, №3. С. 661-664.

3. Назаров Ш.К. Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза печени и органов брюшной полости: автореф. дис... д.м.н. М., 2005. С. 10-11

#### REFERENCES

1. Abdullaev A. B. [Improvement of diagnosis of liver echinococcosis]. Materialy XX-go yubileyogo mezhdunarodnogo Kongressa Assotsiatsii khirurgov-gepatologov stran SNG [Materials of XX-th jubilee international Congress of the Association of surgeons-hepatologists of CIS countries]. Doneck, 2013, pp. 7. (In Russ.)

2. Zanginyan A. V. Issledovanie svobodnoradikalnykh protsessov i sodержanie tsitokinov pri ekhinokokkoze pecheni [Research of free radical processes and the content of cytokines during liver echinococcosis]. *Infektsiya i immunitet – Infection and immunity*, 2012, Vol. 2, No. 3, pp. 661-664.

3. Nazarov Sh. K. *Diagnostika i khirurgicheskoe lechenie ekhinokokkoza pecheni i organov bryushnoy polosti*. Avtoref. diss. d-ra. med. nauk [Diagnosis and surgical treatment of echinococcosis of the liver and abdominal cavity organs. Extended abstract of doctor's of medical sciences thesis]. Moscow, 2005. 10-11 p.

#### Сведения об авторах:

**Рафиков Сухроб Рахимович** – ассистент кафедры хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

**Махмадов Фарух Исроилович** – доцент кафедры хирургических болезней №1 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибн Сино, д.м.н.

**Курбонов Каримхон Муродович** – зав. кафедрой хирургических болезней №1 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибн Сино, академик АМН Республики Таджикистан, д.м.н., профессор

**Рахимов Аваз Рахимович** – ассистент кафедры хирургических болезней №1 ТГМУ, к.м.н.

#### Контактная информация:

**Рафиков Сухроб Рахимович** – тел.: +992918503888; e-mail: [cuhrob.rafikov@mail.ru](mailto:cuhrob.rafikov@mail.ru)

*Рустамов С.Г.*

## ВРАЧЕБНО-САНИТАРНАЯ СЛУЖБА ТАДЖИКСКОЙ ЖЕЛЕЗНОЙ ДОРОГИ: АКТУАЛЬНЫЕ И НЕРЕШЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Кафедра общественного здоровья, экономики и управления (менеджмента) здравоохранением с курсом медицинской статистики ГОУ ИПОвСЗ РТ  
Дорожная больница врачебно-санитарной службы ГУП «Таджикская железная дорога», Душанбе

*Rustamov S.G.*

## MEDICAL-SANITARY SERVICE OF TAJIK RAILWAY: ACTUAL AND UNSOLVED PROBLEMS

Department of Public Health, Economics and Management with a course of medical health statistics of the State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan"  
Road Hospital of medical-sanitary service SUE "Tajik Railway", Dushanbe

---

**Цель исследования.** Определение актуальных и нерешенных проблем в деятельности врачебно-санитарной службы Таджикской железной дороги (ТЖД).

**Материал и методы.** Проанализированы материалы архивного управления Государственного унитарного предприятия «Рохи охани Тоҷикистон» и статистического кабинета его врачебно-санитарной службы.

**Результаты.** В 2014 году в поликлинику дорожной больницы на станции Душанбе-1 обратились 57 226 человек. Предрейсовые осмотры локомотивных бригад ТЖД осуществляют 7 фельдшерских пунктов с общим числом осмотров более 2500 в год. Наиболее высокий уровень заболеваемости с временной утратой трудоспособности на 100 работающих среди работников пассажирской службы – 13,3 случаев и 219,7 дней, локомотивной службы – 8,9 случаев и 211,1 дней, вагонной службы – 7,3 случаев и 132,3 дней. Показатель охвата диспансерным наблюдением составляет 141,3 на 1000 человек. Первичный выход на инвалидность уменьшился за последние 5 лет с 4 до 2,9 на 1000 работающих. Показатель смертности за последние 5 лет несколько увеличился - с 1 до 1,7 на 1000 работающих.

**Заключение.** В настоящее время в системе железнодорожного здравоохранения Таджикистана создана соответствующая инфраструктура, но имеется ряд нерешенных вопросов. При наличии соответствующего финансирования и специального обучения возможно расширить профилактическое и реабилитационное направления деятельности службы. Это позволит улучшить состояние здоровья работников железной дороги.

**Ключевые слова:** *врачебно-санитарная служба, Таджикская железная дорога, профилактика заболеваний, лечебно-профилактическая помощь, железнодорожная медицина*

**Aim.** Determination of actual and unsolved problems in the activity of medical-sanitary service of Tajik Railway (TRW)

**Materials and methods.** Analyzed the materials of archive department of the State Unitary Enterprise "Rohi Ohani Tojikiston" and statistical office of his medical-sanitary service.

**Results.** In 2014, to the road hospital polyclinic on station Dushanbe-1 addressed 57 226 people. Pre-trip check-ups of TRW locomotive crews performed by 7 feldsher stations with total number of inspections more than 2500 per year. The highest level of morbidity with temporary disability per 100 employees among the employees of passenger service – 13,3 cases and 219,7 days, locomotive service – 8,9 cases and 211,1 days, wagon service – 7,3 132,3 cases days. Indicator of dispensary observation amounts 141,3 per 1000 people. Primary disability decreased over the past 5 years

from 4 to 2.9 per 1000 workers. Mortality rate over the last 5 years slightly increased – from 1 to 1,7 per 1000 workers.

**Conclusion.** At the present time in the railway health system of Tajikistan the appropriate infrastructure was created, but there is a number unresolved issues. In the presence of appropriate financing and special education is possible to extend preventive and rehabilitative directions of service activity. It will allow improving of health status of railway workers

**Key words:** *medical-sanitary service, Tajik Railway, prevention of diseases, treatment and preventive assistance, railway medicine*

### **Актуальность**

Развитие железнодорожной медицины неразрывно связано с развитием сети железных дорог, ростом объема перевозок грузов и пассажиров, вводом в строй новых предприятий и других объектов железнодорожного транспорта и транспортного строительства [5].

В задачи медицинской службы на железнодорожном транспорте входит оказание лечебно-профилактической помощи работникам железнодорожного транспорта, транспортного строительства, а также членам их семей, включая детей. К настоящему времени врачебно-санитарной службой ГУП «ТЖД» охвачено около 0,5% населения Республики Таджикистан.

Актуальными проблемами медицинской службы железной дороги являются: улучшение качества профессионального отбора; экспертиза профессиональной пригодности работающих на железнодорожном транспорте; совершенствование оказания медицинской помощи железнодорожникам; повышение уровня культуры и качества медицинского обслуживания, что определяет актуальность проведенного исследования.

### **Материал и методы исследования**

Проанализированы материалы архивного управления Государственного унитарного предприятия «Рохи охани Точикистон» и деятельность врачебно-санитарной службы [1].

### **Результаты и их обсуждение**

Одной из первостепенных задач железнодорожной медицины является медицинское обеспечение безопасности движения. Она включает в себя следующие основные составляющие: медицинский отбор и периодические переосвидетельствования лиц, непосредственно связанных с движением поездов; контроль за состоянием машиниста в рейсе; предрейсовые медицинские осмотры работников локомотивных бригад; вопросы наркологического контроля и мониторинг приема лекарственных средств; медицинская реабилитация работников [2].

В настоящее время врачебно-санитарная служба Таджикской железной дороги (ТЖД) представлена следующим образом: дорожная больница (на 100 мест) с поликлиникой на

станции Душанбе-1; отделенческая больница (на 30 мест) на станции Худжанд; амбулатории на станциях Курган-тюбе и Канибадам; 21 медицинский пункт и Центр госсанэпиднадзора, имеющий филиалы в Худжанде и Курган-тюбе. Функционируют пансионаты – «Железнодорожник» - в живописном Ромитском ущелье на высоте 1150 м над уровнем моря, где для лечения доступны термоисточники и целебные грязи; «Кайраккум» - на побережье рукотворного Таджикского моря; «Шахристан» - в высокогорье на уровне 3378 м над уровнем моря, а также пансионат для работников Курган-тюбинской ветки в Сарбанде. Значимость санаторно-курортного лечения возрастает с увеличением в структуре болезней хронической неинфекционной патологии, требующей, помимо стационарной и амбулаторной помощи, реабилитации и регулярного оздоровления.

Ведущим звеном в охране здоровья железнодорожников и транспортных строителей являются учреждения амбулаторно-поликлинической сети – здравпункты, амбулатории, поликлиники, где начинают и заканчивают лечение до 80% больных, проводится значительный объем профилактической работы: предрейсовые, целевые, периодические (перед поступлением на работу, декретированных групп) и другие виды профилактических осмотров работников [5].

Необходимо отметить, что организация лечебно-профилактической помощи пациентам в условиях железнодорожной поликлиники имеет ряд особенностей, связанных со спецификой ведомственного характера работы лечебно-профилактических учреждений. В настоящее время на железнодорожном транспорте сложилась система медицинского контроля, регламентированная целым рядом нормативно-правовых документов. Эта система включает в себя проведение предварительных при поступлении на работу медицинских осмотров, предрейсовые медицинские осмотры и периодическое медицинское освидетельствование работников. При осуществлении медицинских профилактических осмотров и профессионального отбора предъявляются высокие требования к состоянию здоровья работников, связанные с безопасностью движения поездов

[6]. Работу по медицинскому освидетельствованию железнодорожников Таджикистана осуществляет 2 врачебно-экспертные комиссии, которые работают не только по основному месту нахождения, но и выезжают для проведения медицинских осмотров на линейные станции. Число осматриваемых ежегодно в объеме периодических медосмотров составляет более 2000 человек.

Предрейсовые медосмотры работников локомотивных бригад были введены еще в 1965 году [3]. В настоящее время предрейсовые осмотры локомотивных бригад ТЖД осуществляют 7 фельдшерских пунктов с общим числом осмотров более 2500 в год.

На местах, согласно разработанным мероприятиям, осуществляется ежедневный контроль за первично выданными листками нетрудоспособности, проводятся контрольные ВКК, проверка обоснованности выдачи больничного листка и выполнения больным режима на дому.

В 2014 году в поликлинику дорожной больницы на станции Душанбе-1 обратились 57 226 человек. Анализ показателей заболеваемости в 2014 году по группам предприятий различных служб ТЖД показал, что наиболее высокий ее уровень на 100 работающих среди работников пассажирской службы – 13,3 случаев и 219,7 дней, локомотивной службы – 8,9 случаев и 211,1 дней, вагонной службы – 7,3 случаев и 132,3 дней. В структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности у работников Таджикской железной дороги преобладают болезни органов дыхания, системы кровообращения, патология костно-мышечной системы и соединительной ткани. Основные нозологические формы данных групп заболеваний являются хроническими, длительно протекающими болезнями, поэтому, очевидно, что их своевременное выявление и предупреждение являются одной из приоритетных проблем современной железнодорожной медицины. Первостепенным становится не только раннее выявление заболеваний, но и недопущение человека до болезненного состояния путем коррекции факторов риска хронических неинфекционных заболеваний, активного развития и восстановления его психофизиологических резервов [4].

В снижении заболеваемости с временной утратой трудоспособности большую роль играет совместная деятельность медработников с руководством предприятий через инженерно-врачебные бригады (ИВБ), деятельность которых была активизирована в 2014 году.

Весьма важное значение для снижения заболеваемости имеет эффективное и качественное проведение диспансеризации работающих на ТЖД, организация оздоровительных мероприятий. Данные за 2014 г. свидетельствуют, что всего на диспансерном наблюдении находится 982 больных. Показатель охвата диспансерным наблюдением всего работающего контингента и обслуживаемого населения составляет 141,3 на 1000 человек.

Большую роль в профилактической работе играет профотбор и экспертиза профессиональной пригодности работающих. В 2014 г. охват периодическими осмотрами составил 91,8% от плана, что объясняется экономически обусловленными факторами (сокращение количества работников основных специальностей).

Отчетливая положительная тенденция прослеживается в отношении такого важного показателя, как первичный выход на инвалидность. Этот показатель уменьшился за последние 5 лет с 33 человек (4 на 1000 работающих) в 2010 году до 20 человек (2,9 на 1000 работающих) в 2014 г.

Касаясь вопросов смертности среди работающих железнодорожников, необходимо отметить, что на протяжении последних 5 лет показатель ее уровня несколько увеличился: с 1 на 1000 работающих в 2010 году до 1,7 – в 2014 году. В структуре смертности преобладают заболевания органов кровообращения.

В сложившейся системе охраны здоровья железнодорожников определяется целый ряд нерешенных проблем. Становление Республики Таджикистан, как независимого государства, было обусловлено бурными политическими и социально-экономическими процессами. Это отразилось как на состоянии экономики страны, так и на состоянии ее медицины, в том числе и на состоянии медицинской службы Таджикской железной дороги. Кроме того, особенность расположения государства в своеобразном «транспортном тупике», а также сложные взаимоотношения с прилегающими странами привели к тому, что экономическая ситуация на самой железной дороге достаточно тяжелая. Следует отметить, что деятельность отрасли здравоохранения в условиях экономической нестабильности, постоянного недофинансирования главным образом направлена на повышение эффективности и оптимизации использования наличных ресурсов при максимальном снижении давления на бюджет. Это привело к тому, что сегодня в больницах ТЖД не имеется возможности для приобретения нового современного оборудования. В настоящее время проводится

тщательная инвентаризация медицинской аппаратуры и оборудования для наиболее эффективного их использования, составлены табеля оснащения. Имеющаяся в наличии аппаратура приведена в удовлетворительное техническое состояние, но с учетом требований времени необходимо усовершенствовать процесс проведения профилактических осмотров и диагностики. Это позволит в дальнейшем отказаться от услуг других медицинских учреждений и в полном объеме реализовать профилактические мероприятия по своевременному выявлению факторов риска и лиц из групп риска.

Несмотря на то, что в целом ряде научных работ продемонстрирована целесообразность проведения скрининговых исследований, до сих пор эти методики используют на этапе первичной помощи недостаточно. Например, в соответствии с Национальными программами по профилактике сахарного диабета и ишемической болезни сердца рекомендовано ежегодное исследование содержания уровня глюкозы и холестерина крови всем лицам старше 40 лет. Однако, по ряду субъективных и объективных причин данные виды исследования проводятся не всем лицам данной возрастной группы.

В последние годы актуальной стала проблема стандартизации лечебно-диагностического процесса. Разработанные клинические протоколы (стандарты), утвержденные Министерством здравоохранения Республики Таджикистан, составлены для системы общей практики без учета специфики деятельности многих железнодорожных профессий. В частности, необходимо учитывать, что применение многих лекарственных препаратов притупляет внимание и быстроту реакции, так необходимые представителям ряда железнодорожных профессий. А, значит, возникает необходимость разработки собственных стандартов терапии той или иной патологии для железнодорожников.

Важнейшее значение при оказании помощи и профилактических услуг пациентам приобретают вопросы подготовки квалифицированных кадров. На базе Таджикского Государственного медицинского института и Института последиplomного образования в сфере здравоохранении РТ нет курса или кафедры железнодорожной медицины. Практика показывает, что для приобретения достаточной квалификации по данному профилю специалисту общей практики необходимо от 2 до 4 лет работы на месте, чтобы достигнуть определенного уровня знаний по железнодорожной медицине.

## Заключение

Ведущим звеном в охране здоровья железнодорожников и транспортных строителей являются учреждения амбулаторно-поликлинической сети.

Наиболее высокий уровень заболеваемости с временной утратой трудоспособности зарегистрирован среди работников: пассажирской службы на 100 работающих – 13,3 случаев и 219,7 дней, локомотивной службы – 8,9 случаев и 211,1 дней, вагонной службы – 7,3 случаев и 132,3 дней. Данные показатели требуют разработки специальных программ по снижению уровня заболеваемости среди указанного контингента, т.к. представители данных профессий являются основным структурным звеном любой железной дороги.

В структуре смертности среди работников Таджикской железной дороги преобладают заболевания органов кровообращения.

Клинические протоколы (стандарты) ведения больных, предлагаемые Министерством здравоохранения и социальной защиты населения РТ требуют доработки и адаптации с учетом специфики деятельности работников железной дороги.

Таким образом, в настоящее время в системе железнодорожного здравоохранения Таджикистана создана соответствующая инфраструктура, но имеется ряд нерешенных вопросов, касающихся финансирования и возможностей специального обучения, с целью расширения профилактической и реабилитационной направленности деятельности службы. Это позволит улучшить состояние здоровья работников железной дороги.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Архивное управление Государственного унитарного предприятия «Рохи охани Тоҷикистон», фонд II, единица хранения I, лист 18
2. Атьков О.Ю. Железнодорожное здравоохранение: вчера, сегодня, завтра. Здравоохранение в Российской Федерации: федеральный справочник. М.: Родина-Про, 2005. С. 171-173.
3. Кудрин В.А., Орлов А.И. Предрейсовые медицинские осмотры локомотивных бригад. Железнодорожная медицина: руководство для врачей. М., 2003. Т.1. С. 153-159
4. Молодцова Е.В., Шеметова Г.Н. Актуальные и нерешенные проблемы организации лечебно-профилактической помощи в условиях железнодорожной медицины. //Саратовский научно-медицинский журнал. 2010. Т. 6, №1. С. 88 - 94
5. Момот А.И., Удовицкий А.М. Охрана здоровья работников Приднепровской магистрали. //Медицина залізничного транспорту України. 2002. №2. С. 5-6

6. Приказ Министерства путей сообщения № 23Ц от 7 июля 1987 года «О медицинском освидетельствовании работников железнодорожного транспорта, связанных с движением поездов»

#### REFERENSES

1. *Arkhivnoe upravlenie Gosudarstvennogo unitarnogo predpriyatiya «Rokhi okhani Tozhikiston», fond II, edinit-sa khraneniya I, list 18* [Archive department of the State Unitary Enterprise "Rokhi okhani Tojikiston", Fund II, a storage unit I, leaf 18].

2. Atkov O. Yu. *Zheleznodorozhnoe zdravookhranenie: vchera, segodnya, zavtra. Zdravookhranenie v Rossiyskoy Federatsii. Federalnyy spravochnik* [Railway Health: yesterday, today and tomorrow. Health care in the Russian Federation. Federal dictionary]. Moscow, Rodina-Pro Publ., 2005. 171-173 p.

3. Kudrin V. A., Orlov A. I. *Predreysovye meditsinskie osmotry lokomotivnykh brigad. Zheleznodorozhnaya meditsina: rukovodstvo dlya vrachev* [Pre-trip medical checkups of locomotive crews. Railway medicine. Manual for physicians]. Moscow, 2003. Vol. 1, 153-159 p.

4. Molodtsova E. V., Shemetova G. N. *Aktualnye i nereshennye problemy organizatsii lechenno-profilakticheskoy pomoshchi v usloviyakh zheleznodorozhnoy meditsiny* [Actual and unsolved problems of organization of therapeutic and preventive assistance in railway medicine

conditions]. *Saratovskiy nauchno-meditsinskiy zhurnal – Saratov Medical and Scientific Journal*, 2010, Vol. 6, No. 1, pp. 88 - 94.

5. Momot A. I., Udovitskiy A. M. *Okhrana zdorovya rabotnikov Pridneprovskoy magistrali* [Protection of health of workers Dnieper highway]. *Meditsina zaliznichnogo transportu Ukraïni - Medicine of Railway Transport of Ukraine*, 2002, No. 2, pp. 5-6

6. *Prikaz Ministerstva putey soobshcheniya № 23C ot 7 iyulya 1987 goda «O meditsinskom osvidetelstvovanii rabotnikov zheleznodorozhnogo transporta, svyazannykh s dvizheniem poezdov»* [Order of the Ministry of Railway Communications № 23C from July 7, 1987 "About medical examination of railway workers associated with the movement of trains"].

#### Сведения об авторах:

**Рустамов Салохуудин Гоибназарович** – начальник врачебно-санитарной службы, главный врач больницы ГУП «Рохи окхани Тожикистон»; соискатель кафедры общественного здоровья, экономики и управления (менеджмента) здравоохранением с курсом медицинской статистики ГОУ ИПО в СЗ РТ;

#### Контактная информация:

**Рустамов Салохуудин Гоибназарович** – тел.: +992934678888

© Коллектив авторов, 2014

УДК 616. 718

*Сироджов К.Х., Исупов Ш.А., Холов Д.И., Боймуродов А.Н.*

## ПРЕИМУЩЕСТВО СТЕРЖНЕВОГО ОСТЕОСИНТЕЗА У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ОТКРЫТЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ ИПО в СЗ РТ

*Sirodzhov K.H., Isupov Sh.A., Holov D.I., Boymurodov A.N.*

## ADVANTAGE OF ROD OSTEOSYNTHESIS IN PATIENTS WITH COMPLEX OPEN FRACTURES OF FEMORAL BONE

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

**Цель исследования.** Оптимизация хирургического лечения открытых переломов бедра при сочетанной травме.

**Материал и методы.** Проанализированы результаты диагностики и лечения 87 больных с сочетанными открытыми переломами бедра, которых разделили на 2 группы. В основной группе выполняли ранний стабильный остеосинтез переломов длинных костей аппаратом внешней фиксации (АВФ) в первые сутки. В контрольной остеосинтез произведен в отсроченном и плановом порядке.

Методы исследования: рентгенография, компьютерная томография, УЗИ органов, клиничко-лабораторные исследования. Для определения тяжести травм и состояния больных, степени шока, объема кровопотери и других витальных нарушений были использованы объективные балльные шкалы оценок.

**Результаты.** Стабилизация переломов бедра АВФ проведена во всех случаях на фоне продолжающихся противошоковых мероприятий или после проведения соответствующей инфузионно-трансфузионной терапии и улучшения общего состояния пострадавших. Благодаря использованию оптимизированного хирургического лечения открытых переломов бедра при сочетанной травме хорошие результаты установлены соответственно у 27 (29,9%) и 18 (20,7%), удовлетворительные - у 11 (12,6%) и 19 (21,8%), неудовлетворительные – у 3 (3,4%) и 9 (10,3%) больных.

**Заключение.** Учитывая малую травматичность и как противошоковое мероприятие, ранний остеосинтез открытых переломов бедра АВФ проводится независимо от тяжести состояния пострадавшего, делает больного транспортабельным. Он способствует нормализации функций важных органов, снижению возникновения ранних угрожающих осложнений и вертикализации пострадавшего.

**Ключевые слова:** травма, шок, перелом, осложнения, стабильный остеосинтез

**Aim.** Optimization of surgical treatment of open fractures of the femur with concomitant injury.

**Materials and methods.** The results of diagnosis and treatment of 87 patients with combined open fractures of the femur were analyzed. Patients were divided into 2 groups: the main group resorted to early stable fixation of long bone fractures external fixation device (EFD) on the first day. In the control group osteosynthesis produced in delayed and planned manner.

Research methods: radiography, computed tomography, ultrasound examination of organs, clinical and laboratory research. To determine the severity of injuries and status of patients, the degree of shock, blood loss volume and other vital violations the objective point scale assessments were used.

**Results.** Stabilization of fractures of the femur EFD conducted in all cases amid continuing anti shock measures or after appropriate infusion-transfusion therapy and improve the overall condition of the victims. By using of optimized surgical treatment of open fractures of the femur at combined injury good results established respectively in 27 (29,9%) and 18 (20,7%), satisfactory - in 11 (12,6%) and 19 (21,8%) and unsatisfactory – in 3 (3,4%) and 9 (10,3%) patients.

**Conclusion.** Considering the low traumatism and how antishock eventt, early osteosynthesis of open fractures of the femoral EFD performed independently from the severity of the victim, making the patient transportable. This method helps to normalize the function of important organs, reducing early-threatening complications and verticalization of the patient.

**Key words:** injury, shock, fracture, complications, stable osteosynthesis

### Актуальность

Количество стационарных больных с сочетанными травмами составляет 17,5-28% [1, 6]. Из них наибольший удельный вес приходится на повреждения конечностей, которые составляют 49,8-83,5% [2, 4]. В структуре сочетанных травм преобладают переломы длинных костей, встречающиеся в 56,2-86% случаев [4, 5]. О трудностях лечения таких переломов свидетельствует высокий процент неудовлетворительных результатов и осложнений [3, 4, 5]. В литературе существуют определённые разногласия при выборе тактики лечения переломов, в частности сроков и видов остеосинтеза [6].

По мнению А.В. Соколова и соавт. (2007), методом выбора лечения открытых переломов длинных костей на реанимационном этапе является стержневой аппарат внешней фиксации (АВФ) [4]. Несмотря на внедрение

новых технологий в лечение переломов длинных костей, вероятность развития осложнений, удельный вес несросшихся переломов, ложных суставов, деформации и контрактуры крупных суставов остается довольно высоким. Поэтому улучшение результатов лечения открытых переломов бедренной кости является актуальной и социальной проблемой здравоохранения.

### Материал и методы исследований

Работа основана на анализе лечения и наблюдения 87 пострадавших с множественными и сочетанными переломами длинных костей за период 2001-2014 гг. Больных распределили на 2 группы: основную и контрольную. В основной группе – 41 пострадавший (47,1%) – прибегали к раннему стабильному остеосинтезу переломов длинных костей АВФ в первые сутки. В контрольную группу были включены 46 (52,9 %) больных,

у которых остеосинтез произведен в отсроченном и плановом порядках. Основную часть больных составляли лица мужского пола и трудоспособного возраста (72,4%). В оптимальные сроки (до 1-го часа с момента травмы) в стационар обратились соответственно 75,6 и 69,6 % пациентов. По механизму преобладали дорожно-транспортные травмы (52,9%) и кататравма (21,8%).

В нашем исследовании перелом бедренной кости в структуре травматизма сочетался: череп + перелом бедра (ПБ) – у 8 (%), грудь + ПБ + перелом костей предплечья – у 9 (%), живот + ПБ – у 7 (%), таз + ДПП – у 6 (%), ПБ + перелом костей таза – у 13 (%). Переломы конечности доминировали в сравниваемых группах соответственно в 48,7% и 35,6% случаях.

Для обследования больных были использованы клинические методы, рентгенография, компьютерная томография, УЗИ органов, лабораторные исследования. Для определения тяжести травм и состояния больных, степени шока, объема кровопотери и других витальных нарушений были использованы объективные балльные шкалы критерии оценок. Тяжесть травматиче-

ского шока, объем кровопотери оценены по Альговеру (1976), тяжесть состояния - по Е.К. Гуманенко (1992) и тяжесть черепно-мозговой травмы (ЧМТ) - по шкале комы Глазго (1974). При определении тяжести открытых переломов применяли классификацию Tscherne (1983). Отдаленные результаты восстановления конечности оценены по системе Маттис (2008).

Статистическая обработка материала проводилась с использованием программного обеспечения Microsoft Excel 2003 в пакете Microsoft Office 2003 (Microsoft). Достоверность полученных результатов оценивали для  $p < 0,05$ . Средние величины представлены в виде  $M \pm m$ , различия между средними значениями считались достоверными при значении  $p < 0,05$ .

#### Результаты и их обсуждение

Необходимо отметить, что тяжесть состояния больных обусловлена характером и локализацией перелома бедренной кости, а также тяжестью повреждения компонентов сочетанной травмы. Величина кровопотери у больных зависела от локализации, характера и степени открытого перелома бедренной кости (таб.).

Локализации, характер и виды переломов бедренной кости

Локализации и виды переломов бедра		Исследуемые больные (n=87)								Всего	
		Основная (n=41)				Контрольная (n=46)					
		абс.			%	абс.			%	абс.	%
		I степень	II степень	III степень		I степень	II степень	III степень			
Верхней трети	поперечный	2	2	–	9,8	4	2	–	13,0	10	11,5
	косой	2	2	–	9,8	3	–	1	8,8	8	9,3
	оскольчатый	1	2	–	7,3	1	2	–	8,8	6	6,9
Средней трети	поперечный	3	2	1	14,6	2	3	2	15,2	13	14,9
	косой	2	1	2	12,2	3	2	1	13,0	11	12,6
	оскольчатый	2	1	3	14,6	4	1	–	10,9	11	12,6
Нижней трети	поперечный	1	1	2	9,8	3	2	2	15,2	11	12,6
	косой	3	1	1	12,2	2	–	1	6,5	8	9,3
	оскольчатый	1	1	2	9,8	3	1	1	8,8	9	10,3
Всего	абс.	17	13	11		25	13	8		87	
	%	41,5	31,7	26,8		54,3	28,3	17,4		100,0	

Из таблицы следует, что у исследуемых больных чаще отмечаются поперечные переломы бедра – соответственно в 34,2% и

43,4% случаях, косые – в 34,2% и 28,3% и оскольчатые переломы – в 31,7% и 34,9%. В сравниваемых группах переломы бедра чаще

локализованы на уровне средней трети, что составляет соответственно 41,4% и 39,1% случаев.

Согласно балльным критериям оценок, травматический шок I степени установлен соответственно у 11 (26,8%) и 13 (28,3%) больных, II степени - у 22 (53,7%) и 24 (52,2%), III степени - у 8 (19,5%) и 9 (19,6%).

Тяжесть состояния по шкале «ВПХ-СП» определялась как средняя соответственно в 12,6% и 14,9% наблюдений, тяжелая - в 25,3% и 29,9% и крайне тяжелая - в 9,2% и 8,0% случаях.

Открытые переломы бедра по Tscherne у исследуемых больных диагностированы: I степень тяжести соответственно у 41,5% и 54,3%, II степень - у 31,7% и 28,3%, III степень - у 26,8% и 17,4%.

Одной из основных причин ранних осложнений и летальности при сочетанных травмах считается кровопотеря. Выбору тактики лечения повреждений органов и систем предшествовало проведение соответствующей инфузионной терапии, направленной на восполнение объема циркулирующей крови и стабилизацию гемодинамических показателей.

Критерием выбора лечения переломов бедра служило доминирующее повреждение. Стабилизация переломов бедра АВФ проведена во всех случаях, пострадавшим основной группы в первые сутки - 27 (65,9%) больным, из них в первые 3 часа с момента получения травмы - в 13 (31,7%) случаях на фоне продолжающихся противошоковых мероприятий, в 14 (34,1%) случаях - после проведения соответствующей инфузионно-трансфузионной терапии и улучшения общего состояния пострадавших. У 14 (34,1%) больных на фоне тяжелого травматического шока и доминирования повреждений других органов остеосинтез АВФ произведен на вторые сутки.

В 13 (31,3%) случаях стержневой аппарат накладывался исключительно с целью фиксации, как средство лечебно-транспортной иммобилизации для устранения источника ферментативной агрессии и эндотоксикоза, мобилизации больных без предварительной репозиции костных отломков и сберегательной хирургической обработкой ран.

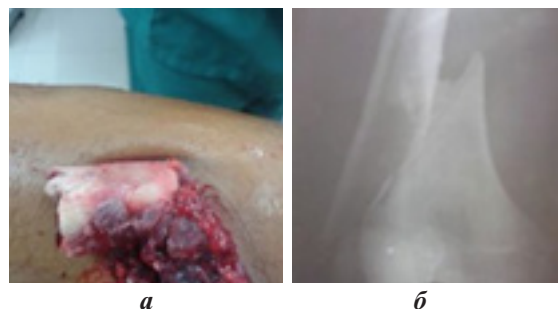
Для коррекции оставшихся деформаций после выхода больных из критического состояния и стабилизации показателей гемостаза производилась коррекция деформации и перемонтаж стержневого аппарата в 7 (17,1%) случаях и накостный остеосинтез пластиной - у 6 (14,6%) больных.

Тактика лечения переломов конечностей в контрольной группе в основном заключалась в применении методов консервативного лечения. В первые трое суток с момента получения травмы первичная хирургическая обработка раны и остеосинтез АВФ были проведены в 6 (13,0%) случаях. В отсроченном порядке накостный остеосинтез пластинами произведен в 15 (32,6%) случаях, интрамедулярный остеосинтез - в 9 (19,6%), лечение переломов скелетным вытяжением выполнено у 16 (34,8%) больных. В остром периоде наибольшее число осложнений отмечено у пострадавших контрольной группы.

Приводим клинический пример.

*Больной Ф. 45 лет. DS: Сочетанная травма. Открытый II Б степени поперечно-оскольчатый перелом нижней трети правого бедра со смещением костных отломков. ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга. Травматический шок II степени.*

*Травму получил за час до обращения в результате автоаварии. На правом бедре определялась линия излома, проходящая в поперечном направлении на уровне средне-верхней трети бедренной кости со смещением отломков (рис. 1).*



**Рис 1. а – фото конечности; б – рентгенография бедренной кости.**

*После проведения противошоковых мероприятий и стабилизации жизненно-важных органов произведена первичная хирургическая обработка ран и остеосинтез бедренной кости стержневым аппаратом, после предварительной репозиции отломков на ортопедическом столе. Рана впоследствии зажила первичным натяжением (рис.2).*



**Рис. 2. Рентгенограмма бедра после остеосинтеза**

Ранние осложнения местного характера в виде кровотечения из ран отмечены соответственно в 2,4% и 4,3% случаях, гнойное воспаление ран – в 9,8% и 15,2% случаях, острая венозная недостаточность конечности – 4,9% и 8,7%, функциональная задержка мочи – в 7,3% и 10,9%. Жировая глобулемия без клинических проявлений выявлена соответственно у 13 (31,7%) и 19 (41,3%) больных. Синдром жировой эмболии установлен соответственно в 2,4% и 4,3% случаях, из них в одном случае с летальным исходом (в контрольной группе).

Поздние осложнения в виде пневмонии отмечены соответственно у 4,9% и 6,5% больных, гнойные уретриты – у 2,4% и 4,3% и остеомиелитический процесс в 4,9% и 8,7% случаях соответственно по группам.

В динамике наблюдения достигнуты следующие результаты: хорошие соответственно у 27 (29,9%) и 18 (20,7%), удовлетворительные – у 11 (12,6%) и 19 (21,8%), неудовлетворительные – у 3 (3,4%) и 9 (10,3%) больных.

#### **Заключение**

Остеосинтез аппаратом внешней фиксации является методом выбора у больных с сочетанным открытым переломом бедра в ранней стадии травматической болезни. Ранний остеосинтез открытых переломов бедра АВФ относится к малоинвазивным способам оперативного вмешательства, проводится независимо от тяжести состояния пострадавшего, делает больного транспортабельным, учитывая его малую травматичность и как противошоковое мероприятие. Он способствует нормализации функции важных органов, снижению ранних угрожающих осложнений и вертикализации пострадавшего. Экономически выгоден больным, ускоряет социальные и трудовые процессы реинтеграции.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов*

#### **ЛИТЕРАТУРА (пп. 5-6 см. в REFERENCES)**

1. Валиев Э.Ю., Мирджалилов Ф.Х., Шермухамедов Д.А. Особенности лечения димелических переломов бедренных костей у больных с сочетанной травмой // Скорая медицинская помощь. 2010. Т. 11, № 4. С. 76-80.
2. Ключевский В.В., Сметанин С.М., Соловьев И.Н. и др. Внутренний остеосинтез при лечении открытых переломов бедренной кости // Травматология и ортопедия России. 2010. № 4. С. 66-69.
3. Кобелев И.А., Виноградов В.Г. Остеосинтез стержневыми аппаратами внесуставных переломов

проксимального отдела бедренной кости у пациентов пожилого и старческого возраста // Сибирский медицинский журнал. 2011. Т. 106, № 7. С. 82-84.

4. Тихонов Л.В., Соколов С.В. Современные технологии в травматологии и ортопедии. М., 1999. С. 99-100.

#### **REFERENCES**

1. Valiev E. Yu., Mirdzhalilov F. Kh., Shermukhamedov D. A. Osobennosti lecheniya dimelicheskikh perelomov bedrennykh kostey u bolnykh s sochetannoy travmoy [Features of dimelicheskikh treatment of femoral fractures in patients with combined trauma]. *Skoraya meditsinskaya pomoshch – Emergency medical services*, 2010, Vol. 11, No. 4, pp. 76-80.
2. Klyuchevskiy V. V., Smetanin S. M., Solovov I. N., Vnutrenniy osteosintez pri lechenii otkrytykh perelomov bedrennoy kosti [Internal osteosynthesis in treatment of open fractures of the femoral bone]. *Travmatologiya i ortopediya Rossii – Traumatology and orthopedics of Russia*, 2010, No. 4, pp. 66-69.
3. Kobelev I. A., Vinogradov V. G. Osteosintez sterzhnevymi apparatami vnesustavnykh perelomov proksimalnogo otdela bedrennoy kosti u patsientov pozhilogo i starcheskogo vozrasta [Osteosynthesis with rod apparatus of extra-articular fractures of the proximal femur in patients elderly and senile age]. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal – Siberian medical journal*, 2011, Vol. 106, No. 7, pp. 82-84.
4. Tikhonov L. V., Sokolov S. V. *Sovremennye tekhnologii v travmatologii i ortopedii* [Modern technologies in traumatology and orthopedics]. Moscow, 1999. 99-100 p.
5. Lier H., Krep H., Schochl H. Coagulation management in the treatment of multiple trauma. *Der Anaesthesist*, 2009, Vol. 58, No. 10, pp. 1010.
6. Pape H.C. Effects of changing strategies of fracture fixation on immunologic changes and systemic complications after multiple trauma: damage control orthopedic surgery. *Journal of Orthopaedic Research*, 2008, Vol. 26, No. 11, pp. 78-84.

#### **Сведения об авторах:**

**Сироджов Кутбуди́н Хасанович** – заведующий кафедрой травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н., доцент

**Исупов Шамсуддин Айнуллаевич** – ассистент кафедры травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ

**Холов Далер Имомидинович** – ассистент кафедры травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ

**Боймуродов Аскарджон Набиевич** – врач травматолог-ортопед ГКБ № 3

#### **Контактная информация:**

**Сироджов Кутбуди́н Хасанович** – 734026, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. И. Сомони, 59; e-mail: [sirodzhovk93529s@mail.ru](mailto:sirodzhovk93529s@mail.ru); тел.: +992935290963

© Коллектив авторов, 2015

УДК – 615+615.8+615.83.

*Холова З.У., Ахунова Н.Т., Шарипов Х.С.*

## СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА. ВЛИЯНИЕ ЭКЗОГЕННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ТРОМБОЗОВ НА АНТИФОСФОЛИПИДНЫЙ СИНДРОМ.

Кафедра терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ

*Holova Z.U., Ahunova N.T., Sharipov H.S.*

## MODERN ASPECTS OF ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME. INFLUENCE OF EXOGENOUS RISK FACTORS OF THROMBOSIS IN THE ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME.

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

**Цель исследования.** Изучение связи между тромбозами, их рецидивированием и экзогенными ФР при АФС.

**Материал и методы.** В исследование были включены 80 больных (63 женщины и 17 мужчин), разделенных на 3 группы: 1-я - 22 больных с системной красной волчанкой (СКВ), 2-я - 30 больных с СКВ и АФС, 3-я - 28 больных с первичным АФС. Все больные были опрошены по специально составленной карте регистрации ФР. Оценивали влияние на развитие тромбозов лечения кортикостероидами и циклофосфаном.

**Результаты.** По распространенности экзогенных факторов риска (злоупотребление жирной и жареной пищей, кофе, алкоголем) группы больных не различались. Связи этих ФР с наличием в анамнезе тромбозов не обнаружено. Гиподинамия была наиболее характерной для больных с АФС (23,1%, по сравнению с 10,7% у больных с СКВ без АФС), у большого числа пациентов с АФС отмечена избыточная масса тела (38%). У больных с первичным АФС процент курящих был выше, однако влияния курения на развитие тромбозов не выявлено. Методом доплерографии сосудов выявлена прямая связь между наличием окклюзии и приёмом кортикостероидов и циклофосфана.

**Заключение.** Факторами риска венозных тромбозов у больных с АФС (первичным и вторичным) являются ожирение и лечение глюкокортикостероидами.

**Ключевые слова:** факторы риска тромбозов, системная красная волчанка, антифосфолипидный синдром

**Aim.** Studying of the relationship between thrombosis, their recurrence and exogenous risk factors in APS.

**Materials and methods.** The study included 80 patients (63 women and 17 men). They were divided into 3 groups: 1-22 patients with systemic lupus erythematosus (SLE), 2-30 patients with SLE and APS, 3-28 patients with primary APS. All patients were interviewed by a specially designed map Fiscal registrar (FR). Also assessed the impact on development of thrombosis treatment with corticosteroids and cyclophosphan.

**Results.** As the prevalence of exogenous risk factors (abuse of fat and fried food, coffee, alcohol) group of patients were not significantly different. The connection of these FR with a history of thrombosis was not found. Physical inactivity was the most characteristic of patients with APS (23,1% compared with 10,7% of patients with SLE without APS), a greater number of patients with APS are marked the excessive body weight (38%). In patients with primary APS percentage of smokers was higher, however, the influence of smoking on the development of thrombosis was not revealed. The direct correlation of the presence of occlusion with the intake of corticosteroids and cyclophosphamide method dopplergram vessels. By the method of vascular dopplerography the direct connection between the presence of occlusion with the intake of corticosteroids and cyclophosphamide was found.

**Заключение.** The risk factors of venous thrombosis in patients with APS (primary and secondary) are obesity and

glucocorticosteroids.

**Key words:** *risk factors of thrombosis, systemic lupus erythematosus, antiphospholipid syndrome***Актуальность**

Антифосфолипидный синдром (АФС) – клинико-лабораторный симптомокомплекс, при котором иммунная система человека ошибочно вырабатывает антитела против нормальных протеинов, содержащихся в крови. АФС развивается чаще на фоне СКВ (вторичный) или при отсутствии другой системной аутоиммунной патологии (первичный). Частота – 30-60% больных СКВ. Преобладающий возраст 20-40 лет, пол – женский [1, 4]. Факторами риска АФС являются: аутоиммунные заболевания, такие как СКВ или болезнь Шегрена; наличие инфекции - сифилиса и гепатита С; приём ряда медикаментов, среди которых гидралазин, хинидин, фенитоин; отягощённый семейный анамнез [3, 5].

Диагностика АФС заключается в следующих лабораторных критериях: наличие в плазме крови антител к кардиолипину; обнаружение в крови волчаночного антикоагулянта; ложноположительная реакция

Вассермана; тромбоцитопения и др.

Лечение АФС проводят пожизненно. Назначаются непрямые антикоагулянты (варфарин), прямые антикоагулянты (гепарин), аминохинолиновые производные применяют у больных СКВ (гидроксихлорохин), а также малые дозы гормонов, циклофосфан, иммуноглобулины.

**Материал и методы исследования**

Обследовано 80 больных (63 женщины и 17 мужчин), находившихся на стационарном лечении в ревматологическом отделении Национального медицинского центра в 2012-2014 годы с диагнозами: системная красная волчанка (СКВ) с АФС и без АФС, первичным АФС. Средний возраст больных составил  $38,1 \pm 12,6$  года (от 16 до 69 лет), длительность заболевания – от 1 до 20 лет. СКВ диагностировали согласно критериям Американской коллегии ревматологов, АФС верифицировали по критериям E.M. Harris, G.R. Hughes и международным диагностическим критериям (табл. 1).

Таблица 1

*Диагностика АФС у больных основной контрольной группы (n=80)*

<i>Группа больных</i>	<i>Наименование больных</i>	<i>Количество</i>	<i>Прием ГКС (10мл) и циклофосфана (200 мл)</i>
<i>I группа</i>	СКВ	22-больных	Окклюзия+тромбоз
<i>II группа</i>	СКВ+АФС	30-больных	Венозный тромбоз
<i>III группа</i>	Первичный АФС	28-больных	Нарушение липоидного обмена

Первичный АФС диагностировали при наличии признаков АФС в отсутствие другого заболевания. Больных разделили на 3 группы: 1 – 22 больных с СКВ, 2 - 30 больных с СКВ и АФС, 3 - 28 больных с первичным АФС.

Все пациенты, включенные в исследование, были опрошены по специально составленной

карте регистрации экзогенных ФР тромбозов. В анамнезе больных регистрировали возникновение тромбозов после травм и оперативных вмешательств, во время беременности. Всех больных опрашивали по поводу приема кортикостероидов, тиазидных диуретиков, эстрогенсодержащих препаратов [2] (табл. 2).

Таблица 2

*Экзогенные факторы риска тромбозов у больных с СКВ, длительно применявших ГКС (n=30)*

<i>Название</i>	<i>Количество больных</i>	<i>Венозные тромбозы</i>	<i>Отсутствие тромбозов</i>
<i>Курение</i>	13 (43,3%)	8 (26,6%)	5 (16,6%)
<i>Алкоголь</i>	16 (53,3%)	18 (60%)	10 (33,3%)
<i>Малоподвижный образ жизни</i>	18 (60%)	23 (76,6%)	8 (26,65%)
<i>Хирургические вмешательства</i>	6 (20%)	3 (10%)	1 (3,3%)

Среди лекарственных препаратов, способствующих развитию окклюзий, особое внимание уделялось средствам, применяемым в ревматологии, в частности кортикостероидам. Они подавляют синтез простаглиннов, фосфолипазы А<sub>2</sub>, также циклооксигеназы-2, длительная терапия КС приводит к усилению нарушения липидного обмена.

#### Результаты и их обсуждение

По распространенности таких экзогенных факторов риска (ФР), как потребление жирной пищи, кофе и молочных продуктов, группы больных существенно не различались. Гиподинамия была наиболее характерной для больных АФС, независимо от его вариантов. Выявлена связь между повышением индекса массы тела и возникновением тромбозов. В момент обследования из 80 больных 13 курили, однако, связи курения, как фактора риска, с венозными тромбозами мы не обнаружили. Алиментарные факторы (жирная пища, алкоголь, кофе) существенного влияния на развитие тромбозов не оказывали.

Среди лекарственных препаратов, способствующих развитию окклюзий, особое внимание уделяется средствам, применяемым в ревматологии, в частности кортикостероидам. Последние подавляют синтез простаглиннов, фосфолипазы А<sub>2</sub>, а также циклооксигеназы-2. Терапия глюкокортикостероидами приводит к усилению нарушений липидного обмена, что само по себе провоцирует гиперкоагуляционное состояние.

Терапию ГКС во время болезни получали 30 больных, цитостатическую терапию циклофосфаном – 20 из 30 больных с СКВ. Анализ связи наличия в анамнезе тромбозов у обследованных больных с общей кумулятивной дозой преднизолона (средняя суточная доза 10 мг), а также с длительностью приема позволил выявить корреляцию между наличием окклюзий и предшествующим приемом ГКС. У 13 из 30 больных, получавших преднизолон, имелись тромботическое осложнение.

#### Заключение

Анализ полученных данных исследуемых больных доказал, что экзогенными ФР венозных тромбозов у больных с АФС (первичным и вторичным) является ожирение и гиподинамия, остальные экзогенные ФР тромбозов не имеют значения у больных СКВ и с первичным АФС. Отмечена прямая зависимость между тромбозами и самим фактором приема преднизолона и обратная

– между приёмом циклофосфана во время госпитализации.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов*

#### ЛИТЕРАТУРА (п. 5 см. в REFERENCES)

1. Баркаган З.С., Мамот А.П. Основы диагностики нарушений гемостаза. М.: Ньюдиамед-АО, 1999. 215 с.
2. Грацианский Н.А. Гормональная и заместительная терапия у женщин в период постменопаузы и сердечно-сосудистые заболевания // Труды VI Российского национального конгресса «Человек и лекарство». 1999. С. 208-223.
3. Голубев С.А., Милый М.Н. Кофе, чай и риск сердечно-сосудистых заболеваний. //Кардиология. 2001. № 11. С. 99-103
4. Насонова В.А., Бунчук Н.В. Ревматические болезни. М.: Медицина, 2005. 520 с.

#### REFERENCES

1. Barkagan Z. S., Mamot A. P. *Osnovy diagnostiki narusheniya gemostaza* [Basics of the diagnostics of hemostasis disorders]. Moscow, Nyudiamed-AO Publ., 1999. 215 p.
2. Gratsianskiy N. A. [Hormonal and replacement therapy in women during postmenopausal period and cardiovascular diseases]. Trudy VI Rossiyskogo natsionalnogo kongressa «Chelovek i lekarstvo» [Proceedings of the VI Russian National Congress "Human and Drug"]. 1999, pp. 208-223. (In Russ.)
3. Golubev S. A., Milyy M.N. Kofe, chay i risk serdechno-sosudistykh zabolevaniy [Coffee, tea, and the risk of cardiovascular diseases.]. *Kardiologiya – Cardiology*, 2001, No. 11, pp. 99-103.
4. Nasonova V. A., Bunchuk N. V. *Revmaticheskie bolezni* [Rheumatic diseases]. Moscow, Meditsina Publ., 2005. 520 p.
5. Hansen K. E., Kong D. F., Moore K. D., Oriol T. L. Risk factors associated with thrombosis in patients with antiphospholipid antibodies. *Journal of Rheumatology*, 2001, Vol. 28, pp. 2018-2020.

#### Сведения об авторах:

*Холова Зулхумор Уктамовна – ассистент каф. терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.н.м.*

*Ахунова Насиба Тахировна – и.о. зав. кафедрой терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н., доцент*

*Шарипов Хайрулло Самаритдинович – зам. глав. врача по лечебной части НМЦ г. Душанбе*

#### Контактная информация:

*Холова Зулхумор Уктамовна – тел.: +992 988924040*

## СЛУЧАЙ ИЗ ПРКТИКИ

© Коллектив авторов, 2015

УДК-616-056.3;615.065;616.379-008.64

*Акбарова М.М., Джураев М.Н., Каримова Н.И.*

### ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ

Кафедра аллергологии и иммунологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

*Akbarova M.M., Juraev M.N., Karimova N.I.*

### SPECIFIC FEATURES OF COURSE OF DRUG ALLERGY

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

---

#### Аннотация

За последние три года в Городском аллергологическом центре наблюдалось 5 случаев синдрома Лайела-Ланга, возникновение которых связано с употреблением лекарственных препаратов. Уникальностью описанного случая является сочетание тяжёлой лекарственной аллергии с инсектной аллергией и сахарным диабетом. Проводился мониторинг состояния больной по месту жительства.

**Ключевые слова:** лекарственная аллергия, инсектная аллергия, сахарный диабет

Over last three years in the City Allergological Center 5 cases of Lyell-Langs syndrome were observed. This emergence is associated with the use of drugs. Uniqueness of this incident is the combination of heavy drug allergy with insect allergy and diabetes mellitus. Monitoring of condition of the patient by place of residence was held.

**Key words:** drug allergy, insect allergy, diabetes mellitus

---

Синдром Лайела – крайне тяжёлое токсико-аллергическое заболевание. Причиной его, как правило, является приём медикаментов (антибиотиков или сульфаниламидов), описаны случаи развития синдрома Лайела после введения противокоревой и противостолбнячной сывороток. По-видимому, определенную роль играет также инфекционный фактор, главным образом, стафилококк, поскольку синдром Лайела у большинства больных развивается при наличии заболеваний или фокальной инфекции. Синдром Лайела характеризуется своеобразным поражением кожного покрова в виде обширных сливающихся очагов эритемы с пузырями. При дотрагивании до кожи, даже до внешне не изменённых её участков, происходит отслойка эпидермиса (симптом Никольского). В про-

цесс вовлекаются также слизистые оболочки. Чрезвычайно быстро развиваются общетоксические явления, нарушающие функции паренхиматозных органов, может возникнуть отек мозга, в легких могут отмечаться геморрагические высыпания.

Прогноз заболевания тяжёлый, в 30% случаев наступает летальный исход. Больные погибают от токсикоза в разгар заболевания либо от последующих септических осложнений.

Приводим клиническое наблюдение случая тяжёлой аллергической реакции на цефтриаксон.

Больная Якубова И., 57 лет. Поступила в Городской аллергологический центр 11.09.2014 года с жалобами на отеки глаз, лица, верхних и нижних конечностей, кожную эри-

тему по всему телу, сопровождающуюся зудом и жжением кожи.

Из анамнеза заболевания: женщину 1 сентября 2014 года дважды ужалила оса, но она не предала этому должного значения; 2 сентября опять отмечался укус осы, после чего через некоторое время на коже рук, ног и туловища образовались волдыри, стало беспокойной, появился нарастающий зуд, общее беспокойство, на 7-8 день повысилась температура тела до 38-39 °С; больная обратилась к поликлинику по месту жительства, где ей была сделана одна инъекция цефтриаксона. После введения препарата гипертермия не уменьшилась, а, наоборот, повысилась до 40 °С, вокруг волдырей появились сливные очаги гигантской эритемы, особенно обращала на себя внимание эритема от плечевого сустава до кистей рук, кожи правой груди, обеих ног, кровоизлияние в левом глазу. На 10-11 сутки больную в тяжелом состоянии родственники доставили в ГАЦ, после осмотра она была госпитализирована с диагнозом: «Инсектная и лекарственная аллергия

по типу токсико-аллергического дерматита. Синдром Лайела-Ланга».

Из анамнеза жизни: страдает сахарным диабетом в течение 5 лет; 2 года назад перенесла операцию по поводу токсического зоба и грыжи позвоночника.

При осмотре: цвет кожи лица, верхних и нижних конечностей – от красного до синюшного цвета, особенно руки и груди справа, на фоне ограниченных отеков слизистая рта покрыта 3-4 эпителиальными эритемами, глотание затруднено, при пальпации подчелюстные лимфоузлы увеличены и болезненны; в области шеи имеются рубцы от перенесенной операции. А/Д 150/90 мм рт.ст. Живот умеренно вздут, при пальпации слегка болезненный. Печень и селезенка не увеличены, мочеиспускание свободное.

15.09.2014 года на коже обеих рук и нижних конечностей появились единичные буллы (рис. 1, 2). Особую тревогу вызывало состояние кожи груди и правой руки, а также кожи подколенных ямок, где были расположены буллы.



*Рис. 1. Больная Якубова И., 57 лет. Патологические высыпания на спине*



*Рис. 2. Больная Якубова И., 57 лет. Патологические высыпания на правой конечности*

Со стороны анализов крови: Hb – 133 г/л, эритроциты – 4,1; ЦП 1,0; лейкоциты –  $10 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 2, сегментоядерные – 77, лимфоциты – 18, моноциты – 2, СОЭ – 6 мм/ч; биохимический анализ крови: мочевины – 13,0 ммоль/л, остаточный азот – 57,9 ммоль/л, креатинин – 280 мкмоль/л, белок 5,9 г/л, билирубин – 8,25 мкмоль/л, АсАт – 0,4 ед., АлАт – 0,64 ед., Т-В-лимфоциты – 10, амилаза 42,0 Ед/л, Са – 1,94 ммоль/л; общий анализ мочи – белок – 0,060%, лейкоциты – 28-30 в п/зр; на ЭКГ синусовая тахикардия.

В динамике показатели уровня глюкозы:

12.09.14 – 7,0 ммоль/л  
15.09.14 – 15,2 ммоль/л  
20.09.14 – 13,8 ммоль/л  
24.09.14 – 12,4 ммоль/л  
25.09.14 – 12,8 ммоль/л  
26.09.14 – 11,5 ммоль/л  
29.09.14 – 13,8 ммоль/л  
30.09.14 – 9,0 ммоль/л  
1.10.14 – 13,0 ммоль/л  
2.10.14 – 10,0 ммоль/л  
3.10.14 – 6,0 ммоль/л  
7.10.14 – 7,6 ммоль/л

В динамике от 27.09.14 года биохимический анализ крови: мочевины – 5,0 ммоль/л, остаточный азот – 20,1 ммоль/л, креатинин – 100 мкмоль/л, белок – 68 г/л, общий билирубин – 16,5 мкмоль/л, АсАт – 0,40 Ед, АлАт – 0,40 Ед, Са – 1,92 ммоль/л, К – 3,7 ммоль/л, ССК: фибриноген 3,77 г/л, тромботест – 5 ст., время рекальцификации 2,04 мин., протромбиновое время – 25 с, протромбиновый индекс – 88%, толерантность плазмы к гепарину – 10,08 мин. Выполнены тесты лизиса лейкоцитов на цефтриаксон и другие препараты.

У пациентки чрезвычайно быстро развивались общетоксические явления, нарушающие функции паренхиматозных органов.

С момента поступления больная получала: дексаметазон по 5 мг на кг массы тела – 5 мл (20 мг) 2 раза в день – в/в капельно; антигистаминные препараты – тавегил 2,0 мл 2

раза в день в/м, фенкарол 50 мг 2 раза в день per os, цетиризин 10 мг по 1 таблетке 2 раза в день per os, супрастин 1,0 мл 1 раз в день в/м, препараты калия, местно мазь целестодерм. С 23.09.14 года назначено почасовое введение инсулина по схеме, до 9.10.14 года, согласованное с эндокринологом.

На фоне интенсивной гормональной и инсулиновой терапии общее состояние больной начало улучшаться, уменьшились, а затем прекратились высыпания, но сохранялась тотальная эритродермия, пастозность лица, гноетечение из кожной раны под коленкой. С 30.09.14 года пациентка начала получать линкомицин 30% по 2,0 мл 3 раза в день в/м.

Состояние больной в динамике продолжало улучшаться, увеличивалась площадь неизменённой кожи, исчезла инфильтрация, проходя стадию застойной гиперемии, особенно на ногах. Кожа в местах разрешения процесса была розовой, сухой с шелушением. На 28 день состояние больной значительно стабилизировалось, остались следы ран с шелушением. Дозу гормонов постепенно снижали, вплоть до полной отмены. Расписана почасовая доза инсулина.

В удовлетворительном состоянии больная выписана домой под наблюдение участкового врача и эндокринолога.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов*

**Сведения об авторах:**

*Акбарова Мохидил Маткаримовна – асс. кафедры аллергологии и иммунологии ИПОвСЗ РТ*

*Джурраев Мухаммад Наврузович – зав. кафедрой аллергологии и иммунологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.м.н.*

*Каримова Нигина Исрафиловна – асс. кафедры аллергологии и иммунологии ИПОвСЗ РТ*

**Контактная информация:**

*Акбарова Мохидил Маткаримовна – тел.: +992 917164215*

## ФИЛОСОФСКАЯ СТРАНИЧКА В МЕДИЦИНЕ

© Коллектив авторов, 2015

УДК 572 + 1Ф

*Музаффар М., Зокиров Р., Сафаров Н.*

### КЛАССИЧЕСКАЯ АНТРОПОЛОГИЯ (ОПЫТ ПОСТРОЕНИЯ СИСТЕМНОЙ ТЕОРИИ)

Курс философии медицины и медицинской антропологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

*Muzaffari M., Zokirov R., Safarov N.*

### CLASSICAL ANTHROPOLOGY (EXPERIENCE OF CONSTRUCTION OF SYSTEM THEORY)

Course of Philosophy of Medicine and Medical Anthropology of the State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan"

**Цель исследования.** Анализ и определение понятия «антропология», как исходного и базового термина, имеющего категориальный статус для построения системной теории классической антропологии.

**Результаты.** В ходе сравнительного анализа и определения семантико-смысловых оттенков других синонимичных понятий было выявлено и установлено классическое значение понятия «антропологии».

По ходу исследования антропология оценена, как общая интегративная и междисциплинарная наука о человеке. Различные направления антропологии, по существу, изучают не природу самого человека, а результаты его деятельности. Следовательно, различные направления антропологии, типа культурная, «социальная» и т.п., не являются антропологическими науками.

**Заключение.** В результате анализа определено классическое смысловое содержание понятия «антропология» и показано его соотношение с другими равнозначными понятиями, выражающими природу и сущность человека.

**Ключевые слова:** антропология, философия, классическая, физическая, психическая, социальная антропология

**Aim.** Analysis and definition of "anthropology" as the source and the base term with categorical status for building system theory of classical anthropology.

**Results.** In the comparative analysis and the definition of semantic and shades of meaning other synonymous concepts were identified and established the classical meaning of the term "anthropology". In the course of the study anthropology estimated as total integrative and interdisciplinary science about human. Different directions of anthropology, in essence, do not study the nature of the person but the results of his activities. Thus different directions of anthropology, cultural type, "social" and the like, are not anthropological sciences.

**Conclusion.** A result of analysis defined the semantic content of the classical concept of "Anthropology" and shows its relation to other equivalent concepts that express human's nature.

**Key words:** anthropology, philosophy, classical, physical, mental, social anthropology

#### **Актуальность**

Антропология, как самостоятельная историко-методологическая и теоретико-прикладная наука, имеет существенное значение для всех без исключения человековедческих наук. Она имеет свою длительную историю, начиная с появления термина «антрополо-

гия», и до наших дней. Но, к сожалению, по сей день она не имеет общепризнанной границы своего объекта и предмета. С этой позиции, осуществляемый нами анализ имеет существенное значение для гуманитарных наук в целом и для медицинских наук, в частности.

Исследователи утверждают, что само понятие «антропология» впервые использовал Аристотель, «который употреблял это слово преимущественно при изучении духовной природы человека» [3]. Для обозначения физического аспекта человеческой природы это понятие впервые использовалось Магнусом Хундтом в 1501 году в работе под названием «Антропология о достоинстве, природе и свойствах человека и об элементарных частях и членах человеческого тела» [3]. Чуть позже, в 1533 году итальянский ученый Галеаццо Капелла своё произведение назвал «Антропология, или рассуждение о человеческой природе». Судя по названию данного произведения, автор употреблял понятия антропологии в самом широком смысле, ибо слово «природа» включает не только духовный, но и физический аспект человека. Только в 1594 году исследователь Касман вновь употребил понятие антропологии для обозначения одного аспекта природы человека, т.е. его души, назвав своё произведение «Антропологическая психология, или учение о человеческой душе».

Как видно, свыше 500 лет существовали различные разногласия в понимании объекта и предмета антропологии.

В истории философии и науки французские энциклопедисты под понятием антропологии понимали совокупность знаний о физической и психической природе человека. В немецкой классической философии также существовали различные смысловые оттенки в понимании и использовании понятия антропологии. И. Кант в своей знаменитой книге под названием «Антропология с прагматической точки зрения», которая состоит из двух частей, затрагивает, в основном, этические и психологические проблемы. Другими словами, Кант под антропологией понимает не науку о физической, а о духовной природе человека.

Начиная с XIX века, до наших дней ввиду отсутствия единого понимания предмета антропологии, последняя считается либо наукой о физической природе, либо о духовной, или о человеческой, деятельности. Такие разногласия в понимании объекта и предмета антропологии привели к образованию множества научных направлений в области антропологии. В результате немецкий философ Макс Шелер (1928) (его последователь Гельмут Плеснер) стали основоположниками «философской антропологии». А. Гелен (1904-1976) стал основателем так называемой философско-биологической антропологии. Философы Э. Ротхакер (1888-1965) и М. Ландман (1902) стали основателями культурно-философской

антропологии, философ Г.Э. Хенгстенберг, Ф. Хаммер считаются создателями философско-религиозной антропологии. Другие знаменитые европейские философы – К. Ясперс, М. Хайдегер, Г. Марсель, Ж.П. Сартр, А. Камю, Хосе Ортеги-и-Гасета – явились основателями субъективистской антропологии. Наконец, З. Фрейд и его последователи – К.Т. Юнг, А. Адлер, В. Рейх, К. Хорни, Э. Фром и другие считаются основателями и последователями психоаналитической антропологии [1].

В настоящее время в мире существуют различные научные направления антропологии: культурная, социальная, историческая, физическая, биологическая, медицинская, юридическая, политическая, философская, психологическая и др., которые, по мнению авторов этих строк, не имеют никакого отношения к определению природы и сущности человека. Этим мы не хотим умалять значение трудов, относящихся к различным направлениям антропологии. В этом плане мы считаем, что труды по различным направлениям антропологии вносят весомый вклад в теорию культурологи, социологии, истории, политики, права и т.д. Однако, они, действительно, посвящены различным аспектам человеческой деятельности, а не природе человека в прямом смысле этого слова. Если считать возможным существование различных направлений антропологии, то на это имеют право: медицинская, педагогическая и криминалистическая антропологии. Объектом вышеназванных направлений антропологии всё-таки является человек. Другими словами, человек является объектом медицины, педагогики и криминалистики. Что касается других направлений антропологии, то они являются научными направлениями не о психофизической природе человека в его целостности, а об особенностях человеческой деятельности.

К сожалению, в годы советской власти продолжались и устанавливались традиции понимания антропологии, как науки о морфологии, антропогенезе и расоведении. Даже сегодня продолжается та же традиция в понимании антропологии, как научной дисциплины. Выходят книги, учебники и учебные пособия по антропологии с разными тематическими содержаниями. Одни излагают материал в духе советского периода, т.е., включают вопросы морфологии, антропогенеза, расоведения, другие включают вопросы философского или социологического характера.

Из исторических представлений об объекте и предмете антропологии, на наш взгляд, классическим является определение, данное известным немецким философом Артуром Шопенгауэром

(1788-1860). В своем знаменитом и широко известном произведении под названием «Мир как воля и представление» в рубрике «к философии природы» он определяет антропологию следующим образом: «Антропология должна бы разделяться на три части: 1) описание человека с внешней, или объективной стороны, т.е. организма; 2) описание человека с внутренней, или субъективной стороны, т.е. сознания, сопровождающего организм и 3) описание известных отношений между сознанием и организмом, т.е. отношение внешнего человека к внутреннему. Психология, как самостоятельная наука, едва ли возможна, так как феномены мышления и воля, если не рассматривать их как следствия физических причин в организме, не поддаются точному исследованию. Поэтому психология должна быть основана на физиологии и анатомии, в противном случае она будет в высшей степени поверхностна. Нельзя таким образом изучать психологию без антропологии, содержание которой, благодаря двум входящим в нее медицинским наукам, несравненно обширнее» [4].

Такое понимание объекта и предмета антропологии действительно соответствует классическим представлениям о физической и психической природе человека. Кроме того, это определение учитывает исходное этимологическое значение понятие антропологии, т.е. греческого «антропос – человек, логос – наука». Действительно, само понятие «антропология» не даёт основания для двусмысленного его понимания. Ведь в слове «антропология» нет же указания на то, что оно должно быть учением либо о физической, либо о психической природе, не говоря о приписываемом этому понятию значения «деятельности». Даже великий грамматист Владимир Даль, учитывая этимологию данного слова и понимая целостность и неразделенность человеческой природы, в своём «Толковом словаре живого великорусского языка» даёт надлежащее определение понятию антропологии. Согласно данному словарю, «Антропология – греч. наука о человеке, человековедение; учение о человеке как о животном и о духе; по плоти человека, это анатомия и физиология; по духу его – психология, наука о теле и о духе, душе» [2]. Это и есть классическое аристотелевское понимание антропологии, т.е. наука о психической и физической природе человека.

Чтобы возвратиться к исходному смыслу понятия антропологии, мы решили назвать представляемую науку «классической антропологией». Но, чтобы построить системную теорию классической антропологии, предстоит задача выделения мыслимых аспектов данной науки с

целью построения общей структуры предмета антропологии. Эту задачу невозможно правильно решить без знания основных параметров физической и психической природы человека.

#### **Заключение**

Исходя из вышепринятого определения, системную теорию антропологии можно создать только с использованием философско-антропологического и медико-антропологического подходов к человеку как к целостному, единому биосоциальному существу. Философский подход даёт возможность исследовать человека как целостного саморазвивающегося существа, а медико-антропологический подход даёт возможность видеть человеческую природу не только в плане нормы, но и патологии. Вместе оба подхода, на наш взгляд, дадут материал для построения системной теории антропологии в её классической форме.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов*

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Григорян Б.Т. Буржуазная философская антропология XX века, М.: Наука, 1986.
2. Даль В. Толковый словарь живого великорусского языка. М., 1978. Т.1.
3. Рогинский Я.Я., Левин М.Г. Антропология. М.: Высшая школа, 1978. С. 6.
4. Шопенгауэр А. Мир как воля и представление. Минск, 1999. 1343 с.

#### **REFERENCES**

1. Grigoryan B. T. *Burzhuznaya filosofskaya antropologiya XX veka*. Moscow, Nauka Publ., 1986.
2. Dal V. *Tolkovyy slovar zhivogo velikoruskogo yazyka* [Explanatory Dictionary of Russian language]. Moscow, 1978. Vol. 1.
3. Roginskiy Ya. Ya., Levin M. G. *Antropologiya* [Anthropology]. Moscow, Vysshaya shkola Publ., 1978. 6 p.
4. Shopenhauer A. *Mir kak volya i predstavlenie* [The World as Will and Representation]. Minsk, 1999. 1343 p.

#### **Сведения об авторах:**

*Музаффари Мухаммадали – заведующий курсом философии медицины и медицинской антропологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, д.ф.н., профессор*

*Зокиров Рахматулло – заведующий курсом топографической анатомии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.*

*Сафаров Нурали Сафарович – преподаватель курса топографической анатомии ГОУ ИПОвСЗ РТ*

#### **Контактная информация:**

*АМузаффари Мухаммадали – тел.: +992935233898*

## ОБЗОР

© Коллектив авторов, 2015

УДК 615.217.24;615.015;616.1

*Нарзуллаева А.Р., Шохзодаева З.О., Шарипова Ф.*

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИСОПРОЛОЛА В ТЕРАПИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

*Narzullaeva A.R., Shohzodaeva Z.O., Sharipova F.*

### REIEW OF BISOPROLOL EFFICIENCY IN CARDIOVASCULAR DISEASES THERAPY

Department of Cardiology with the course of clinical pharmacology of the State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan"

---

#### Аннотация

Учитывая патофизиологические и этиопатогенетические предпосылки назначения бета-адреноблокаторов при сердечно-сосудистых заболеваниях, а также их способность улучшать прогноз здоровья и жизни у пациентов с очень высоким сердечно-сосудистым риском, в обзоре освещены вопросы применения бисопролола в лечении сердечно-сосудистых заболеваний. Проанализировав его клиническую фармакологию, были предоставлены данные рандомизированных контролируемых исследований, которые показывают его высокие показатели эффективности и безопасности в фармакотерапии таких заболеваний, как артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность. Бисопролол обладает выраженным кардиопротективным действием, отличается минимальным количеством побочных эффектов, метаболической нейтральностью и положительным влиянием на прогноз при сердечно-сосудистых заболеваниях. Высокая  $\beta_1$ -селективность бисопролола делает безопасным его применение у больных хроническими обструктивными заболеваниями легких и метаболическими нарушениями, а также открывает возможность его применения у больных с сопутствующими нарушениями функции печени и почек без коррекции дозы препарата. Дискутируется вопрос о применении этого препарата для лечения сердечно-сосудистых заболеваний у беременных и кормящих. Кроме того, особенности фармакокинетики способствуют высокой приверженности лечению и не ухудшают качество жизни пациентов с различными заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Регулярное и длительное лечение артериальной гипертензии, стенокардии, хронической сердечной недостаточности бисопрололом приводит не только к снижению артериального давления до целевых уровней, органопротективному эффекту, уменьшению частоты приступов стенокардии и проявлений сердечной недостаточности, но и существенному уменьшению развития тяжелых осложнений, тем самым улучшая прогноз здоровья и жизни у пациентов, увеличивая продолжительность их жизни.

*Ключевые слова:*  $\beta$ -адреноблокаторы, бисопролол, фармакотерапия, сердечно-сосудистые заболевания

Considering the pathophysiological and etiopathogenetic preconditions purpose of beta-blockers in cardiovascular diseases, as well as their ability to improve health and life prognosis of patients with very high cardiovascular risk, the review covered issues of bisoprolol application in the treatment of cardiovascular diseases. After analyzing of its clinical pharmacology have been provided evidence from randomized controlled studies that show its high efficiency and safety in the pharmacotherapy of diseases such as hypertension, coronary heart disease, chronic heart failure. Bisoprolol has a

strong cardioprotective effect. Different by minimal side effects, metabolic neutrality, and positive influence on prognosis of cardiovascular diseases. High- $\beta$ 1-selectivity of bisoprolol make safe its application in patients with chronic obstructive pulmonary disease and metabolic disorders as well as opens up the possibility of its use in patients with underlying liver and kidney function without correction dose of drug. Debated question of the application of this drug for the treatment of cardiovascular disease in pregnant women and nursing. In addition, pharmacokinetic characteristics contribute to high adherence and does not degrade the quality of life of patients with various diseases of the cardiovascular system. Regular and long-term treatment of hypertension, angina, chronic heart failure with bisoprolol leads not only to reduce blood pressure to target levels, organoprotective effect, reduce the frequency of angina attacks and symptoms of heart failure, but also a substantial reduction of serious complications, thereby improving the health and life prognosis of patients, increasing their life span.

**Key words:**  $\beta$ -adrenoblockers, bisoprolol, pharmacotherapy, cardiovascular disease

Согласно существующей современной ситуации, в мире основной причиной инвалидизации и смертности населения являются кардиоваскулярные заболевания (КВЗ). Анализ ситуации в Республике Таджикистан показал, что основной причиной смерти населения продолжают оставаться сердечно-сосудистые заболевания, в 2010 году этот показатель составил 1064. Сердечно-сосудистые заболевания также являются ведущей причиной инвалидизации. Так, число больных, которые по причине кардиоваскулярных заболеваний впервые признаны инвалидами, в 2010 году превысило 1928 человек, что на 6,2% выше, чем таких случаев было зарегистрировано в 2008 году. В свою очередь, среди кардиоваскулярных заболеваний наиболее актуальными являются артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца. В Республике Таджикистан, по данным проведенного скринингового исследования, в 2011 году артериальная гипертензия была выявлена более чем у 22% взрослой части населения. Тогда как в разных странах Европы распространенность АГ находится в диапазоне 30–45% общей популяции [1, 24]. В структуре общей смертности населения Таджикистана лидирующее место занимает ишемическая болезнь сердца (ИБС), которая, по данным ПРООН-2010, среди мужчин в возрасте 25-64 лет составляет 199,4 на 100 тыс. мужчин соответствующего возраста. С этим заболеванием связано наибольшее число смертей от ССЗ среди населения стран Европейского Союза; смертность от ИБС составляет 744 000 случаев в год; в структуре общей смертности ИБС является причиной летального исхода у 17% мужчин и 16% женщин. Заболеваемость острыми формам ишемической болезни сердца составила 422,8 на 100 тыс. нас. в 2010 году. Распространённость инфарктов миокарда в 2009 году составила 53,5 на 100 тыс. населения. В США около 500 тыс. человек, во Франции около 120 тыс. ежегодно переносят ИМ

с подъемом сегмента ST [33]. В этой связи необходимость в адекватных медикаментозных вмешательствах в процесс первичной и вторичной профилактики, основанных на принципах Доказательной медицины и Рационального применения лекарственных средств, является одной из приоритетных задач здравоохранения РТ.

Патофизиологические предпосылки использования  $\beta$ -адреноблокаторов (БАБ) при лечении сердечно-сосудистых заболеваний объясняются эффектами, опосредованными активацией адренергических рецепторов под воздействием адреналина и норадреналина (повышение артериального давления, частоты и силы сердечных сокращений, потребности миокарда в кислороде и др.).

Катехоламины – адреналин, норадреналин и допамин – синтезируются и поступают в кровотоки из мозгового слоя надпочечников. Симпатическая активация сопровождается вазоконстрикцией периферических сосудов вследствие активации  $\alpha$ 1-адренорецепторов на гладкомышечных клетках, тогда как эффекты симпатической нервной системы (СНС) на сердце опосредованы  $\beta$ 1-адренорецепторами. Соотношение  $\beta$ 1/ $\beta$ 2-адренорецепторов в миокарде левого желудочка составляет у здоровых лиц 80/20, в то время как у больных с выраженной ХСН – 60/40.  $\alpha$ 2-адренорецепторы играют второстепенную роль в симпатической регуляции сердечно-сосудистой системы. Вместе с тем,  $\alpha$ 2-адренорецепторы в сосудистом эндотелии моделируют адренергическую вазоконстрикцию [34]. Гиперактивность СНС, сопровождающаяся увеличением частоты сердечных сокращений (ЧСС) и повышением уровня норадреналина в плазме крови, является важным фактором риска развития ССЗ, а также предиктором сердечно-сосудистой и общей смертности. С возрастом активность СНС увеличивается, и это происходит независимо от наличия заболевания. Повышенная активность СНС играет существенную роль не только в возникновении ишемии миокарда

вследствие рефлекторной тахикардии и коронарной вазоконстрикции, но и в развитии АГ, резистентности к инсулину, возрастании коронарного риска [30, 31]. Таким образом, существующая концепция развития сердечно-сосудистых заболеваний, таких как АГ, ИБС, ХСН, цереброваскулярные болезни, основанная на влиянии основных факторов риска: наследственность, возраст, пол, курение и злоупотребление алкоголем, избыточная масса тела, неправильное питание, гиподинамия, дислипидемии, нарушение толерантности к глюкозе, стресс, внесла большой прорыв в современной кардиологии и общественном здравоохранении по контролю, первичной и вторичной профилактике этих заболеваний. У здоровых лиц данная концепция не учитывает такой показатель, как ЧСС, который принимается во внимание только при развитии ХСН, тиреотоксикозе, шоке, врожденных и приобретенных пороках сердца, тахикардиях и др. Хотя известно, что мелкие животные (колибри, мыши, кролики) имеют высокую ЧСС в покое и небольшую продолжительность жизни, а крупные животные (слоны, синие киты), наоборот, обладают большей продолжительностью жизни при меньшей ЧСС. Эти наблюдения в приложении к клинической практике позволяют предположить, что невысокая ЧСС в покое ассоциируется с увеличением продолжительности жизни, тогда как высокая ЧСС может сочетаться со снижением общей выживаемости лиц с уже имеющимися ССЗ.

ЧСС оказывает прямое влияние на скорость метаболических процессов и тесно связана с физической активностью [31]. Такая взаимосвязь позволяет сделать предположение о влиянии ЧСС на продолжительность жизни не только животных, но и человека. Кроме того, накоплено большое количество клинических данных последних десятилетий, продемонстрировавших наличие связи между ЧСС и смертностью у пациентов с ИБС и АГ, позволяющей предположить аналогичную тенденцию в популяции в целом [30,31], в крупных эпидемиологических исследованиях, в частности, в Фрамингемском и исследовании Goteborg. При изучении влияния уровня ЧСС в покое на общую и сердечно-сосудистую смертность при хронической ИБС в течение 15 лет наблюдения установлено, что пациенты с более высокой ЧСС имели достоверно больший уровень общей и сердечно-сосудистой смертности в сравнении с пациентами с низкой ЧСС. В настоящее время в Европейских рекомендациях по профилактике ССЗ за целевое значение принимается ЧСС 55-60 в 1 ми-

нуту, и поэтому для улучшения прогноза пациентам с ЧСС, превышающей этот уровень, необходимо проводить пульсурежающую терапию. ЧСС является определяющим фактором, отражающим потребление миокардом кислорода (при урежении ЧСС повышается ишемический порог), а также время диастолического наполнения, удлинение продолжительности которого приводит к увеличению коронарного кровотока. Есть предположение, доказанное в ходе некоторых экспериментов, что ЧСС может быть важным фактором в патогенезе коронарного атеросклероза. Высокая ЧСС в покое отражает повышенную активность СНС или сниженную вагусную активность, или оба эти нарушения одновременно, что вызывает снижение порога фибрилляции желудочков и может приводить к повышению ССЗ и смертности. Более высокая ЧСС может указывать на плохое физическое развитие и плохое общее состояние здоровья. При низком уровне физического развития отмечается более высокая коронарная и сердечно-сосудистая смертность. Активация нейрогормональных систем, включая СНС, при естественном течении ССЗ обладают двойным эффектом как защитным – функциональным, компенсаторным, адаптационным, так и разрушающим – пролиферативным, дезадаптационным, приводящим к срыву компенсации, и даже фатальным (смерть) последствиям. Постоянная активность СНС может привести к развитию гипертрофии левого желудочка, ишемии миокарда, тахи- и брадиаритмий, гибели кардиомиоцитов вследствие некроза и апоптоза, «засыпанию» или гибернации оставшихся в живых кардиомиоцитов, возникновению участков фиброза, а также вызывать нарушения метаболизма липидов и глюкозы. Кроме того, главный эффектор СНС - норадреналин - способствует повышению активности РААС [30, 31].

В этой связи своевременное выявление и коррекция данного фактора через понимание патогенеза и естественного течения сердечно-сосудистого континуума дает основание для назначения препаратов, влияющих на ЧСС[31].

Понятие о  $\beta$ -адреноблокаторах (БАБ). БАБ – неоднородная по своим фармакологическим эффектам группа лекарственных препаратов, единственным общим свойством которых является конкурентный антагонизм в отношении  $\beta_1$ -адренергических рецепторов.

Самым первым препаратом с  $\beta$ -блокирующей активностью, который начал широко использоваться в качестве антиишемического и гипотензивного средства, стал

пропранолол, синтезированный в начале 1960 годов. В последующем было создано множество лекарственных средств, сходных с пропранололом, но, в целом, достаточно неоднородных по механизму действия и объединённых в общую группу по критерию способности конкурентно взаимодействовать с  $\beta$ 1-адренорецепторами. Существующие в настоящее время БАБ можно условно подразделить на три подгруппы:

1) неселективные, обладающие примерно равной ингибирующей активностью в отношении  $\beta$ 1- и  $\beta$ 2-рецепторов (пропранолол, соталол, тимолол, надолол, окспренолол и др.);

2)  $\beta$ 1-селективные, с преобладающей ингибирующей активностью в отношении  $\beta$ 1-рецепторов (атенолол, метопролол, бисопролол, бетаксол и др.);

3) БАБ с вазодилатирующими свойствами, обладающие ингибирующей активностью в отношении  $\beta$ 1- и  $\beta$ 2-рецепторов, а в некоторых случаях –  $\alpha$ 1-рецепторов (карведилол, буциндолол, небиволол).

Помимо этого, БАБ классифицируют по их способности оказывать частичное стимулирующее воздействие на  $\beta$ -рецепторы, т.е. по наличию (ацебуталол, пиндолол, соталол и др.) или отсутствию так называемой внутренней симпатомиметической активности (ВСА). Несмотря на первоначально рассматриваемое в этом свойстве достоинство – избежание брадикардии, впоследствии установлено, что наличие ВСА ассоциируется с худшими сердечно-сосудистыми исходами при хронической сердечной недостаточности (ХСН) и ишемической болезни сердца (ИБС) [1, 34], и, напротив, именно с антагонистическим действием БАБ связано большинство их благоприятных эффектов [34].

Необходимость поиска новых средств с  $\beta$ -блокирующей активностью объяснялась наличием побочных действий, в частности, повышением общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС) на фоне лечения неселективными препаратами первого поколения, что ограничивало их применение у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. В дальнейшем, когда были изучены метаболические эффекты БАБ, внимание стало уделяться и таким их свойствам, как влияние на липидный состав крови, метаболизм глюкозы и антиоксидантное действие.

В настоящее время сформулированы следующие основные показания для назначения БАБ: все формы ИБС, артериальная гипертензия (АГ), аритмии и ХСН. Но далеко не все из существующих БАБ продемонстрировали свою эффективность и безопасность

в рандомизированных клинических испытаниях, и ещё меньше препаратов, которые рекомендованы мировыми кардиологическими сообществами для лечения той или иной сердечно-сосудистой патологии. Селективные  $\beta$ 1-адреноблокаторы в той или иной степени блокируют  $\beta$ 1-адренорецепторы миокарда и мало влияют на  $\beta$ 2-адренорецепторы в бронхах и сосудах. Однако, в более высоких дозах кардиоселективные БАБ блокируют также и  $\beta$ 2 –адренорецепторы и способны спровоцировать бронхоспазм. Поэтому при бронхиальной астме применение БАБ не рекомендуется. Селективность по отношению к  $\beta$ 1-адренорецепторам приобретает важное клиническое значение не только при бронхообструктивных заболеваниях легких, но и при использовании БАБ у больных АГ с сопутствующими заболеваниями периферических сосудов (болезнь Рейно, перемежающаяся хромота). При использовании селективных  $\beta$ 1-адреноблокаторов  $\beta$ 2-адренорецепторы, оставаясь активными, реагируют на эндогенные катехоламины и экзогенные адреномиметики, что сопровождается вазодилатацией.

Мембраностабилизирующая активность БАБ обусловлена блокадой натриевых каналов и свойственна лишь пропранололу и некоторым другим препаратам. Она не имеет клинического значения при назначении терапевтических доз этих препаратов и проявляется возникновением аритмий при интоксикации вследствие их передозировки.

В зависимости от растворимости в жирах и воде БАБ разделяются на липофильные, гидрофильные и амфифильные. До недавнего времени считалось, что от липофильных свойств БАБ зависят лишь их фармакокинетические особенности. Так, липофильные БАБ – метопролол, бетаксол, пропранолол и др. – быстро и почти полностью (более 90%) всасываются в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ) и метаболизируются в печени (до 80-100%), что следует учитывать при их назначении пациентам с нарушенной функцией печени. Например, разовые дозы или кратность приема липофильных БАБ необходимо уменьшить у пожилых больных, при циррозе печени или ХСН. Гидрофильные БАБ – атенолол, надолол, соталол и др. – неполностью (30-70%) и неравномерно всасываются в ЖКТ, при этом они в незначительной степени (0-20%) метаболизируются в печени. Гидрофильные БАБ экскретируются почками с мочой в неизменном виде (40-70%) либо в виде метаболитов. Поэтому при назначении гидрофильных БАБ необходимо

учитывать функцию почек. У пациентов с низкой скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) – менее 30-50 мл/мин -суточную дозу гидрофильных БАБ следует уменьшить. С другой стороны, фармакокинетика гидрофильных БАБ, в отличие от липофильных, не изменяется у злостных курильщиков и при совместном применении с барбитуратами, фенитоином, рифампицином. Эти препараты хуже проникают через гематоэнцефалический барьер и поэтому они реже вызывают такие побочные эффекты со стороны ЦНС, как общая слабость, сонливость, бессонница, кошмарные сновидения, депрессия и т.п. Жиро-водорастворимые (амфобильные) БАБ, в частности бисопролол, имеют два пути выведения из организма. От 40% до 60% всосавшейся в ЖКТ дозы амфобильного препарата метаболизируется в печени, а остальная часть выводится почками в неизменном виде. Сбалансированный клиренс бисопролола, целипролола, ацебутолола обуславливает большую их безопасность при лечении больных ССЗ с сопутствующими нарушениями функций печени и почек. По-видимому, лишь липофильные БАБ обладают кардиопротективным действием. Установлено, что длительное применение липофильных БАБ – бисопролола, метопролола, пропранолола, тимолола, а также карведилола и ацебутолола снижало смертность у больных, перенесших инфаркт миокарда, на 20-50%. С другой стороны, такие гидрофильные БАБ, как атенолол и соталол, не оказывали существенного влияния на смертность больных, перенесших инфаркт миокарда.

Применение неселективных БАБ в течение от 6 месяцев до 2 лет сопровождается повышением триглицеридов в диапазоне от 5% до 25% и снижением холестерина высокой плотности (ЛПВП) в среднем на 13%. Влияние неселективных БАБ на липидный профиль связывают с ингибированием липопротеинлипазы, так как  $\beta$ -адренорецепторы, снижающие активность липопротеинлипазы, оказываются без контррегуляции со стороны  $\beta$ 2-адренорецепторов, являющихся антагонистами в отношении этой ферментной системы. Повышение триглицеридов и снижение ЛПВП нехарактерно для высокоселективных БАБ, при этом имеются данные, что метопролол замедляет процесс атерогенеза. Влияние БАБ на обмен углеводов опосредуется через  $\beta$ 2-адренорецепторы, так как они регулируют секрецию инсулина и глюкагона в мускулатуре и синтез глюкозы в печени. Применение неселективных БАБ при сахарном диабете 2 типа

сопровождается гипергликемией, в то время как при переходе на кардиоселективные препараты эта реакция устраняется полностью. Установлено, что метопролол и бисопролол по влиянию на углеводный обмен при сахарном диабете 2 типа не отличаются от плацебо. Тем не менее, чувствительность к инсулину снижается при использовании всех БАБ, причем под влиянием неселективных препаратов более существенно.

Бисопролола фумарат (Конкор®) является высокоселективным  $\beta$ -блокатором, избирательность его действия существенно превосходит таковую метопролола и атенолола – наиболее известных селективных БАБ. Бисопролол не обладает собственной симпатомиметической активностью и мембраностабилизирующим эффектом. Благодаря своим амфобильным свойствам, препарат быстро всасывается из желудочно-кишечного тракта. Из-за длительного периода полувыведения (10–12 ч.) бисопролол назначают 1 раз в день. Пик действия бисопролола – через 2–4 ч после приема, продолжительность эффекта – 24 ч. Бисопролол практически не вступает во взаимодействие с другими лекарственными средствами, используемыми для лечения сердечно-сосудистых заболеваний [13, 20]. Прием пищи не влияет на фармакокинетику бисопролола, препарат может приниматься вне зависимости от приема пищи. Нарушение функции почек почти не влияет на концентрацию препарата в крови; лишь при выраженной почечной недостаточности требуется коррекция дозы препарата. В терапевтических дозах бисопролол более селективен, чем бетаксолол, атенолол, метопролол [34]. У бисопролола отношение  $\beta$ 2 к  $\beta$ 1 блокирующей активности (индекс  $\beta$ 1-селективности) составляет 1:75, против 1:35 у атенолола и бетаксолола, 1:20 – у метопролола. Зависимость фармакокинетики бисопролола от дозы носит линейный характер, индивидуальные и межиндивидуальные колебания ее невелики, что обеспечивает постоянное и предсказуемое терапевтическое действие препарата [34]. Выявлено еще одно положительное свойство у бисопролола: выделяется в молоко при грудном вскармливании в небольшом количестве и имеет категорию C по классификации применения ЛС у беременных (FDA) [35, 43]. Таким образом, при наличии показаний и тщательном взвешивании соотношения риска и пользы, допускается его применение у беременных и кормящих, хотя последнее утверждение пока не включено в международные и национальные клинические руководства, так

как данных по исследованиям бисопролола у такой категории населения в настоящий момент очень мало. Бисопролол при наличии высокой селективности имеет высокую безопасность при лечении пациентов с сопутствующими заболеваниями, такими как сахарный диабет, хронические обструктивные болезни легких, патология периферических артерий [8, 18, 45].

Как и антагонисты кальция с нитратами, бисопролол относится к одному из основных классов антиангинальных препаратов. Наряду с другими БАБ, он используется для длительной терапии у больных ИБС со стенокардией напряжения, что обусловлено способностью БАБ уменьшать потребность миокарда в кислороде и увеличивать кровоснабжение миокарда за счет удлинения диастолы [20, 28]. В основе антиангинальной эффективности БАБ лежит их способность блокировать  $\beta_1$ -адренорецепторы сердца, которые в основном опосредуют отрицательные хроно- и инотропные эффекты. Антиангинальная эффективность неселективных и  $\beta_1$ -селективных блокаторов примерно одинаковая, однако  $\beta_1$ -селективные препараты лучше переносятся и реже вызывают побочные эффекты, поскольку, по определению, оказывают минимальное влияние на  $\beta_2$ -адренорецепторы сосудов, бронхов и печени [6, 8]. Эффективные антиангинальные дозы бисопролола колеблются от 5 до 10 мг. Разовая доза 10 мг более эффективна, однако повышение дозы до 20 мг не увеличивает антиангинальной эффективности бисопролола. Длительность антиангинального эффекта бисопролола (5-10 мг/сут) составляет 24 ч, что позволяет принимать его 1 раз в сутки. После приема внутрь бисопролол уменьшает депрессию сегмента ST и значительно увеличивает продолжительность выполнения физической нагрузки (на 20-45%). Частота приступов стенокардии при лечении бисопрололом уменьшается в среднем на 50-98% [3, 4, 10, 11, 19, 46, 47, 48]. Перекрестные исследования с использованием двойного слепого метода показали, что по антиангинальной эффективности бисопролол в дозе 5-10 мг/сут сравним с атенололом 50-100 мг/сут, верапамилем 240-360 мг/сут, нифедипином ретардом 40-80 мг/сут (ASIST, TIBBS, DECREASE и др.) [3, 10, 11, 19, 46, 47, 48]. Бисопролол является весьма эффективным антиангинальным средством, которое оказывает разные клинические и антиишемические эффекты на протяжении 24 ч [14]. У больных ИБС со стабильной стенокардией напряжения вероятность развития неблаго-

приятных сердечных событий значительно уменьшается, если удастся полностью подавить преходящие эпизоды ишемии миокарда, регистрируемые при 48-часовом холтеровском мониторинге ЭКГ [6, 7].

Наиболее частое показание к применению бисопролола - АГ. Высокая антигипертензивная эффективность бисопролола установлена в многочисленных исследованиях [9, 21, 22, 23]. В частности, в двух контролируемых плацебо исследованиях показано, что у больных с мягкой и умеренной АГ (диастолическое АД от 95 до 120 мм рт. ст.) бисопролол при приеме в дозе 5, 10 и 20 мг 1 раз в сутки вызывает значительное снижение АД и частоты сердечных сокращений (ЧСС) [5]. Влияние бисопролола на уровень АД и ЧСС зависело от дозы препарата. Среднее снижение систолического и диастолического АД при лечении бисопрололом составило 10-20/5-15 мм рт.ст. [25, 26]. Снижение АД нарастает в первые 2 недели лечения препаратом, а затем стабилизируется. Антигипертензивная эффективность бисопролола не зависит от возраста и расы больных (в отличие от атенолола). Нормализация АД (диастолическое АД ниже 90 мм рт.ст.) при лечении бисопрололом достигается более чем у 80% больных с мягкой и умеренной АГ, даже через 24 ч после приема препарата [29, 32]. Привыкания к антигипертензивному действию бисопролола не возникает. Так, к концу 3-летнего периода наблюдения 22,6% пациентов продолжали получать бисопролол в дозе 5 мг/сут, 63,7% - в дозе 10 мг/сут и 13,7% - в дозе 20 мг/сут. Из 164 больных побочные эффекты отмечены в 34 случаях, но лишь у 2 больных препарат пришлось отменить [3]. По данным мониторинга АД, бисопролол значительно снижает АД на протяжении суток, не изменяя при этом естественного ритма колебаний АД. Он предупреждает подъемы АД, связанные с физическими нагрузками, которые возникают при повседневной активности. Бисопролол не вызывает ортостатической гипотонии и синдрома отмены. Значительное уменьшение АД и ЧСС сохраняется в течение до 40 ч после отмены препарата [27]. При длительном назначении бисопролол вызывает обратное развитие гипертрофии левого желудочка. По способности вызывать регрессию гипертрофии левого желудочка бисопролол столь же эффективен, как и ингибитор ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) эналаприл [16]. В нескольких многоцентровых исследованиях бисопролол сравнивали с другими антигипертензивными препаратами (BIMS, BISOMET)[19].

Сравнительно новая область клинического применения бисопролола и некоторых других БАБ – лечение ХСН, обусловленной систолической дисфункцией левого желудочка (фракция выброса <35-40%). В 1990-е годы были выполнены два рандомизированных контролируемых плацебо исследования по изучению эффективности и безопасности бисопролола у больных ХСН, обусловленной систолической дисфункцией левого желудочка [12, 15, 17]. В первом из этих исследований SIBIS бисопролол вызвал значительное, но статистически недостоверное снижение смертности (в среднем на 20%) у больных ХСН [46, 47, 48]. Недостаточная эффективность бисопролола в исследовании SIBIS, возможно, была связана со сравнительно низкой целевой дозой препарата, которая составляла всего 5 мг/сут. В крупном контролируемом плацебо исследовании SIBIS-II целевая доза бисопролола была увеличена до 10 мг/сут [30]. В результате длительная терапия препаратом сопровождалась достоверным снижением смертности у больных ХСН (в среднем на 34%;  $p < 0,0001$ ). По сводным данным первого и второго исследований SIBIS, БАБ бисопролол снижает общую смертность больных с умеренной и тяжелой ХСН в среднем на 29% [1, 2, 4, 49, 50]. После публикации результатов исследования SIBIS-II бисопролол выбран экспертами Европы и США в качестве одного из БАБ первого ряда для длительного лечения ХСН, обусловленной систолической дисфункцией левого желудочка [19, 44, 49, 50].

Таким образом, проведенный обзор литературы подтверждает эффективность и безопасность при лечении и вторичной медикаментозной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний высокоселективного бета-адреноблокатора бисопролола, характеризующегося высокой биодоступностью, длительным периодом полувыведения, сбалансированным клиренсом, метаболической нейтральностью, что позволяет широко применять его при лечении больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями и сопутствующими патологиями.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов*

#### ЛИТЕРАТУРА (пп. 46-49 см. в REFERENCES)

1. Агеев Ф.Т., Даниелян М.О., Мареев В.Ю. и др. Больные с хронической сердечной недостаточностью в российской амбулаторной практике: особенности контингента, диагностики и лечения (по материалам

исследования ЭПОХА-О-ХСН) //Сердечная недостаточность. 2004. №5 (1). С. 4 – 7.

2. Алиева Т.А., Камилова У.К. Оценка сравнительной эффективности бисопролола и карведилола на показатели бета-адренорецепторов и аденилатциклазной активности мембран эритроцитов у больных хронической сердечной недостаточностью //Врач скорой помощи. 2014. № 6. С. 9-12.

3. Аронов Д.М., Лупанов В.П. Вторичная профилактика хронической ишемической болезни сердца. // Лечащий врач. 2004. № 7. С. 66–70.

4. Аронов Д.М. Роль β-адреноблокаторов в лечении стабильной стенокардии. //Русский мед. Журнал. 2000. № 2. С. 71–77.

5. Бабаев Ф., Волков В. Рациональная комбинированная терапия артериальной гипертензии бисопрололом и амлодипином // Врач. 2013. № 3. С.28-32.

6. Галин П.Ю., Полякова О.М. Выбор бета-адреноблокатора при лечении экстрасистолической аритмии у больных ишемической болезнью сердца //Клиническая фармакология и терапия. 2012. № 4. С.40-43.

7. Григорьева Н.Ю., Белоусов Д.Ю., Афанасьева Е.В., Ефремова Е.А. Анализ эффективности затрат при применении препаратов бисопролола у пациентов со стабильной стенокардией // Consilium medicum. 2013. № 5. С.78-82.

8. Григорьева Н.Ю., Кузнецов А.Н., Капустина М.В. Опыт применения высокоселективного бета-адреноблокатора бисопролола у больных с ишемической болезнью сердца, имеющих сопутствующую хроническую бронхолегочную патологию. //Справочник поликлинического врача. 2013. № 7. С.12-14.

9. Давыдова С.С. Кардиоселективный бета-адреноблокатор бисопролол в лечении артериальной гипертензии. //Фарматека. 2012. № 17. С.98-102.

10. Диагностика и лечение стабильной стенокардии. Российские рекомендации. Комитет экспертов ВНОК. Москва, 2009. 37 с.

11. Диагностика и лечение хронической ишемической болезни сердца Национальное общество по изучению атеросклероза. Москва, 2013. 53с.

12. Жубрина Е.С., Агеев Ф.Т. Бета-адреноблокаторы — возможности оптимизации терапии хронической сердечной недостаточности в амбулаторных условиях.//Лечащий врач. 2013. № 3. С.80-86.

13. Задионченко В., Шехян Г., Ялымов А. Бисопролол у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. //Врач. 2013. № 9. С.60-65.

14. Карлова Н.А., Золозова Е.А., Пшеницин А.И. и др. Оценка терапевтической эффективности и безопасности оригинального препарата бисопролола и его дженерика бипрола у больных стабильной стенокардией // Кардиология. 2015. № 1. С.23-28.

15. Кириченко А.А. Бисопролол и хроническая сердечная недостаточность. // Фарматека. 2014. № 9. С.70-75.

16. Кокурина Е.В., Шальнова С.А., Калинина А.М., Бочкарева Е.В. Вторичная профилактика ишемической

- болезни сердца: современный взгляд на проблему. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2004. № 6, Ч. II. С. 81–86.
17. Комиссарова С.М., Чакова Н.Н., Ниязова С.С. и др. Влияние полиморфизма гена ADRB1 на эффективность лечения бисопрололом у больных гипертрофической кардиомиопатией // Клиническая фармакология и терапия. 2012. № 4. С. 78-82.
18. Корнеева О.Н. Возможности бисопролола в терапии сердечно-сосудистых заболеваний // Лечащий врач. 2013. № 3. С. 107-109.
19. Лупанов В.П. Кардиоселективный β-блокатор бисопролол в лечении больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. // Consilium Medicum. Т. 12, № 5. С. 32-38.
20. Метелица В.И. Справочник по клинической фармакологии сердечно-сосудистых лекарственных средств. М.; СПб.: БИНОМ, 2002. 926 с.
21. Мнение экспертов Российского медицинского общества по артериальной гипертензии: значение фиксированных комбинаций в улучшении контроля артериального давления. // Системные гипертензии. 2013. № 2. С. 83-84.
22. Мустафаев И.И., Нурмамедова Г.С. Влияние монотерапии небивололом, бисопрололом, карведилолом на состояние вегетативной нервной системы и половую функцию у мужчин с артериальной гипертензией. // Кардиология. 2013. № 2. С. 48-54.
23. Недогода С.В. Фиксированная комбинация бисопролола и амлодипина: новые возможности антигипертензивной терапии // Фарматека. 2013. № 6. С. 90-96.
24. Нозиров Дж.Х. Динамика распространённости избыточной массы тела среди сельских жителей Таджикистана. // Здравоохранение Таджикистана. 2013. № 2. С. 69-75
25. Нурмамедова Г.С., Мустафаев И.И. Анализ variability ритма сердца и половая функция у мужчин с артериальной гипертензией при монотерапии бисопрололом и небивололом. // Клиническая медицина. 2012. № 12. С. 56-59.
26. Остроумова О.А. Долгосрочная variability артериального давления — новая «мишень» для антигипертензивной терапии. Существуют ли различия между β-адреноблокаторами? // Кардиология. 2012. № 10. С. 58-64.
27. Остроумова О.Д., Гусева Т.Ф., Бондарец О.В. β-адреноблокаторы и риск инсульта. // Consilium medicum. 2013. № 10. С. 131-135.
28. Остроумова О.Д., Максимов М.Л., Фомина В.М. Бисопролол – альтернативы нет. // Справочник поликлинического врача. 2013. № 11. С. 13-17.
29. Остроумова О.Д., Фомина В.М., Полосова Т.А. Комбинированная терапия артериальной гипертензии: оптимальный подход. // Consilium medicum. 2013. № 5. С. 9-14.
30. Перепеч Н.Б., Михайлова И.Е. Современные β-адреноблокаторы: диапазон свойств и обоснование предпочтений. // Сердце. 2004. № 3. С. 130–136.
31. Преображенский Д.В., Вышинская И.Д., Некрасова Н.И. Бисопролол – высокоселективный β-адреноблокатор: клиническая фармакология и опыт при лечении сердечно-сосудистых заболеваний // Consilium medicum. Т. 11, № 10. С. 138-143.
32. Протасов К.В., Дзизинский А.А., Шевченко О.П. и др. Антиангинальная и антигипертензивная эффективность бисопролола: сравнение генерика бидоп с оригинальным препаратом // Фарматека. 2012. № 17. С. 57-63.
33. Рахимов З.Я. Перспективы профилактики и контроля неинфекционных заболеваний в Республике Таджикистан на 2013-2023 гг.: Национальная стратегия Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ. Душанбе, ВОЗ, 2013. 32 с.
34. Романенко В.В., Романенко З.В. β-адреноблокаторы – «золотой стандарт» в лечении сердечно-сосудистых заболеваний // Медицинские новости. Архив №11, 2009. <http://www.mednovosti.by/Journal.aspx?type=1>
35. Рунихина Н.К., Ушкалова Е.А. Применение β-адреноблокаторов в лечении артериальной гипертензии у беременных // Акушерство и гинекология. 2012. № 8 (2). С. 75-79.
36. Сидоров А.В. Влияние длительного введения β-адреноблокаторов на липидный спектр крови и выживаемость крыс с сердечной недостаточностью различной тяжести. // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. 2013. № 8. С. 175-178.
37. Сорокина Э.А., Королева Л.Ю., Носов В.П. Сравнительная характеристика эффективности длительного применения антигипертензивных препаратов при сердечной недостаточности у пациентов с неосложненной артериальной гипертензией. // Медицинский альманах. 2012. № 4. С. 127-130.
38. Стаценко М.Е., Деревянченко М.В. Возможности применения β-адреноблокаторов в лечении сердечно-сосудистых заболеваний у больных хронической обструктивной болезнью легких. // Фарматека, 2013. № 15. С. 9-15
39. Стаценко М.Е., Деревянченко М.В. Место β-адреноблокаторов в лечении сердечно-сосудистых заболеваний больных хронической обструктивной болезнью легких // Кардиология. 2012. № 12. С. 57-63.
40. Суркова Е.А., Дупляков Д.В. Влияние терапии бисопрололом в периоперационном периоде на частоту развития кардиальных осложнений внесердечных хирургических вмешательств. // Кардиология. 2013. № 9. С. 56-61.
41. Трухан Д., Лебедев О.И. Изменения органа зрения при заболеваниях внутренних органов (окончание) // Справочник поликлинического врача. 2012. № 12. С. 37-40.
42. Фомин В.В., Свистунов А. β-блокаторы и артериальная гипертензия: существуют ли непреодолимые ограничения? // Фарматека. 2013. № 9. С. 8-12.
43. Чазов Е.И., Беленков Ю.Н., Борисова Е.О. и др. Рациональная фармакотерапия сердечно-сосуди-

стных заболеваний: Рук. для практикующих врачей / Под ред. Е.И. Чазова, Ю.Н. Беленкова. М: Литтерра, 2014. 1056 с.

44. Шалаев С.В., Кремнева Л.В., Абатурова О.В. Бисопролол в лечении хронической сердечной недостаточности // Уральский медицинский журнал. 2012. № 12. С.10-13.

45. Шаваров А. Бисопролол в лечении пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Врач. 2013. № 5. С.59-64.

## REFERENCES

1. Ageev F. T., Danielyan M. O., Mareev V. Yu. Bolnye s khronicheskoy serdechnoy nedostatochnostyu v rossiyskoy ambulatornoy praktike: osobennosti kontingenta, diagnostiki i lecheniya (po materialam issledovaniya EPOCH-A-O-KhSN) [Patients with chronic heart failure in the Russian ambulatory practice: contingent features, diagnosis and treatment (materials of studies EPOCH-O-XSN)]. *Serdechnaya nedostatochnost – Heart failure*, 2004, No. 5 (1), pp. 4 – 7.

2. Alieva T. A., Kamilova U. K. Otsenka sravnitel'noy effektivnosti bisoprolola i karvedilola na pokazateli beta-adrenoretseptorov i adenilattsiklaznoy aktivnosti membran eritrotsitov u bolnykh khronicheskoy serdechnoy nedostatochnostyu [The comparative effectiveness of bisoprolol and carvedilol on indicators of beta-adrenergic receptors and adenylate cyclase activity of erythrocyte membranes in patients with chronic heart failure]. *Vrach skoroy pomoshchi – Emergency doctor*, 2014, No. 6, pp. 9-12.

3. Aronov D. M., Lupanov V. P. Vtorichnaya profilaktika khronicheskoy ishemicheskoy bolezni serdtsa [Secondary prevention of chronic ischemic heart disease]. *Lechashchiy vrach – Attending doctor*, 2004, No. 7, pp. 66–70.

4. Aronov D. M. Rol  $\beta$ -adrenoblokatorov v lechenii stabilnoy stenokardii [The role of  $\beta$ -adrenoblockers in the treatment of stable angina]. *Russkiy meditsinskiy zhurnal – Russian Medical Journal*, 2000, No. 2, pp. 71–77.

5. Babaev F., Volkov V. Ratsionalnaya kombinirovannaya terapiya arterialnoy gipertenzii bisoprololom i amlodipinom [Rational combination therapy of hypertension with bisoprolol and amlodipine]. *Vrach - Doctor*, 2013, No. 3, pp. 28-32.

6. Galin P. Yu., Polyakova O. M. Vybor beta-adrenoblokatora pri lechenii ekstrasistolicheskoy aritmii u bolnykh ishemicheskoy boleznyu serdtsa [Selection of beta adrenergic blockers in the treatment of extrasystolic arrhythmias in patients with coronary heart disease]. *Klinicheskaya farmakologiya i terapiya – Clinical pharmacology and therapeutics*, 2012, No. 4, pp. 40-43.

7. Grigoreva N. Yu., Belousov D. Yu., Afanaseva E. V., Efremova E. A. Analiz effektivnosti zatrat pri primenении preparatov bisoprolola u patsientov so stabilnoy stenokardiey [Cost effectiveness analysis in the use of drugs of bisoprolol in patients with stable angina]. *Consilium medicum*, 2013, No. 5, pp.78-82.

8. Grigoreva N. Yu., Kuznetsov A. N., Kapustina M. V. Opyt primeneniya vysokoselektivnogo beta-adrenoblokatora bisoprolola u bolnykh s ishemicheskoy boleznyu serdtsa, imeyushchikh soputstvuyushchuyu khronicheskuyu bronkholegochnuyu patologiyu [Experience of using highly selective beta-adrenoblocker – bisoprolol in patients with coronary heart disease with concomitant chronic bronchopulmonary pathology]. *Spravochnik poliklinicheskogo vracha – Directory of outpatient physician*, 2013, No. 7, pp.12-14.

9. Davydova S. S. Kardioselektivnyy beta-adrenoblokator bisoprolol v lechenii arterialnoy gipertenzii [Cardioselective beta-adrenoblocker – bisoprolol in the treatment of hypertension]. *Farmateka – Pharmateka*, 2012, No. 17, pp. 98-102.

10. *Diagnostika i lechenie stabilnoy stenokardii. Rossiyskie rekomendatsii. Komitet ekspertov VNOK* [Diagnosis and treatment of stable angina. Russian recommendations. The Committee of Experts All-Russian Scientific Society of Cardiology]. Moscow, 2009. 37 p.

11. *Natsionalnoe obshchestvo po izucheniyu ateroskleroza. Diagnostika i lechenie khronicheskoy ishemicheskoy bolezni serdtsa* [Diagnosis and treatment of chronic ischemic heart disease, the National Society for the Study of Atherosclerosis]. Moscow, 2013. 53p.

12. Zhubrina E. S., Ageev F. T. Beta-adrenoblokatory – vozmozhnosti optimizatsii terapii khronicheskoy serdechnoy nedostatochnosti v ambulatornykh usloviyakh [Betaadrenoblockers – the possibility of optimizing the treatment of chronic heart failure in outpatient conditions]. *Lechashchiy vrach – Attending doctor*, 2013, No. 3, pp. 80-86.

13. Zadionchenko V., Shekhyan G., Yalymov A. Bisoprolol u bolnykh s serdechno-sosudistymi zabolevaniyami [Bisoprolol in patients with cardiovascular disease]. *Vrach – Doctor*, 2013, No. 9, pp. 60-65.

14. Karlova N. A., Zolozova E. A., Pshenitsin A. I. Otsenka terapevticheskoy effektivnosti i bezopasnosti originalnogo preparata bisoprolola i ego dzhenerika biprola u bolnykh stabilnoy stenokardiey [Assessment of therapeutic efficacy and safety of the original drug and its generic bisoprolol biprolol in patients with stable angina]. *Kardiologiya – Cardiology*, 2015, No. 1, pp. 23-28.

15. Kirichenko A. A. Bisoprolol i khronicheskaya serdechnaya nedostatochnost [Bisoprolol and chronic heart failure]. *Farmateka – Pharmateka*, 2014, No. 9, pp. 70-75.

16. Kokurina E. V., Shalnova S. A., Kalinina A. M., Bochkareva E. V. Vtorichnaya profilaktika ishemicheskoy bolezni serdtsa: sovremennyy vzglyad na problem [Secondary prevention of coronary heart disease: a modern view on the problem]. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika – Cardiovascular therapy and prevention*, 2004, Vol. 2, No. 6, pp. 81–86.

17. Komissarova S. M., Chakova N. N., Niyazova S. S. Vliyanie polimorfizma gena ADRB1 na effektivnost lecheniya bisoprololom u bolnykh gipertroficheskoy kardiomiopatiey [Effect of polymorphism of gene on treatment efficacy ADRB1 bisoprolol in patients with hy-

peritrophic cardiomyopathy]. *Klinicheskaya farmakologiya i terapiya – Clinical pharmacology and therapeutics*, 2012, No. 4, pp. 78-82.

18. Korneeva O. N. Vozmozhnosti bisoprolola v terapii serdechno-sosudistyykh zabolevaniy [Features of bisoprolol in treatment of cardiovascular diseases]. *Lechashchiy vrach – Attending doctor*, 2013, No. 3, pp. 107-109.

19. Lupanov V. P. Kardioselektivnyy  $\beta$ -blokator bisoprolol v lechenii bolnykh s serdechno-sosudistymi zabolevaniyami [Cardioselective  $\beta$ -blocker bisoprolol in patients with cardiovascular disease]. *Consilium Medicum*, Vol. 12, No. 5, pp. 32-38.

20. Metelitsa V. I. *Spravochnik po klinicheskoy farmakologii serdechno-sosudistyykh lekarstvennykh sredstv* [Handbook of clinical pharmacology of cardiovascular drugs]. Moscow, BINOM Publ., 2002. 926 p.

21. Mnenie ekspertov Rossiyskogo meditsinskogo obshchestva po arterialnoy gipertonii: znachenie fiksirovannykh kombinatsiy v uluchshenii kontrolya arterialnogo davleniya [Opinion of experts of the Russian Medical Society of hypertension: the value of fixed combinations in improving blood pressure control]. *Sistemnye gipertenzii – Systemic hypertension*, 2013, No. 2, pp. 83-84.

22. Mustafaev I. I., Nurmamedova G. S. Vliyanie monoterapii neivololom, bisoprololom, karvedilolom na sostoyanie vegetativnoy nervnoy sistemy i polovuyu funktsiyu u muzhchin s arterialnoy gipertoniey [Effect of monotherapy with neivololol, bisoprolol, carvedilol on the state of the autonomic nervous system and sexual function in men with hypertension]. *Kardiologiya – Cardiology*, 2013, No. 2, pp. 48-54.

23. Nedogoda S. V. Fiksirovannaya kombinatsiya bisoprolola i amlodipina: novye vozmozhnosti antigipertenzivnoy terapii [The fixed combination of amlodipine and bisoprolol: new opportunities of antihypertensive therapy]. *Farmateka – Pharmateca*, 2013, No. 6, pp. 90-96.

24. Nozirov Dzh. Kh. Dinamika rasprostranennosti izbytochnoy massy tela sredi selskikh zhiteley Tadjikistana [The dynamics of the prevalence of overweight among rural residents in Tajikistan]. *Zdravooхранenie Tadjikistana – Health care of Tajikistan*, 2013, No. 2, pp. 69-75.

25. Nurmamedova G. S., Mustafaev I. I. Analiz variabelnosti ritma serdtsa i polovaya funktsiya u muzhchin s arterialnoy gipertoniey pri monoterapii bisoprololom i neivololom [Analysis of heart rate variability and sexual function in men with hypertension in monotherapy with bisoprolol and neivololol]. *Klinicheskaya meditsina – Clinical medicine*, 2012, No. 12, pp. 56-59.

26. Ostroumova O. A. Dolgosrochnaya variabelnost arterialnogo davleniya – novaya «mishen» dlya antigipertenzivnoy terapii. Sushchestvuyut li razlichiya mezhdya beta-adrenoblokatorami? [Long-term blood pressure variability - a new "target" for antihypertensive therapy. Are there differences between beta-blockers?]. *Kardiologiya – Cardiology*, 2012, No. 10, pp. 58-64.

27. Ostroumova O. D., Guseva T. F., Bondarets O. V. Beta-adrenoblokatory i risk insul'ta [Beta-adrenoblockers

and the risk of stroke]. *Consilium medicum*, 2013, No. 10, pp.131-135.

28. Ostroumova O. D., Maksimov M. L., Fomina V. M. Bisoprolol – alternativny net [Bisoprolol – there is no alternative]. *Spravochnik poliklinicheskogo vracha - Directory of outpatient physician*, 2013, No. 11, pp.13-17.

29. Ostroumova O. D., Fomina V. M., Polosova T. A. Kombinirovannaya terapiya arterialnoy gipertenzii: optimalnyy podkhod [Combination therapy of hypertension: the best approach]. *Consilium medicum*, 2013, No. 5, pp. 9-14.

30. Perepech N. B., Mikhaylova I. E. Sovremennyye  $\beta$ -adrenoblokatory: diapazon svoystv i obosnovanie predpochteniy [Modern  $\beta$ -blockers: a range of properties and study preferences]. *Serd'tse – Heart*, 2004, No. 3, pp. 130–136.

31. Preobrazhenskiy D. V., Vyshinskaya I. D., Nekrasova N. I. Bisoprolol – vysokoselektivnyy  $\beta$ -adrenoblokator: klinicheskaya farmakologiya i opyt pri lechenii serdechno-sosudistyykh zabolevaniy [Bisoprolol – highly selective  $\beta$ -adrenoblocker: clinical pharmacology and experience in the treatment of cardiovascular diseases]. *Consilium medicum*, Vol. 11, No. 10, pp. 138-143.

32. Protasov K. V., Dzizinskiy A. A., Shevchenko O. P. Antianginalnaya i antigipertenzivnaya effektivnost bisoprolola: sravnenie generika bidop s originalnym preparatom [Antianginal and antihypertensive efficacy bisoprolol: a comparison with the original bidop generic drug]. *Farmateka – Pharmateca*, 2012, No. 17, pp. 57-63.

33. Rahimov Z. Ya. *Perspektivy profilaktiki i kontrolya neinfektsionnykh zabolevaniy v Respublike Tadjikistan na 2013-2023 gg.: Natsionalnaya strategiya Ministerstva zdravookhraneniya i sotsialnoy zashchity naseleniya RT* [Prospects for the prevention and control of noncommunicable diseases in the Republic of Tajikistan for 2013-2023: The National Strategy for the Ministry of Health and Social Protection of Tajikistan]. Dushanbe, VOZ Publ., 2013. 32 p.

34. Romanenko V. V., Romanenko Z. V.  $\beta$ -adrenoblokatory – «zolotoy standart» v lechenii serdechno-sosudistyykh zabolevaniy [ $\beta$ -blockers – the "gold standard" in the treatment of cardiovascular diseases]. *Meditsinskie novosti – Medical News*, No. 11, 2009. Available at: <http://www.mednovosti.by/Journal.aspx?type=1>

35. Runikhina N. K., Ushkalova E. A. Primenenie beta-adrenoblokatorov v lechenii arterialnoy gipertenzii u beremennykh [The use of beta-blockers in the treatment of hypertension in pregnant women]. *Akusherstvo i ginekologiya – Obstetrics and Gynecology*, 2012, Vol. 2, No. 8, pp. 75-79.

36. Sidorov A. V. Vliyanie dlitel'nogo vvedeniya beta-adrenoblokatorov na lipidnyy spektr krovi i vyzhivaemost krysa s serdechnoy nedostatochnostyu razlichnoy tyazhesti [Effect of long-term administration beta adrenoblockers on blood lipid profile and survival of rats with heart failure of varying severity]. *Byulleten eksperimental'noy biologii i meditsiny - Bulletin of Experimental Biology and Medicine*, 2013, No. 8, pp. 175-178.

37. Sorokina E. A., Koroleva L. Yu., Nosov V. P. Sravnitel'naya kharakteristika effektivnosti dlitel'nogo primeneniya antigipertenzivnykh preparatov pri serdechnoy nedostatochnosti u patsientov s neoslozhnennoy arterialnoy gipertenziyey [Comparative characteristics of the effectiveness of long-term application of antihypertensive drugs in heart failure in patients with uncomplicated hypertension]. *Medit'sinskiy almanakh – Medical almanac*, 2012, No. 4, pp.127-130.
38. Statsenko M. E., Derevyanchenko M. V. Vozmozhnosti primeneniya beta-adrenoblokatorov v lechenii serdechno-sosudistykh zabolevaniy u bolnykh khronicheskoy obstruktivnoy boleznuyu legkikh [Possibilities of application of beta adrenoblockers in the treatment of cardiovascular disease in patients with chronic obstructive pulmonary disease]. *Farmateka – Pharmateca*, 2013, No. 15, pp. 9-15.
39. Statsenko M. E., Derevyanchenko M. V. Mesto beta-adrenoblokatorov v lechenii serdechno-sosudistykh zabolevaniy bolnykh khronicheskoy obstruktivnoy boleznuyu legkikh [Place of beta adrenoblockers in the treatment of cardiovascular disease in patients with chronic obstructive pulmonary disease]. *Kardiologiya – Cardiology*, 2012, No. 12, pp. 57-63.
40. Surkova E. A., Duplyakov D. V. Vliyaniye terapii bisoprololom v perioperatsionnom periode na chastotu razvitiya kardialnykh oslozhneniy vneserdechnykh khirurgicheskikh vmeshatelstv [Effect of treatment with bisoprolol in the perioperative period on the incidence of cardiac complications extracardiac surgery.]. *Kardiologiya – Cardiology*, 2013, No. 9, pp. 56-61.
41. Trukhan D., Lebedev O. I. Izmeneniya organa zreniya pri zabolevaniyakh vnutrennikh organov (okonchanie) [Changes in the body of diseases of internal organs (ending)]. *Spravochnik poliklinicheskogo vracha – Directory of outpatient physician*, 2012, No. 12, pp. 37-40.
42. Fomin V. V., Svistunov A. Beta-blokatory i arterial'naya gipertenziya: sushchestvuyut li nepreodolimyie ogranicheniya? [Beta-blockers and hypertension: Are there insurmountable limitations?]. *Farmateka – Pharmateca*, 2013, No. 9, pp. 8-12.
43. Chazov E. I., Belenkov Yu. N., Borisova E. O. *Ratsional'naya farmakoterapiya serdechno-sosudistykh zabolevaniy: Rukovodstvo dlya praktikuushchikh vrachev*. [Rational farmakotherapy of cardio-vascular diseases. Guide for practical physician]. Moscow, Litterra Publ., 2014. 1056 p.
44. Shalaev S. V., Kremneva L. V., Abaturova O. V. Bisoprolol v lechenii khronicheskoy serdechnoy nedostatochnosti [Bisoprolol in treatment of congestive heart failure]. *Uralskiy meditsinskiy zhurnal – Ural Medical Journal*, 2012, No. 12, pp. 10-13.
45. Shavarov A. Bisoprolol v lechenii patsientov s serdechno-sosudistymi zabolevaniyami [Bisoprolol in treating patients with cardiovascular disease]. *Vrach – Doctor*, 2013, No. 5, pp. 59-64.
46. Fihn S.D., Gardin J.M., Abrams J. et al. 2012 ACCF/AHA/ACP/AATS/PCNA/SCAI/STS Guideline for the diagnosis and management of patients with stable ischemic heart disease: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, and the American College of Physicians, American Association for Thoracic Surgery, Preventive Cardiovascular Nurses Association, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. *Journal of the American College of Cardiology*, 2012, Vol. 60, pp. 164
47. Jeroen Bax Bernard J. et.al. ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease The Task Force on the management of stable coronary artery disease. *European Heart Journal*, 2013, Vol. 34 (38), pp. 2949-3003
48. Mancia G., Fagard R. et al. ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, 2013, Vol. 34 (28), pp. 2159-219.
49. McMurray J. J., Adamopoulos S., Anker S. D. et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart Journal*, 2012, Vol. 33, pp. 1787-1847.

**Сведения об авторах:**

**Нарзуллаева Адолат Рахматуллаевна** – и.о. заведующей кафедрой кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

**Шохзодаева Зайнура Олуцаевна** – зав. отделением артериальной гипертензии Областного кардиологического центра, г. Хороз

**Шарипова Фарзона Ибодуллоевна** – больничный ординатор функционального отделения Республиканского клинического центра кардиологии

**Контактная информация:**

**Нарзуллаева Адолат Рахматуллаевна:** тел.: +992918615842; e-mail: adolatnarz@mail.ru